

Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD
Sekcija za internistično onkologijo SZD
Onkološki inštitut Ljubljana
Katedra za onkologijo MF ULJ



PODPORNO ZDRAVLJENJE BOLNIKOV Z RAKOM

**ZBORNİK
PSIHOSOCIALNA PODPORA,
REHABILITACIJA IN AKTUALNE TEME**

Združenje za radioterapijo in onkologijo SZD
Sekcija za internistično onkologijo SZD
Onkološki inštitut Ljubljana
Katedra za onkologijo MF ULJ

PODPORNO ZDRAVLJENJE BOLNIKOV Z RAKOM

**ZBORNIK
PSIHOSOCIALNA PODPORA,
REHABILITACIJA IN AKTUALNE TEME**

Onkološki inštitut Ljubljana, 8.5.2015

Naslov:

Podporno zdravljenje bolnikov z rakom:
psihosocialna podpora, rehabilitacija in aktualne teme.

Organizacijski odbor: Vaneja Velenik, Jasna But Hadžić

Strokovni odbor: Jasna But Hadžić, Maja Ebert Moltara,
Erika Matos, Marina Mencinger, Barbara Šegedin, Ana Lina Vodušek

Lektor: Marinka Vičič *VIDA ŠTARJBO HAR*

Uredniki: Jasna But Hadžić, Erika Matos, Vaneja Velenik

Izdajatelj in Založnik: Slovensko Zdravniško Društvo

Naklada: 150 izvodov

Natisnil: Tiskarna Mimo d.o.o., Ljubljana, maj, 2015

Kraj in leto izdaje: Ljubljana, 2015

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-006(082)

PODPORNO zdravljenje bolnikov z rakom : zbornik : psihosocialna podpora,
rehabilitacija in aktualne teme / [uredniki Jasna But Hadžić, Erika Matos, Vaneja Velenik]. -
Ljubljana : Slovensko zdravniško društvo, 2015

ISBN 978-961-6956-21-5

1. But Hadžić, Jasna

279261696

VSEBINA

- 5 SPREMNA BESEDA
Erika Matos, Jasna But Hadžić
- 7 JE KAKOVOST ŽIVLJENJA V BOJU Z RAKOM SPLOH POMEMBNA?
NAMEN PODPORNEGA ZDRAVLJENJA JE IZBOLJŠATI KAKOVOST ŽIVLJENJA.
Vaneja Velenik
- 12 PSIHOTERAPEVTSKI PRISTOP
PRI BOLNIKI Z RAKOM
Borut Škodlar
- 15 PODPORNE SKUPINE BOLNIKOV Z RAKOM
Urška Bokal, Andreja Cirila Škufca Smrdel
- 18 PODPORA IN KOMUNIKACIJA Z BOLNIKI IN SVOJCI OB KONCU ŽIVLJENJA
Jernej Benedik
- 22 VOLGA SOCIALNE DELAVKE PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z RAKOM
Diana Jeleč Kaker
- 23 CELOSTNA REHABILITACIJA BOLNIKOV Z RAKOM – KDAJ, KDO IN KOLIKO?
Metka Moharić
- 26 REHABILITACIJA BOLNIKOV PO ZDRAVLJENJU MOŽGANSKIHN TUMORJEV
Daniel Globokar, Nika Goljar
- 32 REHABILITACIJA, BOLNIŠKI STALEŽ, INVALIDSKA UPOKOJITEV -
KAJ IN ZA KOGA?
Olivera Masten Cuznar
- 39 VADBA IN RAK – KOLIKO GIBANJA JE ZDRAVO?
Jasna But Hadžić
- 45 VPLIV 12 – TEDENSKEGA PROGRAMA STRUKTURIRANE VADBE »VADI RAD«
NA TELESNE ZMOGLJIVOSTI BOLNIC Z RAKOM DOJKE
Vedran Hadžić, Damir Karpljuk, Kristina Gnezda, Mojca Humar

- 50 AKTUALNO
DIETE PRI BOLNIKI Z RAKOM – ŠKODA ALI KORIST?
Nada Rotovnik Kozjek, Eva Peklaj
- 51 MEDICINSKA UPORABA KANABINOIDOV – KDAJ IN KOMU?
Slavica Lahajnar Čavlovič
- 66 ALTERNATIVNE METODE ZA ZDRAVLJENJE RAKA
Mateja Lopuh
- 68 TEŽAVE, S KATERIMI SE SREČUJEJO ZDRAVNIKI DRUŽINSKE MEDICINE
IN NJIHOVA VLOGA PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z RAKOM
Danica Rotar Pavlič

SPREMNA BESEDA

Ko slišimo za podporno zdravljenje pri bolniku z rakom, najprej pomislimo na številna zdravila, ki jih bolniku predpišemo za lajšanje bolečin in drugih težav, povezanih z boleznijo in zdravljenjem. Vendar je podporno zdravljenje veliko več, kot le zdravljenje znakov in simptomov bolezni. Obsega tako psihično kot telesno podporo pri soočanju z boleznijo in njenim zdravljenjem, psihosocialno rehabilitacijo in pomoč pri vključevanju v domače in delovno okolje. Obsega vse, kar dviguje kakovost življenja bolnika z resno, pogosto življenje ogrožajočo boleznijo.

Kako bolniku pomagati pri premagovanju duševne stiske, na katere je naletel ob soočanju z diagnozo rakave bolezni? S kakšnimi prehranskimi dodatki, dietami, komplementarnimi in/ali alternativnimi metodami zdravljenja, mogoče celo »prepovedanimi snovmi« si pomaga moj bolnik? Je telesna vadba med zdravljenjem za bolnika koristna? Katere podporne skupine mu lahko pomagajo? Kakšne so možnosti rehabilitacije in kaj je na voljo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja? Kako naj bolniku (in svojcem) olajšam zadnje dneve življenja?

Vloga strokovnih delavcev je, da poskušamo najti odgovore na tovrstna vprašanja in jih vključimo v vsakodnevno klinično delo. Bolniki potrebujejo celostno in hkrati individualno obravnavo tako na telesnem kot na psihosocialnem nivoju. S tem vplivamo na potek zdravljenja, prognozo in kakovost življenja.

Upava, da bo zbornik letošnje šole podpornega zdravljenja pripomogel k še boljšemu interdisciplinarnemu sodelovanju in predvsem k boljši celostni obravnavi naših bolnikov.

Vsem sodelujočim se iskreno zahvaljujemo!

Jasna But Hadžić in Erika Matos

JE KAKOVOST ŽIVLJENJA V BOJU Z RAKOM SPLOH POMEMBNA? NAMEN PODPORNEGA ZDRAVLJENJA JE IZBOLJŠATI KAKOVOST ŽIVLJENJA

Vaneja Velenik

Onkološki inštitut Ljubljana

► UVOD

Rak predstavlja velik javnozdravstveni problem. Njegova pogostnost namreč narašča in do leta 2030 naj bi se skoraj podvojila (1). Z individualno obravnavo bolnikov in agresivnejšim kombiniranim zdravljenjem smo dosegli njihovo bistveno boljše preživetje, saj jih več kot polovica živi pet let in več po diagnozi brez ponovitve bolezni. Psihofizične, emocionalne, socialne in druge težave ob diagnozi raka, v poteku samega zdravljenja ali leta po uspešno zaključenem zdravljenju, lahko občutno prizadenejo bolnikovo z zdravjem povezano kakovost življenja (angl. Health-Related Quality of Life, HRQOL). Soočamo se s situacijo, ko celokupno preživetje ali preživetje brez bolezni ni več glavni cilj zdravljenja, temveč je vse pomembnejša bolnikova samoocena njegove kakovosti življenja.

► KAJ JE HRQOL IN KAKO JO MERIMO?

HRQOL je težko natančno opredeliti. Predlagane so bile številne definicije. Nekatere najpogosteje uporabljane so:

- Je stanje dobrega počutja, ki je sestavljeno iz dveh delov: sposobnosti opravljanja vsakodnevnih dejavnosti, kar izraža telesno, duševno in socialno blaginjo in zadovoljstva bolnika s stopnjo delovanja in nadzorom nad boleznijo (2).
 - Je subjektivna ocena dobrega in zadovoljivega življenja kot celote (3).
 - Je neskladnost med bolnikovimi pričakovanji in dosežki. Manjša je razlika, višja je kakovost življenja (4).
 - Predstavlja učinek bolezni in njenega zdravljenja na funkcionalno stanje bolnikov, kot ga zaznavajo bolniki sami (5).
-

- Je opredeljena kot splošno zadovoljstvo vsakega posameznika z življenjem in splošnim občutkom osebne blaginje (6).
- Je bolnikovo zaznavanje njegovega položaja v življenju v kontekstu sistema vrednot in kulture, v katerem živi, glede na njegove cilje, pričakovanja, standarde in skrbi (7).

V grobem je HRQOL bolnikova subjektivna, večidimenzionalna ocena telesnega (fizičnega), emocionalnega, socialnega in kognitivnega delovanja, simptomov zaradi bolezni in zaradi sopojavov zdravljenja, lahko tudi duhovnosti in seksualnosti. Bolnikovo samooceno oz. HRQOL sta sprejeli tako ameriška Uprava za hrano in zdravila (angl. Food and Drug Administration, FDA) in Evropske agencije za zdravila (angl. European Medicines Agency, EMEA) kot enega od kriterijev za pridobitev soglasja za registracijo novih zdravil.

Ker je HRQOL subjektivno stanje, ga je težko oceniti. V uporabi so različni vprašalniki (Tabela 1)

Tabela 1. Pogosto uporabljeni vprašalniki za oceno HRQOL v onkologiji

VPRAŠALNIK	TIP
Short Form 36 (SF-36)	splošen
European Organisation for the Research and Treatment of Cancer QLQ-C30	specifičen za raka
Functional Assessment of cancer Therapy-General (FACT-G)	specifičen za raka
Visual Analogue Scale-Cancer (VAS-C)	specifičen za raka
Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS)	
Profile of Mood States (POMS)	specifičen za raka
Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)	specifičen za raka

Številni raziskovalni članki nakazujejo, da zdravnik ne more objektivno oceniti bolnikove HRQOL. Stephens in sodelavci so z "Rotterdam Symptom Checklist" anketirali več kot 700 bolnikov s pljučnim rakom (8). Prav tako so vsakega bolnika z enakim vprašalnikom ocenili tudi sami. Bolnikove simptome so v primerjavi z bolnikovo oceno ovrednotili kot bolj blage. Podobno so opazili Titzer in sodelavci v svoji raziskavi na 163 bolnikih s pljučnim rakom(9). Kar 54 % bolnikov je ocenilo svoje stanje zmogljivosti po lestvici ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) slabše kot zdravnik. Zato je zelo pomembno, da vprašalnik izpolni bolnik sam.

► UPORABNE INFORMACIJE, KI JIH PRIDOBIMO IZ BOLNIKOVE SAMOOCENE HRQOL

V onkologiji obstaja veliko kliničnih situacij, v katerih je pomembno meriti HRQOL: v primarni in sekundarni preventivi, v času primarnega zdravljenja z namenom ozdravitve, adjuvantnega zdravljenja, več let po zaključenem radikalnem zdravljenju, med paliativnim zdravljenjem metastatske bolezni ali med simptomatskim zdravljenjem ob koncu življenja. Naj naštejemo nekaj primerov:

- Informacija o spremembi HRQOL med terapijo raka je lahko onkologu vodilo pri izbiri sočasnega podpornega zdravljenja za blažitev simptomov. Na primer: v dvojno slepi, randomizirani raziskavi Littlewooda in sodelavcev je 375 anemičnih bolnikov ob kemoterapiji in 4 tedne po zaključenem zdravljenju prejelo placebo ali pa eritropoetin (10). V skupini, ki je prejela eritropoetin, je vrednost hemoglobina porasla za 2.2 g/dl, v skupini s placebom pa le za 0.5 g/dl. Prva skupina je z vprašalniki VAS, FACT-G in FACT-AN veliko boljše ocenila svojo HRQOL kot skupina s placebom.
- Tudi v primerih, ko ni pričakovati, da bi z določenim zdravljenjem izboljšali celokupno preživetje (npr. pri napredovalem nedrobnoceličnem pljučnem raku), ASCO (American Society of Clinical Oncology) smernice priporočajo takšno zdravljenje, če se izkaže, da izboljša HRQOL (11). Dober primer je raziskava Andersona in sodelavcev, v kateri so bolnike z inoperabilnim nedrobnoceličnim rakom pljuč zdravili ali z gemcitabinom in dobrim podpornim zdravljenjem ali pa le z dobrim podpornim zdravljenjem (12). Kljub temu, da razlike v preživetju med rakoma ni bilo, so imeli bolniki, zdravljeni z gemcitabinom, boljše HRQOL kot tisti, ki gemcitabina niso prejeli.
- Ne smemo pozabiti, da tudi nekateri bolniki sami raje izberejo zdravljenje, ki izboljša njihovo HRQOL, kot pa preživetje. Ko so bolnike prosili, da izberejo med podpornim zdravljenjem in kemoterapijo, jih je le 22 % izbralo kemoterapijo za hipotetično dobrobit treh mesecev življenja. Nasprotno pa se jih je 68 % odločilo za kemoterapijo, če je le-ta bistveno zmanjšala simptome raka, tudi če ni bilo pričakovati pomembnega vpliva na preživetje (13).
- Ocena HRQOL je koristna, ko je ob nekem zdravljenju pričakovana toksičnost (bodisi zaradi zdravljenja samega ali značilnosti bolnika) tako pomembna, da lahko postane izbira zdravljenja vprašljiva (na primer zdravljenje starostnikov z rakom).
- Komunikacija je eno pomembnih področij podpornega zdravljenja. Samoocena HRQOL lahko služi kot pretok dodatnih informacij med bolnikom in medicinskim osebjem. Zadovoljni bolniki, oz. tisti, ki imajo vse potrebne informacije o poteku bolezni in zdravljenju, so manj prestrašeni in manj depresivni ter imajo boljše HRQOL(14).

- Dve obsežni raziskavi sta potrdili, da je HRQOL statistično značilen, neodvisen napovedni dejavnik preživetja bolnikov z rakom pljuč, dojke, požiralnika, želodca, rakom debelega črevesa in danke, glave in vratu, melanoma in nekaterih drugih rakov(15,16). Globalna kakovost življenja, funkcionalne domene in simptomi v vprašalniku EORTC QLQ C-30 so bili najpomembnejši napovedni dejavniki. Pri bolnicah z rakom dojke je bil negativen napovedni dejavnik izguba apetita, pri raku pljuč bolečina in disfagija, začetna ocena QOL pri bolnikih z napredovalim rakom debelega črevesa in danke, utrujenost pri visoko malignih gliomih, globalna QOL pri napredovalem raku jajčnika, socialna funkcija pri napredovalem raku želodca.
- Spremembe v HRQOL, zabeležene med zdravljenjem, lahko napovedo slabši odziv na zdravljenje in ponovitev bolezni. Tako sta bila npr. pri bolnicah z rakom dojke, ki so prejemale adjuvantno kemoterapijo, slabost in bruhanje napovedna kazalca za ponovitev bolezni(17). Pri bolnikih z rakom glave in vratu je dobro telesno počutje napovedovalo ugodno lokalno kontrolo po obsevanju, ne pa tudi boljšega preživetja (18).

► ZAKLJUČEK

Bolnikove samoocene HRQOL smo onkologi pričeli sprejemati kot pomemben način zbiranja podatkov o njihovih subjektivnih izkušnjah pri zdravljenju raka. Pojavlja se vedno več raziskav, v katerih je HRQOL primarni ali sekundarni cilj zdravljenja. Z njihovimi rezultati dobivamo zdravniki boljši vpogled v to, kolikšen mora biti obseg sprememb, da je klinično pomemben in moramo ukrepati, kar ima za posledico izboljšanje kliničnega statusa posameznega bolnika.

Literatura

- 1 Bry F., Jemal A., Grey N., Ferlay J., Forman D. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *The Lancet Oncol.* 2012; 13:790-801.
- 2 Gotay CC., Korn EL., McCabe MS., Moore TD., Cheson BD. Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J. Natl. Cancer Inst.* 1992; 84:575-579.
- 3 vanKnippenberg FC., deHaes JC. Measuring the quality of life of cancer patients: psychometric properties of instruments. *J. Clin. Epidemiol.* 1988; 41:1043-1053.
- 4 Calman KC. Quality of life in cancer patients—an hypothesis. *J. Med. Ethics* 1984; 10:124-127.
- 5 Schipper H., Clinch J. Assessment of treatment of cancer. In: Smith GT., ed. *Measuring Health: A Practical Approach*. New York: John Wiley & Sons, 1988; 109-139.
- 6 Schumacher M., Olschewski M., Schulgen G. Assessment of quality of life in clinical trials. *Stat. Med.* 1991; 10:1915-1930.
- 7 WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual. Life Res.* 1993; 2:153-159.
- 8 Stephens RJ., Hopwood P., Girling DJ., Machin D. Randomized trials with quality of life endpoints: are doctors' ratings of patients' physical symptoms interchangeable with patients' self-ratings? *Qual. Life Res.* 1997; 6:225-236.

- 9 Titzer ML., Fisch M., Kristellar JL., et al. Clinician's assessment of quality of life (QOL) in outpatients with advanced cancer: how accurate is our prediction? A Hoosier oncology study. *Am Soc. Clin. Oncol.* 2001; 20:384a.
- 10 Littlewood TJ., Bajetta E., Nortier JW., Vercammen E., Rapoport .; Epoetin Ala Study Group. Effects of epoetin alfa on hematologic parameters and quality of life in cancer patients receiving nonplatinum chemotherapy: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J. Clin. Oncol.* 2001; 19:2865-2874.
- 11 Special article. Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. Adopted on July 24, 1995 by the American Society of Clinical Oncology. *J. Clin. Oncol.* 1996, 14:671-679.
- 12 Anderson H., Hopwood P., Stephens RJ., Thatcher N., Cottier B., Nicholson M., et al. Gemcitabine plus best supportive care (BSC) vs BSC in inoperable non-small cell lung cancer — a randomized trial with quality of life as the primary outcome. UK NSCLC Gemcitabine Group. *Non-Small Cell Lung Cancer. Br. J. Cancer* 2000; 83:447-453.
- 13 Silvestri G., Pritchard R. and Welch HG.: Preferences for chemotherapy in patients with advanced non-small cell lung cancer: descriptive study based on scripted interviews. *BMJ* 1998, 317:771-775.
- 14 Velikova G., Keding A., Harley C., Cocks K., Booth L., Smith AB., et al. Patients report improvements in continuity of care when quality of life assessments are used routinely in oncology practice: secondary outcomes of a randomised controlled trial. *Eur. J. Cancer* 2010; 46:2381–8.
- 15 Gotay CC., Kawamoto CT., Bottomley A. and Efficace F. The prognostic significance of patient-reported outcomes in cancer clinical trials. *J. Clin. Oncol.* 2008; 26:1355–1363.
- 16 Montazeri A. Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual. Life Outcomes* 2009; 7: 102.
- 17 Sarenmalm E., Odén A., Ohlén J., Gaston-Johansson F., Holmberg SB. Changes in health-related quality of life may predict recurrent breast cancer. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2009; 13:323–9.
- 18 Siddiqi A., Given CW., Given B. and Sikorskii A. Quality of life among patients with primary, metastatic and recurrent cancer. *Eur. J. Cancer Care (Engl)* 2009; 18: 84–96.

PSIHOTERAPEVTSKI PRISTOP PRI BOLNIKI Z RAKOM

Borut Škodlar

Psihiatrična klinika Ljubljana, Enota za psihoterapijo

Psihoterapija, kot sistematična, z izkušnjami in z dokazi podprta veda o zdravljenju duševnih stisk oz. težav s psihološkimi (in duhovnimi) sredstvi, je močno zastopana pri naporih pomagati ljudem, ki so oboleli za rakom. Posebno močno je zastopana znotraj psihoonkologije, pomembna je znotraj eksistencialistične psihoterapije (Yalom, 1980), ki se razvija za najtežje človeške situacije, ter je pomemben del paliativne oskrbe za neozdravljivo bolne.

Rak je bolezen, ki tako globoko pretrese človeka, da ga pahne v “mejno situacijo”, kot je to poimenoval ugleden psihiater in filozof Karl Jaspers (1973). To pomeni situacijo, ko človeku spodnese tla pod nogami. Samoumevne predpostavke o sebi, o drugih in o življenju v celoti, se postavijo pod vprašaj. Nič ni več gotovega in zagotovljenega. Človek se mora znajti v na novo (vz)postavljenem svetu.

Omenjeni notranji potres se zgodi sredi človekovega življenja, sredi njene oz. njegove živete zgodovine. To pomeni, da ima za sabo določene izkušnje, ki so jo oz. ga oblikovale in zaznamovale, posebno travmatizirajoče med njimi, ter pred sabo želje, cilje in pričakovanja. Skratka potres pretrese življenje sredi življenja.

Zato mora vsaka dobra in primerna psihoterapija odgovoriti na oba dela te težke situacije človeka, ki zbolí za rakom: na “potres” in na “sredi življenja”.

Pri “potresu” moramo človeka psihoterapevtsko spremljati z razumevanjem za najgloblje eksistencialne vsebine, ki se ob tem odpirajo. To so strah pred smrtjo, vprašanja svobode, odgovornosti in krivde, obzorja smiselnosti, vrednot in idealov, nasproti nesmiselnosti življenja, trpljenja in minljivosti itn. Vse te vsebine nam pacienti bolj ali manj eksplicitno sporočajo. Od nas terapevtov pa je odvisno, če jih bomo “slišali” ali ne. Yalom (1980) nas svari pred “selektivno nepozornostjo” v psihoterapiji, ki te vsebine sistematično “presliši”, kar lahko otežuje ali celo onemogoči psihoterapevtski proces.

Psihoterapija je dialog. Dialog pa smo v svojem bistvu tudi ljudje na ontološki ravni, kot so pokazali veliki filozofi, npr. Martin Buber (1937) in Emanuel Levinas. Drugi

človek – mati in vsi kasnejši pomembni ljudje – pomeni za človeka veliko več kot vsaka druga stvar tega sveta. Zato lahko potres v človeku zaradi raka, za katerim je obolel, vidimo tudi kot krizo dialoga. Psihoterapija lahko in naj bi pomagala človeku ravno pri tem, da ponovno vzpostavi dialog z njemu pomembnimi ljudmi. Z dialogom znotraj psihoterapije pomagamo torej obuditi dialog pacienta z bližnjimi ter s tem tudi s samim seboj.

V senci potresa pa teče – prehodno lahko sicer zamrzne – življenje konkretnega človeka v njegovih konkretnih situacijah. Teče svojim željam in ciljem naproti in svoje sprotne izkušnje pretaka v preteklost. Tako kot živimo tudi ljudje pred potresom. V psihoterapiji se moramo posvetiti temu z vso pozornostjo, empatijo in taktnostjo, ki jo premoremo. Človek, ki oboli za rakom, ima namreč pred sabo veliko nalogo: posledice potresa mora vtakati v svojo življenjsko zgodbo in si izboriti novo avtobiografijo in novo identiteto znotraj nje. To delo je naporno, zahteva čas in prostor, ki ga omogoča ravno psihoterapija.

V psihoterapiji in pri vsakem spremljanju oz. pomoči ljudem z rakom ne smemo nikdar pozabiti, da se človek po noči diagnoze raka zbuja v nov dan. Nov dan pa pri mnogih ljudeh pomeni preobrazbo. Celoten svet je drugačen. Če prisluhnemo pacientu, kako spremenjen in v kakšnem smislu drugačen je zdaj njen ali njegov svet, lahko odkrijemo veliko pomembnih nastavkov za psihoterapijo, skupaj z že omenjenimi prizadevanji za ponovno vzpostavitev dialoga in nove avtobiografske identitete. Ne smemo izhajati samo iz sebe in navidezne enostavnosti življenja. Ljudje z rakom nam zaupajo svoje hude stiske, da se jim je zgodila ta bolezen, razočaranja, da ne bodo mogli izpolniti določenih želja in doseči ciljev, lahko jih je strah prihajajočega zdravljenja in poteka bolezni ali čustvenih odzivov svojih bližnjih. Mnogo pa je znotraj te preobrazbe tudi pozitivnih in navdihujočih občutij, ki so možna podlaga za upanje, osebnostno rast in duhovna obzorja (Yalom, 2008).

