

XXIII Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych 17–19 stycznia 2019 roku, Częstochowa

ORGANIZATOR GŁÓWNY



WSPÓŁORGANIZATORZY



Zakład Medycyny i Opieki
Paliatywnej
Wydziału Nauk o Zdrowiu
w Katowicach
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego



Polskie Towarzystwo
Pielęgniarstwa
Opieki Paliatywnej

PATRONAT HONOROWY



Ministerstwo Zdrowia
Patronat Honorowy Ministra Zdrowia



WOJEWODA ŚLĄSKI



Starostwo Powiatowe
w Częstochowie



ŚLĄSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
W KATOWICACH



Polskie Towarzystwo
Opieki Paliatywnej

PATRONAT MERYTORYCZNY

*Palliative
Medicine
in Practice*

KOMITET NAUKOWY:

Przewodnicząca:

prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko

Vice Przewodniczący:

mgr Izabela Kaptacz

dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP

Sekretarz:

mgr Katarzyna Mucha

Członkowie:

dr hab. n. med. Zbigniew Bohdan

mgr Anna Kaptacz

dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik, prof. UMK

Senator RP dr Ryszard Majer

prof. dr hab. n. med. Piotr Morciniec

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala

dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

dr n. med. Anna Zmarzły

KOMITET ORGANIZACYJNY:

Przewodniczący:

mgr Artur Kaptacz

Vice Przewodnicząca:

mgr Anna Kaptacz

Sekretarz:

mgr Marta Kachel

Członkowie:

Bartosz Bednarek

mgr Aneta Długosz

mgr inż. Judyta Dziedzic

Beata Gradoń

mgr inż. Dagmara Jarosik

mgr Izabela Kaptacz

Ewa Kluska

Monika Kołodziejczyk

mgr Beata Kozak

mgr Katarzyna Mucha

mgr Magdalena Nemsz

mgr inż. Rafał Nemsz

mgr Agata Olszewska

mgr Krzysztof Petryków

lek. med. Jacek Rogalski

mgr Irena Sikora–Mystek

Joanna Wolna

PROGRAM

Czwartek, 17.01.2019 roku	
12.00	Walne Zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
13.00–15.00	Rejestracja Uczestników Konferencji
15.00–16.30	I SESJA WARSZTATOWA Tak mało czasu, a tyle zadań — umiejętności komunikacji w zespole opieki paliatywnej <i>Lek. Jacek Rogalski (Myszków, Częstochowa)</i> „Smak gorącej czekolady” — jak wspierać chorego i rodzinę <i>Mgr Irena Sikora-Mysiek, mgr Aneta Nachman (Częstochowa)</i> Pielęgnacja dostępu naczyniowego <i>Mgr Aneta Trzecińska (Katowice)</i> Żywienie pacjentów w opiece paliatywnej <i>Adrianna Kaptacz (Częstochowa)</i>
16.30–16.45	Przerwa
16.45–18.15	II SESJA WARSZTATOWA Tak mało czasu, a tyle zadań — umiejętności komunikacji w zespole opieki paliatywnej <i>Lek. Jacek Rogalski (Myszków, Częstochowa)</i> „Smak gorącej czekolady” — jak wspierać chorego i rodzinę <i>Mgr Irena Sikora-Mysiek, mgr Aneta Nachman (Częstochowa)</i> Pielęgnacja dostępu naczyniowego <i>Mgr Aneta Trzecińska (Katowice)</i> Żywienie pacjentów w opiece paliatywnej <i>Adrianna Kaptacz (Częstochowa)</i>
18.30–19.00	Kolacja
19.30	Msza Święta Inauguracyjna na Jasnej Górze
21.00	Apel Jasnogórski
Piątek, 18.01.2019 roku	
8.00–10.00	Rejestracja Uczestników Konferencji
10.00–10.30	Uroczyste otwarcie Konferencji, wystąpienie zaproszonych Gości
10.30–11.30	WYKŁAD INAUGURACYJNY Zrozumieć mowę umierającego <i>Dr hab. n. med. Małgorzata Krajnik, prof. UMK (Bydgoszcz) (30 min)</i> I SESJA PLENARNA — WYMAGAJCIE OD SIEBIE, CHOĆBY INNI OD WAS NIE WYMAGALI Będziecie sądzeni z miłości <i>Dr hab. n. med. Zbigniew Bohdan (Gdańsk) (20 min)</i> Dyskusja (10 min)
11.30–12.00	Przerwa kawowa
12.00–13.30	II SESJA PLENARNA — ZADANIA I WYZWANIA DLA INTERDYSCYPLINARNYCH ZESPOŁÓW OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ Sztuka pracy opartej na powołaniu a profesjonalizm pielęgniarki opieki paliatywnej <i>Mgr Anna Kaptacz (Częstochowa) (20 min)</i> Rola i zadania psychologa w zespole opieki paliatywnej <i>Mgr Magdalena Sagan (Zabrze) (20 min)</i> Misja lekarza w zespole opieki paliatywnej <i>Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska (Katowice) (20 min)</i> Rola fizjoterapeuty w zespole opieki paliatywnej <i>Mgr Iwona Maciejewska, dr n. med. Anna Pyszora, dr n. med. Agnieszka Wójcik (Warszawa) (20 min)</i> Dyskusja (10 min)
13.30–14.30	Lunch

14.30–16.00	III SESJA PLENARNA — NOWE CHOROBY I TERAPIE W OPIECE PALIATYWNEJ Zaburzenia pamięci — czy to jest choroba Alzheimera? <i>Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala (Katowice) (20 min)</i> Terapia wielolekowa u pacjentów w opiece paliatywnej. Jak optymalizować leczenie. Wyzwania na następne lata <i>Dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek (Poznań) (20 min)</i> Pacjent z przewlekłą chorobą nerek wyzwaniem w opiece paliatywnej <i>Mgr Anna Kliś (Bielsko-Biała) (20 min)</i> Pacjent z SLA — diagnostyka, leczenie, kwalifikacja do opieki paliatywnej i wspomaganie oddychania <i>Lek. Anna Adamczyk (Bydgoszcz) (20 min)</i> Dyskusja (10 min)
16.00–16.30	Przerwa kawowa
16.30–18.00	IV SESJA PLENARNA — POSTĘPOWANIE TERAPEUTCZNE W OPIECE NAD CHORYM Rola sedacji u chorych w opiece paliatywnej <i>Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP (Poznań) (20 min)</i> Niedrożność przewodu pokarmowego — diagnostyka, rozpoznanie, postępowanie terapeutyczne <i>Dr n. med. Marcin Janecki (Katowice) (20 min)</i> Diagnostyka i leczenie bólu przebijającego <i>Lek. Artur Pakosz (Gliwice) (20 min)</i> Zasady komunikacji z chorym o niepomyślnym rokowaniu <i>Dr n. med. Ewa Czezelewska (Biała Podlaska) (20 min)</i> Dyskusja (10 min)
18.00–19.00	Kolacja
Sobota, 19.01.2019 roku	
7.30–8.30	Msza Święta na Jasnej Górze — PIELGRZYMKI HOSPICJÓW POLSKICH
10.00–11.30	WYKŁAD PROGRAMOWY Czego unikać? Do czego dążyć? <i>Prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gatuszko (Gdańsk, Olsztyn) (20 min)</i> V SESJA PLENARNA — JAK SPROSTAĆ OCZEKIWANIOM I ZAGROŻENIOM Starość na wsi — zagrożenia i wyzwania <i>Dr Ryszard Majer — Senator RP (Częstochowa) (20 min)</i> Medycyna ludzkich pragnień wobec postulatów moralnego „Wymagajcie od siebie...” <i>Prof. dr hab. Piotr Morciniec (Opole) (20 min)</i> Formacja sumienia w opiece paliatywnej <i>Ks. dr hab. Antoni Bartoszek, prof. UŚ (Katowice) (20 min)</i> Dyskusja (10 min)
11.30–12.00	Przerwa kawowa
12.00–14.00	VI SESJA PLENARNA — WYTYCZNE I ZASADY POSTĘPOWANIA W CODZIENNEJ PRAKTYCE KLINICZNEJ Zaburzenia gospodarki wodnoelektrolitowej w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej <i>Dr n. med. Marcin Wiśniewski (Bydgoszcz) (20 min)</i> Leczenie bólu u pacjenta z niewydolnością wątroby i nerek <i>Dr n. med. Michał Graczyk (Bydgoszcz) (20 min)</i> Żywność kliniczna w opiece paliatywnej <i>Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk (Skawina) (20 min)</i> Wytyczne żywienia pacjentów w opiece paliatywnej <i>Dr n. med. Anna Zmarzły (Wrocław) (20 min)</i> Wiedza a praktyka żywienia w opiece paliatywnej <i>Mgr Lila Kimber-Dziwisz (Radom) (20 min)</i> Dyskusja (10 min) Zakończenie Konferencji
14.00–15.00	Lunch

