

2. česko-slovenská konferencia paliatívnej medicíny 27. októbra 2010, Bratislava

MUDr. Kristína Križanová

Oddelenie paliatívnej medicíny a klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

2. česko-slovenská konferencia paliatívnej medicíny trvala jeden deň – 27. októbra 2010 a konala sa v City hoteli Bratislava. Hlavnými organizátormi bola Sekcia paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti SLS a Česká spoločnosť paliatívnej medicíny ČLS JEP, spoluorganizátorom bola Slovenská gerontologická a geriatrická spoločnosť. Podujatie organizačne podporilo vydavateľstvo SOLEN.

Aktívnych a pasívnych účastníkov bolo 127, z celého Slovenska aj z Čiech. V úvode ich privítali MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D., primár z Hospicu sv. Jozefa v Rajhrade pri Brne a predseda Českej spoločnosti paliatívnej medicíny ČLS JEP, a MUDr. Kristína Križanová, primárka Oddelenia paliatívnej medicíny NOÚ v Bratislave a hlavná odborníčka pre paliatívnu medicínu Ministerstva zdravotníctva SR.

V úvode podujatia mal hlavný príspevok rakúsky hosť Johann Baumgartner, MD, zástupca predsedu Rakúskej federácie služieb paliatívnej a hospicovej starostlivosti, ktorý sa venoval v rokoch 1997 – 2001 pilotnému projektu nemocničnej paliatívnej starostlivosti v Štajersku a od roku 2002 doteraz organizácii a koordinácii paliatívnej starostlivosti v Štajersku. Je členom predsedníctva Rakúskej asociácie paliatívnej starostlivosti.

Dr. Baumgartner v polhodinovom príspevku **načrtnol obraz rakúskej cesty ku komplexnej paliatívnej starostlivosti**: začiatok „pionierskeho“ obdobia sa datuje do roku 1983, kedy vznikla prvá hospicová služba v Rakúsku a veľkú úlohu vtedy zohrala rádová a zdravotná sestra Hildegarda Teuschlová. V roku 1993 vznikla zastrešujúca organizácia hospicových a paliatívnych služieb Hospice Austria. Prvý interdisciplinárny kurz paliatívnej starostlivosti vo Viedni bol v roku 1998. V roku 1999 vznikla Rakúska asociácia paliatívnej starostlivosti (OPG). Roky 2000 – 2004 označil ako roky budovania: jednotky paliatívnej starostlivosti sa stali súčasťou národného plánu pre nemocnice, určili sa finančné zdroje na ich fungovanie aj kritériá štruktúry. V roku 2003 sa začala vyučovať paliatívna medicína na Lekárskej fakulte v Grazi a v roku 2004 bol 1. kongres paliatívnej starostlivosti, tiež v Grazi. V postgraduálnej výučbe sú tri stupne: diplom (certifikát) v paliatívnej starostlivosti je základným stupňom, strednú úroveň reprezentuje odborník v paliatívnej starostlivosti pre

Obrázok 1. Otvorenie konferencie – MUDr. Kristína Križanová, Dr. Johann Baumgartner, MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.



jednotlivé špecializácie (lekár, sestra, psychológ alebo spirituálny poradca) alebo ako interdisciplinárny titul, najvyššie vzdelanie dosiahne magister paliatívnej starostlivosti, čo je interdisciplinárny titul. Od roku 2005 sa datuje fáza realizácie: dosiahla sa politická zhoda medzi federálnou a provinciaálnymi vládami o systematickej integrácii hospicovej a paliatívnej starostlivosti do systému zdravotnej starostlivosti s cieľom zabezpečiť rovnaký prístup k paliatívnej starostlivosti pre každého, kto ju potrebuje. Paliatívna starostlivosť sa poskytuje v akútnej zdravotnej starostlivosti na štandardných oddeleniach a v ambulanciách v nemocniciach, tam pracujú aj dobrovoľníci, okrem toho sú paliatívne nemocničné podporné tímy a najkomplexnejšiu starostlivosť poskytujú jednotky paliatívnej starostlivosti. V zariadeniach dlhodobej starostlivosti, ako sú rezidenčné a opatrovateľské domy, pracujú tiež dobrovoľníci a paliatívne domáce podporné tímy, niekde sú aj lôžkové hospice. V domácnostiach zabezpečujú základnú paliatívnu starostlivosť rodinní lekári, ale aj špecialisti, sestry a sociálni pracovníci, takisto aj dobrovoľníci a paliatívne domáce podporné tímy a denné stacionáre. Hospicové tímy sú tvorené výlučne dobrovoľníkmi, ktorí majú svojho koordinátora. Dobrovoľníci boli ako prví pri rozvoji paliatívnej starostlivosti. Nemocničný paliatívny podporný tím pre 250-posteľovú nemocnicu by mal mať 2 pracovné miesta rozdelené do 4 čiastkových úväzkov pre lekára, sestru a sociálneho pracovníka, ako aj administratívneho pracovníka. Domáci paliatívny podporný tím by mal byť jeden na 140 000 obyvateľov, vo vidieckych oblastiach jeden na 80 000 obyvateľov. Má lekára na plný úväzok, sestry na 2,5 pracovného úväzku, 0,5 úväzku administratívneho