V psihoterapiji pri bolnikih z rakom se v zadnjem obdobju močno uveljavlja pomoč s čuječnostjo. Psihoterapija, osnovana na čuječnosti, je nabor psihoterapevtskih strategij in metod, ki sicer izhajajo iz starodavne budistične meditativne tradicije. V zadnjih 30 letih se je iz anonimnosti povzpela v eno najprepoznavnejših psihoterapevtskih pristopov, ki se je, kot omenjeno, pomembno uveljavila tudi pri zdravljenju ljudi z rakom. Osrednji mehanizem delovanja znotraj tega psihoterapevtskega pristopa je človekova zmožnost preusmeriti in obdržati pozornost na neposrednem doživljanju, znotraj katerega zmoremo opazovati čustva, misli in telesne občutke, ne da bi nanje močno reagirali ter jih postopoma raziskujemo z odprtostjo, sprejemanjem in naklonjenostjo (Kabat-Zin). Raziskave pri ljudeh z rakom so pokazale, da vadba čuječnosti pomembno pripomore k boljši kvaliteti življenja, izboljšanju in stabilizaciji razpoloženja ter občutju osebnostne in duhovne rasti (Specia, et al., 2000; Carlson, et al., 2003; Hoffman, et al., 2012; Labelle, et al., 2015).

Zaključimo lahko s preprosto, a zavezujočo ugotovitvijo, da si bolniki z rakom zaslužijo skrbno in kvalitetno psihoterapevtsko zdravljenje, ki mora biti umerjeno na posameznika, s poslušom za velike spremembe, ki se zgodijo v človeku in njegovi okolici, in ki pomenijo celovito preobražen svet, v katerem zdaj živi. Vodilna nit je iskanje dialoga z njegovim svetom in znotraj njega ter iskanje mostov z njegovimi prejšnjimi svetovi in svetovi drugih ljudi. S tem lahko pomagamo ljudem, ki so se znašli v svetu, kjer "ni več možno čutiti doma, varnosti in prijateljstva", kot je za življenje po hudi travmi zapisal Jean Améry, da vse to troje ponovno najdejo.

Literatura

- 1 Buber M. I. and Thou. Edinburgh: T.T. Clark, 1937.
- 2 Jaspers K. Philosophie II. Existenzerhellung. Berlin: Springer Verlag, 1973.
- 3 Kabat-Zinn J. Full catastrophe living. New York: Bantam Books, 2013.
- 4 Yalom I.D. Existential psychotherapy. New York: Basic Books, 1980.
- 5 Yalom I.D. Staring at the sun. Overcoming the terror of death. San Francisco: Jossey-Bass, 2008.

PODPORNE SKUPINE BOLNIKOV Z RAKOM

Urška Bokal, Andreja Cirila Škufca Smrdel

Onkološki inštitut Ljubljana

► UVOD

Ob spoprijemanju z maligno boleznijo in njenim zdravljenjem lahko bolniki z rakom doživljajo različne, tudi globlje psihične stiske. Podporne skupine bolnikov z rakom so ena od oblik psihosocialnih intervencij, ki lahko bolnikom pomagajo v procesu soočanja z novimi življenjskimi okoliščinami (1). Vključujejo terapevtske skupine, ki jih vodi psihoterapevt, in skupine za samopomoč, na katere se bomo osredotočili v tem prispevku.

► SKUPINE ZA SAMOPOMOČ BOLNIKOV Z RAKOM

Skupina za samopomoč je opredeljena kot »skupina ljudi, ki se soočajo z enakim problemom in se družijo zato, da si nudijo medsebojno pomoč in podporo«. So učinkovit vir psihosocialne podpore, saj lahko bolniku z rakom dajejo občutek sprejetosti, pripadnosti in povezanosti, zmanjšajo občutek osamljenosti, pripomorejo k večjemu poznavanju raka, njegovemu zdravljenju, spoprijemanju z boleznijo ter spodbujajo upanje (2, 3).

Organiziranost skupin za samopomoč je različna: lahko jih vodijo prostovoljci – bolniki, nad 60 % podpornih skupin bolnikov z rakom pa vodi profesionalni vodja skupine (3). Glede na lokalizacijo in stadij bolezni so lahko homogene ali heterogene. Macvean in sodelavci opozarjajo, da so pri programih samopomoči pomembni vidiki uvodno izobraževanje prostovoljcev, redna supervizijska srečanja ter priročniki/učno gradivo za prostovoljno delo, vendar so le-ti redkeje zajeti v raziskave o učinkovitosti psihosocialne podpore programov za samopomoč (4).

► DRUŠTVA BOLNIKOV Z RAKOM V SLOVENIJI IN SKUPINE ZA SAMOPOMOČ

V Sloveniji imajo društva bolnikov z rakom že dolgo tradicijo. Večinoma združujejo bolnike po vrstah rakavih obolenj. Organiziranost skupinske samopomoči v programih društev, ki imajo svoje kontaktne podatke na spletni strani Državnega programa obvladovanja raka (5), smo prikazali v spodnji tabeli. Informacije smo zbrali s pomočjo telefonskega intervjuja oz. vprašalnika, poslanega po spletni pošti. Za lažji

dostop do podatkov o drugih programih društev smo dodali tudi njihove spletne naslove.

Tabela 1: Društva bolnikov z rakom v Sloveniji in skupine za samopomoč

IME	SKUPINA ZA SAMOPOMOČ	SPLETNI NASLOV
Društvo bolnikov z limfomom	/ (občasna skupna srečanja)	limfomi.si
Društvo laringektomiranih Slovenije	vsak torek ob 11. uri na ORL kliniki v Ljubljani	dls-slo.si
Društvo onkoloških bolnikov Slovenije	enkrat mesečno na različnih krajih po Sloveniji	onkologija.org
Društvo pljučnih in alergijskih bolnikov Slovenije	/ (občasna srečanja v različnih krajih po Sloveniji)	dpbs.si vdihovalnik.si
Društvo za pomoč pri obolenjih ščitnice MOJA ŠČITNICA	drugi četrtek v mesecu v prostorih društva	moja-scitnica.net
Slovensko društvo HOSPIC	/ (skupina za žalujoče odrasle)	društvo-hospic.si
Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo L&L	/ (občasna srečanja članov in enkrat mesečni posveti s strokovnjaki)	limfom-levkemija.org
Slovensko združenje za boj proti raku dojk Europa donna	za bolnice, ki so zbolele pred 40. letom	europadonna-zdruzenje.si
Ustanova Mali vitez	/ (psihoterapevtska skupina mladih enkrat mesečno, OI Ljubljana, regionalne skupine)	ustanova-malivitez.si
Zveza invalidskih društev ILCO Slovenije	/ (občasna srečanja po lokalnih društvih)	zveza-ilco.si
Društvo bolnikov s krvnimi boleznimi	vsak četrtek ob 16. uri na KO za hematologijo UKC Ljubljana za hospitalizirane bolnike in njihove svojce (občasna srečanja za nehospitalizirane bolnike)	društvo-bkb.si
Zveza društev za boj proti raku	usmerjena v preventivne programe	protiraku.si
Europacolon	podatki niso bili poslani	europacolon.si
Ustanova za pomoč otroku z rakom	podatki niso bili poslani	

► SKUPINE ZA SAMOPOMOČ ZNOTRAJ PROGRAMA POT K OKREVANJU – ORGANIZIRANA SAMOPOMOČ BOLNIKOV Z RAKOM

Med društvi bolnikov z rakom ima najbolj razvito mrežo skupinske samopomoči Društvo onkoloških bolnikov Slovenije. Prva skupina za samopomoč za ženske z rakom dojke je bila ustanovljena leta 1984 na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, program se je nato razširil še v druge kraje po Sloveniji. Po letu 2009 so začeli ustanavljati skupine tudi za bolnike z drugimi vrstami raka in leta 2013 se je program preimenoval v Pot k okrevanju – organizirana samopomoč bolnikov z rakom.

Vsako skupino vodi prostovoljski tim: prostovoljec/-ka, koordinator/-ka skupine z lastno izkušnjo raka, prostovoljec strokovni vodja, ki je po poklicu psiholog, medicinska sestra, zdravnik ipd. Pravilnik programa opredeljuje njegovo vsebino, obvezno začetno usposabljanje, redno supervizijo, določila, kdo lahko postane prostovoljec in kdaj s prostovoljnim delom preneha (6). Danes deluje v Sloveniji 20 skupin za samopomoč v naslednjih krajih: Celje, Črnomelj, Ilirska Bistrica, Izola, Kranj, Koper, Krško, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Postojna, Ptuj, Ribnica, Sežana, Slovenj Gradec, Trbovlje, Tržič, Velenje. V skupine se lahko brez predhodne prijave vključi vsak bolnik z rakom. Srečanja so enkrat mesečno razen julija in avgusta, prisotnost na njih pa je lahko le občasna. Informacije glede srečanj skupin so dostopne na spletni strani Društva onkoloških bolnikov Slovenije in v Oknu, glasilu društva.

► ZAKLJUČEK

Za bolnike z rakom obstajajo različne oblike psihosocialnih intervencij za pomoč pri soočanju z maligno boleznijo. Mednje sodijo tudi skupine za samopomoč, ki so v okviru društev bolnikov z rakom organizirane v različnih krajih po Sloveniji. Tak način pomoči sicer ustreza le nekaterim onkološkim bolnikom, drugi raje izberejo individualno svetovanje, pogovore po telefonu ali spletnih forumih in podobno, ali pa to pot prehodijo sami ob pomoči svojih najbližjih. Vsem je skupno eno: težnja po integraciji težke izkušnje v osebno življenjsko zgodbo, ki prinese bolniku novo psihično ravnotežje.

Literatura

- 1 Hutchison SD., Steginga SK., Dunn J. The tiered model of psychosocial intervention in cancer: a community based approach. *Psycho-Oncology* 2006; 15: 541-6.
- 2 Butow PN., Kirsten LT., Ussher JM., et al. What is the ideal support group? Views of Australian people with cancer and their carers. *Psycho-Oncology* 2007; 16(11): 1039-45.
- 3 Ussher J., Kirsten L., Butow P., Sandoval M. What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Soc. Sci. Med.* 2006; 62(10): 2565-76.
- 4 Macvean ., White VM., Sanson-Fisher R. One-to-one volunteer support programs for people with cancer: A review of the literature. *Patient Educ. Couns.* 2008; 70(1): 10-24.
- 5 <http://www.dpor.si>
- 6 <http://www.onkologija.org/uploads/pravilniki/PRAVILNIK-Pot%20k%20Okrevanju%202013.pdf>

PODPORA IN KOMUNIKACIJA Z BOLNIKI IN SVOJCI OB KONCU ŽIVLJENJA

Jernej Benedik

Onkološki inštitut Ljubljana

▶ UVOD

Oskrba umirajočega je ena izmed najtežjih vrst oskrbe v medicini. Verjetno je pri oskrbi umirajočega najtežje to, da vemo, da bomo vsi nekaj izgubili: umirajoči se sooča z zadnjo, najhujšo izgubo – izgubo življenja, svojci z zgubo bližnjega in vsem, kar to lahko pomeni, zdravstveno osebje pa z izgubo strokovne gotovosti – saj je kljub oskrbi bolnik umrl. Oskrbovalci naj imajo razrešene dileme o življenju in smrti. Če se ne čutijo dovolj strokovne, sposobne, naj oskrbo raje prepustijo drugim.

Glavni izzivi oskrbe umirajočega so skrb za bolnikovo dostojanstvo, spoštovanje etičnih norm, pravilna obravnava celotnega spektra človekovih potreb in izogibanje medicinski neučinkovitosti, skrb za svojce in osebje. Glavni cilj pa je skrb za udobje in lepa smrt. Večina bolnikov z rakom želi umreti doma, če jim to omogočimo.

▶ NAČRTOVANJE OSKRBE

V sodobni medicini je smrt marginalizirana, vsi se trudimo za življenje. Zato pogosto oskrba umirajočega ne predstavlja visoke strokovne prioritete. Pri tem pozabljamo, da na koncu vsi umremo. Umremo le enkrat. Torej mora biti oskrba umirajočega vedno optimalna, ker ne bo ponovne možnosti za pravilno oskrbo. Razumeti moramo, da je oskrba umirajočega nekaj, česar se moramo naučiti, tako kot npr. kako uredimo previsok krvni tlak.

Izkušnja izgube bližnjega nam lahko da moč in oporo za naprej, ali pa predstavlja brazgotino, ki jo človek nosi vse življenje. Slednja je skoraj vedno znak neprimerne oskrbe umirajočega. Prav tako lahko pravilna oskrba umirajočega predstavlja strokovni izziv in nudi profesionalno zadovoljstvo, če je izpeljana pravilno.

Pogosto se začenja oskrba umirajočega prepozno, ko je že prisotno aktivno umiranje. Takrat je za večino stvari prepozno. Takrat naj ima prednost bolnik s svojimi te-

žavami. Svojci so na drugem mestu – kot rečeno, človek umre samo enkrat. Je pa nujno potrebno nato poskrbeti še za svojece.

Pravočasno načrtovanje oskrbe lahko prepreči marsikatero neprijetne zaplete in pripravi vse vpletene na bližajoč se neizogibni konec. Ocena preživetja naj bo tisto vodilo, ki narekuje naše ukrepanje. S pravočasnim načrtovanjem oskrbe se bomo izognili tudi nepotrebni medicinski postopki borbe za življenje (medicinska neučinkovitost), ki vedno vodijo le v trpljenje in bomo ukrepali tako, da se bo zgodila spokojna, dostojanstvena, človeka vredna smrt.

Pravilna ocena preživetja je večšina, ki se je da do neke mere priučiti. Pri malignih boleznih, kjer je potek bolezni možno do določene mere napovedati, je lažja kot pri drugih kroničnih obolenjih. Pri bolnikih z rakom imamo na voljo pripomočke za oceno preživetja (paliativni prognostični indeks, ocena PaP). Običajno preživetje korelira s stanjem bolnika – slabše kot je stanje, krajše je preživetje. Prisotnost kaheksije ali pojav delirija sta napovednika kratkega preživetja. S pravilno oceno preživetja začnemo pravočasno s pripravami bolnika in svojcev na sklepno obdobje življenja.

Umiranje je proces, ki lahko traja več tednov. Hitrost umiranja je odvisna od napredovanja osnovne bolezni, splošnega stanja in spremljajočih obolenj. Včasih je pričakovana nenadna smrt. Umiranje poteka po dveh poteh (običajna – mirna pot ali težka pot) – vedno naj poteka po mirni poti.

Kot vedno je ključ do uspeha zaupanje. Iz raziskav vemo, da je zaupanje največje, kadar zdravnik in zdravstveno osebje izkazuje strokovnost, empatijo in vključujejo bolnika v proces odločanja.

► KOMUNIKACIJA V OSKRBI UMIRAJOČEGA

Običajno se neradi pogovarjamo o neprijetnih, težkih stvareh. Takšni pogovori so povezani s tiskami, trpljenjem in negativnimi čustvi. Pogosto so v povezavi z nerešljivimi ali težko rešljivimi problemi. Ali je še kakšen problem težje rešljiv kot ta, da boš umrl?! Ljudi, ki so nam najbližje, neradi obremenjujemo s težavami, včasih je strah pred poslabšanjem stanja svojca razlog za izogibanje pogovoru.

Vse to niso pravi razlogi za izogibanje pogovoru o koncu življenja. Predolgo odlašanje običajno napravi lahko rešljive probleme zelo težke. V skrajnem primeru lahko kakšne bolnikove skrbi ostanejo nerazrešene. Iz raziskav tudi vemo, da je občutek izpolnjenosti življenja ena od bolnikovih prioritete. Vse skrbi naj bodo razrešene do začetka umiranja!

Pogovor o umiranju pričnemo tenkočutno. Bolnika ne posiljujemo z resnico, pač pa raje počakamo na njegovo povabilo. Na ta način se bomo lotili tistih tem, ki so za bol-

nika pomembne. Pogovor naj bo karseda odkrit in nedvoumen. Na pogovor se pripravimo. Skupaj poiščemo rešitve, ki so za bolnika najprimernejše. Če ocenimo, da bolnik ne sprejema svojega stanja, moramo na to opozoriti svojce (ti vedno zaostajajo za bolnikom pri sprejemanju bolezni), da se bodo lahko pravočasno pripravili na smrt in bodo lahko bolniku priskočili na pomoč, ko jo bo potreboval. Redko se zgodi, da bolnik ne dovoli, da bi o njegovem stanju obvestili svojce. Ta zahteva lahko povzroči hud etični precep. Včasih predstavlja rešitev pogovor z bolnikom o razlogu za neobveščanje svojcev.

Glavna naloga komunikacije je vzdrževanje pozitivne komunikacije znotraj družine in tima oskrbovalcev. Umirajoči nima več dovolj energije za pasivno komunikacijo. Že v zgodnejšem obdobju se pogovorimo o pomenu izražanja in naslavljanja čustev, stisk in o pravilnem načinu nudenja pomoči (ta naj ne bo omejena). Svojce pripravimo na pričakovano slabšanje možnosti komunikacije. Opozorimo jih na velik pomen neverbalne komunikacije. Poučimo jih o pravilnem pogovoru ob umirajočem (kot da vse sliši).

Svojce pripravimo na postopno prevzemanje bolnikovih dolžnosti. Pri tem si pomagamo z oceno družine. Poznamo več tipov družin. Če precenimo, da znotraj družine oskrba ne bo možna, to upoštevajmo pri načrtovanju nadaljnje oskrbe. Včasih to lahko vodi v situacijo, kjer ne moremo izpolniti bolnikovih želja (npr. smrt doma, a ga doma nihče ne želi imeti).

► CILJ OSKRBE UMIRAJOČEGA

Oskrba umirajočega zasleduje le en cilj – SKRB ZA UDOBJE. Temu prilagodimo vse negovalne postopke. Za odvajanje poskrbimo, če bolnika moti zaprtje. Včasih je potrebno vstaviti urinski kateter, čeprav se količina izločenega urina pri umirajočem manjša iz dneva v dan. Skrbimo, da usta niso suha. Opustimo obračanje na ure. Premeščanje bolnika, ki aktivno umira, je najmanj nestrokovno. Umirajoči se ne more več prilagajati spremembam v okolju. Te lahko v skrajnem primeru sprožijo delirij. Občasno kakšen bolnik med prevozom umre. (Kako smo poskrbeli zanj?)

Ne spreglejmo duhovne dimenzije človeka! Religiozna oskrba je le del skrbi za duhovnost posameznika. Oskrbo načrtujemo, tako da so duhovne potrebe bolnika prepoznane in naslovljene.

Zdravljenje z zdravili prilagodimo pri vsakem posamezniku. Predvidimo, da bo pot per os izgubljena. Prednost ima dajanje zdravil subkutano. Opustimo vsa zdravila, kjer se dobrobit pokaže šele po dolgotrajnejšem jemanju. Vsi bolniki naj imajo predpisana zdravila za pet najpogostejših simptomov (slabost/bruhanje, nemir, bolečina, vročina, hropenje).

Umetna hidracija in umetno hranjenje nimata mesta v oskrbi umirajočega, razen na izrečno željo bolnika. Pa še takrat to prilagodimo – npr. infuzija 5 % glukoze v FR (tekočina, ki jo dajemo subkutano, mora vedno vsebovati sol). Običajno dajemo 500 – 1000 ml/dan (največ 1000 – 1500 ml/dan, do 100 ml/uro). Pri dajanju infuzije je večja verjetnost za pojav hropenja, lahko se razvije tudi pljučni edem.

Posebno pozornost namenjamo deliriju. Najtežje prepoznamo hipoaktivni delirij, ki močno poslabša kakovost umiranja. Pozorni smo na nepričakovana nenadna poslabšanja splošnega stanja, bolnikove težave (nenormalna zaspanost, prisilne misli, težke sanje...) in na opažanja svojcev.

Svojce (in bolnika) vedno seznanimo s pričakovanimi in najpogostejšimi simptomi. Skupaj poiščemo rešitve, ki so na voljo doma. Pogovorimo se možnih zapletih. Če ne bomo omogočili posveta z zdravnikom ob pojavu novih težav, bo manjša verjetnost za pripravljenost za oskrbo na domu.

Svojcem svetujemo glede samozaščite. Pomembno je, da nadaljujejo s svojim življenjem tudi v času skrbi za umirajočega. Skrbijo naj za dobro spalno higieno, ustrezno telesno aktivnost, ohranjajo naj odnose, ki so jim pomembni. Ne pozabimo na otroke. Ti so pogosto izključeni iz dogajanja zaradi skrbi za njihovo dobrobit. Ravno ta izključenost lahko povzroči hude posledice v nadaljnjem življenju. Stanje razložimo na način, ki je otroku razumljiv. Dovolimo mu, da pomaga v obsegu svojih zmožnosti.

Ne pozabimo vzdrževati upanja. Obet lepe smrti vzbuja upanje pri bolniku. Zelo pomembno je, da ne dajemo lažnih upov. Zastavljajmo si dosegljive cilje. Nedosegljivi cilji so pot v obup, frustracije in trpljenje. Doseči lepo smrt v domačem okolju, kot si je želel bolnik, predstavlja velik izziv – in vir profesionalnega zadovoljstva.

Literatura

- 1 Oskrba umirajočega: http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Onkologija_letnik_XV_st1/Onkologija_junij_2011_web_2_16.pdf
- 2 Knjižice Metulj: <http://www.paliativnaoskrba.si/paliativna-oskrba.html>
- 3 *Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2010*

VLOGA SOCIALNE DELAVKE PRI OBRAVNAVNI ONKOLOŠKIH BOLNIKOV Z RAKOM

Diana Jeleč Kaker

Onkološki inštitut Ljubljana

► POVZETEK

Strokovna pomoč pri reševanju stisk in težav bolnikov z rakom vključuje tudi socialnega delavca. Zdravnik v času bolnišničnega ali ambulantnega zdravljenja bolniku z rakom in njegovim svojcem predlaga vključitev socialnega delavca, ki skupaj z bolnikom in njegovo družino v izvirnem delovnem projektu pomoči pomaga pri iskanju ustreznih oblik podpore in storitev, ki omogočajo bolniku vrnitev v domače bivalno okolje ali pa preselitev v zanj sprejemljivo okolje. Naloga socialnega dela je zagotavljanje podpore bolnikom in njihovim bližnjim pri prilagajanju na življenjske razmere, pri njihovi vključitvi v proces zdravljenja, rehabilitacije ali umiranja. Delovanje socialnega delavca je usmerjeno v omogočanje večje izbire, v krepitev moči in odločanje o lastnem življenju, pri čemer je potrebno upoštevati kompleksno mrežo storitev za uresničevanje socialnih pravic in potreb bolnika. V procesu pomoči opravlja socialni delavec svetovalno delo in informira bolnike in njihove svojce o področju socialnega in zdravstvenega varstva. V praksi to pomeni informiranje o pravicah, medicinskih pripomočkih za nego na domu, pomoči družini na domu, institucionalnem varstvu, Hospic oskrbi. V prispevku so predstavljeni vloga, naloge in kompetence socialnega delavca ter koncepti dela, ki jih uporablja pri svojem delu.

CELOSTNA REHABILITACIJA BOLNIKOV Z RAKOM – KDAJ, KDO IN KOLIKO?

Metka Moharič^{1,2}

¹ Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

² Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino,
Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana

► POVZETEK

Večanje incidence raka v kombinaciji z daljšim preživetjem povečuje potrebo po rehabilitaciji. Bolniki z rakom bodo morda še vse življenje po odkritju bolezni potrebovali katerega od rehabilitacijskih ukrepov. Rezultati raziskav kažejo, da so rehabilitacijski ukrepi bolj ali manj uspešni, vendar je težko opraviti metodološko dobro raziskavo. Ne glede na to, morajo biti rehabilitacijski ukrepi ukrojeni po potrebah pacienta, ker le tako lahko vplivamo na vse dimenzije njegovega funkcioniranja.

Večanje incidence raka v kombinaciji z daljšim preživetjem povečuje potrebo po rehabilitaciji. Diagnosticanje in zdravljenje raka ima velik učinek na bolnikovo telesno, psihološko, socialno in eksistenčno stanje. Več kot polovica evropskih bolnikov, ki jim odkrijejo eno od pogostih oblik raka danes, bo po petih letih še živel(a) (1). Bolniki z rakom bodo morda po postavitvi diagnoze nato še vse življenje potrebovali rehabilitacijo, čeprav se bo potreba po njej s časom spreminjala.

Definicije rehabilitacije pokrivajo multidimenzionalni pogled na kronično bolezen in njen učinek na pacientovo življenje. Tako, v nasprotju z akutno oskrbo in drugimi medicinskimi obravnavami, rehabilitacija temelji na holističnem pogledu na pacienta z rakom in ne samo na zdravljenju bolezni ter upošteva tudi neželene učinke in dolgotrajne posledice raka, ki vplivajo na pacientovo vsakodnevno življenje, družino, vire, delazmožnost, priložnosti... Na rehabilitacijo lahko gledamo tudi kot na obvezni del zdravstvene oskrbe vseh bolnikov, ki preživijo raka.

Bolniki z rakom so zelo heterogena skupina, tako z medicinskega kot sociodemografskega stališča, zato so tudi njihove potrebe po rehabilitaciji zelo različne. Limfedem, nehotno uhajanje seča in blata in težave pri spolnosti so primer nekaterih pogostejših kroničnih težav, s katerimi se lahko bolniki z rakom srečujejo. Poleg teh fizioloških težav ima med zdravljenjem raka in po njem 25 % bolnikov čustvene te-

žave (2). Utrujenost je najpogostejši simptom, povezan z rakom, in ima pomemben negativen učinek na funkcijske sposobnosti bolnikov (3).