*Organizatorzy zastrzegają możliwość wprowadzenia niewielkich zmian w programie

Streszczenia

Pacjent z SLA — diagnostyka, leczenie, kwalifikacja do opieki paliatywnej i wspomaganie oddychania Lek. Anna Adamczyk

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej CM UMK, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Doktora Antoniego Jurasza w Bydgoszczy

Stwardnienie boczne zanikowe (SLA) jest degeneracyjnym schorzeniem układu nerwowego, u podstawy którego leży postępujący zanik neuronów ruchowych rdzenia i mózgu. Następstwem tego procesu jest narastające osłabienie i zanik mięśni szkieletowych. Klinicznie choroba przejawia się postępującymi niedowładami kończyn, zaburzeniami mowy o charakterze dyzartrii, zaburzeniami połykania i przewlekłą, postępującą niewydolnością oddychania. Do tej pory nieznana jest przyczyna zaniku neuronów ruchowych i, co za tym idzie, brak skutecznego leczenia przyczynowego, czy hamującego postęp choroby. Leczenie SLA jest wyłącznie objawowe i dotyczy przede wszystkim terapii bólu, duszności, zalegania śliny i wydzieliny oskrzelowej oraz zaburzeń depresyjnych.

Z powodu postępującej przewlekłej niewydolności oddechowej istnieje możliwość wspomaganie oddychania respiratorem nieinwazyjnym, a z czasem — inwazyjnym, jeżeli chory wyrazi na to zgodę. Ważnym elementem opieki jest wspomaganie chorych z SLA i ich rodzin w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego postępowania leczniczo-opiekuńczego i decyzji dotyczących końca życia.

Formacja sumienia w opiece paliatywnej

Ks. dr hab. Antoni Bartoszek, prof. UŚ

Katedra Nauk o Rodzinie, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach

Sumienie to przestrzeń wolności, ale i odpowiedzialności człowieka. Każdy powinien postępować zgodnie z własnym sumieniem. Ważne jest jednak, by sumienie było właściwie uformowane. Może być ono bowiem błędne i zafałszowane. Wrażliwość i prawość sumienia w opiece paliatywnej tym głębiej są potrzebne, że posługa w hospicjum dotyczy zagadnień egzystencjalnych, z pogranicza życia i śmierci. Kształtowanie sumienia dokonuje się poprzez otwarcie się człowieka na prawdę. Formacja sumienia może dokonywać się w sposób czysto ludzki, rozumowy: poprzez zdobywanie wiedzy etycznej, z pomocą kodeksów deontologicznych i dzięki konsultacji z różnego typu autorytetami

moralnymi. Formacja sumienia może również być realizowana w wymiarze religijnym: poprzez otwarcie się na Słowo Boże i na Ducha Świętego, nazywanego „Światłością sumień”. Właściwe korzystanie z wymienionych źródeł teologicznych i pogłębiona interpretacja danych czysto rozumowych sprawiają, że między tymi dwoma wymiarami wiedzy etycznej nie ma sprzeczności i że wymiary te są względem siebie kompatybilne. Znakiem stałej troski o formację sumienia jest postawa czuwania. Osoba związana z posługą hospicyjną winna być stale osobą czuwającą (w szerokim rozumieniu tego słowa)

Będziecie rozliczani z miłości

Dr hab. n. med. Zbigniew Bohdan

Klinika Pediatrii, Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Tytuł kolejnej częstochowskiej Konferencji jest fragmentem z przemówienia Papieża Św. Jana Pawła II w Gdańsku do młodzieży na spotkaniu na Westerplatte w czerwcu 1987 roku;

„Każdy z was, młodzi przyjaciele znajduje też w życiu jakieś swoje Westerplatte. Jakiś wymiar zadań, które trzeba podjąć i wypełnić. Jakąś słuszną sprawę, o którą nie można nie walczyć. Jakiś obowiązek, powinność, od której nie można się uchylić. Nie można zdezerterować.

Wreszcie – jakiś porządek prawd i wartości, które trzeba utrzymać i obronić, tak jak Westerplatte, w sobie i wokół siebie. Tak, obronić – dla siebie i dla innych... Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali...”

Ten tekst wraca szczególnie w sytuacji podejmowania istotnych decyzji, drastycznych postanowień, kiedy obowiązek nakazuje pozostać, a rozsądek podpowiada ucieczkę. Bez takich desperackich postaw nie byłoby chrześcijańskiego modelu troski o bliźniego, istoty tego, co nazywamy powołaniem, fascynacji osobami, które nas poprzedziły i stanowią wzorce do naśladowania. Śledząc pamiętniki i biografie Wielkich opieki paliatywnej stale napotykamy na zdarzenia po ludzku niemożliwe do realizacji, dokonania o znaczeniu dużo większym niż zamierzone.

Św. Matka Teresa mówi: „w chwili śmierci nie będziemy sądzeni wedle liczby dobrych uczynków, których dokonaliśmy, lub dyplomów, które otrzymaliśmy w ciągu naszego życia. Będziemy sądzeni wedle miłości, jaką włożyliśmy w naszą pracę (...) Ubodzy i chorzy potrzebują pracy naszych rąk, miłości na-

szych serc. Miłość, obfita miłość jest wyrazem naszej chrześcijańskiej religii" (..) Gdyby celem naszej pracy było tylko mycie, karmienie i podawanie leków, ośrodek już dawno byłby zamknięty. Najważniejszą rzeczą w naszych ośrodkach jest dana nam możliwość dosięgnięcia dusz. Posługiwanie chorym na pograniczu życia może być najkrótszym sms-em posyłym do Góry z informacją — tak jestem tu, staram się, stoję na posterunku, bronię wartości. Błogosławiona pielęgniarka Hanna Chrzanowska mówi o oddaniu zawodowym personelu — „Wycofać siebie, puścić się na szerokie wody miłości, nie z zaciśniętymi zębami, nie dla przymusu, nie dla umartwienia, nie traktować chorego jako drabiny do nieba”.