Paliat. med. liec. boles., 2011, 4(1): 33–34

Obrázok 2. Účastníci konferencie na prednáške v kongresovej sále



pracovníka a 0,5 úväzku sociálneho pracovníka. Plán paliatívnych posteľí v Rakúsku je 60 na milión obyvateľov (podobne je to aj u nás na Slovensku), v pomere 2 : 1 nemocnice vs. hospice. Ráta sa s jedným lekárom na 5 posteľí, 1,2 pracovného miesta sestry na jednu posteľ, okrem toho 6 hodín týždenne pre psychoterapeuta, fyzioterapeuta a sociálneho pracovníka dokopy. Podobne to má byť aj v hospici. Paliatívne posteľe v nemocniciach a v hospicoch sú určené pre najkomplexnejšiu starostlivosť v tomto odbore. Denných stacionárov je zatiaľ najmenej, hlavnými pracovníkmi sú sestry, na požiadanie by mal byť k dispozícii lekár, psychoterapeut, sociálny pracovník. V roku 2009 bolo v Rakúsku 140 dobrovoľníckych tímov, 34 nemocničných paliatívnych podporných tímov a 27 paliatívnych oddelení, 35 domácných podporných paliatívnych tímov, 8 posteľových hospicov a 3 denné stacionáre.

V ďalších 2 blokoch dopoludnia sme sa venovali **paliatívnej starostlivosti v onkológii a u ne-onkologických ochorení**. Prvé dve prednášky (K. Križanová a O. Sláma) sa venovali ťažkostiam pri prognózovaní prežitia onkologických pacientov pri progresii nádorového ochorenia a komplexnosti definície terminálneho stavu a postupu lege artis. Ondřej Sláma hovoril o klasifikácii terminálneho stavu, ako si ju zadefinovali v Masarykovom onkologickom ústave v Brne. Hlavným, tzv. veľkým kritériom je fakt, že progresiu nádorového ochorenia nemožno zastaviť žiadnou modalitou protinádorovej liečby. V tzv. malých kritériách sa v 11 bodoch popisuje nízka fyzická výkonnosť chorého, pokročilé zlyhávanie pečenej, obličkových funkcií nereagujúcich na konzervatívnu liečbu, respiračné zlyhávanie na podklade viacerých príčin vrátane kachexie, srdcové

zlyhávanie refraktérne na liečbu, septický šok, nezastaviteľné krvácanie, hyperkalcémia a hyponatriémia refraktérne na štandardnú liečbu, chirurgicky neriešiteľná malígna črevná obštrukcia, progredujúca porucha vedomia pri neovplyviteľnom metastatickom postihnutí CNS, závažné internistické ochorenie, ktoré sa nedá vzhľadom na stav chorého kauzálnie riešiť. Ak sa takto definuje terminálna fáza ochorenia a života, nie je potrebné indikovať kardiopulmonálnu resuscitáciu, ale je nanajvýš žiaduce mierniť fyzické, psychické a duchovné ťažkosti chorého. Na rozhodovaní o ďalšom postupe by sa mal chorý čo najviac podieľať.

V ďalších prednáškach hovorila Viera Chovanová o možnostiach paliatívnej liečby obštrukcie dýchacích ciest a Andrea Škripeková o problematike starostlivosti o pacienta so syndrómom krátkého čreva.