Rak lahko povzroči številne okvare in biopsihosocialni model, kot jedro koncepta moderne definicije rehabilitacije, podpira interdisciplinarni timski pristop k rehabilitaciji (4). Odvisno od vrste raka imajo bolniki lahko različne funkcijske težave, npr. izguba motorične kontrole, okvare možganskih živcev, kognitivne težave, težave z govorom in požiranjem, izgubo občutljivosti (4). Rehabilitacija bolnikov z rakom vključuje torej številne ukrepe in programe, od specifičnih zdravljenj npr. nehotnega uhajanja seča pri bolnikih z rakom prostate do multidimenzionalnih rehabilitacijskih programov, ki vključujejo več ukrepov: od telesne vadbe do tehnik sproščanja in psiho-izobraževalnih ukrepov.

Na splošno rezultati raziskav kažejo, da rehabilitacijski ukrepi zmanjšujejo stres, povezan s simptomi pri bolnikih z rakom in izboljšujejo njihovo kakovost življenja, funkcioniranje in splošno počutje. Vendar so dokazi lahko dobri (npr. za trening sproščanja in psihološko svetovanje) do slabi (limfna drenaža in terapija z umetnostjo) (5). V mnogih preglednih člankih kritizirajo tudi metodološko kakovost raziskav (6), pri čemer očitajo premajhne vzorce, težave s primerjalnimi skupinami (5) ali definicijo izidov.

Raziskave o rehabilitacijskih naporih v Evropskih državah kažejo, da obstajajo številni dokazi, da so nekateri od ukrepov, ki jih uporabljamo, lahko del rehabilitacije bolnikov z rakom. Vendar je običajno rehabilitacija sestavljena iz več ukrepov. Tudi če se rehabilitacija izvaja večinoma v ambulantni obliki, lahko bolniki sodelujejo v več zdravljenjih (npr. fizioterapiji in psihološki obravnavi). Zato bo potrebno v nadaljnjih raziskavah upoštevati tudi to, izidi pa naj ocenjujejo funkcioniranje na več ravneh (telesno, duševno, čustveno...) (7).

Za zaključek: zaradi vedno večje incidence raka in daljšega preživetja pacientov je rehabilitacija vedno bolj potrebna. Ukrojiti jo je potrebno po potrebah pacientov. (P)ostati mora sestavni in neprestani del oskrbe bolnikov z rakom.

Literatura

- 1 Berrino F., De Angelis R., Sant M., Rosso S., Lasota MB., Coebergh JW., et al. *Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995 – 99: Results of the EUROCARE-4 study.* *Lancet Oncol.* 2007; 8: 773 – 83.
- 2 Strong V., Waters R., Hibberd C., Rush R., Cargill A., Storey D., et al. *Emotional distress in cancer patients: The Edinburgh Cancer Centre symptom study.* *Br. J. Cancer* 2007; 96: 868 – 74.
- 3 Wagner LI., Cella D. *Fatigue and cancer: Causes, prevalence and treatment approaches.* *Br. J. Cancer* 2004; 91: 822 – 8.
- 4 Fialka-Moser V., Crevenna R., Korpan M., Quittan M. *Cancer rehabilitation: Particularly with aspects on physical impairments.* *J. Rehabil. Med.* 2003; 35: 153 – 62.

- 5 Hergert A., Hofreuter AK., Melchior H., Morfeld M., Schulz H., Watzke B., et al. *Effektivität von Interventionen in der Rehabilitation bei Prostatakarzinompatienten – Ein systematischer Literatur überblick. Phys. Med Rehab. Kuror* 2009; 19: 311 – 25.
- 6 Newell SA., Sanson-Fisher RW., Savolainen NJ. *Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. J. Natl. Cancer Inst.* 2002; 94: 558 – 84.
- 7 Hellblom M., Bergelt C., Bergenmar M., Gijsen B, Loge JH., Rautalathi M., et al. *Cancer rehabilitation: A Nordic and European perspective. Acta Oncol.* 2011; 50: 179–186.

REHABILITACIJA BOLNIKOV PO ZDRAVLJENJU MOŽGANSKIH TUMORJEV

Daniel Globokar, Nika Goljar

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

► IZVLEČEK

Ob stalnem napredku onkološkega in nevrokirurškega zdravljenja bolnikov z možganskimi tumorji se preživetje bolnikov podaljšuje. Tovrstne izboljšave vodijo v večje potrebe bolnikov po rehabilitaciji. Cilj rehabilitacijske obravnave bolnikov z možganskim tumorjem je z zvečanjem funkcionalnih sposobnosti bolnika in preprečevanjem zapletov izboljšati kakovost življenja. Rehabilitacijska načela za bolnike z možganskimi tumorji so dokaj podobna načelom, ki veljajo za bolnike po utrpeli možganski kapi in tudi nezgodni možganski poškodbi. V primerjavi z ostalimi nevrološkimi bolniki, so v rehabilitaciji bolnikov z možganskimi tumorji zdravstveni zapleti pogostejši, bolj izrazito je utrujanje, možno je poslabšanje stanja, oziroma napredovanje osnovne bolezni; krajši so časovni okviri možnih intervencij.

Tudi zato je potrebno kratkoročne in dolgoročne rehabilitacijske cilje posebej natančno opredeliti. Rehabilitacijski postopki so usmerjeni tako v vzpodbujanje okrevanja kot učenje funkcionalnih aktivnosti, čimbolj se izkoristi bolnikove preostale sposobnosti. Med strnjeno rehabilitacijo so še posebej pomembni izobraževanje bolnika in njegovih svojcev, čustvena podpora, psihološko svetovanje in oprema s primernimi tehničnimi pripomočki za čim bolj neodvisno bivanje v domačem okolju po zaključeni rehabilitaciji.

► UVOD

Možganski tumor lahko trajno prizadene bolnikove fizične, psihične, socialne in poklicne sposobnosti. Ob napredovanju medicine-onkologije, nevrokirurgije in ostalih medicinskih strok, se preživetje bolnikov z možganskimi tumorji (MT) podaljšuje, kar vodi tudi v večje potrebe teh bolnikov po rehabilitaciji. Najpogostejši nevrološki simptomi bolnikov z MT, ki so prisotni med rehabilitacijo na rehabilitacijskih oddelkih, so (po padajočem vrstnem redu): kognitivni upad, ohromelost, vidno-zaznavne motnje, senzibilitetne motnje, disfunkcija mehurja in črevesa, motnje požiranja in motnje govora. Ti simptomi so podobni kot pri bolnikih po možganski kapi ali nezgodni

možganski poškodbi, zato so tudi rehabilitacijska načela za bolnike dokaj podobna. Vendar so pri bolnikih z možganskimi tumorji zdravstveni zapleti pogostejši, bolj izrazito je utrujanje, možno je poslabšanje stanja, časovni okviri intervencij pa krajši. Rehabilitacijske kratkoročne in dolgoročne cilje je zato potrebno posebej natančno določiti in ustrezno prilagoditi rehabilitacijske programe.

Celovita rehabilitacija naj bi zagotovila nepretrgano oskrbo od zgodnjega obdobja bolezni do vrnitve v domače in/ali širše okolje, sodelovanje interdisciplinarne skupine izkušenih strokovnjakov, prepoznavanje in zdravljenje zdravstvenih zapletov, usmerjeno zdravljenje, ki bo čimbolj izkoristilo bolnikove preostale sposobnosti in zmanjšalo prizadetost, sistematično ocenjevanje bolnikovega napredka med rehabilitacijo in stalno prilagajanje zdravljenja, spodbujanje socialne reintegracije in prevzemanje vlog doma, v družini, v prostočasnih in poklicnih dejavnostih. Pri tem so izredno pomembni izobraževanje bolnika in njegovih svojcev, čustvena podpora, psihološko svetovanje in oprema s primernimi tehničnimi pripomočki.

► PROGRAMI REHABILITACIJE ZA BOLNIKE Z MOŽGANSKIMI TUMORJI

Cilj rehabilitacije je, z zvečanjem funkcionalnih sposobnosti bolnika in preprečevanjem zapletov, izboljšati kakovost življenja. Glede na številne možne nevrološke izpade je večinoma potrebna interdisciplinarna obravnava. Člani rehabilitacijske skupine-tima so zdravnik specialist rehabilitacijske medicine, po potrebi zdravnik specialist druge specialnosti - internisti in drugi, medicinska sestra, fizioterapevt, delovni terapevt, logoped, psiholog, socialni delavec ter inženir ortopedske tehnike.

Rehabilitacija naj bi bila integralni del zdravstvene oskrbe, zato se mora začeti že med akutnim zdravljenjem. Po zaključenem bolnišničnem zdravljenju so bolniki lahko vključeni v rehabilitacijski program na domu, v zdraviliščih, ambulantah v zdravstvenih domovih ali pristojnih bolnišnicah ter specializiranih rehabilitacijskih ustanovah. Najpomembnejši dejavniki pri uvrščanju bolnikov v rehabilitacijski program so: vrsta in stopnja prizadetosti, sposobnost učenja in telesna vzdržljivost. V interdisciplinarni program rehabilitacije naj bi bili vključeni v glavnem bolniki s prizadetostjo na dveh ali več področjih funkcioniranja, npr. gibanja, dnevnih aktivnosti, spoznavnih sposobnosti, čustvovanja in sporazumevanja. Njihovo zdravstveno stanje mora biti toliko stabilno, da so telesno sposobni sodelovati v aktivnem programu vsaj tri ure dnevno in imajo zadovoljive sposobnosti za učenje.

► POGLATIVNE AKTIVNOSTI V REHABILITACIJSKEM PROGRAMU

Ob sprejemu na rehabilitacijo najprej natančno ocenimo bolnikovo funkcijsko stanje in zastavimo kratkoročne in srednjeročne rehabilitacijske cilje. Cilji naj bodo skladni s stopnjo prizadetosti bolnika, usklajeni med bolnikom in njegovo družino ter terapevti. V rehabilitacijskem načrtu so opredeljeni tudi ukrepi za preprečevanje zapletov

med zdravljenjem, zdravljenje spremljajočih bolezni ter rehabilitacijski postopki glede na zaporedje, intenzivnost, pogostnost in trajanje. Med rehabilitacijo redno spremljamo napredek bolnika s standardiziranim ocenjevanjem. Tako pridobljene informacije so v pomoč pri ugotavljanju potrebnih sprememb v postopkih zdravljenja, kot tudi pri načrtovanju in določitvi zaključka rehabilitacije. Vsi člani rehabilitacijskega tima si v času rehabilitacije prizadevajo za izobraževanje bolnika in njegovih svojcev.

Skrb za primerno prehranjenost in hidriranost, varno in učinkovito hranjenje pri motnjah požiranja, nega in zaščita kože, nadzor funkcij mehurja in črevesa, motnje spanja ipd., so med rehabilitacijo enako pomembne kot v času akutnega zdravljenja v bolnišnici.

Terapevtski postopki za izboljšanje gibalnih sposobnosti in samostojnosti v vsakodnevnem življenju temeljijo na sodobnih spoznanjih rehabilitacijske medicine in nevrotérapevtskih tehnik in so usmerjeni v spodbujanje izvajanja funkcionalnih nalog. Funkcionalno izboljšanje temelji na funkcionalni reorganizaciji centralnega živčevja in prilagajanju. Vadba je usmerjena v spodbujanje selektivne gibalne kontrole, kompenziranje senzoričnih in percepcijskih motenj, predvsem pa v učenje funkcionalnih aktivnosti, za doseganje čim večje samostojnosti pri gibanju in osnovnih dnevnih opravilih. K boljšemu funkcioniranju pripomorejo vaje za ohranjanje gibljivosti sklepov, zmanjšanje mišičnega tonusa, izboljšanje ravnotežja, kondicije ter večjo mišično moč, kakor tudi prilagajanje okolja. Logopedski program za izboljšanje govorno jezikovnih sposobnosti lahko obsega vzpostavljanje najustreznejšega načina komunikacije z bolnikom, spodbujanje in razvijanje sporazumevanja z govorom, spodbujanje razumevanja, branja, pisanja, računanja, osveščanje bolnika in njegovih svojcev o problemih govorno-jezikovne komunikacije in iskanje nadomestnih načinov sporazumevanja.

Psihološka obravnava bolnikov z MT je večinoma dinamičen proces prepletanja psihodiagnostike, psihoterapije in programov kognitivne rehabilitacije. Pravočasna in ustrezna psihološka pomoč pomembno prispeva k zmanjšanju posledic bolezni in k izboljšanju dosežene kvalitete življenja bolnika. K zmanjšanju depresivnega doživljanja precej prispevajo pravičen odnos do bolnika, realni rehabilitacijski cilji in drugi pozitivni ukrepi.

Pri načrtovanju socialnega dela moramo upoštevati bolnikove preostale psihofizične sposobnosti, motiviranost ter možnosti za ponovno vključevanje v ožje (družina) in širše (soseska, delovna organizacija) socialno okolje.

► ZAKLJUČEK REHABILITACIJSKEGA PROGRAMA

Odpust iz hospitalnega programa rehabilitacije ali zaključek druge vrste rehabilitacije se običajno načrtuje, ko so doseženi zadani rehabilitacijski cilji, kadar med rehabilitacijo v dveh tekočih tednih ne ugotovimo opaznega napredka, kadar bolnik ne sodelu-

je, ali kadar zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja ni več sposoben sodelovati v programih rehabilitacije. Seveda je pred odpustom potrebno oceniti bolnikovo funkcijsko stanje, primernost predlagane namestitve, primernost družinske podpore in dostopnost pomoči na domu, kakor tudi načrtovati spremljanje zdravstvenega stanja s kontrolnimi pregledi.

► SPECIFIČNI ZAPLETI PRI REHABILITACIJI BOLNIKOV Z MOŽGANSKIMI TUMORJI

Po izkušnjah predstavlja pri bolnikih z MT utrujanje veliko oviro pri sodelovanju v rehabilitacijskem programu. K večplastnosti izpadov prispevajo tudi agresivni postopki zdravljenja (radioterapija, kemoterapija, antiepileptična terapija in podobno). Rehabilitacijske programe je potrebno zato prilagoditi posebnim potrebam rakavih bolnikov, pa tudi prepoznati specifične zaplete ter ustrezno ukrepati. Pri zdravljenju s kortikosteroidi se lahko razvije steroidna miopatija in s steroidi povzročena psihoza. Zaradi nepomičnosti, operacije, morebitne ohromelosti in hiperkoagulabilnosti obstaja večje tveganje za nastanek globoke venske tromboze in pljučnih embolizmov, pojavnost je med 4-45 %. Višja kot pri ostalih bolnikih je tudi pojavnost epileptičnih napadov - 20-40 %, odvisno od lokacije in vrste tumorja. Rehabilitacijo lahko precej ovira tudi sočasna radioterapija in izraženi stranski učinki; tako prehodni simptomi (slabost, bruhanje, zvonjenje v ušesih, kožne spremembe), akutna radiacijska encefalopatija (glavobol, zvišanje telesne temperature, motnje zavesti in zvečanje nevroloških izpadov), kot poslabšanje stanja več mesecev po obsevanju zaradi radiacijske nekroze možganov, difuzne radiacijske okvare možganov ali motenj v delovanju hipotalamo-pituitarne osi.

► IZID REHABILITACIJE BOLNIKOV Z MOŽGANSKIMI TUMORJI

Študije izida rehabilitacije bolnikov s primarnim MT v rehabilitacijskih ustanovah kažejo pomembno izboljšanje funkcijskega stanja. Stopnja funkcijskega izboljšanja ob zaključku rehabilitacije je podobna kot pri osebah po možganski kapi ali nezgodni možganski poškodbi, navedeni pa so višji odstotki zdravstvenih zapletov. Pri približno tretjini bolnikov je potrebna premestitev nazaj na bolnišnične oddelke za akutno obravnavo. Povprečno trajanje rehabilitacije je pri bolnikih z možganskimi tumorji krajše od rehabilitacije bolnikov z drugimi nevrološkimi boleznimi. Na Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo je na oddelek za rehabilitacijo bolnikov po možganski kapi na leto sprejetih na prvo rehabilitacijsko obravnavo povprečno 10 bolnikov s primarnim MT od skupno 260-265 bolnikov z možgansko-žilnimi boleznimi.

► ZAKLJUČKI

Rehabilitacija lahko pomembno izboljša funkcijsko stanje bolnikov s primarnimi možganskimi tumorji in kakovost njihovega življenja. Rehabilitacijska načela so večino-

ma podobna kot pri bolnikih po možganski kapi in nezgodni možganski poškodbi. Zaradi večjega utrujanja, slabše fizične zmogljivosti in pogostejših zdravstvenih zapletov, bolniki z MT potrebujejo specifične individualne prilagoditve rehabilitacijskih programov. Zaradi naraščajočih potreb po rehabilitaciji bolnikov z MZ bi morali v prihodnosti v Sloveniji vzpostaviti specializirane rehabilitacijske oddelke oziroma službe. S tem bi omogočili čim večjemu številu bolnikov z MT zgodnjo in ustrezno obravnavo in s tem povezano hitrejšo okrevanje.

Viri

- 1 Goljar N., Globokar D. Rehabilitacija oseb z možganskimi tumorji. Zbornik Rehabilitacija po zdravljenju raka. 20. onkološki vikend 2007; 94-99.
- 2 Goljar N., Globokar D. Celostna rehabilitacija bolnikov z možganskimi tumorji. Zbornik predavanj. 19. dnevi rehabilitacijske medicine. Rehabilitacija 2008; 7: Suppl 2: 52-56.
- 3 Mukand JA., Blackinton DD., Crincoli MG., Lee JJ., Santos BB. Incidence of neurologic deficits and rehabilitation of patients with brain tumors. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2001; 80: 346-50.
- 4 Kirshblum S., O'Dell MW., Ho C., Barr K. Rehabilitation of persons with central nervous system tumors. *Cancer* 2001; 92: Suppl 4: 1029-38.
- 5 Bell KR., O'Dell MW., Barr K., Yablon SA. Rehabilitation of the patient with brain tumor. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1998; 79: 37-46.
- 6 Mukand JA., Guilmette TJ., Tran M. Rehabilitation for patients with brain tumors. *Critical Review in Physical Rehabilitation Medicine* 2003; 15: 99-111.
- 7 U.S. Department of Health and Human Services. Clinical Practice Guideline. Post-stroke rehabilitation. Rockville: AHCPR Publications, 1995: 67-84.
- 8 Brandstater ME. Stroke rehabilitation. In: DeLisa JA., Gans BM., eds. *Rehabilitation medicine: principles and practice*. 3rd ed. Philadelphia, New York: Lippincott-Raven, cop. 1998: 1165-1189.
- 9 Johnstone M. Home care for stroke patient: living in a pattern. 3rd ed. New York /etc./: Chulchill Livingstone, 1996.
- 10 Batchelor T., De Angelis LM. Medical management of cerebral metastases. *Neurosurg. Clin.* 1996; 7: 435-46.
- 11 Vukovich TC., Grabriel A., Schaefer B., Veitl M., Matula C., Spiss CK. Hemostatic activation in patients undergoing brain tumor surgery. *J. Neurosurg.* 1997; 87: 508-11.
- 12 Dropcho EJ. Central nervous system injury by therapeutic irradiation. *Neurol. Clin.* 1991; 9: 969-88.
- 13 Marchiniak CM., Sliwa JA., Spill G., Heinemann AW., Semik E. Functional outcome following rehabilitation of the cancer patient. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1996; 77: 54-7.
- 14 O'Dell MW., Barr K., Spanier D., Warnick RE. Functional outcome of inpatient rehabilitation in persons with brain tumors. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1998; 79: 1530-4.
- 15 Huang ME., Wartella JE., Kreutzer JS. Functional outcomes and quality of life in patients with brain tumors: a preliminary report. *Arch. Phys. Med Rehabil.* 2001; 82: 1540-6.
- 16 Marciniak CM., Sliwa JA., Heinemann AW., Semik PE. Functional outcomes of persons with brain tumors after inpatient rehabilitation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2001; 82: 457-63.
- 17 Sherer M., Meyers CA., Bergloff P. Efficacy of postacute brain injury rehabilitation for patients with primary malignant brain tumors. *Cancer* 1997; 80: 250-7.
- 18 Greenberg E., Treger I., Ring H. Rehabilitation outcomes in patients with brain tumors and acute stroke: Comparative study in inpatient rehabilitation. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 2006; 85: 568-573.
- 19 Karin G., et al. Cognitive rehabilitation in patients with gliomas; a randomized, controlled trial. *J. Clin. Oncology* 2009; 27:3712-3722.
- 20 Fary K., et al. Effectiveness of integrated multidisciplinary rehabilitation in primary brain cancer survivors in an Australian community cohort: A controlled clinical trial. *J. Rehabil. Med* 2014; 46: 754-760.

- 21 Rupa P, et al. Identifying the needs of brain tumor patients and their caregivers. *J. Neurooncol.* 2011; 104: 737-744.
- 22 Palacio A., et al. Oncology and physical medicine and rehabilitation. *Annals of Physical and Rehab. Medicine* 2009; 52: 568-578
- 23 Fary K., Bhasker A. Use of International Classification of Functioning, Disability and Health ICF to describe patient-reported disability in primary brain tumor in an Australian community cohort. *J. Rehabil. Med.* 2013; 45: 434-445.

REHABILITACIJA, BOLNIŠKI STALEŽ, INVALIDSKA UPOKOJITEV - KAJ IN ZA KOGA?

Olivera Masten Cuznar

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenija, OE Ljubljana

► **POVZETEK**

Demografski podatki kažejo, da se Slovenci z večino Evrope vztrajno staramo, vendar se s tem dejstvom premalo konkretno ukvarjamo. Uresničujejo se epidemiološke napovedi, da bo rak postal prvi problem človeštva in kot vzrok umrljivosti prehitel bolezni srca in ožilja. Življenjska in delovna doba se podaljšujeta, povečuje se zbolevanje in preživetje bolnikov z rakom. Preventiva, zgodnje odkrivanje, zdravljenje (vključno s paliativnim) in rehabilitacija rakavih bolezni pridobivajo na pomenu (1). Pravočasna in uspešna rehabilitacija je usmerjena v ohranjanje delovne zmožnosti in zmanjševanje invalidnosti, saj fizične, psihosocialne in ekonomske posledice rakave bolezni prizadenejo bolnika, njegove bližnje in družbo kot celoto.

► **Uvod**

Iz statističnih podatkov Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) je mogoče povzeti, da je bilo v letu 2010 več kot 58 % vseh rakavih bolnikov starejših od 65 let. Eden od dveh moških in ena od treh žensk rojenih leta 2010, bosta predvidoma zbolela za rakom do svojega 75. leta. V zadnjih letih zboleva za rakom več kot 12.000 Slovencev, umre jih nekaj več kot 5.700 (okrog 3.200 moških in 2.500 žensk) (1,2). Z naraščanjem števila bolnikov in uvajanjem novih metod diagnostike in zdravljenja je pričakovati vztrajno rast izdatkov za obvladovanje raka, zato je potrebno sistematično spremljanje učinkovitosti in uspešnosti zdravljenja na vseh področjih.

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v svojem 23. členu določa, da so svetovanje, izobraževanje in usposabljanje za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga, preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni ter zdravljenje in rehabilitacija rakavih bolnikov v celoti plačljivi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) (3). Demografski, zdravstveno statistični podatki, kazalniki

zdravja in stroški zdravstvenih storitev pripovedujejo, zakaj je področje pomembno za Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS) in za Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje (ZPIZ), kot plačnika invalidske pokojnine, invalidnosti zaradi telesne okvare in dodatka za pomoč in postrežbo.

► **PODLAGE ZA OBRAVNAVANJE REHABILITACIJE IN BOLNIŠKEGA STALEŽA**

Kompleksnost zdravljenja rakavih bolnikov zahteva prilagajanje in ustrezno organizacijo zdravstvene oskrbe. Ocena bremena bolezni, ki upošteva razširjenost bolezni in stroške zdravljenja, je lahko dobrodošla pomoč. Neposredne stroške zdravljenja predstavljajo opravljene zdravstvene storitve, terapije, zdravila, medicinski pripomočki (MP), denarna povračila v času zdravljenja, nadomestila v času začasne nezmožnosti za delo. Pogosta posledica je delna ali popolna invalidnost zaradi dokončne delne ali trajne nezmožnosti za delo, »stranski« učinki in stroški zdravljenja so še veliko večji, težko so merljive posledice bolezni na področju bolnikovega dela in kariere. Bolnika moramo pravočasno spodbuditi k ohranjanju stika z delovnim okoljem in z delom kot vrednoto, ki ni le dodatno breme, ampak odlična spodbuda in podpora. Postopno vračanje na delo je zanemarjeni vidik načrta zdravljenja in rehabilitacije.