Ks. prof. Janusz Pasierb, w wierszu bez tytułu — milczenie może być czymś więcej niż mowa, możesz z niego zrobić wszystko w miarę jak jesteś. Z pewnością to bardzo trudne być, być z kimś do końca, nie zostawiać chorego z samotnymi myślami. Inny poeta, ks. Jan Sochoń ujmuje to wprost: „To zdarza się niezmiernie rzadko: na jednym ramieniu wagi miłość i na drugim miłość...” Nikt nie żąda od nas postaw heroiczych, przekraczających możliwości. Wystarczy pozostać wiernym złożonym deklaracjom, nie odpuszczać jakości czynionych zadań, starać się być autentycznym. Często taka postawa pozostaje wbrew przyjętym kanonom środowiska, jest przeciw przyjętym normom, ustalonym bezpiecznym zasadom. Będzie drogą pod wiatr, przeciw, napotka opór otoczenia... jednak róbmy swoje, nasza nagroda nie jest stąd...

Ks. Jan Sochoń pisze: „Zrozum, nie musisz być pierwszy, ani ostatni. Pory roku nie prześcigają się, nie walczą. Łagodnie rozwieszają krajobrazy, lekko podnosząc oczy. Tylko tyle warto czynić: spojrzeć, czy miłość zostanie przyjęta.

A tylko z niej będziemy rozliczani na końcu drogi. Stale należy przekraczać samych siebie, tworzyć rzeczy wciąż doskonalsze, nawet te małe, pozornie niedostrzegalne. I nie robić tego dla poklasku.

Nie wiedziałem do jakiego stopnia Bóg boi się o tych, których kocha, zwłaszcza o tych którym dał zbyt wielkie serce drży żeby mu nie zginęli przypadkiem Jego potężne palce stają się lekkie kiedy w nich trzepocą dzikie nieufne ptaki (J. Pasierb)

Zasady komunikacji z chorym o niepomyślnym rokowaniu

Dr n. med. Ewa Czezelewska

Wydziału Nauk o Zdrowiu w Collegium Mazovia Innowacyjnej Szkoły Wyższej w Siedlcach

Dobra komunikacja z chorym umierającym warunkuje dobrą jakość opieki. W kontekście opieki paliatywnej specjalnego znaczenia nabierają podstawowe zachowania społeczne takie, jak zdolność do prowa-

dzenia rozmowy. Komunikatywność to umiejętność, którą nabywa się nie tylko przez doświadczenie, ale także poprzez profesjonalny trening. Podczas wykładu zostaną przedstawione ogólne informacje o komunikacji z pacjentem, zasady komunikacji z chorym o niepomyślnym rokowaniu i błędy w komunikacji, mające wpływ na wypalenie zawodowe

Leczenie bólu u pacjenta z niewydolnością wątroby i nerek

Dr n. med. Michał Graczyk

Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy

Leczenie bólu nadal stanowi wyzwanie współczesnej medycyny. Coraz więcej wiadomo na temat patomechanizmu różnych rodzajów bólu i działania analgetyków. Nie zmienia to faktu, że w Polsce nadal jest liczna grupa pacjentów nieleczonych lub leczonych niewłaściwie. Jeśli do trudności przy rozpoczęciu leczenia bólu przewlekłego dodać wielochorobowość pacjenta, to okazuje się, że możliwości terapeutyczne są w znacznym stopniu ograniczone. W przypadku przewlekłej choroby nerek, jeśli nie uzyskano efektu przeciwbólowego stosując paracetamol, należy stosować analgetyki III stopnia drabiny analgetycznej, a dawki koanalgetyków dostosować do stopnia wydolności nerek. Niewydolność wątroby stanowi wyzwanie terapeutyczne, ponieważ do tej pory przeprowadzono niewiele badań w tym zakresie, a farmakokinetyka leków jest zazwyczaj trudna do przewidzenia

Żywnienie pacjentów w opiece paliatywnej

Adrianna Kaptacz

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej w Częstochowie

Podczas warsztatu zostanie przedstawiona analiza najnowszej piramidy żywienia i omówienie poszczególnych stopni piramidy. Po badaniu składu ciała poprzez bioimpedancję, czyli oporność, sprawdzona zostanie struktura ciała, czyli zawartość tkanki tłuszczowej, mięśniowej, nawodnienie organizmu, wiek metaboliczny, masa mineralizacji kostnej i inne parametry. Po wykonanym badaniu wyniki zostaną dokładnie przeanalizowane i omówione, zgodnie z normami WHO.

Sztuka pracy oparta na powołaniu a profesjonalizm pielęgniarki opieki paliatywnej

Mgr Anna Kaptacz

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej w Częstochowie

Jedną z podstawowych aktywności człowieka jest praca. Dzięki aktywności i pracy dokonuje się ewolucja i rozwój człowieka oraz odbywa stały po-

stęp. Praca wykonana z powołania i potrzeby serca w połączeniu z posiadanymi i kształtowanymi predyspozycjami fizyczno-psychicznymi staje się sztuką. Wynikiem pracy człowieka opartej o sztukę, tworzone jest dzieło. Jeżeli pracę traktujemy jako płaszczyznę do wytwarzania dzieł, może dawać ona satysfakcję i przynosić piękne owoce dla wytwarzającego oraz jej odbiorcy. Tak tworzy się nowa rzeczywistość, rozwój i postęp.

W pielęgniarstwie opieki paliatywnej, opartym na dobrym przygotowaniu teoretycznym i praktycznym oraz ukształtowanych kompetencjach i postawach, empatii, zaangażowaniu, odpowiedzialności i miłości bliźniego, tworzymy profesjonalizm zawodowy. Wynikiem takiego postępowania będzie dobra jakość życia chorego i jego rodziny oraz dobra jakość pracy, dająca satysfakcję z życia we wszystkich wymiarach, zawodowym, społecznym i osobistym.

Wiedza, a praktyka żywienia w opiece paliatywnej
Mgr Lila Kimber-Dziwisz
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu

U pacjentów objętych opieką paliatywną choroba jest procesem dynamicznym, najczęściej o szybkim przebiegu i złym rokowaniu. Postępu choroby nie da się uniknąć, natomiast można go opóźnić i/lub złagodzić objawy towarzyszące chorobie poprzez eliminowanie czynników przyspieszających postęp choroby i wprowadzenie we właściwym czasie wspomaganie, np. specjalistycznymi odżywkami medycznymi i/lub leczenia żywieniowego dietą przemysłową. Ryzyko wystąpienia niedożywienia i/lub deficytów pokarmowych wzrasta wraz z postępowaniem choroby. W następstwie niedożywienia dochodzi do szeregu niekorzystnych następstw we wszystkich narządach i układach organizmu człowieka.

Zaburzenia odżywiania stanowią niezależny czynnik wpływający na większy odsetek powikłań i śmiertelności, jak również powodują zwiększenie kosztów leczenia i opieki. Zaburzenia odżywiania są jednym z najczęstszych powodów gorszej jakości życia, depresji, nasilonej męczliwości, zmniejszenia aktywności życiowej i zaburzeń funkcji poznawczych. Właściwe monitorowanie żywieniowe pacjentów objętych opieką paliatywną ma na celu utrzymanie lub zwiększenie ilości przyjmowanego pokarmu, złagodzenie zaburzeń metabolicznych, utrzymanie masy mięśni szkieletowych i sprawności fizycznej na odpowiednim poziomie oraz poprawę jakości życia chorych.

