

Paliativna oskrba v Sektorju operativnih dejavnosti

prof.dr. Nikola Bešič
Onkološki inštitut Ljubljana

Vloga kirurga pri zdravljenju bolnika z rakom se je spremenila



Kirurški onkolog

Področja dela:

- genetsko svetovanje,
- prevencija raka,
- diagnostika zgodnjega raka,
- diagnostika in zdravljenje začetnega raka,
- lokoregionalno napredovali rak,
- metastatska bolezen,
- rehabilitacija,
- spremljanjem bolnikov,
- zdravljenje zapletov radioterapevtskega in sistemskega zdravljenja,
- **simptomatsko in paliativno zdravljenje bolnikov z rakom.**



Sektor operativnih dejavnosti Onkološkega inštituta

- Oddelek za anestezijo in intenzivno terapijo operativnih strok
- Oddelek za kirurško onkologijo
- Oddelek za ginekološko onkologijo

Sektor operativnih dejavnosti Onkološkega inštituta

Sodelujemo pri obravnavi
paliativnih bolnikov:

- ambulanta
 - kirurška
 - ginekološka
 - analgetska
- na vseh bolnišničnih
oddelkih OI

Paliativne strokovne dejavnosti

Kirurški posegi

- kirurško zdravljenje motenj pasaže črevesa
- traheostoma
- gastrostoma
- plevralna punkcija
- punkcija in drenaža ascitesa
- zdravljenje maligne rane

Anestezija/intenzivna medicina/analgezija

- težave z dihanjem
- septično stanje
- bolečina
- uvajanje centralnih kanalov in VAP

Konziliarna dejavnost

- motnje pasaže črevesa
- zdravljenje bolečine

Simptomatsko in paliativno zdravljenje

Bolniku z neozdravljivo boleznijo kirurški poseg olajša težave in včasih tudi podaljša življenje:

- traheostoma omogoči ekstubacijo
- plevralna drenaža in plevrodeza
- punkcija ascitesa
- stoma zaradi ileusa
- perkutana hranilna gastrostoma

Ambulantna paliativna dejavnost

- v kirurški, oziroma ginekološki ambulanti približno 5-10% bolnikov, ki so v zadnjem letu življenja
- v analgetski ambulanti približno polovica bolnikov, ki so v zadnjem letu življenja

Hospitalna paliativna dejavnost

Ginekološki oddelek

- Več kot polovico posteljnega fonda ginekološkega oddelka namenimo paliativnim bolnikom.
- Ginekologi zagotavljajo:
 - operativno terapijo (sodelujejo pri paliativnih kirurških posegih, drenaža ascitesa,...),
 - skrbijo za ustrezno psihološko podporo, simptomatsko in paliativno medikamentozno terapijo,
 - organizirajo in sodelujejo na družinskem paliativnem sestanku,
 - ob sodelovanju zdravstvene nege in socialne službe poskrbijo za ustrezno nego na domu, oziroma v DSO,
 - vse to zabeležijo v zdravstveno dokumentacijo, kar je v veliko pomoč dežurni ekipi.

Hospitalna paliativna dejavnost

Kirurški oddelek

- Zaradi pravila , da v bolnišnico sprejmemo bolnika na tisti oddelek, iz katerega je zdravnik, ki bolnika vodi ambulantno, imamo 5-20% postelj z bolniki, ki so na simptomatskem ali paliativnem zdravljenju.
- Zaradi pomanjkanja zdravniškega osebja in osebja zdravstvene nege na E2 in E4 oddelku ne moremo ustrezno organizirati dela.

Zaradi pomanjkanja zdravniškega osebja in osebja zdravstvene nege na E2 in E4 oddelku ne moremo ustrezno organizirati dela

- zaradi pomanjkanja zdravnikov večino dela z organizacijo paliativne obravnave opravijo DMS,
- težko zagotovimo ustrezno raven znanja paliativne oskrbe bolnikov, saj se principi paliative močno razlikujejo od ostalih stanj, ki jih zdravimo na oddelku,
- bolniške sobe so velike in niso primerne za izvajanje paliativne dejavnosti,
- praktično je nemogoče zagotoviti ustrezno okolje za umirajočega bolnika - pogosto v isti sobi mlajši in skoraj zdravi bolniki, kar zanje zagotovo ni prijetna izkušnja,
- in vendar je vsak teden v popisu bolezni zabeleženo, kakšne so bile aktivnosti glede paliativne dejavnosti in kakšen je nadaljnji plan zdravljenja.