Zdravnik ZZZS je »imenovan«, da presoja in odloča o nekaterih pravicah rakavega bolnika iz OZZ:

- rehabilitacija v zdravilišču,
- zahtevnejši MP in MP pred iztekom trajnostne dobe,
- začasna nezmožnost za delo,
- izvedenska mnenja za pripravo odločbe o napotitvi na zdravljenje v tujino, povračila potnih stroškov in stroškov zdravstvenih storitev.

Pri svojem presojanju in odločanju je dolžan spoštovati strokovna in etična načela, istočasno pa tudi Pravila OZZ (4). Odločitev mora temeljiti na objektivnih kliničnih, diagnostičnih in laboratorijskih podatkih, dodatno lahko tudi na osebni obravnavi in pregledu zavarovane osebe. Pri svojem odločanju je odvisen od kakovostnega vodenja bolnika na primarnem in sekundarnem nivoju. Ob tem nastanejo zadrege, saj objektivni izvidi lahko podpirajo priporočila zdravnika v izvidu ali pa tudi ne, bolnik in svojci pa pričakujejo odločitev v skladu s priporočilom.

V primeru nepopolne dokumentacije je imenovani zdravnik dolžan zaprositi za dopolnitev, npr. s podatki o mnenju konzilija, o eventualnem dopolnilnem zdravljenju, o psihofizični kondiciji ... Za bolnika je pomembno, da pravočasno nadaljuje z dodatno terapijo, rehabilitacija je smiselna po zaključku dodatnega zdravljenja, saj dvakratna napotitev (po operaciji in še po dopolnilnem zdravljenju) ni mogoča. V srečnih primerih je operativno zdravljenje dokončno. Ob tem tudi za bolnike z rakom velja,

da ne zdravimo in rehabilitiramo diagnoze, ampak bolnika in njegove funkcionalne motnje, ki jih je mogoče z rehabilitacijo v zdravilišču občutno in za daljši čas odpraviti ali vsaj bistveno zmanjšati (4).

Zdravilišča so vrhunski rehabilitacijski centri in ne negovalne bolnišnice. Niti v človeškem niti v strokovnem pogledu ni etično bolniku v napredovani fazi bolezni ustvarjati lažnega upanja. Osebni (redkeje bolnišnični) zdravnik mora predlog za rehabilitacijo pripraviti smiselno in pravočasno: ko ni več kontraindikacij, ko je bolnik v kondiciji za izvajanje rehabilitacije in je zdravljenje (osnovno in eventualno dopolnilno) zaključeno, rane zacelejene, radio-dermatitis v umirjeni fazi... Bolniki v napredovani fazi bolezni, na paliativnem zdravljenju, na trajnem zdravljenju s kisikom na domu... ne sodijo v zdravilišče. Rehabilitacija v zdravilišču na dve leti v nobenem primeru ni avtomatska pravica, ampak so merilo objektivni funkcionalni razlogi, ki jih ni mogoče razrešiti z ambulantno terapijo in rehabilitacijo ali z ustreznimi medicinskimi pripomočki. Za nekatere bolnike je primerna napotitev v triažno ambulanto za timsko poklicno rehabilitacijo, ki jo izvaja Center za poklicno rehabilitacijo na Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu Republike Slovenije - Soča.

► REHABILITACIJA IN BOLNIŠKI STALEŽ V ŠTEVILKAH

Slovenija ima bogate možnosti rehabilitacije v zdraviliščih, samo območne enote ZZS Kranj, Ljubljana in Nova Gorica na svojem področju nimajo zdravilišč. Odobritev ali zavrnitev rehabilitacije v zdravilišču je odvisna od ustreznosti poslanega predloga, odločitev mora temeljiti na objektivnih kliničnih podatkih. Najpogostejša razloga za negativno odločitev sta predvideno dopolnilno zdravljenje in razširjena bolezen. V Tabeli 1 je predstavljeno število obravnavanih predlogov za napotitev na rehabilitacijo v zdravilišču v primerjavi med letoma 2013 in 2014, v Tabeli 2 pa dodatno še delež odobrenih standardov glede na vse odobritve. V predstavljenih podatkih so vključeni vsi predlogi, za vse diagnoze, predlogi osebnih in bolnišničnih zdravnikov. Večina predlogov za rehabilitacijo rakavih bolnikov je zajeta v standardih 4, 6, 7, 8 in 9.

Tabela 1: Število predlaganih in odobrenih zdraviliških zdravljenj v letu 2014 in primerjava z letom 2013

OE	Število vseh predlogov I-XII 14	Število odobrenih predlogov I-XII 14	Delež odobrenih predlogov I-XII 14	Delež odobrenih predlogov I-XII 13	Indeks št. vseh predlogov I-XII 14/I-XII 13	Indeks št. odobrenih predlogov I-XII 14/I-XII 13
CE	3.491	2.271	65,05%	64,70%	93,9	94,4
KP	2.300	1.584	68,87%	78,20%	90,8	80
KK	1.085	804	74,10%	76,31%	101,2	98,3
KR	2.684	1.907	71,05%	70,78%	100	100,4
LJ	9.707	7.215	74,33%	72,39%	95,8	98,4
MB	5.427	4.199	77,37%	82,03%	100,5	94,8
MS	1.614	1.129	69,95%	81,79%	83,8	71,6
NG	1.501	1.082	72,09%	80,09%	93,7	84,3
NM	1.511	1.049	69,42%	69,32%	101,2	101,4
RK	2.561	2.046	79,89%	74,49%	93,1	99,8
ZZS	31.881	23.286	73,04%	74,48%	95,7	93,9

Vir: ZZS, baza podatkov

Tabela 2: Deleži odobrenih standardov glede na vse odobrene standarde

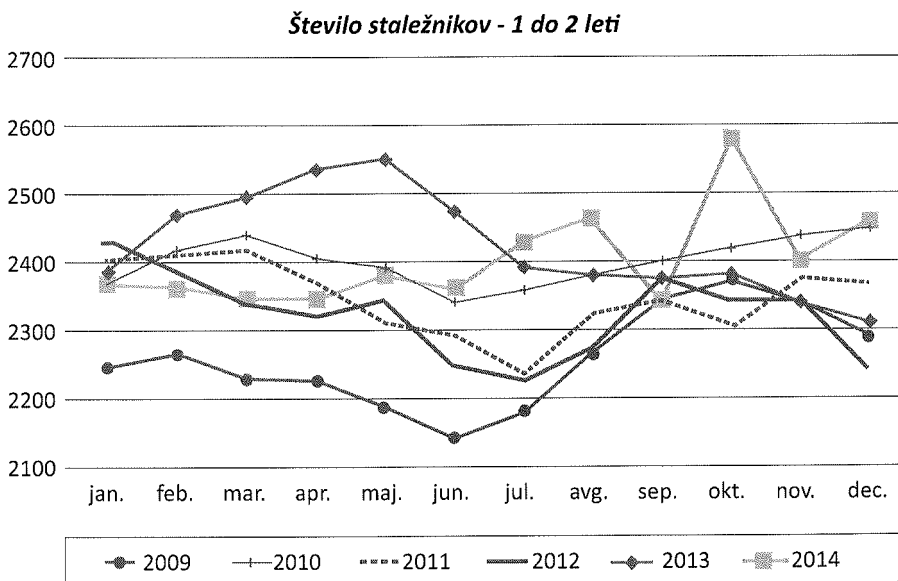
OE	Standard 1 I-XII 14	Standard 2 I-XII 14	Standard 3 I-XII 14	Standard 4 I-XII 14	Standard 5 I-XII 14	Standard 6 I-XII 14	Standard 7 I-XII 14	Standard 8 I-XII 14	Standard 9 I-XII 14	Skupaj I-XII 14
CE	2,90%	5,10%	53,39%	16,31%	8,97%	5,06%	0,35%	5,19%	2,73%	100,00%
KP	1,45%	0,69%	70,11%	5,49%	9,90%	4,60%	0,69%	2,71%	4,35%	100,00%
KK	2,08%	0,37%	66,06%	10,74%	10,74%	3,79%	0,61%	3,42%	2,20%	100,00%
KR	1,04%	0,05%	74,38%	5,49%	9,27%	4,45%	0,83%	3,05%	1,45%	100,00%
LJ	1,34%	2,24%	63,97%	11,26%	8,78%	4,78%	0,78%	3,15%	3,70%	100,00%
MB	4,68%	1,64%	58,55%	11,49%	7,87%	5,73%	0,45%	7,56%	2,02%	100,00%
MS	4,75%	2,33%	61,61%	9,42%	11,03%	3,77%	0,72%	4,39%	1,97%	100,00%
NG	2,85%	0,29%	60,74%	4,94%	14,83%	5,51%	1,90%	3,71%	5,23%	100,00%
NM	0,67%	0,19%	67,53%	10,79%	11,37%	4,01%	0,48%	3,44%	1,53%	100,00%
RK	4,13%	6,88%	56,46%	11,94%	8,35%	4,67%	0,59%	4,86%	2,11%	100,00%
ZZS	2,54%	2,29%	62,56%	10,57%	9,28%	4,84%	0,69%	4,36%	2,86%	100,00%

Vir: ZZS, baza podatkov

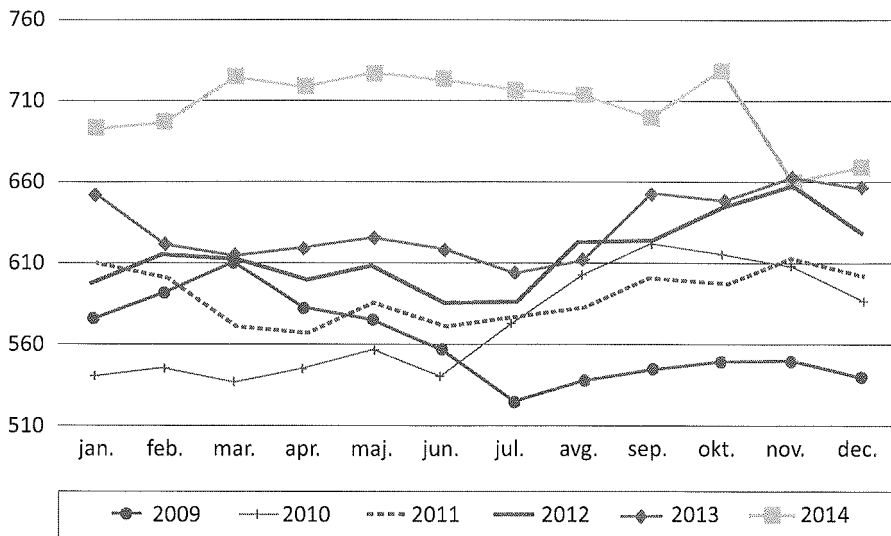
- **STANDARD 1** - vnetne revmatske bolezni
- **STANDARD 2** - degenerativni izven sklepni revmatizem
- **STANDARD 3** - stanje po poškodbah in operacijah na lokomotornem sistemu s funkcijsko prizadetostjo
- **STANDARD 4** - nevrološke bolezni, poškodbe in bolezni centralnega in perifernega živčnega sistema, vključno z možgansko kapjo in živčno mišičnimi boleznimi
- **STANDARD 5** - bolezni ter stanja po operacijah srca in ožilja
- **STANDARD 6** - ginekološke bolezni, stanja po posegih v mali medenici, testisih in prsih
- **STANDARD 7** - kožne bolezni
- **STANDARD 8** - gastroenterološke in endokrine bolezni in stanja po operacijah
- **STANDARD 9** - obolenja dihal

Začasna odsotnost z dela zaradi bolezni je sestavni del zdravljenja: potrebno je pozorno doziranje, saj imata stranske učinke tako podcenjena kot precenjena doza. Rakav bolnik se pogosto znajde med dolgotrajnimi staležniki - eno, dve, tri (Graf 1 in 2) ali celo pet let in več. Po tako dolgi odsotnosti ga delovno mesto ne čaka več. Po preteku enega leta začasne nezmožnosti za delo je naloga osebnega zdravnika, da bolnika z rezultati opravljenih preiskav in zdravljenja predstavi invalidski komisiji.

Graf 1 in 2: Število dolgotrajnih staležnikov (1 do 2 leti, 2 do 3 leta) v času od 2009 do 2014



Število staležnikov - 2 do 3 leta



Vir: ZZS, baza podatkov

Za oceno bremena bolezni in z vidika kazalnikov bolniškega staleža je zanimiva primerjava med tremi skupinami bolezni (Tabela 3), kjer izstopa povprečno trajanje odsotnosti v primeru rakavih bolezni, sledijo težave v nosečnosti, porodu in poporodnem obdobju, bolezni obtočil in mišično skeletne in vezivne bolezni.

Tabela 3: Primerjava kazalnikov bolniškega staleža po MKB skupinah bolezni, za oba spola skupaj, v letu 2013 (5)

2013	II (C00-D48) Neoplazme	V (O00-O99) Nosečnost, porod in poporodno obdobje	IX (I00-I99) Bolezni obtočil	XIII (M00-M99) Bolezni mišično skeletnega sistema in vezivnega tkiva
Primeri	10.851,00	11.702,00	13.781,00	76.265,00
Koledarski dnevi	693.235,00	599.307,00	528.334,00	2.335.531,00
Odstotek BS (% BS)	0,24	0,21	1,80	0,80
Izgubljeni koledarski dnevi na zaposlenega (IO)	0,87	0,75	0,66	2,93
Število primerov na 100 zaposlenih (IF)	1,36	1,47	1,73	9,57
Povprečno trajanje odsotnosti (R)	63,89	51,21	38,34	30,62

V nekaj letih je bolnik z rakom navadno večkrat obravnavan na ZPIZ-u. Več mesecev trajajoči postopki se končajo z odločitvijo invalidske komisije, da »zdravljenje ni končano« - pogosto brez obrazložitve, kaj je od načrtovanega rednega zdravljenja, spremljanja in pregledov še pričakovati. Večina bolnikov se najraje vrne na delo s časovno razbremenitvijo - najpogosteje v skrajšanem delovnem času 4 ali 6 ur (6). Časovna razbremenitev je smiselna in navadno mogoča že v časučasne nezmožnosti za delo, pred ocenitvijo na ZPIZ-u.

► ZAKLJUČEK

Pogovor z bolnikom o vračanju na delovno mesto je nepogrešljiv sestavni del načrta dobre rehabilitacije. Bolniku po končanem zdravljenju ostanejo trajne posledice, ki jih je mogoče omiliti z rehabilitacijo, vendar navadno kljub temu ne zmore več svojega dela v obsegu, kot ga je pred boleznijo. Podlaga za dobro presojo in odločitev o časovni nezmožnosti za delo ter popolno predstavitev invalidski komisiji so objektivni podatki o zdravstvenem stanju (ne priporočila), skupaj s podatki o zahtevah in obremenitvah na delovnem mestu. Končna odločitev je lahko zamenjava, prilagoditev delovnega mesta, časovna razbremenitev pri delu, invalidska upokojitev ali pa - zdravljenje ni končano.

Literatura

- 1 Državni program za obvladovanje raka v Sloveniji 2010 do 2015. Dosegljivo na spletni strani 28.03.2015: <http://www.dpor.si/wp-content/uploads/2012/11/Dr%C5%BEavni-program-obvladovanja-raka-v-Sloveniji-2010-2015-TISK.pdf>
- 2 Spletišče za dostop podatkov o raku v Sloveniji in drugod. Dosegljivo na spletni strani 28.03.2015: <http://www.slora.si/rak-v-sloveniji>
- 3 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Dosegljivo na spletni strani 28.03.2015: http://www.dzrs.si/wps/portal/Home/deloDZ/zakonodaja/izbranZakonAkt?uid=19A393442A704591C1257DC7003CCD00&db=urad_prec_bes&mandat=VII
- 4 Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dosegljivo na spletni strani 28.03.2015: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?sop=1994-01-2855#>
- 5 NIJZ Nacionalni inštitut za varovanje zdravja. Podatkovni portal. Kazalniki bolniškega staleža po spolu in skupinah bolezni. Dosegljivo na spletni strani 28.03.2015: https://podatki.nijz.si/pxweb/si/NIJZ%20podatkovni%20portal/NIJZ%20podatkovni%20portal__3%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__3f%20Bolni%C5%A1ki%20stale%C5%BE/BS_TB01_00_13.px/table/tableViewLayout/2/?rxid=f7771967-9bed-434d-b919-559f6f1a56de
- 6 Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju. Dosegljivo na spletni strani 28.03.2015: <http://imss.dz-rs.si/imis/42382d0ce3629d8fd008.pdf>

VADBA IN RAK – KOLIKO GIBANJA JE ZDRAVO?

Jasna But Hadžić

Onkološki Inštitut Ljubljana

► UVOD

Pozitiven vpliv vadbe na zmanjšanje pojavnosti srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni je danes že dobro poznan. V zadnjih tridesetih letih so številne raziskave pokazale, da večja telesna dejavnost zmanjšuje tudi tveganje za zboleznost zaradi rakave bolezni. Šele leta 2005 je izšel prvi članek, v katerem so preverjali pomemben vpliv vadbe na preživetje po diagnozi rakave bolezni¹. Od takrat so bile objavljene številne raziskave, ki so dosledno poročale o varnosti vadbe za onkološke bolnike, pozitivnem vplivu na prognozo in vpliv na zmanjšanje stranskih učinkov bolezni in zdravljenja. Kljub dokazom pozitivnega vpliva, pa se porajajo vprašanja o morebitnih stranskih učinkih vadbe, o najprimernejši vrsti in uvedbi vadbe bolnikom. Onkološki bolniki so namreč izrazito heterogena skupina, velikokrat starejši, s številnimi pridruženimi boleznimi, prisotne so težave zaradi bolezni in zdravljenja, ki so drugačne kot pri ostali populaciji in v številnih primerih vplivajo na toleranco za vadbo.

DOBROBIT VADBE ONKOLOŠKIH BOLNIKOV

► VPLIV VADBE NA PROGNOZO RAKAVE BOLEZNI

Prospektivne opazovalne raziskave so pokazale, da telesna dejavnost po diagnozi rakave bolezni pomembno vpliva na zmanjšanje tveganja za ponovitev bolezni in preživetje pri številnih oblikah raka, predvsem pa pri raku dojke, debelega črevesa in danke (RDČD), prostate in jajčnika. Metaanaliza pri bolnicah z rakom dojke je pokazala, da je vadba po diagnozi zmanjšala tveganje za ponovitev bolezni za 24 %, smrt zaradi raka za 34 % in celokupno preživetje za 41 %². Vsaj 4 velike kohortne raziskave so pokazale enak vpliv vadbe na področju RDČD z zmanjšanjem tveganja za do 50 % za enake cilje opazovanja³⁻⁶.

► VPLIV VADBE NA ZDRAVLJENJE

Poleg lajšanja stranskih učinkov, ima vadba med onkološkim zdravljenjem potencialni vpliv na potek zdravljenja. Bolnice z rakom dojke, ki med dopolnilno kemoterapijo izvajajo vadbo za moč, imajo namreč višjo stopnjo zaključene kemoterapije (prejmejo več ciklov z manj pavzami), v primerjavi z aerobno vadečimi ali bolnicami brez vodene vadbe⁷. Dnevno 30-minutno kolesarjenje na ergometru takoj po visokodozni kemoterapiji in avtologni transplantaciji kostnega mozga značilno skrajša čas nevtropenije, trombocitopenije, bolečine in čas hospitalizacije v primerjavi z bolniki, ki ne izvajajo nobenih vaj⁸.

► VPLIV VADBE NA STRANSKE UČINKE ZDRAVLJENJA

Onkološko zdravljenje, predvsem sistemska terapija in obsevanje, povzročata znaten upad telesne zmogljivosti med zdravljenjem. Zmerna aerobna vadba med zdravljenjem prepreči ta upad, v nekaterih primerih se pa zmogljivost pacienta celo izboljša⁷. Ena od posledic zmanjšanja telesne zmogljivosti in vpliva zdravljenja je utrujenost. Štiri od sedmih randomiziranih raziskav o vadbi med kemoterapijo in štiri od devetih po kemoterapiji, so poročale o značilno nižji utrujenosti med vadečimi⁹. Doslednejši rezultati pozitivnega vpliva vadbe za moč so bili prikazani pri bolnikih z rakom prostate na hormonski terapiji, kjer so z izboljšanjem puste mišične mase izboljšali funkcionalnost in posledično tudi zmanjšali utrujenost ter kakovost življenja⁹. Aerobna vadba pri bolnikih na hormonski terapiji vpliva na zmanjšanje izgube kostne gostote, če pa zdravljenju z bifosfonati dodamo tudi vadbo za moč, lahko dosežemo višji dvig kostne gostote^{10,11}. Stranski učinki hormonske terapije, na katere vadba pozitivno vpliva, so tudi bolečine v sklepih, zvišanje odstotka telesnega maščevja in ogroženost za metabolni sindrom ter srčno-žilna obolenja. Poleg vseh naštetih stranskih učinkov, se pri bolnicah z rakom dojke pojavlja tudi strah pred nastankom ali poslabšanjem limfedema. Dve randomizirani raziskavi sta pokazali, da je vadba za moč s prilagoditvijo pri teh bolnicah varna in ima celo pozitiven oz. varovalen učinek pred nastankom limfedema^{12,13}. Manj dokazov je na voljo o vplivu vadbe na psihosocialne faktorje, kot so anksioznost, depresija, samozavest, veselje, zaznavanje svojega telesa in kakovost življenja. Pozitiven vpliv so prikazali pri bolnikih z limfomom¹⁴, medtem ko so imele bolnice z rakom dojke izboljšano kakovost življenja le v primeru, če so bile randomizirane v način vadbe (aerobni ali anaerobni), kot so si želele⁷. Osebna preferenca do načina vadbe verjetno igra pomembno vlogo pri končnem učinku.

PRIPOROČILA ZA VADBO ONKOLOŠKIH BOLNIKOV

Za onkološke bolnike veljajo enaka priporočila kot za splošno populacijo, vendar zaradi specifičnih težav z določenimi prilagoditvami^{9,15}.

► SPLOŠNA PRIPOROČILA^{16,1}

Aerobna vadba:

- 30 minut zmerne telesne dejavnosti 5x na teden ali 20 minut intenzivne telesne dejavnosti 3x na teden. Dolžina vadbene enote vsaj 10 min.
- V kolikor je potrebna izguba telesne mase, povišati trajanje telesne dejavnosti na 60-90 minut.

Vadba za moč:

- 8-10 vaj za moč, 10-12 ponovitev, 2x na teden.

Priporočila za starejše od 65 let:

- potrebna načrtovana vadba,
- potrebna aerobna vadba in vadba za moč,
- priporočena je zmerna telesna dejavnost (ne visoko intenzivna),
- izvajanje razteznihi vaj za večje mišične skupine na dneve vadbe.

Za bolnike s kroničnimi boleznimi (tudi bolnike z rakom):

- pomembno je izogibanje nedejavnosti,
- vsaka telesna dejavnost je boljša kot nedejavnost.

► POSEBNE PRILAGODITVE^{9,15}

Pomembno sporočilo vseh smernic za onkološke bolnike je **izogibanje nedejavnosti**. ACS priporoča čim bolj vzdrževati običajen način življenja, ali pa čimprejšnji vrnitev k vsakodnevnim dejavnostim, tudi med dopolnilno terapijo. Čeprav je zgodovinsko veljalo, da mora bolnik počivati in hraniti energijo, pa to še vedno velja za bolnike, katerim gibanje povzroči bolečino ali pa imajo težave z dihanjem.

Drugo pomembno sporočilo je **individualna prilagoditev vadbe** glede na cilje, trenutno zmogljivost, obdobje v zdravljenju in težave bolnika. Tako bo cilj vadbe med zdravljenjem pri mladem atletskem bolniku verjetno preprečiti izgubo telesnih zmogljivosti med zdravljenjem in preprečevanje pozne kardiotoksičnosti, medtem ko bo pri starejšem bolniku s številnimi pridruženimi boleznimi lahko cilj vzdrževanje funkcionalne mobilnosti za sposobnost samostojnega življenja. Po samo kirurškem zdravljenju raka prostate se bo 67-letni maratonec lahko hitro vrnil v prejšnji režim vadbe, medtem ko bo prekomerno prehranjen 45-letni srčni bolnik po operaciji raka danke, kemoterapiji in obsevanju, s stomo, potreboval intenzivno fizioterapijo, preden bo lahko pričel z osnovnim programom hoje.

Splošne kontraindikacije za vadbo predstavljajo čas celjenja po kirurškem zdravljenju, huda utrujenost, anemija in motnje ravnotežja. Pozornost pa je treba posvetiti tudi povečani verjetnosti za kardiopulmonalne dogodke pri onkoloških bolnikih.

Specifični kontraindikaciji za vadbo sta akutno poslabšanje limfedema in negativno mnenje kirurga udeleženja v kontaktnih športih pri kolostomi. Prav tako je treba takoj **prenehati z vadbo**, če pride do poslabšanja simptomov limfedema ali pri novo nastali kili ali infektu zaradi kolostome.