V druhom predpoludňajšom bloku bola veľmi zaujímavá prednáška o paliatívnej starostlivosti o pacientov s terminálnym srdcovým zlyhaním, ktorú prezentoval Peter Mikuš. Niektorí kardiáci majú horšiu kvalitu života a kratšie dožitie ako chorí s metastatickým nádorovým ochorením, ale tejto problematike sa venuje málo pozornosti. Ladislav Kabelka hovoril v prednáške o indikátoroch geriatrickej paliatívnej starostlivosti o kritériách tzv. geriatrickej krehkosti, ktorá cez obdobie asymptomatickej fázy prejde do fázy narušenej sebačinnosti a sebaobsluhy do fázy terminálnej geriatrickej deteriorácie. Indikátormi je výživa, pohyb aj mimo postele a denné aktivity, schopnosť povzbudiť spontaneitu, odstránenie polypgramázie pri

liečbe komorbidít, možnosť udržať dôstojnosť človeka v závislej roli a zabezpečenie bezbarierovosti sociálneho prostredia.

Popoludní, po veľmi príjemnej obedovej prestávke v konferenčných priestoroch City hotela Bratislava, kde boli viacerí účastníci aj ubytovaní, sa program rozdelil do dvoch sál. V jednej prebehlo sympóziu spoločnosti Nycomed, generálneho sponzora konferencie, o novom neinvazívnom lieku proti prelomovej bolesti, intranazálne aplikovanom fentanylcitrate, ktorý dopĺňa naše armamentárium liečby hlavne nádorovej bolesti. Po sympóziu odznel jeden z dvoch posledných blokov venovaných psychospirituálnym aspektom paliatívnej starostlivosti, menovite komunikácii o nevyliciteľnom ochorení. V hlavnej sále boli tiež dva bloky. Prvý sa venoval začleneniu paliatívnej starostlivosti do systému zdravotnej starostlivosti.

4 prednášky z Čiech hovorili o tom, ako sa začleňuje paliatívna starostlivosť do domácej starostlivosti aj do nemocničnej zdravotnej starostlivosti. Zhodli sa spolu s nami, že na paliatívnu starostlivosť sa nepozera ako na rovnú s ostatnými špecializáciami a nie je na ňu ani dosť peňazí. Katarína Mičiaková z Nitry hovorila veľmi impresívne o problémoch, s ktorými sa potýka hospicová starostlivosť. Nejde len o predsudky, ale aj o prezieravé myslenie a napokon aj o nedostatočné zazmluvnenie starostlivosti zdravotnými poisťovňami. L. Světláková porovnávala farmakoterapiu v hospici s farmakoterapiou terminálne chorých v iných zdravotníckych zariadeniach a konštatovala, že chorí v hospici dostávajú podstatne menej druhov liekov, ktoré sú len na symptómy obťažujúce pacienta.

Dva záverečné bloky sa venovali jednak domácej hospicovej starostlivosti a jednak psychospirituálnym aspektom paliatívnej starostlivosti a komunikácii. Domáci hospic, na Slovensku mobilný hospicový tím, sa musí definovať aj proti domácej opatrovateľskej starostlivosti. Určite bude mať miesto v paliatívnej starostlivosti o dospelých v domácom prostredí. U detí v oblasti západného Slovenska už svoje pevné miesto má domáci hospicový tím Plamienok – Mária Jasenková hovorila o starostlivosti o dieťa aj o jeho rodinu v domácom prostredí, rozoberala konkrétne problémy s liečbou bolesti a s komunikáciou so zomierajúcim dieťaťom. Multidisciplinárny prístup k zomierajúcemu a jeho rodine sa buduje ťažko, pretože chýbajú citeľne viacerí členovia takéhoto tímu.

Napokon konštatujeme, že slovenská verzia 2. česko-slovenskej konferencie paliatívnej medicíny sa vydarila aj vďaka prednáškam naslovovzatých odborníkov, ale nemožno si odmyslieť ani kvalitnú diskusiu ako najdôležitejší príspevok ku spokojnosti.

3. česko-slovenská konferencia paliatívnej medicíny sa bude konať 24. a 25. novembra 2011 v Olomouci, čiže už bude dvojdňová. Tešíme sa, že sa znovu stretne a porozprávame sa.

MUDr. Kristína Križanová
Oddelenie paliatívnej medicíny
a klinickej onkológie, NOU
Klenová 1, 832 01 Bratislava
kristina.krizanova@nou.sk



Ďakujeme partnerom, ktorí podporili 2. česko-slovenskú konferenciu paliatívnej medicíny

Hlavný partner



Partneri