Żywnienie jest jednym z kluczowych elementów holistycznego wsparcia udzielanego pacjentom w opiece paliatywnej, a terapia żywieniowa stanowi

istotną część całościowego postępowania wspomagającego. Właściwy sposób żywienia pozwalający pokryć aktualne zapotrzebowanie na energię i poszczególne składniki odżywcze, pozwala nie tylko na utrzymanie/poprawę stanu odżywienia i ogólnego stanu klinicznego, ale także na uzyskanie lepszych efektów opieki. Opieka żywieniowa koncentruje się przede wszystkim na leczeniu objawów i interwencjach dietetycznych, których celem jest poprawa jakości życia.

Jakość i komfort życia pacjenta objętego opieką paliatywną powinny stanowić wartość nadrzędną w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia żywieniowego, dlatego do uzasadnionych podstawową opieką interwencji należy także sztuczne nawadnianie i żywienie, zarówno w stabilnym, jak i niestabilnym okresie nieuleczalnej choroby. Należy jednak w miarę możliwości dążyć do jak najdłuższego utrzymania i wspierania odżywiania drogą doustną. Na każdym etapie leczenia żywieniowego musi być ono dostosowane do stanu pacjenta, postawionego celu i prowadzone za zgodą pacjenta i/lub jego opiekunów oraz z poszanowaniem jego/ich woli.

Leczenie żywieniowe, powinno być zindywidualizowane, uwzględniające aspekty fizyczne, socjalne, kulturalne i emocjonalne pacjentów. W wielu tradycjach i religiach prawo chorego do nawodnienia i odżywiania jest prawem naturalnym pacjenta (w etyce odpowiada to pojęciu „procedury zwyczajnej”). Obejmuje to również żywienie dojelitowe i pozajelitowe.

Analizując decyzję o wdrożeniu leczenia żywieniowego uwzględnić należy nie tylko dążenie do poprawy stanu odżywienia i efektów leczenia, ale także, a może przede wszystkim, złagodzenie cierpienia i bólu, unikanie uporczywej terapii oraz troskę o samopoczucie, zdrowie psychiczne i potrzeby pacjenta. W okresie daleko zaawansowanej choroby („end of life care”) decyzja o dotychczas stosowanym leczeniu żywieniowym może ulec zmianie i powinna być podejmowana ze szczególną ostrożnością, po dokładnym rozważeniu, czy korzyści ze stosowanego leczenia żywieniowego przeważają nad działaniami niepożądanymi. Mimo dużego znaczenia właściwego odżywiania dla stanu zdrowia i przebiegu choroby, należy mieć świadomość, że pogodzenie interwencji żywieniowej z ideą złagodzenia objawów w opiece paliatywnej może być niezwykle trudne

Pacjent z przewlekłą chorobą nerek wyzwaniem w opiece paliatywnej

Mgr Anna Kliš

Stacji Dializ Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej

Przewlekła choroba nerek (PChN), pomimo rozwoju medycyny i ciągłego doskonalenia technik ner-

kozastępczych, nadal pozostaje nieuleczalna i powoduje wielokrotnie większe ryzyko zgonu niż u osób zdrowych w tym samym wieku, także większe niż u chorych na nowotwory. Dlatego pacjent z PChN powinien być objęty szeroko pojętą opieką paliatywną, określaną również jako opieka wspierająca. Zasadniczym celem tej opieki jest poprawa jakości życia i umierania poprzez zagwarantowanie wielospecjalistycznej holistycznej opieki, obejmującej objawy fizyczne, psychiczne, socjalne i duchowe, na każdym etapie choroby od diagnostyki poprzez leczenie zachowawcze, nerkozastępcze, do schyłku życia. Wsparcie powinno być również zapewniane rodzinie pacjenta i przyjaciołom, gdyż współuczestniczą w chorobie i muszą zmierzyć się z nową i trudną sytuacją.

Przewlekła choroba nerek i dializoterapia powodują wiele przykrych dolegliwości, do których należą: zmęczenie, bezsenność i/lub nadmierna senność, świąd mocznicowy, nudności, wymioty, biegunki, zaparcia, czy zaburzenia funkcji seksualnych. Ból różnego pochodzenia zgłasza prawie połowa osób dializowanych, jego przyczyną jest najczęściej osteodystrofia nerkowa, artropatia amyloidowa, kalcyfikacja, choroba niedokrwienne kończyn dolnych, niedokrwienne neuropatia i zespół podkradania związany z obecnością przetoki tętniczo-żylniej. Negatywnie na jakość życia chorych może także wpływać ból związany z nakłuwaniem dostępu naczyniowego (hemodializa) i z obecnością płynu w jamie otrzewnowej (dializa otrzewnowa). Niewydolność krążenia związana z wiekiem, występująca powszechnie u chorych długo dializowanych, manifestuje się narastającą dusznością, którą nasila obrzęk płuc pojawiający się w wyniku gromadzenia płynu w organizmie. Pacjentom z PChN często towarzyszy lęk i depresja, które mogą wynikać z występowania różnych dolegliwości i chorób towarzyszących oraz poczucia utraty kontroli nad własnym życiem spowodowanym uciążliwością dializoterapii. Utrzymujący się dyskomfort psychiczny wynikający ze zmiany ról społecznych, poczucia bycia ciężarem dla rodziny, czy obawy przed odrzuceniem mogą prowadzić do wrogości i agresji w stosunku do innych osób.

Opieka paliatywna łączy się z koniecznością podejmowania trudnych decyzji i rozwiązywania licznych problemów etycznych, wśród których najtrudniejsze dylematy dotyczą rezygnacji z leczenia nerkozastępczego. W Polsce rozmowy z chorym i rodziną na temat wyboru leczenia zachowawczego PChN i omawianie warunków wstrzymania dializoterapii należą do rzadkości. Brak również prawnych rozwiązań w tym zakresie, a specjalistyczna opieka paliatywna jest rzadko proponowana tej grupie chorych.

Otaczanie opieką umierających z PChN jest trudne dla personelu medycznego i wymaga ciągłej edukacji. Model specjalistycznego kształcenia nefrologicznego zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek, poza specyfiką pacjentów z chorobami nerek, leczenia objawów somatycznych i psychicznych, powinien obejmować również zasady opieki wspierającej/paliatywnej zapewnianej pacjentom i ich bliskim, komunikacji, problemów etycznych i prawnych dializy oraz transplantacji i leczenia zachowawczego. Każdy pacjent powinien także mieć możliwość skorzystania z programów edukacyjnych już na etapie poradni nefrologicznej, zawierających rzetelną informację na temat metod leczenia nerkozastępczego i konsekwencji odmówienia dializoterapii z omówieniem wdrażanych wówczas procedur opieki paliatywnej. Pacjent powinien decydować o rodzaju terapii bądź jej odrzuceniu i, niezależnie od decyzji, powinien otrzymać wsparcie. Podczas dializoterapii konieczna jest stała, właściwa komunikacja z chorym, dzięki której pacjent na bieżąco może kontrolować stan swojego zdrowia i ma możliwość przygotowania się do ewentualnej zmiany sposobu leczenia oraz wpływu na decyzje medyczne, także w zaawansowanej fazie choroby.

Niestety, ze względu na ograniczenia zatrudnienia w poradniach nefrologicznych, często brakuje czasu na spokojną rozmowę z pacjentami, a w składzie zespołów terapeutycznych w oddziałach dializ brakuje psychologa. Trudno zatem mówić o opiece holistycznej, czy wielodyscyplinarnej, tym samym o opiece wspierającej/paliatywnej. Coraz częściej jednak temat ten jest poruszany podczas konferencji i spotkań towarzystw naukowych oraz na łamach polskich czasopism medycznych. Świadczy to nie tylko o rosnącym zapotrzebowaniu na tego typu opiekę, ale również o potrzebie pogłębienia wiedzy wśród lekarzy i pielęgniarek oraz konieczności opracowania odpowiednich procedur postępowania z pacjentem z PChN.