Splošna tveganja za poškodbo predstavljajo kostni zasevki. Pomembna sta pravilna izvedba vaj in nadzor nad vadbo. Pri sočasnih srčno-žilnih boleznih se priporoča, da bolniki vadijo pod nadzorom, pri bolnikih z oslabljenim imunskim sistemom pa je nujna čistost prostorov ter vadba v manjših skupinah s popolnoma zdravimi ljudmi.

Specifična tveganja za poškodbo so prisotna pri bolnikih na hormonski terapiji (dojka, prostata, ginekološki raki) in bolnikih z multiplim mielomom. Te bolnike obravnavamo enako kot bolnike z osteoporozo ali kostnimi metastazami. Pri raku dojke in ginekoloških rakih je zaradi nevarnosti limfedema priporočljiva nošnja kompresijskih rokavic/nogavic med vadbo. Pri bolnikih s kolo/cisto stomo je potrebno izogibanje nenadnemu dvigu znotrajtrebušnega tlaka.

Prilagoditev aerobne vadbe ni potrebna pri raku dojke, prostate, RDČD in hematoloških rakih brez presaditve kostnega mozga, dokler upoštevamo specifična tveganja za poškodbo. Po presaditvi kostnega mozga lahko odrasli bolniki vadijo vsak dan, priporočena pa je nizka obremenitev in počasen dvig intenzivnosti vadbe. Pomembno je izogibanje pretreniranosti, saj visoko intenzivna vadba povzroči zmanjšan imunski odziv¹⁹. Za bolnice z ginekološkimi raki veljajo splošna priporočila, v primeru bolezenske debelosti pa je nujen nadzor nad vadbo in prilagoditev vadbe. Prilagoditev je potrebna tudi v primeru periferne nevropatije.

Prilagoditev vadbe za moč je obvezna pri bolnicah z rakom dojke in ogroženostjo za nastanek limfedema. Bolnice morajo imeti nadzorovano vadbo vsaj 16 vadbenih enot, pričeti morajo izvajati vaje brez obremenitve ter povečevati obremenitev za najmanjšo možno razliko. V kolikor so začasno prekinile z vadbo, morajo ponovno začeti z obremenitvijo, s katero so vadile 2 tedna nazaj, za vsak teden pavze (npr. pavza 2 tedna, obremenitev izpred štirih tednov). Paziti je potrebno na simptome roke in ob poslabšanju takoj zmanjšati breme ali prekiniti z vajo. Med vadbo morajo nositi elastične rokavice. Pri nevarnosti za limfedem spodnjega uda ni podatkov o varnem načinu vadbe, zato se pri ginekoloških bolnicah po odstranitvi dimeljskih bezgavk priporoča previdnost. Spremenjena so tudi priporočila za bolnike z RDČD in stomo, kjer je potrebno pričeti z nizko obremenitvijo mišic trupa in obremenitev počasi povečevati. Pri bolnikih po transplantaciji kostnega mozga so vaje za moč zelo priporočljive in verjetno pomembnejše od aerobne vadbe.

Prilagoditev vaj za gibljivost je potrebna pri bolnicah z ekspanderji pod pektoralno mišico, kjer se ne priporoča izvajanje vaj, ki zahtevajo popolno gibljivost ramenskega sklepa (npr. joga). Enaka previdnost pri povečanih obsegih gibanja je potrebna pri prisotnosti venske valvule in PIC katetra.

Vpliv posebnih stanj na vadbeno toleranco moramo upoštevati pri kognitivnih motnjah po sistemskem zdravljenju. Takšni bolniki bodo težko sledili kompliciranemu programu vadbe, zato naj bodo vaje čim bolj enostavne, priporočljiva pa je tudi uporaba dnevnika vadbe. Pri periferni nevropatiji imajo bolniki motnje občutka v rokah in/ali nogah, zato je zaradi nevarnosti poškodbe zanje primerna vadba na sobnem kolesu, namesto prostih uteži pa vadba na fitnes napravah. Med aktivnim zdravljenjem se svetuje prilagoditev vadbenega programa glede na počutje bolnika. V dneh, ko je toleranca na vadbo nizka, se svetuje kratka, nizko intenzivna vadba (npr. sprehod 10 min) v času dneva, ko je utrujenost najmanjša. V dneh, ko popustijo akutni stranski učinki zdravljenja, pa se bolnik vrne na normalen režim. Krajše vadbene enote, razdeljene skozi ves dan, so priporočljive tudi pri bolnikih po zdravljenju, pri katerih je v ospredju simptom utrujenosti. Specifično onkološko zdravljenje zmanjša toleranco za vadbo, zato lahko hitreje pride do pretreniranosti kot pri ostali populaciji. Če se pojavi povečana utrujenost, nespečnost, razdražljivost, padec zmogljivosti, izguba telesne teže, mišične bolečine ali izguba volje, je takoj potrebno zmanjšati odmere vadbe. Ob tem se trudimo ohraniti pogostost vadbe, zmanjšamo pa njeno intenzivnost in trajanje.

► ZAKLJUČEK

Zgodovinsko se je onkološkim bolnikom svetovalo, da naj počivajo in hranijo energijo. Ta miselnost je pri velikem številu bolnikov in njihovih svojcev še vedno prisotna. Zaenkrat pri nas, žal, še nimamo organizirane in prilagojene vadbe, namenjene onkološkim bolnikom, veliko pa lahko strokovni delavci naredimo s svetovanjem in spodbujanjem k aktivnemu življenju. Za varno trenutno velja zmerno intenzivna vadba, ob kateri se spotiš, še vedno pa se lahko normalno pogovarjaš. Sem spadajo tudi vsakodnevne aktivnosti, kot so: hoja, vožnja s kolesom, gospodinjenje ali vrtnarjenje. Ob svetovanju onkološkim bolnikom pa se moramo zavedati specifičnih omejitev in potreb po prilagoditvi aktivnosti za določene bolnike. Visoko intenzivna vadba se med zdravljenjem odsvetuje, čeprav trenutne raziskave kažejo na večanje učinkovitosti glede na intenzivnost²⁰. Vendar pa je o varnosti takšne vadbe še premalo podatkov.

Pogosto so onkološki bolniki visoko motivirani za spremembo življenjskega sloga. Iščejo različne (včasih drage, neučinkovite ali celo škodljive) možnosti za izboljšanje prognoze. Prejeti morajo prave informacije o varnosti in učinkovitosti zelo poceni in dostopnega zdravila – vadbe, ki bo učinkovita, v kolikor je ustrezno odmerjena, strokovno vodena in načrtovana. V tem kontekstu je nujno potrebna vključitev ustrezno izobraženega kadra (kineziologi, fizioterapevti), ki bo na nivoju lokalnih skupnosti lahko poskrbel za udejanjanje tovrstnih ukrepov.

Literatura

- 1 MD H., WY C., Feskanich D., CH. K., GA C. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*. 2005;293(20):2479-2486. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.293.20.2479>.
- 2 Ibrahim EM., Al-Homaidh A. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies. *Med. Oncol.* 2011;28(3):753-765. doi:10.1007/s12032-010-9536-x.
- 3 Meyerhardt JA., Giovannucci EL., Ogino S., et al. Physical activity and male colorectal cancer survival. *Arch. Intern. Med.* 2009;169(22):2102-2108. doi:169/22/2102 [pii]r10.1001/archinternmed.2009.412.
- 4 Meyerhardt JA., Heseltine D., Niedzwiecki D., et al. Impact of physical activity on cancer recurrence and survival in patients with stage III colon cancer: findings from CALGB 89803. *J. Clin. Oncol.* 2006;24(22):3535-3541. doi:10.1200/JCO.2006.06.0863.
- 5 Meyerhardt JA., Giovannucci EL., Holmes MD., et al. Physical activity and survival after colorectal cancer diagnosis. *J. Clin. Oncol.* 2006;24(22):3527-3534. doi:10.1200/JCO.2006.06.0855.
- 6 Haydon AMM., Macinnis RJ., English DR., Giles GG. Effect of physical activity and body size on survival after diagnosis with colorectal cancer. *Gut.* 2006;55(1):62-67. doi:10.1136/gut.2005.068189.
- 7 Courneya KS., Segal RJ., Mackey JR., et al. Effects of aerobic and resistance exercise in breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy: a multicenter randomized controlled trial. *J. Clin. Oncol.* 2007;25(28):4396-4404. doi:10.1200/JCO.2006.08.2024.
- 8 Dimeo F., Fetscher S., Lange W., Mertelsmann R., Keul J. *Effects of Aerobic Exercise on the Physical Performance and Incidence of Treatment-Related Complications after High-Dose Chemotherapy*; 1997.
- 9 Schmitz KH., Courneya KS., Matthews C., et al. American college of sports medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2010;42(7):1409-1426. doi:10.1249/MSS.0b013e3181e0c112.
- 10 Waltman NL., Twiss JJ., Ott CD., et al. The effect of weight training on bone mineral density and bone turnover in postmenopausal breast cancer survivors with bone loss: A 24-month randomized controlled trial. *Osteoporos Int.* 2010;21(8):1361-1369. doi:10.1007/s00198-009-1083-y.
- 11 Irwin ML., Alvarez-Reeves M., Cadmus L., et al. Exercise improves body fat, lean mass, and bone mass in breast cancer survivors. *Obesity (Silver Spring)*. 2009;17(8):1534-1541. doi:10.1038/oby.2009.18.
- 12 Schmitz KH., Ahmed RL., Troxel A., et al. Weight lifting in women with breast-cancer-related lymphedema. *N. Engl. J. Med.* 2009;361(7):664-673. doi:10.1056/NEJMoa0810118.
- 13 Schmitz KH., Ahmed RL., Troxel AB., et al. Weight lifting for women at risk for breast cancer-related lymphedema: a randomized trial. *JAMA*. 2010;304(24):2699-2705. doi:10.1016/j.yonc.2011.10.008.
- 14 Courneya KS., Sellar CM., Stevinson C., et al. Randomized controlled trial of the effects of aerobic exercise on physical functioning and quality of life in lymphoma patients. *J. Clin. Oncol.* 2009;27(27):4605-4612. doi:10.1200/JCO.2008.20.0634.
- 15 Rock CL., Doyle C., Demark-Wahnefried W., et al. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J. Clin.* 2012;62(4):243-274. doi:10.3322/caac.21142.
- 16 Haskell WL., Lee I-M., Pate RR., et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2007;39(8):1423-1434. doi:10.1249/mss.0b013e3180616b27.
- 17 Nelson ME., Rejeski WJ., Blair SN., et al. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2007;39(8):1435-1445. doi:10.1249/mss.0b013e3180616aa2.
- 18 Matthews CE., Moore SC., Sampson J., et al. Mortality Benefits for Replacing Sitting Time with Different Physical Activities. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2015. doi:10.1249/MSS.0000000000000621.
- 19 Gleeson M. Immune system adaptation in elite athletes. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.* 2006;9(6):659-665. doi:10.1097/01.mco.0000247476.02650.18.
- 20 Courneya KS., McKenzie DC., Mackey JR., et al. Effects of Exercise Dose and Type During Breast Cancer Chemotherapy: Multicenter Randomized Trial. *J Natl Cancer Inst.* 2013. doi:10.1093/jnci/djt297.

VPLIV 12-TEDENSKEGA PROGRAMA STRUKTURIRANE VADBE »VADI RAD« NA TELESNE ZMOGLJIVOSTI BOLNIC Z RAKOM DOJKE

**Vedran Hadžić¹, Damir Karpljuk¹,
Kristina Gnezda¹, Mojca Humar²**

¹Fakulteta za šport, Univerza v Ljubljani

²Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca

► UVOD

Študije nesporno dokazujejo številne koristi redne telesne dejavnosti pri primarni in sekundarni preventivi rakavih bolezni. Rakave bolezni nastajajo kot zapletena interakcija med genetskimi dejavniki in dejavniki okolja ter življenjskega sloga. Na zadnjega lahko pacienti sami neposredno vplivajo in ga spremenijo na boljše. Sama telesna dejavnost deluje na cel niz bioloških mehanizmov, ki na koncu dajejo pozitiven vpliv na kazalce zdravja tudi pri rakavih bolnikih. Sem sodijo presnovni procesi, raven spolnih hormonov, odpornost na inzulin, imunske funkcije ter koncentracija različnih biološko aktivnih snovi. Na podlagi vseh dokazov, ki so nam trenutno na voljo, je možno bolnikom z rakavimi boleznimi svetovati ustrezno telesno dejavnost, ki bo imela pozitivne in zaščitne učinke na zdravje posameznika.

Prav na področju raka dojke je bilo opravljeno veliko študij, na podlagi katerih danes vemo, da redna telesna dejavnost v trajanju 4-6 ur na teden pri intenzivnosti vadbe 6 MET (intenzivnost 1 MET predstavlja obremenitev pri sedenju; intenzivnost vadbe 6 MET predstavlja 6-krat večjo intenzivnost vadbe kot pri sedenju - npr. rahel tek) zmanjšuje tveganje za nastanek raka dojke za okrog 20 %. V tem primeru gre seveda za primarno preprečevanje raka dojke, vendar glede na to, da je sodobno zdravljenje raka dojke bistveno izboljšalo preživetje bolnic, so kasnejše študije pokazale, da ima redna vadba velik pomen tudi pri izboljšanju kakovosti življenja in počutja bolnic z rakom dojke. Kljub temu da se vpliv redne vadbe na preživetje bolnic z rakom dojke še vedno podrobno preučuje, velika večina študij vendarle pritrjuje, da redna telesna dejavnost po prebolelem raku dojke podaljšuje preživetje bolnic.¹⁻³

Med pozitivne učinke redne telesne dejavnosti pri bolnicah z rakom dojke sodijo splošno izboljšanje in vzdrževanje telesnih zmogljivosti, s čimer se izboljšuje samopodoba in neodvisnost posameznika, izboljšanje ravnotežja, ki preprečuje padce in potencialne bolezenske zlome kosti, zmanjšuje se tveganje za srčne bolezni, izboljšuje krvni pretok in zmanjšuje depresivnost, anksioznost in utrujenost, boljše pa je tudi vzdrževanje normalne telesne mase, ki tako izboljšuje učinke dietnih ukrepov⁴. Na kratko: redna telesna dejavnost izboljšuje splošno dobro počutje in kakovost življenja bolnic z rakom.

Žal pa, kljub nespornim dokazom o učinkovitosti vadbe, ter dejstvu, da je redna telesna dejavnost verjetno najcenejše razpoložljivo zdravilo, ki nam je na voljo, ki ob upoštevanju določenih preprostih pravil, praktično nima stranskih učinkov, je voljnost za vadbo običajno velik problem. Izgovorov za takšno stanje je lahko veliko, nekateri so objektivni, drugi pa ne⁵.

Namen pilotske študije »Vadi rad« je bil spodbuditi bolnice z rakom dojke, da s telesno dejavnostjo tudi same pripomorejo k izboljšanju svojega zdravljenja, hitrejšemu in lažjemu okrevanju in posledično kakovostnem življenju in daljši življenjski dobi. Mogoče bo prav projekt »Vadi rad«, ki se je kot vodena in strukturirana telesna dejavnost za bolnice z rakom dojke v Sloveniji izvajal kot prvi v taki obliki, pobuda za vpeljavo telesne dejavnosti v rutino zdravljenja raka dojke na nivoju lokalne skupnosti in oblikovanje večjega števila novih inovativnih vadbenih programov, namenjenih bolnicam s to boleznijo.

► METODE DELA

Udeleženske

V projekt je bilo prostovoljno vključenih 13 bolnic z rakom dojke s povprečno starostjo 57 ± 9 let in medianim časom od postavitve diagnoze 5 let. Osnovne demografske značilnosti bolnic kažeta Tabela 1 in 2.

Tabela 1. Osnovne demografske značilnosti bolnic

Izbrani parameter	Povprečje (standardni odklon)
Starost v letih	57 (9)
Telesna višina v cm	166,00 (5,1)
Telesna masa v kg	77,40 (17,2)
Odstotek telesnega maščevja	36,93 (8,25)
Indeks telesne mase	28,04 (5,81)

Tabela 2. Delež bolnic, zdravljenih z različnimi postopki zdravljenja

Postopki zdravljenja		Število
Kirurško zdravljenje	brez posega	1
	poseg levo	7
	poseg desno	3
	poseg obojestransko	2
Kemoterapija	brez kemoterapije	4
	kemoterapija	9
Radioterapija	brez radioterapije	2
	radioterapija	11
Hormonska terapija	brez hormonske terapije	3
	hormonska terapija	10

► ZASNOVA RAZISKAVE

V projekt je bilo zajetih 13 bolnic z rakom dojke, ki so obiskovale vadbo »Vadi rad« v Novi Gorici. Društvo Goriška proti raku, onkologi splošne bolnišnice dr. Franca Derganca Šempeter in Fakulteta za šport v Ljubljani so izoblikovali strukturiran program vadbe, ki je potekala trikrat tedensko, tri mesece in je bila za udeleženke brezplačna. Izvedbo pilotskega projekta »Vadi rad« je finančno omogočila Mestna občina Nova Gorica v okviru Javnega razpisa za sofinanciranje programov in projektov s področja socialne dejavnosti v Mestni občini Nova Gorica v letu 2014. Izpeljanih je bilo 30 vadbenih enot od tega 17 (57 %) v dvorani in 13 (43 %) v naravnem okolju (pohodi in vadba na prostem). Na vadbenih enotah je v povprečju sodelovalo 10 vadečih (77 % komplanca), vadbeni program pa je zaključilo vseh 13 vadečih.

Bolnice so na prvi dan vadbe izpolnile anketni vprašalnik EORTC QLQ-C30 z dodanim modulom EORTC QLQ-BR23, ki se navezuje na kakovost življenja bolnic po končanem zdravljenju. Na bolnicah je bilo izvedenih še 7 testov za oceno posameznih parametrov telesne zmogljivost, in sicer: ocena gibljivosti zgornjega uda v odročanju in predročanju, funkcionalni test doseg, vstajanje iz stola, sklece v klečni opori, trebušnjaki in test hoje na 2 kilometra. Testi so bili ponovljeni na zadnji dan vadbe.

► REZULTATI

Na podlagi analize rezultatov smo ugotovili, da je pri bolnicah najbolj problematična gibljivost zgornjega uda, ki tudi statistično korelira s številnimi konstruiranimi lestvicami vprašalnika o kakovosti življenja. Zelo močna povezava je bila zaznana s fizičnimi in opravljenimi funkcijami, kar pomeni, da je gibljivost roke, tako v fleksiji kot ab-

dukaciji, tista, ki bolnice najbolj ovira pri vsakdanjih opravilih. Z določenimi lestvicami vprašalnika statistično značilno korelira tudi mišična vzdržljivost nog (ocenjena s testom vstajanja iz stola). Sicer šibke, a kljub temu zaznane, so bile korelacije med fitnes indeksom in čustvenimi funkcijami, te pa statistično značilno korelirajo tudi z VO2max. Glede na dobljene rezultate, lahko za izboljšanje kakovosti življenja raka-vih bolnic priporočamo zmerno in redno telesno dejavnost, predvsem pa raztezne vaje za izboljšanje gibljivosti zgornjega uda.⁶

Rezultate vadbenega programa prikazuje tabela 3. Iz tabele je razvidno, da smo s programom uspeli statistično pomembno znižati raven telesne mase in odstotek telesnega maščevja. Do izboljšanja je prišlo tudi pri abdukciji leve roke (5,76 %). Bistveno so se spremenili tudi parametri ravnotežja (funkcionalni test doseg) in vstajanja iz stola, kjer so udeleženske po vadbi dosegle skoraj 20 % boljše rezultate kot pred samo vadbo. Najvišje izboljšanje je bilo pri številu opravljenih sklec v klečni opori, kjer so se rezultati skoraj podvojili (48 % izboljšanje). Prav tako je vredno omeniti, da je bila vrednost fitnes indeksa boljša za 14 %, vrednost ocenjenega VO2max pa za 18 %, kar pa vsekakor korelira s splošnim zdravstvenim stanjem posameznika. Fitnes indeks je bil pred pričetkom vadbe nekoliko podpovprečen, z vadbenim programom pa smo uspeli vrednosti fitnes indeksa normalizirati in ga prestaviti v območje povprečnih pričakovanih vrednosti.

Tabela 3. Vpliv 12-tedenskega programa vadbe VADI RAD na parametre telesne zmogljivosti bolnic z rakom dojke

Parameter telesne zmogljivosti	Pred vadbo		Po vadbi		Sprememba v odstotkih	Statistična značilnost spremembe
Telesna masa v kg	75,74	18,01	74,19	17,60	-2,08%	,011
Odstotek telesnega maščevja	36,24	8,84	34,01	8,69	-6,55%	,000
Abdukcija desno	182,36	11,53	183,36	8,39	0,55%	,803
Abdukcija levo	168,18	15,82	178,45	6,73	5,76%	,028
Fleksija desno	182,78	6,89	184,78	8,09	1,08%	,660
Fleksija levo	177,00	8,09	177,00	5,98	0,00%	1,000
Funkcionalni test doseg	42,90	3,75	53,30	14,86	19,51%	,061
Vstajanje iz stola	17,73	3,82	22,45	3,98	21,05%	,000
Število sklec v klečni opori	9,63	6,86	18,63	9,18	48,32%	,011
Število trebušnjakov	35,75	8,03	38,50	13,33	7,14%	,467
Fitnes indeks	86,25	21,33	100,50	21,78	14,18%	,002
VO2max	23,88	7,57	29,00	7,80	17,67%	,002

► ZAKLJUČEK

Projekt je dal pričakovane pozitivne rezultate, saj so napredovali praktično vsi parametri telesne zmogljivosti, kar pomeni, da so bolnice vadbo dobro sprejele in da je omenjeni pristop strokovno vodene in načrtovane vadbe izjemno učinkovit in koristen za to populacijo bolnic. Nadaljevanje projekta, z večanjem števila udeleženk, bo vsekakor dodatno dvignilo raven zavedanja o pomenu redne telesne dejavnosti za bolnice z rakom dojke.

Literatura

- 1 Lee IM., Cook NR., Rexrode KM., Buring JE. Lifetime physical activity and risk of breast cancer. *Brit. J. Cancer.* 2001;85:962-965.
- 2 Drake DA. A Longitudinal Study of Physical Activity and Breast Cancer Prediction. *Cancer Nurs.* 2001;24:371-377. doi:10.1097/00002820-200110000-00008.
- 3 Ogunleye A., Holmes M. Physical activity and breast cancer survival. *Breast Cancer Res.* 2009;11:106.
- 4 Loprinzi PD., Cardinal BJ. Effects of physical activity on common side effects of breast cancer treatment. *Breast Cancer.* 2012;19:4-10. doi:10.1007/s12282-011-0292-3.
- 5 Snyder DC., Ottenbacher AJ., Kraus WE., et al. Exercise among breast and prostate cancer survivors—what are their barriers? *J Cancer Surviv.* 2011;5:413-419. doi:10.1007/s11764-011-0184-8.
- 6 Gnezda K. Povezava med kakovostjo življenja in parametri telesne zmogljivosti pri bolnicah z rakom dojke. 2014. Available at: <http://cobiss5.izum.si/scripts/cobiss?id=0123473728900188>.

DIETE PRI BOLNIKIH Z RAKOM – ŠKODA ALI KORIST?

Nada Rotovnik Kozjek, Eva Peklaj

Onkološki inštitut Ljubljana

► POVZETEK

Prehrana je pomemben del zdravljenja rakavih bolezni. V prispevku je prikazan pomen primerne prehrane med zdravljenjem rakastih bolezni in posebnosti prehrane po njihovem zdravljenju. Predstavljen je pregled pogostih alternativnih prehranskih pristopov in njihovi vplivi na zdravje bolnika. Poudarjena je celostna obravnava bolnika, ki se odloči za alternativno prehrano in način obravnave.

Ključne besede: prehrana, rak, zdravljenje raka, alternativne diete, celosten pristop.

► UVOD

Prehrana je pomemben del zdravljenja kroničnih bolezni, kamor spadajo tudi rakaste bolezni. Predstavlja vejo biologije, ki se ukvarja s hranili kot presnovnimi substrati (1). Vedenje o prehrani rakastih bolnikov se prepleta z biološkimi, medicinskimi, psihološkimi in tudi sociološkimi vedami. Ker je karcinogeneza neposredno povezana z genetiko, je potrebno še posebej poudariti epigenetske modifikacije, preko katerih se vpliv načina prehranjevanja neposredno vpleta v nastanek in razvoj rakastih bolezni ter zdravljenje bolnikov z rakom (2).