Oddelek za intenzivno terapijo operativnih strok

- praviloma vsaj 50% posteljnega fonda, pogosto pa kar dve tretjini, zasedajo paliativni bolniki,
- napotitev takih bolnikov na intenzivni oddelek tem bolnikom reši življenje, a so v tako slabem stanju, da marsikateri lahko preživi in živi samo na intenzivnem oddelku, kar lahko traja več tednov ali mesecev,
- zaradi urgentnih sprejemov na intenzivni oddelek se večkrat letno za vsaj teden dni ustavi operativni program velikih elektivnih kirurških posegov,
- na intenzivnem oddelku že vrsto let izrazito pomanjkanje negovalnega osebja.

Težave s katerimi se soočajo intenzivisti v dežurstvu

- smiselno bi bilo izogniti se dolgotrajnemu umiranju paliativnega intubiranega bolnika na intenzivnem oddelku,
- še preden pride do kritične dihalne stiske ali šokovnega stanja je nujno izpeljati urgentno radiološko diagnostiko glede obsežnosti bolezni in evaluacijo učinka zdravljenja,
- zelo pogosto bi bila namesto intenzivne terapije bistveno bolj na mestu ustrezna podporna in paliativna terapije in nega.

Težave s katerimi se soočajo intenzivisti v dežurstvu

Pri odločitvi o intenzivnosti zdravljenja je zagotovo pomembna tudi volja bolnika, o čemer v zdravstveni dokumentaciji praviloma ni nobene informacije.

Primer 32-letne bolnice z limfomom 26 zadnjih dni na intenzivi

- kljub zdravljenju progres v možgane
- kirurško biopsijo možganov bolnica večkrat zavrne
- zaradi nezavesti intubirana ob sprejemu in sprejeta na intenzivo
- mož je povedal, da bolnica še vedno ni želela, da se ji vrta v glavo, želel je, da je ne bi več zdravili, otroci in on so pripravljene na ženino smrt
- a medicina naredi vse kar je možno (po pravilih stroke?)

Pomembno je vedeti

Kakšna so pričakovanja bolnika?

Kje bi želel umreti?

Kaj o tem vedo in mislijo svojci?

Kje živi?

Kam bo šel po kirurškem posegu?

Težave s katerimi se soočamo pri konziliarnih pregledih

- Pogosto zdravnik, ki kirurgu poroča o bolniku, za katerega je zahtevan konziliarno pregled, pravzaprav ve zelo malo o tem bolniku.
- Tako kot za vsak konzilij, bi moralo biti predstavljeno in v popisu zapisano realno stanje glede:
 - bolnikove diagnoze,
 - dosedanjega zdravljenja,
 - spremljajočih bolezni,
 - splošnega stanja bolnika,
 - zdravil, ki jih dobiva,
 - realne pričakovane dolžine preživetja,
 - specifične onkološke terapije, ki jo bolnik lahko še prejme.
- Večina dežurnih zdravnikov ne ve skoraj ničesar od tega.

Predlogi za izboljšave

- V primeru poslabšanja stanja bolnika je potrebno čim prej in še pred sprejemom na intenzivni oddelek zagotoviti radiološko diagnostiko za oceno obsega maligne bolezni in učinkovitosti zdravljenja.
- Ob vsakem poslabšanju stanja bolnika z metastatsko boleznijo mora biti že, ko kličemo konziliarnega anesteziologa oziroma kirurga, v popisu bolezni jasno zapisano, kakšno je realno stanje bolnika in kakšen je plan nadaljnje specifične onkološke terapije.

Predlogi za izboljšave

Konziliarni zapisi:

- morajo biti takoj zdiktirani - digitalni diktafoni bi morali biti na vseh oddelkih;
- vsi zdravniki bi morali imeti možnost poslušanja zvočnega zapisa še preden je zapis natipkan;
- ti zapisi morajo biti prednostno natipkani, saj pogosto, za istega bolnika vsak dan zahtevajo, naj ga konziliarno pregledamo.

Zaključek - Sodelovanje je pot do uspeha

- Kirurgi, ginekologi in anesteziologi so nepogrešljiv del multidisciplinarnе paliativne obravnave bolnikov.
- Sodelovanje je možno in potrebno izboljšati.