Żywnienie kliniczne w opiece paliatywnej

Prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk

Szpital Wielospecjalistyczny im. Stanley Dudricka w Skawinie

Niedożywienie jest częste u chorych na nowotwory, jego objawy występują u 30–85% chorych w stadium uogólnienia, a u 5–20% chorych stanowi bezpośrednią przyczynę zgonu.

Leczenie żywieniowe polega na podaży drogą pozajelitową lub dojelitową (lub obydwoma drogami jednocześnie) substratów energetycznych i azotu w ilościach pokrywających aktualne potrzeby chorych, którzy nie mogą odżywiać się normalnie lub odżywiają

się w sposób niedostateczny. Składa się ono z oceny stanu odżywienia i rodzaju zaburzeń, oceny wskazań do leczenia i zapotrzebowania na składniki odżywcze, określenia drogi interwencji (dojelitowa, dożylna lub mieszana), przygotowania programu żywienia, podaży składników odżywczych, monitorowania przebiegu i wyników leczenia. Brak wiarygodnych danych klinicznych wskazujących na ryzyko przyspieszenia wzrostu nowotworu i rozwoju choroby wskutek stosowania leczenia żywieniowego.

Leczenie żywieniowe stosuje się u pacjentów, u których spodziewany jest brak możliwości włączenia diety doustnej przez ponad 7 dni, u których stwierdza się niedożywienie lub którym niedożywienie zagraża. Metodą z wyboru jest żywienie drogą przewodu pokarmowego (dojelitowe). U schyłku życia, jednakże, większość chorych wymaga jedynie minimalnej ilości jedzenia i wody do zaspokojenia głodu i pragnienia. Rezygnuje się wówczas z leczenia żywieniowego i kontynuuje jedynie nawadnianie w celu uniknięcia odwodnienia

Terapia wielolekowa u pacjentów w opiece paliatywnej. Jak optymalizować leczenie. Wyzwania na następne lata

Dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek
Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Pacjenci w opiece paliatywnej, zarówno z zaawansowaną chorobą nowotworową, jak również z innymi przewlekłymi, postępującymi, zagrażającymi życiu chorobami, wymagają regularnego stosowania wielu (średnio 7–8) leków. Ta liczba obejmuje środki podawane w celu leczenia choroby podstawowej, chorób współistniejących i łagodzenia objawów. Jak wskazuje literatura ponad 80% pacjentów otrzymuje ≥ 5 leków i ponad jedna czwarta ≥ 10 leków (odpowiednio: kryterium wielolekowości, ang. *polypharmacy* i dużej wielolekowości, ang. *hyperpolypharmacy*). U osób z postępującą chorobą konieczna jest regularna modyfikacja leczenia, z dostosowaniem bieżącej terapii do zmieniającego się celu leczenia, który w ostatnim okresie życia stanowi łagodzenie objawów. Duża liczba przyjmowanych leków powoduje ryzyko stosowania leków niepotrzebnych (nie przynoszących korzyści pacjentom o krótkim prognozowanym czasie życia), błędów farmakoterapii (takich jak, np. podwojenie leków lub stosowanie leków o antagonistycznym działaniu), naraża pacjenta na poważne działania niepożądane i interakcje lekowe. W trakcie prezentacji zostanie przedstawiona charakterystyka farmakoterapii u chorych w opiece paliatywnej, ze wskazaniem najczęstszych błędów i skojarzeń leków, które mogą prowadzić do wystąpienia poważnych interakcji lekowych. Zostaną również przedstawione podstawowe

zasady poprawy skuteczności i bezpieczeństwa leczenia zgodnie z obecnym stanem wiedzy.

Sedacja u chorych w opiece paliatywnej

Dr hab. n. med. Wojciech Leppert, prof. UMP

Pracownia Badania Jakości Życia, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Sedacja definiowana jest, jako stan ograniczonej świadomości chorego wywołanej podaniem leków o działaniu sedatywnym. Celem sedacji prowadzonej u chorych w opiece paliatywnej jest najczęściej zmniejszenie cierpienia wywołanego przez nasilone objawy, których nie udaje się skutecznie leczyć standardowymi metodami postępowania terapeutycznego – najczęściej duszności, rzadziej zaburzeń świadomości przebiegających z pobudzeniem psychoruchowym, bólu i innych objawów. Bardziej kontrowersyjne wskazania do sedacji stanowią lęk i ból duchowy. Stan sedacji wywołany jest środkami farmakologicznymi, najczęściej stosowany jest do tego celu midazolam, rzadziej inne leki: levomepromazyna i propofol.

Decyzja o wdrożeniu sedacji powinna być dogłębnie rozważona. Należy dokładnie przedyskutować cel sedacji i możliwe skutki niepożądane, najlepiej, jeżeli jest to możliwe z pacjentem, a w przypadku braku takiej możliwości, z rodziną, czy opiekunami chorego. Dopiero po dokładnym przedyskutowaniu możliwych korzyści i efektów niepożądanych, należy uzyskać zgodę chorego i/lub opiekuna pacjenta na jej wdrożenie.

Sedacja jest najczęściej wdrażana u chorych z bardzo zaawansowaną chorobą. U niektórych pacjentów krótkotrwała sedacja jest wdrażana przed wykonywaniem zabiegów, które wywołują ból proceduralny (np. zmiana pozycji i opatrunków wywołujące ból, zabieg ręcznego wydobycia mas kałowych z odbytnicy), wówczas sedacja jest połączona z podawaniem leków przeciwbólowych (analgo-sedacja). Podczas stosowania sedacji należy dokładnie monitorować parametry życiowe chorych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, częstość oddechów, stopień saturacji krwi tlenem) i dostosowywać dawki leku wywołującego sedację. Wszystkie informacje dotyczące uzyskania zgody, wdrożenia i prowadzenia (monitorowania) sedacji powinny znaleźć się w dokładnie prowadzonej dokumentacji medycznej.

W wymiarze etycznym istotne jest odróżnienie sedacji od eutanazji i wspomaganego samobójstwa — kluczowa jest intencja prowadzonych działań: w przypadku sedacji celem pozostaje jak najskuteczniejsze leczenie objawów i poprawa jakości życia, bez intencji skracania, czy odbierania życia choremu. Natomiast w przypadku eutanazji, czy wspomaganego

go samobójstwa, celem podejmowanych działań jest odebranie życia na prośbę chorego, w polskim Kodeksie Karnym określone, jako działanie pod wpływem współczucia dla pacjenta. Właściwie prowadzona sedacja nie powoduje skrócenia czasu przeżycia chorych. W opinii autora, wdrażanie sedacji w przypadku wystąpienia nasilonych objawów nie podlegających standardowemu postępowaniu terapeutycznemu, stanowi działanie etycznie dopuszczalne, w przeciwieństwie do eutanazji i wspomaganego samobójstwa, których celem nie jest leczenie, a pozbawienie życia chorego

Medycyna ludzkich pragnień wobec postulatów moralnego „Wymagajcie od siebie...”