Biološka izhodišča za prehransko podporo rakastih bolnikov odražajo vpletenost prehrane v življenjske procese vse do osnovnih, kajti vse življenjske funkcije so odvisne od energije. Energijski in hranilni vnos s prehrano tako predstavlja za bolnike z rakom presnovno podporo med boleznijo in njenim zdravljenjem. Presnovni substrati neposredno vplivajo na delovanje celic in na ta način prehranska podpora bolnikov z rakom predstavlja paralelno terapevtsko pot zdravljenja (3). Sistematična, ustrezno strukturirana in časovno primerno umeščena prehranska intervencija v poteku zdravljenja bolnika z rakom, je ključnega pomena za ohranitev njegovega dobrega prehranskega stanja in odloži razvoj kaheksije. Tako lahko rakaste bolnike zdravimo dlje časa in bolj agresivno. Vključitev specifičnih, presnovno aktivnih substratov, kot so na primer razvejane aminokisliline ali eikozapentaenojska kislina, na molekularnem nivoju zavira molekularne mehanizme, ki se odražajo v kahektogenih presnovnih spremembah in klinični sliki kaheksije. Na drugi strani pa neuravno-

težen in nezadosten vnos presnovnih substratov vodi v presnovne motnje in stradanje ali celo smrt. Tako je zdravljenje rakastih bolezni manj uspešno, več je neželenih sopojavov zdravljenja, slabša je tudi kakovost življenja bolnikov (1,3).

Prehrana je tako močan dejavnik življenjskega stila, s katerim lahko moduliramo nastanek in zdravljenje rakastih bolezni (2,3). Prehrana ima pomen, ki ga strokovno opredelimo s pojmom klinične prehrane in pri prehranski obravnavi bolnika zahteva upoštevanje načel medicinske obravnave ter poglobljena znanja vpliva prehrane na presnovna dogajanja (4). Hkrati pa se močna vpletenost prehrane v dejavnike življenjskega stila odraža tudi v številnih načinih prehranjevanja, ki se povezujejo s preventivo in zdravljenjem raka ter mnogokrat prestopajo meje znanstveno podprtih strokovnih priporočil (5). Ker je razširjenost znanj klinične prehrane v praksi še precej šibka, so bolniki in zdravstveni delavci velikokrat v dilemi pri tako osnovnih vprašanjih, kakšna naj bo prehrana bolnika med zdravljenjem rakaste bolezni, kot tudi kakšna prehranska strategija zmanjša možnost nastanka in razvoja rakastih bolezni. V prispevku so prikazana osnovna strokovna izhodišča za prehrano bolnikov med zdravljenjem rakastih bolezni in v obdobju, ki sledi zdravljenju ter informativni pregled pogostih prehranskih praks ali »diet«, ki jih uporabljajo bolniki z rakom v zahodnem svetu (5). Prav tako je prikazan pristop za obravnavo bolnika, ki se odloči za »dietno« prehransko prakso.

► PREHRANA BOLNIKOV MED ZDRAVLJENJEM RAKA IN PO NJEM

Prehrana bolnikov z rakom je namenjena presnovni podpori med zdravljenjem raka. Osnovni namen prehranske podpore je preprečevanje in zmanjšanje podhranjenosti bolnikov. Posledice podhranjenosti poznamo. Izguba telesne mase je negativen prognostičen dejavnik pri zdravljenju rakaste bolezni, med zdravljenjem so bolj izraženi sopojavi zdravljenja in kvaliteta življenja podhranjenih bolnikov je slabša. Ker podhranjenost pospešuje razvoj kahektičnega presovnega stanja, s prehranskimi ukrepi vplivamo tudi na nastanek in razvoj kaheksije (3).

Zato je za vse bolnike, ki se zdravijo zaradi rakaste bolezni, smiselno presejanje na prehransko ogroženost. Prehransko ogroženi bolniki potrebujejo spremljanje prehranskega stanja in/ali prehransko svetovanje. Prehransko svetovanje se izvaja v sklopu prehranske obravnave, ki je prilagojena bolnikovim prehranskim težavam (4).

Osnovno informacijo o preprečevanju in zdravljenju težav bolnikov lahko bolniki dobijo iz strokovne literature, ki je namenjena bolnikom. Primer takšne literature so na primer knjižice o prehrani med zdravljenjem rakaste bolezni, ki jih ponudimo bolnikom(6). Verodostojne informacije najdejo bolniki tudi na spletnih straneh strokovnih onkoloških združenj, kot je na primer Ameriško združenje za zdravljenja raka (7). Te informacije so seveda primerne tudi za svojce in v veliki meri tudi za zdravstvene delavce.

Kadar pa bolnik zaradi prehranske ogroženosti potrebuje prehransko obravnavo in usmerjeno prehransko terapijo, je za to potrebno znanje klinične prehrane. Danes vemo, da izvajanje sodobne prehranske podpore, poleg znanja same prehranske terapije, zahteva tudi znanje presnovnih manipulacij v katabolnih stanjih. Za prehransko terapijo je potrebno postaviti bolnikovo prehransko in presovno diagnozo. V katabolnih stanjih s substratno prehransko podporo podpiramo delovanje posameznih tkiv in organov. Nujno je spremljanje utilizacije danih hranil, pomagamo si z znanjem farmakonutricije, s katerim lahko učinkovito zmanjšamo katabolizem in tako še dodatno povečamo uspeh prehranske terapije. Pri izvajanju prehranske terapije uporabljamo strokovna priporočila za prehrano bolnikov z rakom (4). Uporaba »diet« ni strokovni pristop k prehrani bolnika z rakom. Izraz dieta uporabimo le za načine prehranjevanja, ko je potrebno zaradi prehranskih težav bolnika (intoleranca na določeno hrano ali hranila, spremenjeno delovanje prebavil) iz prehrane izločiti določena živila.

Pri bolnikih po končanem zdravljenju je priporočen način prehranjevanja, ki se v osnovi bistveno ne razlikuje od osnovnih strokovnih izhodišč za primerno prehrano zdrave populacije (7). V praksi pa se pogosto srečujemo s prehranskimi in presnovnimi problemi, ki so posledice zdravljenja raka. Zaradi tega je potrebno ustrezno prilagoditi vnos prehrane in ti bolniki potrebujejo prehransko svetovanje (klinični dietetik) in ustrezno spremljanje, glede na njihove zdravstvene in prehranske težave. Brez prehranskega svetovanja uporaba posebnih načinov prehranjevanja »diet« ni strokovno opravičena.

► »DIETE« PRI BOLNIKI Z RAKOM

Številni bolniki z rakom posegajo po komplementarnih in alternativnih načinih zdravljenja. Delež teh bolnikov predstavlja po podatkih virov medicine, podprte z dokazi, okoli 50 % bolnikov z rakom, po podatkih komplementarnih ved pa je še za četrtno višji (8,9). Najpogosteje uporabljajo alternativno prehrano in prehranske dodatke. Ta uporaba temelji na izhodišču, da ti prehranski pristopi podpirajo delovanje imunskega sistema in vera, da z določeno dieto razstrupljajo telo. Na prvi pogled je tako sprememba prehrane in uporaba prehranskih dopolnih najbolj priročen in primeren način, s katerim odpravijo motnje imunskega sistema in toksičnost zunanjih dejavnikov, za katere verjamejo, da so vzrok njihove bolezni.

S posebnimi izivi se pri obravnavi teh bolnikov srečuje sistem klasične medicine. Ne samo da nimamo trdno dokazljivih neposrednih povezav med prehrano in nastankom rakastih bolezni, tudi zdravstveni delavci niso dobro podkovani za pogovore o strokovni prehranski podpori bolnikov kot alternativnih prehranskih praksah. Prav tako bolniki zdravstvenih delavcev pogosto ne seznanijo z uporabo komplementarnih prehranskih pristopov.

Zato, na osnovi nedavno objavljenega pregleda literature o dietah, ki jih uporabljajo bolniki z rakom, podajamo preglednico najpogostejših alternativnih diet in osnovna priporočila za prehransko svetovanje bolnikom, ki te »diete« uporabljajo (Tabela 1). Ker so ti prehranski pristopi pogosto tudi kulturno in religiozno poudarjeni, je potrebno za obravnavo teh bolnikov upoštevati tudi socialne in druge vplive njihove okolice.

Zaradi lažje komunikacije z bolniki je Schofield s sodelavci predlagal 10 korakov, kako se z bolnikom pogovoriti o komplementarni in alternativni medicini (10):

1. Ugotovite ali bolnik razume svoj položaj.
2. Spoštujte kulturne in jezikovne raznolikosti in različne epistemološke okvirje.
3. Vprašajte o komplementarni in alternativni medicini, ki jo bolnik uporablja v kritičnih trenutkih bolezni.
4. Raziščite podrobnosti in aktivno prisluhnite bolniku.
5. Odzovite se na bolnikovo čustveno stanje.
6. Pogovorite se o relevantnih nevarnostih in pri tem spoštujte bolnikova prepričanja.
7. Zagotovite uravnotežen in z dokazi podprt nasvet.
8. Povzamite diskusijo.
9. Dokumentirajte diskusijo.
10. Monitorirajte in spremljajte bolnika.

Po mnenju Gilmour in sodelavcev je zdravnikova etična dolžnost, da se z bolniki pogovori o alternativnih pristopih k zdravljenju njegove bolezni (11). Ker prehrana neposredno posega v uspeh zdravljenja bolnika z rakasto boleznijo, spada v osnovno terapevtsko dolžnost, da seznani bolnika z mestom primerne prehranske podpore pri terapiji rakaste bolezni in mu strokovno razloži tudi negativne učinke alternativnih prehranskih pristopov. Zato zdravnik in vsi zdravstveni delavci potrebujejo osnovna znanja o prehrani bolnikov z rakom. Za lažje svetovanje bolnikom pa je Huebner s sodelavci pripravil priporočila za svetovanje bolnikom, ki so na dieti (5):

Dieta	Število člankov, najdenih na Medline/po restrikciji	Značilnost diete	Koncept diete	Objavljeni klinični podatki	Korist za onkološke bolnike	Tveganje za onkološke bolnike
Alkalna dieta	2993/13	Dieta z zelenjavo in sadjem z malo sladkorjev, izogibnaje sladkorjem, žitaricam, mleku in mlečnim izdelkom ter mesu	Acidoza je razlog za bolezen	0	/	/
Bircher-Benner dieta	0/0	Dieta s sadjem in zelenjavo ter oreščki, špartanska fizična disciplina in vrtnarjenje	Sonce je vir vse energije, to energijo telesu zagotovimo s hranili in delom na soncu	0	Ni koristi	/
Breuš' dieta ali zdravilo	1/0	Življenje na zelenjavnih čajnih sokovih in to le za 42 dni	Namen izstradati tumor	0	/	Podhranjenost in izguba teže, bolnikom se svetuje, da za ta čas opustijo konvencionalno zdravljenje
Budwigova dieta ali proteinsko-maščobna dieta	3/0	Omega 3 maščobne kisline z velikom vnosom žvepla iz skute in lanenega semena	Rak nastane zaradi velikega števila trans-maščobnih kislin in primanjlkaja omega-3 in -6 maščobnih kislin	0	Skuta z lanenim semenom služi kot dodaten obrok bolnikom, ki hujšajo	Strogo držanje navodil diete privede do pomanjkanja vitaminov in drugih mikronutrientov
Dieta z nizkim vnosom ogljikovih hidratov ali ketogena dieta	419/13	Nič rafiniranih sladkorjev, kalorični vnos predvsem na račun maščob (omega-3 in -6 maščobnih kislin) in proteinov, z namenom dvigniti nivo ketonov	Dieta bazira na efektu, da rakave celice pridobivajo energijo pretežno iz anaerobne glikolize, znižanje ogljikovih hidratov naj bi ustavilo rast rakavih celic	3	/	Pomanjkanje mikronutrientov, izguba apetita, slabost, opstipacija, izguba telesne teže, hiperlipidemija, dehidracija, metabolna acidoza, utrujenost, sedacija
Gersonova dieta ali kavni klistirji	91/24	Da se poveča vnos kalija, morajo bolniki dnevno zaužiti sok iz vsaj 10 kg sadja in zelenjave, maščobe naj se izogibajo, živalski proteini so dovoljeni v zelo majhnih količinah; dnevno bolnik dobi 3 kavne klistirje kot proces čiščenja	Rak nastane zaradi neravnovesja med kalijem in natrijem	3	/	Primeri iz prakse: smrt ali sepsa in koma zaradi hiponatremije in hiperkalemije

Livingston-Wheeler dieta	0/0	Avtogeno cepivo iz bakterij, ki izhajajo iz telesnih tekočin, gama globulin, BCG antibiotika in prehrana s sadjem in zelenjavo z nizko vsebnostjo natrija	Raka povzroča bakterija Progenitor cryptocides, ki jo je Ms. Livingston odkril pri bolnikih	0	/	Injekcije lahko privedejo do imunoloških reakcij
Kelley/Go-nza-lez dieta ali pankreatični encimi	0/322	Kombinacija pankreatičnih encimov, vitaminov, mineralov in kavni klistirji	Rak nastane zaradi toksinov iz okolja	2	/	Meteorizem, simptomi kot pri gripi, vročina, bolečine v mišicah, izpuščaji na koži, elektrolitski disbalans
Makrobiot-ska dieta	46/9	Žitarice so najpomembnejši del prehrane; 50 - 60% žitaric, 20 - 30 % zelenjave, manjše količine rib in jajc; meso, mlečni izdelki in mleko, sladkor, krompir in paradižnik so iz prehrane izključeni	Rak nastane zaradi neravnovesja med jing in jang	6	/	Pri strogi dieti je opisanih nekaj smrtnih primerov, izguba telesne teže, primanjkljaj proteinov in vitamna B12, C in D, cinka, kalcija, železa, anemija, skorbut
Moermann dieta	0/0	Lakto-vegetarijska dieta, vitamini A, B, C, D, E, jod, žveplo, selen, citronska kislina, nič mesa, rib, bele moke, živalskih maščob, fižola, graha, leče, gob, krompirja, sladkorja, soli, margarine in drugih hidrogeniranih olj, kave, kofeina, jajčnih beljakov, alkohola, tobaka	Kronično pomanjkanje osmih ključnih substratov privede do motenj metabolizma in zakisanosti, mikroorganizmi (simbioti) transformirajo zdrave celice v rakave celice, dieta odvzame simbiotom substrat za rast	0		Disbalans v mikronutrientih
Postenje	3803/14	Odsotnost nutrientov za določen čas	Raka se lahko izstrada	0	/	Podhranjenost in izguba telesne teže
Presna prehrana	10883/45	Uživanje surove hrane	Kuhana hrana privede do bolezni in raka	0	Izogibanje soljeni hrani in toksinom, ki nastanejo med kuhanjem (Heterociklični amini)	Slabša toleranca do surove hrane v primeru mukozitisa med terapijo, pri bolnikih s stomo je večja nevarnost za infekcije
Veganska dieta	650/124	Popolno izogibanje živalskim produktom	Etične odločitve	1	Visok vnos prehranskih vlaknin, vitamina C, E in folne kisline, magnezija, nizek vnos nasičenih maščob	Izguba telesne teže, pomanjkanje vitamina B12, D, kalcija in cinka

1. Vsem bolnikom z rakom je potrebno dati nasvet glede prehrane in diet pri raku. Če je potrebno, naj strokovnjaki bolniku pomagajo, da se zagotovi zadosten vnos makro in mikrohranil.
2. Svetovanje o dietah pri raku mora biti lahko dostopno. To pomeni, da bi morale biti del komunikacije med onkologom in bolnikom, ali pa naj onkolog bolnika napoti k specialistu.
3. Kvalifikacije: Strokovnjaki, ki dajejo nasvete o prehrani pri raku, morajo imeti znanje in izkušnje na področju prehrane in onkologije. Poleg tega morajo vedeti podrobnosti o dietah pri raku in poznati strategije, s katerimi so diete propagirane. Pomembno je, da imajo dobre komunikacijske sposobnosti. Te kvalifikacije je treba pridobiti in jih redno posodabljati.
4. Pred začetkom svetovanja je nujno, da se svetovalec pozanima glede bolnikove bolezni, preteklega zdravljenja in načrtovanega zdravljenja. Zgodovina prehranjevanja bolnika pred boleznijo je zelo pomemben podatek. Odnos bolnika in njegovih svojcev do prehrane je prav tako pomemben.
5. Prehranjevanje je družbeni proces. Družinski člani se pogosto čutijo odgovorne za pripravo jedi in zagotavljanje ustrezne prehrane. Zato so člani družine in tesni prijatelji dobrodošli na svetovanju.
6. Upoštevati moramo zgodovino bolnikove telesne teže in prehrane ob postavitvi diagnoze raka. Poleg tega je ključnega pomena, da razumemo bolnikov dejanski odnos in skrbi do procesa prehranjevanja. Prehranjevanje je zelo čustveno in svetovalec mora poskusiti razumeti stališča bolnika. Odnosi med družinskimi člani in prijatelji so prav tako zanimivi. Pomembno je, da spoznamo bolnikova prepričanja gled diet in kakšen je po njegovem mnenju vpliv režima prehranjevanja na samo bolezen. Če bolnika zanima ali naj se drži diete, ga vedno vprašamo po njegovih pričakovanjih.
7. Pomanjkanje znanja ali napačna prepričanja je potrebno izpostaviti in pojasniti z znanstveni dokazi. Če bolnik ne razume resnosti svoje bolezni, je pomembno, da mu najprej pojasnimo to, nato pa pričnemo s svetovanjem o prehrani in dietah. Če svetovanja ne opravlja onkolog, je pomembno, da onkologa obvestimo, da se bolnik ne zaveda resnosti svoje bolezni. Komunikacija s spoštovanjem pomeni, da je potrebno sprejeti prepričanje bolnika, tudi če je v nasprotju z medicinskim vidikom, vendar pa je potrebno izpostaviti probleme.
8. Z bolnikom se dogovorimo o seznamu stvari in vprašanj, ki jih bomo predebatirali na svetovanju. Vse diete, o katerih želi bolnik govoriti, moramo pojasniti z znanstvenega vidika, vendar na laičen in preprost način. Pri svetovanju je pot-

rebno poudariti neželene stranske učinke diet, kot je npr. podhranjenost. Pomembno je, da bolniku ne vzamemo vsega poguma, zato mu svetujemo individualni režim prehranjevanja.

9. Svetovanje je treba prilagoditi potrebam bolnika. Morda bi bilo koristno, da upoštevamo kulturne značilnosti posameznika.
10. Svetovanje o dietah pri raku je treba opraviti v okviru aktivnega zdravljenja raka in razmisliti o ciljnih zdravljenja in vidiku psiho-onkologije in paliativne oskrbe, če je to primerno.
11. Če obstaja bolj zapleten problem s prehranjevanjem (na primer izguba teže, podhranjenost), moramo bolniku ponuditi dodatno prehransko podporo.
12. V vsakem posvetovanju je treba ugotoviti ali bolnik in/ali njegova družina potrebujejo psihološko pomoč. V tem primeru je bolnik/družina napotena k psiho-onkologu.
13. Najpomembnejše točke obravnave naj bodo napisane z zapisu, ki ga prejme bolnik. Če je potrebno, se zapisu dodajo tudi pisna navodila glede prehrane. Zapis naj bo napisan v preprostem jeziku, da ga bolnik lahko razume.
14. Bolniku se ponudi kontrolni pregled.
15. Če se bolnik kljub svetovanju še vedno drži alternativne diete, ima redno spremljanje še večji pomen, saj tako lahko dovolj zgodaj odkrijemo neželene učinke alternativnih diet in se lahko ponovno pogovorimo o nevarnostih diet. Poleg merjenja telesne teže lahko podhranjenost odkrijemo iz nivoja mikronutrientov v krvi, merjenjem mišične mase ali albuminov. Če postane primankljaj hranil ali razvoj proteinsko-energijske podhranjenosti zelo očiten, moramo bolnika o tem seznaniti in mu predstaviti posledice slabega prehranskega stanja. Bolniku se močno priporoča, da z alternativno dieto prekine. V primeru, da želi bolnik nadaljevati z dieto, mu predpišemo prehranske dodatke.

► ZAKLJUČEK

V prispevku je prikazan pomen prehranske podpore bolnika med zdravljenjem raste bolezni kot paralelne terapevtske poti. Prehrana bolnikov po končanem zdravljenju raka se bistveno ne razlikuje od prehrane zdrave populacije, če bolnik nima prehranskih ali presnovnih težav zaradi posledic zdravljenja raka. Bolnike, ki se odločijo za uporabo alternativnih načinov prehrane, moramo opozoriti na pomanjkljivosti teh prehranskih pristopov in jim omogočiti strokovno prehransko obravnavo. Ob tem je potrebno upoštevati psihološke in druge dejavnike, ki vplivajo na bolnikovo odločitev. Poznavanje teh dejavnikov omogoča, da razumemo tudi bolnikovo sta-

lišče in vzpostavimo partnerski odnos. Na ta način je komunikacija o primerni prehranski strategiji med zdravljenjem raka uspešnejša.

Literatura:

- 1 Editorial. *Am. J. Clin. Nutr.* 2003; 77: 149
- 2 Bishop KS., Ferguson LR. The interaction between epigenetics, nutrition and the development of cancer. *Nutrients.* 2015; 7: 22-47.
- 3 Sobotka L., et al. *Basics of Clinical Nutrition* 2014; Galen.
- 4 Rotovnik Kozjek N., Milošević M., ured. Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in domovih za starejše občane. 2008 Dosegljivo na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/javno_zdravje_09/Priporocila_za_prehransko_obravnavo_bolnikov.pdf
- 5 Huebner J., Marienfeld S., Abbenhardt C., Ulrich C., Muenstedt K., Micke O., Muecke R., Loeser C. Counseling patients on cancer diets: a review of the literature and recommendations for clinical practice. *Anticancer Res.* 2014; 34: 39-48.
- 6 Rotovnik Kozjek N., Mlakar Mastnak D., Sedej I. Prehrana in rak. Dosegljivo na http://www.onko-i.si/fileadmin/onko/datoteke/dokumenti/Prehrana_in_rak_a.pdf
- 7 Nutrition for people with cancer. American Cancer Society. Dosegljivo na: <http://www.cancer.org/treatment/survivorshipduringandaftertreatment/nutritionforpeoplewithcancer/index>,
- 8 Molassiotis A., Fernandez-Ortega P., Pud D., Ozden G., Scott JA., Panteli V., et al. Margulies A., Browall M., Magri M., Selvekerova S., Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann. Oncol.* 2005; 16: 655-63.
- 9 Eschiti VS.: Lesson from comparison of CAM use by women with female-specific cancers to others: it's time to focus on interaction risks with CAM therapies; *Integrative cancer therapies.* 2007; 6: 313-44.
- 10 Shofield P, Diggins J., Charleson C., Mariglian R. and Jefford M.: Effectively discussing complementary and alternative medicine in a conventional oncology setting: communication recommendations for clinicians, *Patient education and counseling.* 2010; 79: 143-15.

MEDICINSKA UPORABA KANABINOIDOV – KDAJ IN KOMU?

Slavica Lahajnar Čavlovič

Onkološki inštitut Ljubljana

► UVOD

Glede medicinske uporabe kanabinoidov so mnenja strokovnjakov deljena in velikokrat nasprotna. V razpravo o marihuani se vključujejo mediji, laična javnost in tudi politika.

Strokovnjaki za zdravljenje bolečine opozarjajo na racionalno rabo kanabinoidov zaradi njihovih psihotropnih učinkov, podobno kot pri opioidih. Pri obeh obstaja možnost nepravilne uporabe in zlorabe. Potreben je pravilen izbor bolnikov, nadzor nad uporabo ter spremljanje terapevtskih in neželenih učinkov. Varnost po dolgi uporabi ni raziskana. V okviru multimodalnega zdravljenja bolečine so kanabinoidi lahko dopolnilno zdravilo pri zdravljenju bolečine z opioidi.

V paliativni obravnavi bolnikov so kanabinoidi lahko zdravilo za zdravljenje slabosti in bruhanja med kemoterapijo, anoreksije pri bolnikih z rakom ali AIDS-om ter spastičnosti pri bolnikih z multiplo sklerozo. Za druge indikacije je premalo dobrih raziskav.

Raziskave o medicinski uporabi kanabinoidov so sicer številne, vendar jih veliko ne zadosti kriterijem randomizirane kontrolirane študije. Bolniki, odmerki in pot vnosa zdravil so različni. Čas spremljanja je kratek.

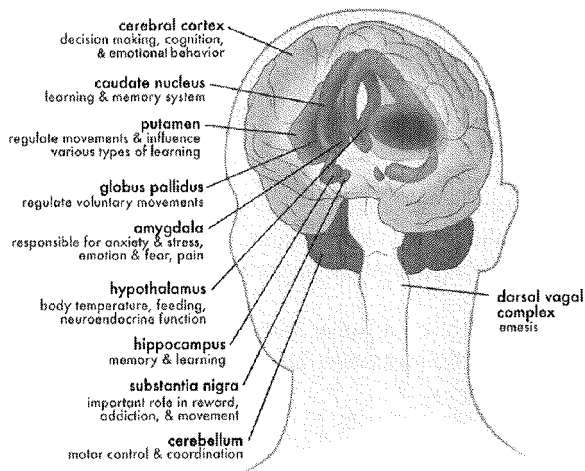
► ZGODOVINA MEDICINSKE UPORABE KANABINOIDOV

Marihuana je ulično ime za rastlino *Cannabis sativa*. *Kanabis* je tretja med najbolj pogosto uporabljenimi drogami: za alkoholom in tobakom. Gojenje, posedovanje in distribucija kanabisa so zakonsko nadzorovani in regulirani. V večini držav Evrope je prepovedana rekreacijska uporaba kanabisa.

Kanabis so uporabljali za lajšanje simptomov različnih bolezni, predvsem bolečine, že v davni zgodovini. Raziskovanje medicinskih lastnosti ekstraktov in tinktur iz kanabisa se je začelo sredi devetnajstega stoletja. Zaradi prepovedi uporabe kanabisa in nestandardne sestave pripravkov iz kanabisa ter drugih bolj učinkovitih zdravil, se je konec devetnajstega stoletja raziskovanje ustavilo.

V norih šestdesetih letih se je močno razmahnila rekreacijska uporaba kanabisa. Poročanju o dobrih učinkih pri lažšanju različnih simptomov so sledile nove raziskave o medicinski uporabi kanabisa. Leta 1964 je bil izoliran delta-9-tetrahidrokanabinol (THC), ki je najpomembnejša psihoaktivna sestavina kanabisa. Pred tem je bil izoliran kanabidiol (CBD), ki nima psihoaktivnih učinkov, kasneje pa še številni drugi *fito-kanabinoidi*. V kanabisu jih je več kot šestdeset. V osemdesetih letih sta bila sintetizirana prva *sintetična kanabinoida* za zdravljenje anksioznosti, slabosti, anoreksije in bolečine; to sta dronabilon (sintetičen THC) in nabilon (analog sintetičnega THC).

V devetdesetih letih so pri človeku odkrili kanabinoidne receptorje, kamor se kanabinoidi vežejo in izrazijo svoje učinke ter človeku lastne endokanabinoide. **CB1** receptorji se nahajajo predvsem v centralnem živčnem sistemu, to je možganih in hrbtenjači (slika 1). Koncentracija **CB2** receptorjev je večja na periferiji, predvsem v imunskem sistemu. Danes je znano, da ima endokanabinoidni sistem pri človeku pomembno fiziološko vlogo za delovanje živčevja in imunskega sistema in tako pripomore k ravnovesju v telesu.



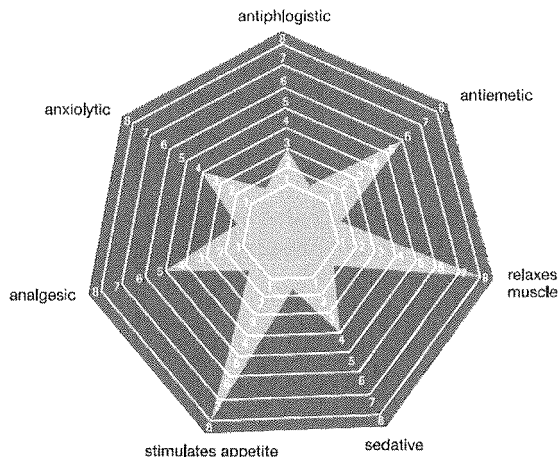
Slika 1: Razporeditev CB1 receptorjev v ČŽS in delovanje THC

► UČINKI KANABINOIDOV

THC se veže predvsem na CB1 receptorje in deluje psihoaktivno, analgetično, antiemetično, sprošča mišice in povečuje apetit (slika 2).

CBD se veže na CB2 receptorje in ima protivnetno in analgetično delovanje. Zaradi antipsihotičnega in anksiolitičnega delovanja zmanjšuje psihoaktivne in anksioгене

učinke THC. Pripisujejo mu še številne druge učinke, da je antiepileptičen, nevropotektiven, antioksidativen in imunomodulatoren. Ti učinki so v klinični praksi še premalo raziskani.



Slika 2: Učinki THC

► INDIKACIJE ZA UPORABO MEDICINSKIH KANABINOIDOV V ONKOLOGIJI

V paliativni oskrbi bolnikov lahko uporabljamo kanabinoide (Dronabilon-THC) kot antiemetike pri slabosti in bruhanju med kemoterapijo. Antiemetičen učinek je manjši kot pri antiemetikih, ki delujejo na serotoninске receptorje in večji kot pri metoklopramidu, vendar imajo kanabinoidi več neželenih učinkov (1).

Pri bolnikih z rakavo anoreksijo so kanabinoidi kot stimulatorji apetita manj učinkoviti kot megestrol, oziroma je njihov učinek primerljiv s placebom (2).

Če je pri bolnikih z rakavo, multiplo sklerozo ali poškodbo hrbtenjače bolečina neobvladana, kljub optimalni uporabi opioidov, ali imajo ti neobvladane neželene učinke, lahko poskusimo zdravljenje s kanabinoidi. Učinkoviti so predvsem pri zdravljenju bolnikov z nevropatsko bolečino (3,4). Odmerki so individualni in jih je potrebno titrirati, kar pomeni, da začnemo zdravljenje z majhnimi odmerki in jih večamo do želenega učinka. Imajo zmeren protibolečinski učinek in lahko zmanjšajo potrebo po opioidih. V študiji, kjer so primerjali učinke kombinacije THC in CBD s THC in placebom, so ugotovili, da je kombinacija THC in CBD bolj učinkovita od placeba in ima manj neželenih učinkov kot THC. Trideset odstotno zmanjšanje bolečine, kar je klinično pomembno, so dosegli pri 43 odstotkih bolnikov. Analgetičen učinek je bil primerljiv s kodeinom (5). Neželeni učinki, to so vpliv na kognitivne in gibalne funkcije, sprememba zaznave in razpoloženja, so bili blagi in odvisni od odmerka zdravila.

Zaradi neželenih učinkov veliko bolnikov preneha zdravljenje bolečine s kanabinoidi (6). Potrebni je več raziskav, ki bodo pokazale razmerje dobrobiti in tveganja, učinkovite odmerke in optimalno pot vnosa ter varnost dolgoročne uporabe.

Dokazi za uporabo Dronabilona (THC) pri neonkološki nevropatski bolečini, bolečini pri revmatoidnem artritisu, Tourettejevem sindromu in tikih ter uporaba CBD za številne bolezni, ki jih navajajo največji privrženci medicinske uporabe kanabinoidov, so premalo trdni:

- anksioznost,
- Dravetov sindrom pri otrocih (na zdravljenje rezistentna epilepsija),
- distonija in diskinezija (Huntingtonova bolezen, Parkinsonovs bolezen),
- anksioznost in post-travmatski stres sindrom,
- shizofrenija (antipsihotičen učinek),
- odvisnost in odtegnitveni sindrom,
- diabetes,
- glavkom,
- astma,
- debelost,
- encefalopatija pri boleznih norih krav,
- Alzheimerjeva bolezen,
- ishemija,
- vnetje in sepsa (protivnetno delovanje).

V laboratorijskih pogojih so opazovali antiproliferativen učinek kanabinoidov na tumorskih celicah. V klinični praksi ta učinek ni bil dokazan in kanabinoidov ne uporabljamo za zdravljenje ali preprečevanje raka.

▶ NEŽELENI UČINKI KANABINOIDOV

Neželeni učinki so odvisni od odmerka. Najbolj pogosti so psihotropni učinki **THC**, to so vpliv na miselne in gibalne funkcije ter sprememba zaznave in razpoloženja, kot so kognitivna-miselna zamračenost, eforija, zaspanost. Možen je nastanek halucinacij, napadov panike in psihoz. Pri rizičnih posameznikih je uporaba kanabisa v adolescentnem obdobju lahko vzrok za nastanek shizofrenije. Pri psihiatričnih bolnikih kanabinoidi lahko povzročijo kognitivno vedenjske motnje, zato je pri njih potrebna posebna previdnost.

Srčni bolniki s hudo ishemijo srca, srčnim popuščanjem ali motnjami ritma so ogroženi zaradi ortostatske hipotenzije in refleksne tahikardije.

Kanabinoidi lahko sprožijo epileptičen napad pri bolnikih z epilepsijo, čeprav pri nekaterih zmanjšajo prag za napad.

Previdnost je potrebna tudi pri bolnikih z močno zmanjšanim delovanjem ledvic ali jeter. Možne so številne interakcije z drugimi zdravili, predvsem psihotropnimi, kjer se poveča depresivni učinek na centralno živčevje.

Dolgotrajna uporaba kanabinoidov lahko vodi v kognitivni upad in zasvojenost (9%). Rekreativni uživalci kanabisa pogosto poudarijo podatek, da je zasvojenosti veliko manj kot pri alkoholu (15%) in tobaku (32%) ter kokainu in heroinu.

► ZDRAVILA NA OSNOVI KANABINOIDOV

V Evropi in drugod so registrirane učinkovine in zdravila iz naravnih fito-kanabinoidov in sintetičnih kanabinoidov. Lahko vsebujejo samo THC ali kombinacijo THC in CBD. Bolnik jih zaužije v obliki kapljic, tablet in kapsul ali so v farmacevtski obliki ustnega spreja.

Zdravilo iz *Cannabis sativa* je naboximol v obliki ustnega pršila (Sativex®). Vsebuje uravnoteženo razmerje naravnih kanabinoidov THC in CBD. Registrirano je za bolnike z multiplo sklerozo, predpisuje pa se tudi bolnikom z bolečino zaradi raka.

Dronabilon kapljice kot magistralen pripravek, Cesamet® tablete in MarinoI® kapsule vsebujejo sintetičen THC in se predpisujejo za slabost in bruhanje zaradi kemoterapije ter izgubo telesne teže pri bolnikih z rakom ali AIDS-om. Uporabljajo se tudi pri zdravljenju bolečine.

► RAZISKAVE V PRIHODNOSTI

Zaradi neželenih psihotropnih učinkov THC se iščejo zdravila z najboljšim razmerjem THC in CBD, druge uporabne ne-psihoaktivne učinkovine iz konoplje, CB2 selektivni receptorski agonisti, periferno delujoči kanabinoidi in inhibitorji razgradnje telesu lastnih endokanabinoidov.

► V SLOVENIJI

Do pred kratkim so kanabis in njegovi pripravki sodili v prvo skupino prepovedanih drog. Zato sta bila prepovedana njihovo predpisovanje in medicinska uporaba. S spremembo Uredbe o razvrstitvi prepovedanih drog je Vlada RS junija 2014 izdala dovoljenje za uporabo zdravil na osnovi sintetičnih kanabinoidov. Zaradi vsebnosti psihotropnega THC so razvrščena v drugo skupino prepovedanih drog, kot so opioidi. Zdravniki jih lahko predpisujejo na dvojni receptni obrazec (bel Rp), izdajo recepta morajo vpisati v knjigo narkotikov. Tujcem mora recept izdati slovenski zdravnik.

V Sloveniji še ni registriranega zdravila na osnovi kanabinoidov. Imamo pa možnost uporabe magistralnega pripravka v obliki kapljic iz dveh sintetičnih kanabinoidov, donabilona (THC) in kanabidiola (CBD). Učinkovini sta uvrščeni na listo nujno potrebnih zdravil. JAZMP je izdala začasno dovoljenje za promet z zdravilom.

Komisija za zdravila na OI je pri desetih bolnikih na oddelku za akutno paliativno oskrbo odobrila enomesečno uporabo dronabilona (THC) v kombinaciji s kanabidiolom (CBD).

Potrebno je izdelati strokovno podprte indikacije in navodila za uporabo. Nujno je ozaveščanje zdravstvenih delavcev, bolnikov in javnosti. Odprto ostaja vprašanje finančnih sredstev za zdravila na osnovi kanabinoidov.

► ZAKLJUČEK

THC in CBD sta endokanabinoidna modulatorja. Za bolnike z rakom, ki so na kroničnem opioidnem zdravljenju bolečine, jim je slabo in bruhamo zaradi kemoterapije ali izgubljajo telesno težo zaradi pomanjkanja apetita, so zdravila na osnovi kanabinoidov dodatna možnost zdravljenja simptomov, če so ti neobvladani z običajnimi zdravili. Nekaterim bolnikom lahko izboljšajo kakovost življenja.

Zmotna so prepričanja in pričakovanja, da s kanabinoidi zdravimo raka ali preprečujemo njegovo ponovitev, da kanabinoidi ne povzročajo odvisnosti in so veliko manj škodljivi od alkohola in tobaka.

Zdravniki verjamemo, da imajo kanabinoidi mesto v medicini, vendar so do sedaj dokazi premalo trdni. Njihova dobrobit pogosto ne odtehta tveganja. Promotorji uporabe so predvsem bolniki, ki imajo največkrat izkušnje z nelegalnimi pripravki in kajenjem marihuane. Do uporabe teh jih je pripeljala stiska zaradi neozdravljive bolezni ali neobvladanih simptomov ter nedostopnost zdravil na osnovi kanabinoidov. Bolniki od nas pričakujejo in si zaslužijo, da jim ponudimo tudi to možnost zdravljenja (7). V naslednjih letih pričakujemo več rezultatov raziskav o uporabi kanabinoidov pri stanjih, ki jih medicina z običajnimi zdravili še ne obvladuje dobro.

Literatura

- 1 Davis MP . Oral nabilone capsules in the treatment of chemotherapy-induced nausea and vomiting and pain. *Expert Opin Investing Drugs* 2008; 17: 85-95.
- 2 Strasser F, Luftner D, Possinger K et al. Cannabis-In-Cachexia-Study-group. Comparison of orally administered cannabis extract and delta-9-tetrahydrocannabinol in treating patients with cancer-related anorexia-cachexia syndrome: a phase III, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial from the Cannabis-In-Cachexia-Study-Group. *J. Clin. Oncol.* 2006; 24: 3394-3400.
- 3 Johnson JR, Lossignol D, Burnell-Nugent M, Fallon MT. An open-label extension study to investigate the long-term safety and tolerability of THC/CBD oromucosal spray and oromucosal THC spray in patients with terminal cancer-related pain refractory to strong opioids analgetics. *J. Pain Symptom Manage.* 2012; 3: 128-139.

- 4 Portenoy RK., Ganae-Motan ED., Allende S., et al. Nabiximols for opioid-treated cancer patients with poorly-controlled chronic pain: a randomized, placebo-controlled, graded-dose trial. *J. Pain* 2012; 13: 438-449.
- 5 Johnson JR., Burnell-Nugent M., Lossignol D., et al. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety and tolerability of THC:CBD extract and THC extract in patients with intractable cancer- related pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 2010; 39(2): 167-179.
- 6 Sanchez EM., Furukawa TA., Taylor J., Martin JR. Systematic review and meta-analysis of cannabis tretment for chronic pain. *Pain Medicine* 2009; 10(8): 1353-1368.
- 7 MA Ware, J. Desroches. Medical cannabis and pain. *Pain Clinical updates* 2014; 22 (3): 1-7.

ALTERNATIVNE METODE ZA ZDRAVLJENJE RAKA

Mateja Lopuh

Splošna bolnišnica Jesenice

Alternativno in komplementarno zdravljenje raka sta izraza, ki ju ponekod uporabljajo kot sinonima, vendar je razlika med njima zelo pomembna. Pri alternativnem zdravljenju raka gre za uporabo različnih metod, ki skušajo nadomestiti konvencionalno zdravljenje, pri komplementarnem pa za metode, ki podpirajo osnovno, konvencionalno zdravljenje (1).

Uporaba raznih alternativnih metod je zelo različna, v ZDA obstaja Nacionalni inštitut za komplementarno in alternativno zdravljenje in kar 30 ameriških medicinskih fakultet ponuja tovrstno izobraževanje (1). Bolniki, ki se odločijo za alternativno zdravljenje, verjamejo, da je konvencionalno zdravljenje neučinkovito, strupeno in invazivno. Želijo si holističnega pristopa, imajo občutek, da so bolj vključeni v tako zdravljenje. Značilno je, da navajajo manj depresije in strahu (2).

Skoraj polovica izvajalcev komplementarnega in alternativnega zdravljenja je zdravnikov, skoraj 60 % ameriških zdravnikov napotuje svoje bolnike na tako obliko zdravljenja (1).

Taka zdravljenja lahko razdelimo na:

- Učenja **drugih principov zdravljenja**: ajurveda, zeliščarstvo, homeopatija, naturopatija, aromaterapija.
- **Različne diete**: alkalna, Breussova, Budwigova, postenje, Gersonova. Terapije, ki temeljijo na **elektromagnetnem valovanju in pretoku energije**: bioresonanca, elektrohomeopatija, svetlobna terapija, magnetna terapija, Rife-ov frekvenčni generator.
- **Hibridno terapijo**: metoda po Huldi Clark, metoda po Contrerasu, Livingstonova dieta.
- **Uporabo rastlin in gliv**: aloe vera, amigdalin, Bachova cvetna terapija, kanabis, kapsicum, ingver, essiac čaj, kitajske gobe, mangostem, bela omela, noni sok, sladki pelin, ukrain, kačji strup.
- **Fizikalne metode**: kinesiologija, kiropraktika, kraniosakralna terapija, kolonik, reiki.
- **Duhovno čiščenje**: hipnoza, meditacija, qigongh.
Primere **komplementarnega zdravljenja**: akupunktura, psihoterapija, masaža, hipnoza, muzikoterapija (3).

Veliko število različnih metod, ki jih uporabljajo naši bolniki, nam mora biti opozorilo, da znamo ločiti zrnje od plev. Nekatere metode lahko zelo dopolnijo naše delo, druge pa so bolniku celo nevarne. Prav zaradi tega je dobro, da smo poučeni, čemu je kakšna stvar namenjena.

Literatura

- 1 Cassileth BR. Alternative and complementary cancer treatments, 1996. *The Oncologist* 1(3):173-179.
- 2 Helyer LK, Chin S, Chui BK in sod. The use of CAM among patients with locally advanced breast cancer – a descriptive study. *BMC Cancer*, 2006; 39:1471-2407.
- 3 Hirneise L. Chemotherapy heals cancer and the world is flat. *Nexus* 2005. Kernen, Nemčija

TEŽAVE, S KATERIMI SE SREČUJEJO ZDRAVNIKI DRUŽINSKE MEDICINE IN NJIHOVA VLOGA PRI OBRAVNAVI BOLNIKOV Z RAKOM

Danica Rotar Pavlič, Pim de Graaf,

v sodelovanju z European Forum for Primary Care

Ambulanta družinske medicine

Pojavnost raka se postopoma povečuje, kar opažamo v vse več obiskih, ki se nanašajo bodisi na zgodnje odkrivanje, bodisi na odpuste z bolnišnične obravnave ter nadaljnje kontrole. Prav tako se povečuje število agresivnih tumorjev. Po drugi strani pa postaja rak zaradi boljših rezultatov zdravljenja vse bolj kronična bolezen. Povečuje se število oseb, ki raka preživijo. To se odraža v posebnih potrebah in zahtevah: kako obvladovati negotovost, socialne posledice, posledične telesne težave in duševne težave. Ključna vprašanja, na katere moramo biti pozorni pri reševanju težav, s katerimi se srečujemo zdravniki družinske medicine, so:

- Katere prilagoditve in novosti se pojavljajo v osnovnem zdravstvu kot odgovor na spremenjene potrebe bolnikov z rakom?
- Kako so upoštewane potrebe posameznih bolnikov in razmere v njihovem domačem okolju?
- Katere politike uvajajo zdravstveni sistemi, da bi podprli in spodbujali uvajanje novosti v obravnavo bolnikov v osnovnem zdravstvu ter kakšne so posledice za razpoložljive vire? Še zlasti nas zanima upoštevanje obsega in kakovosti obravnave, razvoj politik (decentraliziran v primerjavi s centraliziranim) in razpoložljivi viri, razvoj multidisciplinarnih timov ter sodelovanje med osnovnim in sekundarnim zdravstvom.

► INCIDENCA RAKA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU IN DIAGNOSTIČNI IZZIV

Glede na nizko napovedno vrednost številnih znakov, simptomov in testov ter zaradi spreminjajoče se morbiditete v ambulanti družinske medicine, poskušamo razviti take strategije, da bi zdravniki družinske medicine lahko raka odkrili čim bolj zgodaj.

Če v ambulanti družinske medicine spregledamo rakavo obolenje, ima to posledice za bolnika, prav tako pa vpliva na kredibilnost zdravnika in njegovo samozaupanje. V zvezi z diagnosticiranjem raka v ambulanti družinske medicine je nastalo več mitov, med drugim tudi ta, da tu ne razpoznajo simptomov ter da na raka pomislijo, oz. ga diagnosticirajo le v bolnišnicah. Večina odločitev v družinski medicini pa kljub temu temelji na podatkih, pridobljenih s sekundarne ravni. Veseli smo, da prav sedaj v Sloveniji pod vodstvom prof. Janka Kernnika poteka mednarodni **projekt CANCON**, ki raziskuje celostno obravnavo onkoloških bolnikov v družinski medicini.

► RAK IN STAREJŠI BOLNIKI

Starejši odrasli predstavljajo veliko in hitro rastočo podskupino prebivalstva. Tretjino vseh rakov ugotovimo pri osebah starejših od 75 let. Dogaja se, da izbrani zdravnik obravnava bolnika z dvema malignima obolenjema, ob tem pa ima le ta še več drugih kroničnih bolezni. Vsak specialist na sekundarni ravni ob tako kompleksni situaciji dodaja svoja navodila glede laboratorijskih in drugih diagnostičnih kontrol, ki jim opešan bolnik komaj zmore slediti.

► SPORAZUMEVANJE

Sporazumevanje je ključen element dela v osnovnem zdravstvu in ga tudi vse bolj prepoznavamo kot enega od najpomembnejših elementov v obravnavi raka. Še vedno se dogaja, da svojci ali bolnik izbranemu zdravniku povedo, da so jim ob odpustu z oddelka le vročili pismo in da pravzaprav ne vedo, kaj se dogaja (včasih v stresni situaciji tudi večino navodil preslišijo). Zdravniki družinske medicine morajo razmisliti, kakšen način seznanjanja z diagnozo posameznemu bolniku najbolj ustreza. Bolniku morajo dati tudi dovolj časa, da lahko postavi vprašanja, ki jih ima, in se pogovori. Prav tako sta pomembna ustrezen čas in kraj seznanitve z diagnozo.

Predvsem šepa sporazumevanje med terciarno, sekundarno in primarno ravni. Področja, ki potrebujejo izboljšave so:

1. izboljšati izmenjavo informacij na nekaterih oddelkih,
2. vzpostaviti protokole za primere hujših akutnih poslabšanj,
3. povečati aktivno vlogo bolnikov in negovalcev v procesu obravnave,
4. izboljšati spretnosti izvajalcev na področju izgradnje medsebojnih odnosov,
5. izboljšati koordinacijo obravnave med posameznimi izvajalci.

Preživetje, posledične telesne težave in vrnitev na delo

Malo pozornosti je bilo posvečenega možni vlogi zdravnikov družinske medicine v povezavi s procesom rehabilitacije in s preživetjem. Preživeli bolniki z rakom pred-

stavljajo dodatno obremenitev za osnovno zdravstvo. Nekateri razlogi za dodatne obremenitve so povečana stopnja depresije in bolečine ter zlasti so-bolewnosti zaradi raka. Zdravniki družinske medicine se morajo zavedati teh posebnih potreb, ki jih imajo dolgoletni preživeli bolniki z rakom po odpustu iz bolnišnic. Podatki o uporabi storitev dolgotrajne oskrbe in specifičnih potrebah (ozdravljenih) bolnikov z rakom so pomanjkljivi.

Kljub vse večjemu odstotku preživelih bolnikov z rakom, pa mnogo ljudi, vključno z zdravniki in bolniki samimi, meni, da je (ozdravljeni) bolnik trajno nesposoben za opravljanje normalnih opravil. Čeprav vrnitev na delo pomeni pomemben mejnik za številne bolnike z rakom, je to za mnoge od njih zelo težaven proces. Izbrani zdravnik je neredko primoran napisati vlogo za oceno invalidnosti, srečuje se z zavrnitvami vlog, češ da zdravljenje ni končano, ob tem se še vedno pojavljajo navodila, da bolnik med staležem ne sme zapustiti svojega doma.

► **ODNOS OSNOVNEGA ZDRAVSTVA DO SEKUNDARNEGA ZDRAVSTVA.**

Očitno je, da vrsta zdravstvenega sistema odločilno vpliva na odnos med osnovnim in sekundarnim zdravstvom. Tako poznamo sisteme, ki so izrazito bolnišnično naravnani, in sisteme, ki temeljijo na osnovnem zdravstvu. Vsi sistemi, ki želijo nuditi najboljšo in kontinuirano oskrbo svojim bolnikom, pa posvečajo pozornost naslednjim področjem:

- Potreba po hitrem in učinkovitem napotovanju bolnikov s sumom na rakavo obolenje.
- Zgodnji odpust bolnikov z rakom zahteva učinkovitejšo povezavo z izbranim zdravnikom na primarni ravni. Nepričakovan in zgoden odpust se včasih odrazi v velikih organizacijskih težavah: od tima osnovnega zdravstva pričakujejo, da dodatno k rednemu delu izvaja še ad-hoc delo na domu.