Prof. dr hab. Piotr Morciniak

Katedra Bioetyki i Etyki Społecznej Instytutu Nauk o Rodzinie WT Uniwersytetu Opolskiego

Współcześnie, przy swoich wielkich osiągnięciach i możliwościach, medycyna niejednokrotnie przedstawia się, lub jest kreowana jako ludzka aktywność zmierzająca do zrealizowania pragnień, życzeń i fantazji człowieka. Taka optyka w widzeniu medycyny powinna zostać dokładniej zbadana zarówno od strony swoich założeń, jak i przejawów (wraz z ich charakterystyką). Nie ulega wątpliwości, że bezkrytyczny zachwyt nad medycyną „świadcząca usługi i spełniająca życzenia klienta” jest szkodliwy już w swoich założeniach. Wartościowanie swoich działań leży przeciwieństwo u podstaw działalności diagnostycznej i terapeutycznej medycyny. Stąd w referacie podjęta zostanie próba skonfrontowania tak ukierunkowanej medycyny z postulatami Papieża św. Jana Pawła II, będącym hasłem przewodnim Konferencji, o potrzebie „wymagania od siebie, nawet gdyby inni nie wymagali”. Warte rozważenia jest zarówno konstatacja, że „inni mogą nie wymagać”, jak i uświadomienie sobie, iż jako podmiot jestem zobowiązany do autorefleksji nad swoim postępowaniem, także jego przedstawiciel środowiska medycznego.

Rola fizjoterapeuty w zespole opieki paliatywnej

Mgr Iwona Maciejewska^{1,2,3}, dr n. med. Agnieszka Wójcik^{3,4}, dr n. med. Anna Pyszora⁵

¹Fundacja Hospicjum Onkologiczne w Warszawie

²Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

³OncoMedica Centrum Rehabilitacji w Warszawie

⁴Wydział Rehabilitacji Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

⁵Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pacjenci objęci opieką paliatywną wymagają specjalistycznej opieki całego zespołu. Wśród członków zespołu jest fizjoterapeuta, który zapewnia wsparcie w zakresie fizjoterapii. Działania podejmowane na

rzecz pacjenta zależne są od aktualnych potrzeb i możliwości chorego, rodzaju i nasilenia objawów choroby. Do objawów występujących w zaawansowanej chorobie nowotworowej, w których postępowanie fizjoterapeutyczne może wpłynąć na poprawę jakości życia należą: ból mięśniowo-powięziowy, duszność, zaparcie, obrzęk limfatyczny, zmęczenie związane z chorobą nowotworową, zaburzenia neurologiczne i odleżyny, które mogą być wynikiem długotrwałego unieruchomienia pacjenta. Założenia zarówno opieki paliatywnej, jak i rehabilitacji medycznej oparte są na pracy zespołu interdyscyplinarnego, w którym specjaliści różnych dziedzin ściśle ze sobą współpracują.

Rehabilitacja medyczna to kompleksowe postępowanie, które ma na celu optymalizację sprawności fizycznej i psychicznej, oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Mając na uwadze pacjenta z chorobą ograniczającą życie, należy dążyć do uzyskania możliwej do osiągnięcia sprawności na danym etapie choroby.

Fizjoterapia jest jednym z elementów rehabilitacji medycznej, wykorzystuje naturalne metody lecznicze, które działają dzięki zjawisku reaktywności organizmu na bodźce. W fizjoterapii wyróżnić można trzy obszary: kinezyterapię, czyli wykorzystanie ruchu, fizykoterapię, która wykorzystuje działanie bodźców fizykalnych (m. in. prąd elektryczny, lasery, pole magnetyczne) i masaż — środkiem leczniczym jest dotyk.

Chorzy na nowotwór często ograniczają swoją aktywność fizyczną, zwłaszcza w stadium zaawansowanym, co prowadzi do akinezy, czyli braku ruchu. Skutkami bezruchu są: atrofia mięśni (zmniejszenie masy i obwodu), obniżenie napięcia i siły mięśniowej, zwiększenie męczliwości mięśni, co prowadzi do upośledzenia ukrwienia i odżywienia tkanek, a w konsekwencji rozwoju odleżyn. Długotrwałe unieruchomienie może powodować upośledzenie procesu oddychania, które prowadzić może do niewydolności oddechowej, a w konsekwencji do wystąpienia zapalenia płuc. Do innych następstw należą: obrzęki limfatyczne, zakrzepica żył głębokich, zaparcia i zaburzenia ortostatyczne. Fizjoterapeuta, jako jeden z członków zespołu opieki paliatywnej, odgrywa istotną rolę w poprawie jakości życia pacjenta z chorobą ograniczającą życie

Zaburzenia pamięci — czy to jest choroba Alzheimera?

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala

Profesor Honorowy Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Problem neurologicznych chorób wieku podeszłego, w tym demencji, będzie nieuchronnie wzrastał wraz z rosnącą populacją ludzi starszych, przynaj-

mniej do czasu znalezienia możliwości zapobiegania, leczenia lub chociażby modyfikowania tej grupy schorzeń. Dlatego zagadnienie opieki długoterminowej nad chorymi na choroby mózgu, w tym pacjentów z otępieniem, należy rozpatrywać z uwzględnieniem dokonujących się w całej populacji zmian rozkładu wiekowego i prognoz demograficznych. W ciągu minionego ponad półwiecza oczekiwana długość życia w chwili urodzenia wzrosła o 25 lat i wynosi około 70 lat. Bardzo dynamiczny przyrost ludności na świecie dotyczy najstarszych grup wiekowych.

Niosące wysokie koszty bezpośrednio i pośrednio otępienia, definiuje się jako zespół zaburzeń wynikających z występowania organicznych zmian w mózgu. Charakteryzują je deficyty funkcji poznawczych, przede wszystkim zaś zaburzenia pamięci. Najczęstszą postacią otępienia, bo stanowiącą około 50% wszystkich zaburzeń pamięci, stanowi demencja typu alzheimerowskiego. W grupie osób powyżej 65 rż. liczne grupy stanowią chorzy z otępieniem z ciałami Lewy'ego i otępienie naczyniowe i inne. Należy również pamiętać, że początkowy okres zaburzeń pamięci to łagodne Zaburzenia Poznawcze, które nie w każdym przypadku przejdą w chorobę Alzheimera. Część zaburzeń pamięci ma charakter częściowo lub całkowicie odwracalny i dlatego przedwczesne określanie ich jako choroba Alzheimera stanowi nie tylko niepożądaną stygmatyzację, ale może skutkować zaniedbaniem postępowania terapeutycznego.

Diagnostyka i leczenie bólu przebijającego

Lek. Artur Pakosz

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Gliwicach

Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

Ból przebijający to przejściowe nasilenie bólu przewlekłego, występujące u chorych pobierających przewlekłe analgetyki opioidowe. Występuje u 35% chorych na etapie diagnozowania choroby nowotworowej i u 75% na etapie choroby zaawansowanej. Jest zazwyczaj silniejszy od bólu podstawowego i w większości przypadków obejmuje ten sam obszar ciała, co ból przewlekły. Charakteryzuje się szybkim czasem narastania i względnie krótkim okresem trwania. Ból przebijający należy odrębnie diagnozować i stosować odrębne leczenie. Czas narastania bólu przebijającego to średnio 3 minuty, a czas trwania odpowiednio średnio 60 minut. Ból przebijający można podzielić na ból incydentalny – spowodowany naturalnymi czynnościami chorego takimi, jak ruch, połykanie, kaszel, czy defekacja, oraz spontaniczny (idiopatyczny), który pojawia się nagle i nie sposób go przewidzieć.

Ból przebijający ma negatywne następstwa dla jakości życia chorego — zwiększa obawę przed podejmowaniem czynności, obniża zaufanie do prowadzonego leczenia przeciwbólowego i w następstwie prowadzi do reakcji depresyjnej oraz izolacji społecznej.

W diagnostyce bólu przebijającego należy przede wszystkim określić, czy ból podstawowy jest właściwie leczony. Ból podstawowy i przebijający należy oceniać odrębnie, ponieważ są to dwa różne zjawiska. Należy również ocenić czynniki wyzwalające ból, objawy towarzyszące jego napadom i wpływ bólu na jakość życia chorego. Idealny analgetyk do jego leczenia musi działać szybko i skutecznie, w sposób dopasowany do charakteru i czasu trwania bólu przebijającego, z minimalnymi działaniami niepożądanymi i być łatwy do stosowania. Powyższe warunki spełniają produkty krótko działającego fentanylu podawane drogą donosową, podjęzykową i dopoliczkową. Preparaty doustne krótko działającej morfiny znalazły zastosowanie w leczeniu bólu przebijającego, który można przewidzieć, np. przed toaletą chorego, czy bolesną procedurą. W tych przypadkach należy je podać odpowiednio wcześniej, aby mogły zapewnić skuteczny efekt przeciwbólowy. Ważne jest również leczenie skojarzone, pozwalające na zmniejszenie częstości występowania tego objawu – radioterapia paliatywna w bólu kostnym, pomoce ortopedyczne w bólu zależnym od ruchu, leczenie kaszlu i zaparć, zwiększenie dawek koanalgetyków w bólu neuropatycznym

Misja lekarza w zespole opieki paliatywnej

Dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Poradnia Medycyny Paliatywnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. Prof. K. Gibińskiego w Katowicach

Głównym posłannictwem lekarza z zespołu opieki paliatywnej, ważnym i odpowiedzialnym zadaniem do spełnienia, czyli misją, jest poprawa jakości życia chorego z zaawansowaną i postępującą chorobą, o niepożytecznym rokowaniu. Jak najlepsza jakość życia chorego, w jego podmiotowej ocenie, pozwala zaspokoić podstawowe potrzeby biologiczne, psychiczne, duchowe i społeczne. Drogą do poprawy jakości życia chorego jest: ulga w cierpieniu totalnym, budowanie nadziei i towarzyszenie choremu i jego rodzinie. Lekarz w zespole opieki paliatywnej jest również opiekunem osoby cierpiącej z powodu bólu somatycznego, psychicznego i duchowego, co wymaga specjalistycznej wiedzy i prawie nieograniczonej dyspozycyjności. Misja lekarza opieki paliatywnej wymaga zapewnienia choremu i jego rodzinie, pomimo destrukcyjnego wpływu choroby, optymalnej aktywności życiowej, dobrych wyborów i odpowiedzialności we wszystkich obszarach ich podmiotowości. Zabezpiecza ją należąca, aktualna wiedza

lekarza, dzielenie się doświadczeniem z zespołem opieki paliatywnej i przyjęcie zadań kierownika zespołu. Szczególnym wyzwaniem w misji lekarza opieki paliatywnej jest chronienie podopiecznych przed naruszeniem ich wolności, co może prowadzić do myśli proeutanacyjnych lub samobójczych, a w konsekwencji osłabia ich odpowiedzialność, znacznie pogarszając jakość życia chorych. Lekarz opieki paliatywnej powinien być świadomy zadań, nie tylko medyka, ale powiernika chorego bilansującego swoje życie i jego najbliższych z rodziny

Tak mało czasu, a tyle zadań — umiejętności komunikacji w zespole opieki paliatywnej

Lek. Jacek Rogalski

Hosp-Med. Sp. z o. o., Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Częstochowa

Hospicjum Domowe to jedna z podstawowych form opieki paliatywnej nad pacjentem realizowanej przez zespół wykwalifikowanych pracowników. Zespołowość i współpraca pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu to klucz do sukcesu, a żeby to osiągnąć niezbędna jest wiedza na temat zakresu obowiązków i kompetencji poszczególnych jej członków. Dzięki udziałowi w warsztatach, można trenować aktywizację członków zespołu, budować ich zaangażowanie do działania i współdecydowanie. Na podstawie kilku przypadków z perspektywy lekarza, przedstawiona zostanie możliwość współpracy członków zespołu opieki paliatywnej

Rola i zadania psychologa w zespole opieki paliatywnej

Mgr Magdalena Sagan

*Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej Katedry Pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Zabrze*

Zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia na stanowisku psychologa może być zatrudniona wyłącznie osoba, która ukończyła magisterskie studia psychologiczne. Dodatkowym atutem może być ukończenie specjalizacji klinicznej, czy całościowego szkolenia z psychoterapii. Osoby u kresu życia nie powinny być poddawane psychoterapii, ale zgodnie z wytycznymi NFZ, do opieki paliatywnej mogą być również kwalifikowani chorzy z rozpoznaniem, którzy wymagają wieloletniej, całościowej pomocy (np. w zaawansowanym stadium stwardnienia rozsianego). Ze względu na specyfikę pracy w placówce opieki paliatywnej, bardzo istotne są kursy, szkolenia, czy studia podyplomowe, które przygotowują do pełnienia takiej funkcji i uzupełniają warsztat pracy psychologa (np. studia podyplomowe z psychoonkologii). Kluczowe są również predyspozycje osobowościowe i umiejętność radzenia sobie w trudnej sytuacji.

Pracując z chorym i jego rodziną, główny nacisk należy stawiać na rozmowę terapeutyczną, dzięki której stwarzane są warunki do wyrażenia trudnych emocji i uczuć. Pomagamy przeformułować cele życiowe, które ze względu na postępującą chorobę nie będą zrealizowane. Ważne, aby ukierunkować chorego na jego zasoby, wzmacniając ich rolę i znaczenie. Warto korzystać z różnych technik terapeutycznych, które sprawdzają się w opiece paliatywnej. Najczęściej mają zastosowanie techniki relaksacyjno-wizualizacyjne.

Po odejściu chorego wiele hospicjów posiada możliwości, aby zapewnić pomoc psychologiczną w okresie żałoby i osierocenia. Dzięki temu chory ma świadomość, że po jego odejściu bliscy nie pozostaną bez wsparcia.

Duże znaczenie ma prowadzenie wewnętrznych i zewnętrznych szkoleń z zakresu psychologicznych aspektów opieki paliatywnej, czyli: jak słuchać, aby wysłuchać; omówienie najczęstszych trudności w sferze emocjonalnej, poznawczej, behawioralnej i duchowej, z którymi borykają się nasi pacjenci i ich bliscy; technik radzenia sobie z poszczególnymi objawami ze sfery psychologicznej, czy psychosomatycznej; jak reagować w kryzysowych sytuacjach; profilaktyka wypalenia zawodowego.

Bardzo istotne jest, aby psycholog pracujący w danym zespole, nie prowadził terapii swoich współpracowników. Zawsze warto skorzystać z superwizji zespołu u terapeuty pracującego poza danym ośrodkiem, a mającym doświadczenie w tym obszarze pracy. Warto popularyzować opiekę paliatywną na zewnątrz naszej placówki, co dotyczy głównie edukacji nauczycieli w szkołach; edukacji psychologów pracujących w innych obszarach; edukacji pracowników służby zdrowia; dzielenie się wiedzą i doświadczeniem z lokalną społecznością.