► **RAK IN DRUGE SOČASNE BOLEZNI**

Druge sočasne bolezni lahko razdelimo na tiste, ki so posledica raka in tiste, ki z rakom nimajo povezave. Prav tako lahko ločimo bolezni na tiste, ki so bile prisotne že v času, ko smo diagnosticirali rak, ter tiste, ki so se pojavile v času po postavitvi diagnoze raka in v času, ko smo rak že začeli zdraviti.

Primer bolezni, povezane z rakom, ki ji je bilo treba posvetiti pozornost, je oboletost roke po kirurškem zdravljenju raka dojke. Oboletost roke lahko pomembno vpliva na sposobnost za delo in družabne stike. V Kanadi je Thomas-MacLean s sodelavci ugotovil potrebo po zagotavljanju informacij o možnostih zdravljenja v osnovnem zdra-

vstvu. Prav tako je v raziskavi v Kanadi, v kateri je sodelovalo 570 žensk z rakom dojke, Miedema s sodelavci poročal o pomembnem številu žensk, ki so imele pridružene bolezni, tudi obolenost roke. Družinski zdravniki so sodelovali pri nadaljnji obravnavi več kot polovice svojih bolnic z rakom dojke. Prizadetost ramena in roke ter čustvene težave niso bili odvisni od vrste zdravnika (specialist, zdravnik družinske medicine), ki je sodeloval v nadaljevalnem zdravljenju bolnic z rakom dojke.

Globoka venska tromboza in pljučna embolija sta danes znani posledici številnih vrst raka, njihovega zdravljenja ali kombinacije obojega. Eretilna disfunkcija in/ali neplodnost se kot posledica zdravljenja lahko pojavi pri 75 % bolnikov z rakom prostate. Kajenje in visok krvni tlak prav tako lahko pripeljeta do erektilne disfunkcije in na tem področju lahko zdravnik splošne medicine pokaže svoje znanje iz diferencialne diagnostike in predlaga ustrezno zdravljenje. Bolniki želijo razumeti vpliv zdravljenja na njihovo plodnost v prihodnosti. Čeprav plodnost po pomenu sledi preživetju, pa se ji zdravnik splošne medicine mora posvetiti pri vseh mladih bolnikih z rakom.

Rak pogosto močno vpliva na duševno zdravje bolnika. Pri do eni tretjini bolnikov se razvije hujša depresivna motnja, generalizirana anksiozna motnja, ali motnja prilagajanja, kar predstavlja trikrat večjo pojavnost kot v splošni populaciji. Če pogledamo na področje blagih duševnih motenj, potem lahko ugotovimo, da vsi bolniki z rakom doživljajo določeno mero stresa. V Združenem kraljestvu je Nobes s sodelavci poročal, da zdravniki splošne medicine bolnikom z rakom pljuč predpišejo trikrat več antidepresivov kot kontrolnim osebam. Potrebne so ustrezne raziskave, ki bi potrdile pravilnost diagnosticiranja depresije ter učinkovitost in stroškovno učinkovitost uporabe antidepresivov pri bolnikih z rakom pljuč.

Strokovna literatura se praviloma ne ukvarja s področjem sočasnih bolezni, ki niso povezane z rakom. Ogly je v klinični raziskavi, narejeni v Detroitu, ugotovil, da je bila prevalenca sočasnih kroničnih bolezni pri bolnikih z rakom 68,7 %. Od tega je 36,1 % bolnikov imel eno sočasno kronično bolezen, 32,6 % bolnikov pa je imelo dve ali več sočasnih kroničnih bolezni. Pogostost sočasnih srčno-žilnih in cerebrovaskularnih bolezni ob diagnozi raka se povečuje z večjo starostjo bolnikov. Potek rakave bolezni lahko vpliva na stopnjo in izid pridruženih kroničnih bolezni in pričakujemo lahko sočasno prisotnost raka in drugih kronični bolezni. Rak je izključitveni kriterij za sodelovanje v kliničnih raziskavah, posvečenih drugim boleznim.

Raziskava, narejena na Nizozemskem, kaže, da sočasne bolezni lahko vplivajo na klinične odločitve. V južni Nizozemski so analizirali starostno specifično pogostost resnih pridruženih bolezni v kohorti vseh novih bolnic z rakom dojke, ki so jim diagnozo postavili v letih 1995 – 2001. Analizo so naredili glede na starost, stopnjo bolezni in zdravljenje. Ovrednotili so neodvisni vpliv starosti in sočasne obolevnosti na prognozo. Pogostost sočasne obolevnosti se je z 9 % v starosti do 50 let dvignila

na 56 % za bolnice, starejše od 80 let. Najpogostejše sočasne bolezni so bile: srčno-žilne bolezni (7 %), sladkorna bolezen (7 %) in predhodni rak (6 %). V skupini bolnic s sočasnimi boleznimi je manj bolnic prejelo radioterapijo (51 % proti 66 %); prav tako so pri manj bolnicah s posegom, ki ohrani dojko, odstranili pazdušne bezgavke.

▶ NEGOVALCI

Na splošno je podpora družinskim negovalcem dobila priznanje v preteklih letih. Opravljenih je malo raziskav in malo je znanega o družinskih negovalcih bolnikov z rakom. Kendall trdi, da pri družinskih negovalcih pri podpori umirajočemu zaradi raka pride vzporedno z bolnikom do značilnega razvoja psiholoških, socialnih in duhovnih potreb. Treba je ovrednotiti vključitev podpore za negovalce vse od časa postavitve diagnoze do smrti in žalovanja.

▶ ZAKLJUČKI IN PRIPOROČILA

Obravnava raka v osnovnem zdravstvu je relativno novejše področje dela, zato v številnih državah zbirajo podatke in razvijajo intervencijske projekte. Mednarodne primerjave so zaenkrat še omejene, saj imamo na voljo premalo podatkov in premalo možnosti za njihovo izmenjavo. Veseli smo, da prav sedaj v Sloveniji poteka mednarodni **projekt CANCON**, ki raziskuje celostno obravnavo onkoloških bolnikov v družinski medicini.

Literatura

- 1 Jones R., Latinovic R., Charlton J., Gulliford MC. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. *BMJ*. 2007; 334 (7602): 1013–4.
- 2 Bruyninckx R., Buntinx F., Aertgeerts B., Van Casteren V. The diagnostic value of macroscopic haematuria for the diagnosis of urological cancer in general practice. *Br. J. Gen. Pract.* 2003; 53 (486): 31–5.
- 3 Selvachandran S., Hodder R., Ballal MS., Jones P., Cade D. Prediction of colorectal cancer by a patient consultation questionnaire and scoring system: a prospective study. *Lancet* 2002; 360: 278–83.
- 4 Summerton N. *Diagnosing cancer in primary care*. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 1999.
- 5 Fijten GH., Starmans R., Muris J., Schouten H., Blijham G., Knottnerus JA. Predictive value of signs and symptoms for colorectal cancer in patients with rectal bleeding in general practice. *Fam. Pract.* 1995; 12 (3): 279–86.
- 6 Wauters H., Van Casteren V., Buntinx F. Rectal bleeding and colorectal cancer in general practice: diagnostic study. *BMJ* 2000; 321 (7267): 998–9.
- 7 Hamilton W., Round A., Sharp D., Peters TJ. Clinical features of colorectal cancer before diagnosis: a population-based case-control study. *Br J. Cancer* 2005; 22 (93): 399–405.
- 8 Hamilton W., Peters TJ., Round A., Sharp D. What are the clinical features of lung cancer before the diagnosis is made? A population based case-control study. *Thorax* 2005; 60 (12): 1059–65.
- 9 Hamilton W., Sharp D. Diagnosis of lung cancer in primary care: a structured review. *Fam. Pract.* 2004; 21 (6): 605–11.

- 10 Hamilton W. Cancer diagnosis: five myths. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 11 Hamilton W., Stange KC. A nose for cancer: clinician's clinical intuition and the diagnosis of cancer. Poster presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 12 Madan AK., Alibadi-Wahle S., Beech DJ. Age bias: a cause of underutilization of breast conservation treatment. *J. Cancer Educ.* 2001; 16 (1): 29–32.
- 13 Jazieh AR., Buncher CR. Racial and age-related disparities in obtaining screening mammography: results of a statewide database. *South Med. J.* 2002; 95: 1145–8.
- 14 Jazieh AR., Kyasa MJ., Sethuraman G., Howington J. Disparities in surgical resection of early-stage non-small cell lung cancer. *J. Thorac Cardiovasc. Surg.* 2002;123 (6): 1173–6.
- 15 Berrino F., Verdecchia A., Lutz JM., Lombardo C., Micheli A., Capocaccia R. Comparative cancer survival information in Europe. *European J. Cancer.* 2009; 45 (6): 901–8.
- 16 BC Cancer Agency. Toward effective patient-professional communication in cancer cure, 2001–2004. http://www.bccrc.ca/ccr/ghislop_project4.html
- 17 Butow PN., Kazemi JN., Beoney LJ., Griffin AM., Dunn SM., Tattersall MH. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996; 15; 77 (12): 2630–7.
- 18 Randall TC., Wearn A. Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliative Med.* 2005; 19 (8): 594–601.
- 19 Hall S., Campbell N., Gray N., Ziebland S. Issues surrounding the social support needs of colo-rectal cancer patients, and their family and friends: a secondary qualitative analysis. Poster presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 20 Kimberlin C., Brushwood D., Allen W., Radson E, Wilson D. Cancer patient and caregiver experiences: communication and pain management issues. *J. Pain Symptom Manage.* 2004; 28 (6): 566–78.
- 21 Anvik T., Holtedahl KA., Mikalsen H. “When patients have cancer, they stop seeing me” – the role of the general practitioner in early follow up of patients with cancer – a qualitative study. *BMC Fam. Pract.* 2006; 7: 19.
- 22 Mikkelsen TH., Søndergaard J., Jensen AB., Olesen F. Cancer rehabilitation, psychosocial rehabilitation needs after discharge from hospital? *Scand. J. Prim. Health Care* 2008; 26 (4): 216–21.
- 23 Kendall M., Boyd K., Campbell C., Cormie P., Fife S., Thomas K., Weller D., Murray SA. How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers. *Fam. Pract.* 2006; 23 (6): 644–50.
- 24 Mikkelsen TH., Søndergaard J., Sokolowski I., Jensen A., Olesen F. Cancer survivors' rehabilitation needs in primary health care context. *Fam. Pract.* 2009; 26 (3): 221–30.
- 25 Hewitt M., Greenfield S., Stovall E., eds. *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition.* Washington, DC: National Academies Press, 2005.
- 26 Murray SA., Kendall M., Boyd K., Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ* 2005 (30); 330 (7498): 1007–11.
- 27 De Boer AGE, Taskila T., Ojajarvi A., van Dijk FJ., Verbeek JH. Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301 (7): 753–62.
- 28 Amir Z., Wynn P., Whitaker S., Luker K. Cancer survivorship and return to work: UK occupational physician experience. *Occup. Med.* 2008 Dec 10. [Epub ahead of print].
- 29 Brotzman GL., Robertson RG. Role of the primary care physician after the diagnosis of cancer. The importance of the team approach. *Prim. Care* 1998; 25 (2): 401–6.
- 30 Sisler J., McCormack-Speak P. Bridging the gap between primary care and cancer system: the UPCON Network of CancerCare Manitoba. *Can. Fam. Physician* 2009; 55 (3): 273–8.
- 31 Lewis PR., Adelman AM., Leite KR., Graybill MA. Models of cancer care collaboration with specialist physicians: An assessment of primary care clinicians' perspectives. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.

- 32 Wulff CN., Thygesen M., Søndergaard J., Vedsted P. Case management used to optimize cancer care pathways: a systematic review. *BMC Health Serv. Res.* 2008; 8: 227.
- 33 Blaauwbroek R., Zwart N., Bouma M., Meyboom-de Jong B., Kamps WA., Postma A. The willingness of general practitioners to be involved in the follow-up of adult survivors of childhood cancer. *J. Cancer Surviv.* 2007; 1(4): 292–7.
- 34 Blaauwbroek R., Tuinier W., Meyboom-de Jong B., Kamps WA., Postma A. Shared care by paediatric oncologists and family doctors for long-term follow-up of adult childhood cancer survivors: a pilot study. *Lancet Oncol.* 2008; 9 (3): 232–8.
- 35 Aubin M., Vézina L., Verreault R., Fillion L., Hudon E., Lehmann F., Bergeron R., Leduc Y., Reinharz D., Misson L, Marleau D. The role of family physicians in the follow-up of patients with lung cancer: do family physicians, specialists and patients agree? Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 36 Kendall M., Boyd K., Campbell C., Cormie P., Fife S., Thomas K., Weller D., Murray SA. How do people with cancer wish to be cared for in primary care? Serial discussion groups of patients and carers. *Fam. Pract.* 2006; 23 (6): 644–50.
- 37 Murray SA, Boyd K., Campbell C., Cormie P., Thomas K., Weller D., Kendall M. Implementing a service users' framework for cancer care in primary care: an action research study. *Family Pract.* 2008; 25 (2): 78–85.
- 38 Wells M., Harrow A., Donnan P., Davey P., Devereux S., Little G., McKenna E., Wood R., Chen R., Thompson A. Patient, carer and health service outcomes of nurse-led early discharge after breast cancer surgery: a randomised controlled trial. *Br. J. Cancer* 2004; 91 (4): 651–8.
- 39 Thomas-MacLean R., Tatemichi S., Kwan W., Tilley A., Quinlan L., Hack T., Towers A., Miedema B. Disability after breast cancer: potential roles for professionals in primary health care. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 40 Miedema B. Thomas-MacLean R., Tatemichi S., Towers A., Hack T., Kwan W., Tilley A. Are family physicians involved in the follow-up care of women who are being treated for breast cancer? Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 41 Wilkes S., Coulson S., Stewart J., Crosland A., Murdoch A., Rubin G. Experience of fertility preservation for cancer survivors. Poster presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 42 Holland JC. Preliminary guidelines for the treatment of distress. *Oncology (Williston Park)*. 1997; 11 (11A): 109–14; discussion 115–7.
- 43 Nobes S., Belcher J., Neal RD. Antidepressant prescribing for lung cancer patients in UK primary care. Poster presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 44 Yancik R., Havlik RJ., Wesley MN., Ries L., Long S., Rossi WK., Edwards BK. Cancer and comorbidity in older patients: a descriptive profile. *Ann. Epidemiol.* 1996; 6 (5): 399–412.
- 45 Ogle KS., Swanson GM., Woods N., Azzouz F. Cancer and comorbidity: redefining chronic diseases. *Cancer* 2000; 88 (3): 653–63.
- 46 Louwman WJ., Janssen-Heijnen ML., Houterman S., Voogd C., Van der Sangen MJ., Nieuwenhuijzen GA., Coebergh JW. Less extensive treatment and inferior prognosis for breast cancer patient with comorbidity: a population-based study. *Eur. J. Cancer* 2005; 41 (5): 779–85.
- 47 McBride ML., Lorenzi MF., Page J., Sheps S., Spinelli J., Broemeling AM., Goddard K., Pritchard S., Rogers P. Treatment-related utilization of physician services among survivors of childhood and young adult cancer in British Columbia Canada: A childhood/adolescent/young adult cancer survivor (CAYACS) program report. Vancouver, British Columbia, Canada.
- 48 Rose P. Care of long term adult cancer survivors in primary care – a UK perspective. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.

- 49 Rose PW, Khan NF, Watson E, Perera E, Ward A, Austoker J, Forman D, Mant D. Care of long term adult cancer survivors in primary care – a matched cohort analysis. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 50 Macmillan study of the health and well-being of cancer survivors. Macmillan Cancer Support, 2008.
- 51 Jabaaij L, Schellevis F, van de Akker M. Primary health care for patients with cancer. Project. Netherlands Institute for Health Services Research.
- 52 Neal R, Lewis R, Williams N, France B, Wilkinson C, Hendry M, Russell D, Russell I, Hughes D, Stuart N, Weller D. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 53 Del Giudice ME, Verma S, Piliotis E, Harvey BJ, Grunfeld E. PCP willingness to provide follow-up care to adult cancer survivors. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 54 Murchie P, Delaney E, Campbell NC, Hannaford PC. GP-led follow-up for cutaneous melanoma: feelings, experiences and perspective of patients and GPs. Poster presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 55 Watson E, O'Brien R, Rose P. Follow up care for men with prostate cancer: the views of health professionals and patients. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 56 Neal RD, Keller M, Belcher J, Wilkinson C. How are men with prostate cancer followed-up in the UK? Analysis of data from primary care casenotes, and the general practice research database (GPRD). Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 57 Hølge-Hazelton B, et al. Professional and educational challenges for GPs in cancer care of young adults. Poster presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 58 Wilson PM. The UK Expert Patients Program: lessons learned and implications for cancer survivors' self care support programs. *J. Cancer Surviv.* 2008; 2 (1): 45–52.
- 59 Kendall M, Murray S. Do family caregivers have typical trajectories of psychological, social and spiritual needs in supporting someone dying of cancer: serial qualitative interviews with patients with lung cancer and their family carers. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 60 Warfvinge J, Neergaard MA, Brogaard T, Ejlskjær N, Jensen AB. Tele-home-care and web-based communication in palliative care. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 61 The national cancer plan. Summary and recommendations. Sundhedsstyrelsen/National Board of Health. http://www.sst.dk/publ/Publ2004/The_Nat_Cancer_Plan_02.pdf.
- 62 UICC. International union against cancer. http://www.uicc.org/index.php?option=com_content&task=view&id=16086&Itemid=465.
- 63 UK Department of Health: The NHS Cancer Plan: a plan for investment, a plan for reform. London, Department of Health; 2000.
- 64 Cancer control, knowledge into action. WHO guide for effective programmes. Diagnosis and treatment. World Health Organization. http://www.who.int/cancer/modules/FINAL_Module_4.pdf.
- 65 Seo B, Sisler J, Katz A, Shu E. Using administrative data to describe the organization and quality of colorectal cancer follow-up care in Manitoba. Presentation. International Primary Care Cancer Research Group Conference. Copenhagen, Denmark, 23–24 April 2009.
- 66 EUROCHIP. European cancer health indicator project. <http://www.tumori.net/eurochip/>.

PROSURE® – moč za življenje

Terapevtska prehrana za bolnike, ki izgubljajo težo zaradi raka.

- Obogaten z EPA (1,1 g/pakiranje)
- Edinstvena sestava maščob v razmerju $\omega 6 : \omega 3 = 1 : 3,3$

- Visokoenergijski (1,27 kcal/ml)

- Visokobeljakovinski (20,9%)

- Nizek delež maščob (18%) z optimalno količino MCT (16,3% maščob)

- Vsebuje vlaknine (94% topnih in 6% netopnih) ter prebiotike (2,64g FOS/pakiranje)

- podpira imunski sistem in izkazuje imunomodulatorni učinek¹⁻³

- zapolnjuje povečane potrebe po energiji in beljakovinah⁴

- preprečuje prezgodnji občutek sitosti ter omogoča dobro prenašanje⁵

- podpira zdrave prebavil⁶



PET ODLIČNIH OKUSOV: čokolada, vanilija, pomaranča, banana in kava

FOS - fruktooligosaharidi, EPA - eikozapentaenojska kislina, MCT - srednjeveržni trigliceridi

ENSURE® PLUS ADVANCE

Terapevtska prehrana za bolnike, ki izgubljajo maso, moč in funkcionalnost mišic.

- Visokoenergijski (1,5 kcal/ml)
- Visokobeljakovinski (24,27%)

- Obogaten s Ca-HMB (1,5 g/pakiranje)

- Vitamin D3 (13 µg/pakiranje ozi. 500 IU)

- Vsebuje prebiotične vlaknine FOS (1,7 g/pakiranje)

- zadovolji povečane beljakovinske in energijske potrebe⁴

- izboljša moč in funkcionalnost mišic⁷⁻⁹

- omogoča absorpcijo kalcija¹⁰
- ohranja funkcijo mišic ter zdrave kosti¹¹⁻¹³

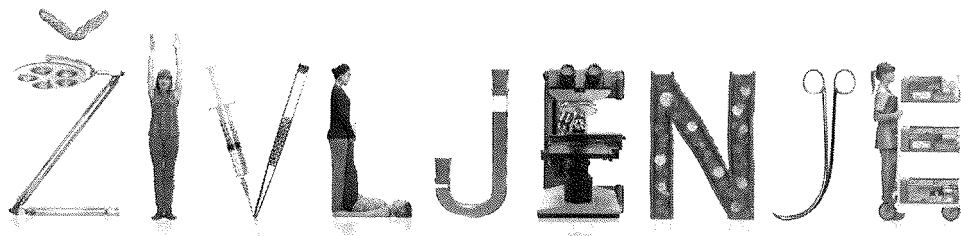
- podpira zdrave prebavil¹⁴
- izboljša absorpcijo kalcija¹⁴
- uravnava peristaltiko črevesja¹⁴

TRIJE OKUSI: vanilija, čokolada in banana

Ca-HMB - kalcijev β-hidroksi β-metilbutirat, FOS - fruktooligosaharidi



1. Gargano M, Fava S, Pirodda RL, Di Lorenzo G. Nutritional support in oncology: a comprehensive review on the impact of nutrition and quality of life. *Nutrition Reviews* 2006; 24: 168-175. 2. Zedler B, Sauer H, Becker H, et al. Effect of intravenous feeding on clinical response to 5-FU (EPIC) containing regimen in patients with advanced metastatic colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 434-441. 3. Kasperk R, Puzoski A, et al. Efficacy of enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 4. Garcia-Cabrera P, Perez-Cerdá J, et al. Nutritional support in oncology: a comprehensive review on the impact of nutrition and quality of life. *Nutrition Reviews* 2006; 24: 168-175. 5. Mariani P, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 6. Gargano M, Fava S, Pirodda RL, Di Lorenzo G. Nutritional support in oncology: a comprehensive review on the impact of nutrition and quality of life. *Nutrition Reviews* 2006; 24: 168-175. 7. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 8. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 9. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 10. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 11. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 12. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 13. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449. 14. Williams LR, et al. Enteral nutrition in patients with advanced colorectal cancer: a phase III trial. *Support Care Oncol* 2003; 11: 442-449.



50 let pravih odgovorov

Življenje bolnikov je osrednje gibalno vseh naših aktivnosti.

Življenje je naša spodbuda in motiv za ustvarjanje inovativnih zdravil in diagnostičnih rešitev, ki bodo tudi v prihodnje spreminjale zdravljenje bolnikov z rakavimi obolenji.

Za nami je 50 let pravih odgovorov, pred nami še veliko izzivov. Naredili bomo vse, da najdemo odgovore tudi na te.



Roche farmacevtska družba d.o.o.,
Vodovodna cesta 109, Ljubljana
www.roche.si, www.onkologija.si

 **doreta**[®]

tramadol in paracetamol

filmsko obložene tablete

37,5 mg/325 mg in 75 mg/650 mg

**Z Doreto[®] 75 mg/650 mg
enostavneje nad bolečino**

*Samo za strokovno javnost. Pred predpisovanjem preberite celoten
povzetek glavnih značilnosti zdravila. Objavljen je na www.krka.si.*

Usklajeno
nad bolečino

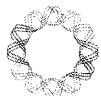


 KRKA

V družbi Amgen
smo z vso skrbjo
predani
kakovosti
in zanesljivosti
bioloških zdravil.

Kontrola kakovosti in zanesljiva oskrba sta vsaj toliko
pomembni kot dosežki znanstvenih inovacij.
Družba Amgen se že več kot 30 let z vso zavzetostjo,
predanostjo in željo po popolnosti trudi za vsako od svojih zdravil.

Za dodatne informacije obiščite
biotechnologybyamgen.com, kjer najdete več
podatkov o kakovosti in zanesljivosti oskrbe, ki sta
tako pomembni za uspešno zdravljenje vaših bolnikov.



**BIOTECHNOLOGY
BY AMGEN[®]**

©2013 Amgen Inc. All rights reserved. SLO-AMG-005-2013-APP

Srečanje in izdajo zbornika so finančno podprli (po abecednem redu):

ABBOT Laboratories d.o.o



AMGEN zdravila d.o.o



KRKA d.d. Novo Mesto



MERCK d.o.o.



NOVARTIS Pharma Services Inc.



PFIZER, podružnica Ljubljana



PLIVA Ljubljana, (član skupine TEVA)



ROCHE farmacevtska družba d.o.o.



Vsem se iskreno zahvaljujemo.

2 sk.



Onkološki inštitut Ljubljana, 8.5.2015