Dzięki temu usprawnimy współpracę z przedstawicielami różnych zawodów i funkcji, a także pracujemy na wizerunek naszej placówki w społeczności lokalnej. Większość chorych i ich rodzin ma duże opory przed zgłoszeniem się do opieki paliatywnej. Dzięki posiadaniu informacji dotyczących funkcjonowania placówki w ich rejonie, łatwiej im będzie podjąć decyzję o zwróceniu się o pomoc

„Smak gorącej czekolady” — jak wspierać chorego i rodzinę

Mgr Irena Sikora-Mysiek¹, mgr Aneta Nachman²

¹ „Hosp-med.” sp. z o.o. w Częstochowie

² Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Częstochowie, Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej

Pierwsze tygodnie w domu po wyjściu ze szpitala są dla pacjenta i rodziny trudne. Pacjenci odczuwają

lęk, obawę, bezradność wobec już zaistniałej sytuacji, jaką jest choroba. Kluczowe znaczenie w powrocie chorego do zdrowia ma wsparcie rodziny, przyjaciół. Długotrwałe cierpienie i nowe obowiązki, ograniczenia związane z chorobą wpływają na rytm życia chorego. Mogą one dezintegrować osobowość i stosunki interpersonalne. Chory często zaczyna inaczej wartościować swoje dotychczasowe życie. Dlatego istotną rolę w procesie pielęgnacyjno-rehabilitacyjnym, jak również w zapobieganiu powikłaniom, odgrywa opieka personelu pielęgniarstwa wraz z zespołem terapeutycznym. Wiedza i doświadczenie personelu medycznego rozwiązuje problemy zdrowotne, a także pomaga w rozwiązywaniu problemów natury psychologicznej, egzystencjalnej i duchowej. Opieka pielęgniarstwa to jeden z wariantów, który zwiększa szanse wzrostu poziomu nadziei, aby móc uporać się z chorobą. Człowiek, któremu przekazano dostateczną wiedzę o chorobie łatwiej przystosowuje się do nowej sytuacji i ją akceptuje

Pielęgnowanie dostępu naczyniowego

Mgr Aneta Trzcńska

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Dostęp naczyniowy stanowi obecnie kluczowe narzędzie do skutecznej diagnostyki, leczenia i łagodzenia objawów choroby. Niemal u każdego pacjenta zakładu diagnostyki obrazowej, SOR, czy oddziału szpitalnego, zarówno w procesie diagnozowania, jak również leczenia wykorzystuje się obwodowy dostęp naczyniowy typu venflon. W leczeniu przyczynowym i objawowym chorych przewlekle wykorzystywane są długoterminowe dostępy naczyniowe. W przypadku pacjentów w schyłkowej niewydolności nerek są to cewniki tunelizowane i przetoki tętniczo-żylny.

W leczeniu żywieniowym preferowaną drogą dostępu są nadal tunelizowane cewniki centralne typu Hickman/Broviac, jednak już w latach 80. XX wieku wykorzystywano także porty naczyniowe. Obecnie są one powszechnie używane u chorych na nowotwory żywionych pozajelitowo w Niemczech, a Niemieckie Towarzystwo Żywieniowe zaleca użycie portów na równi z cewnikami tunelizowanymi typu Hickman/Broviac u dorosłych.

U chorych na nowotwory szczególne zastosowanie mają porty naczyniowe — umożliwiają wielokrotne podawanie leków silnie drażniących śródbłonek naczyń żylnych i mogących powodować stany zapalne, zakrzepicę żył obwodowych, a w skrajnych przypadkach nawet martwicę skóry wzdłuż przebiegu naczyń krwionośnych. Takie powikłania może wywoływać większość chemioterapeutyków stosowanych w leczeniu chorych na nowotwory.

Porty naczyniowe, oprócz choroby nowotworowej, stosowane są także w innych jednostkach chorobowych: mukowiscydozie, hemofilii, porfirii, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc) i wielu innych, kiedy utrudniony lub niemożliwy dostęp do obwodowych naczyń żylnych prowadzi do utrudnienia lub uniemożliwia leczenia chorego, także w warunkach domowych.

Powszechnie akceptowanymi wskazaniami do zastosowania portu naczyniowego są: brak możliwości lub znaczne trudności podczas kaniulacji żył obwodowych, ostre odczyny naczyniowe na podawane leki, stosowanie silnie drażniących leków, powtarzane kursy chemioterapii lub wielogodzinne i wielodniowe wlewy, podawanie chemioterapeutyków dzieciom, choroby przewlekłe z okresowymi zaostrzeniami i wymagające wówczas szybkiego uzyskania dostępu żylnego, np. hemofilia, POChP (wybrani chorzy). Porty można także stosować w wielu innych sytuacjach klinicznych.

Ogromna zaletą portów naczyniowych — podkreślaną przez wielu autorów — jest znacznie mniejsze ryzyko ich zakażenia, w porównaniu do chorych z cewnikiem tunelizowanym. Utrzymywanie cewników centralnych jest obecnie główną przyczyną szpitalnych zakażeń krwi, które mogą zagrażać życiu chorych, przyczyniają się również do wydłużenia czasu pobytu w szpitalu i znacznego zwiększenia kosztów leczenia.

Każdy z zastosowanych dostępów naczyniowych będzie spełniał swoją rolę i będzie ułatwieniem dla personelu medycznego, a dla pacjenta zmniejszy uciążliwość stosowanej terapii, a nawet poprawi jakość życia, pod warunkiem, że dostęp będzie odpowiednio dobrany, właściwie użytkowany i pielęgnowany. Największą rolę odgrywa personel medyczny, który sprawuje opiekę nad pacjentem z dostępem naczyniowym. Z uwagi na powszechne stosowanie dostępów naczyniowych w placówkach medycznych, każda pielęgniarka i każdy lekarz powinien potrafić określić rodzaje dostępów naczyniowych, wskazać zasady postępowania z dostęпами naczyniowymi do wykorzystania krótko- i długoterminowego, znać krytyczne punkty kontroli w procedurach postępowania, poprawnie realizować procedury związane z wykorzystaniem dostępu naczyniowego w diagnostyce i terapii, znać mechanizmy ograniczania ryzyka związane z realizacją omawianych procedur, rozumieć wpływ poprawności realizowanych procedur na bezpieczeństwo epidemiologiczne, znać zasady postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych związanych z użytkowaniem dostępu naczyniowego i ich konsekwencje. Właściwie założony, poprawnie użytkowany i odpowiednio pielęgnowany dostęp

naczyniowy będzie dla pacjenta LINIĄ ŻYCIA a nie śmiertelnym zagrożeniem

Czego unikać? Do czego dążyć?

Prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko
Katedra Psychiatrii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie

W pracy nastawionej na pomoc cierpiącemu człowiekowi istnieją dwa poważne zagrożenia z którymi musimy się liczyć i których powinniśmy unikać. Są to skrzywienie zawodowe — wyrażające się przez niekorzystne zmiany osobowości oraz częściej — objawy zespołu wypalenia.

Czego należy unikać?

Aby przeciwstawić się obu zagrożeniom potrzeba czujności wyrażającej się umiejętnością wczesnego dostrzeżenia tych objawów i podjęcia skutecznych działań zaradczych.

Należy do nich umiejętne odreagowanie stresu oraz troska o zwiększenie własnych zasobów psychicznych, a także zwiększenie kompetencji zawodowych. Praca z człowiekiem chorym skłania ponadto do szukania odpowiedzi na pytanie do czego powinniśmy dążyć.

Odpowiedź jest jedna i do mądrego zaangażowania w pracę na które składa się nadzieja sukcesu, umiejętny wysiłek i radość z wykonywanej pracy.