

ZPRÁVA Z KURZU „PALLIATIVE CANCER CARE COURSE“ (ESMO)

PETRAKOVA, VETCHA, PALÁCOVA, ONDRAČKOVA
MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV BRNO

Ve dnech 8.až 10. září jsme se zúčastnily kursu Palliative cancer care v Budapešti pořádaným ESMO. Tuto možnost jsme uvítaly zejména proto, že v naší republice koncepce oboru „paliativní medicína“ teprve vzniká.

První den kursu byl věnován hlavním myšlenkám, struktuře a organizaci paliativní péče. Hlavním přednášejícím byl profesor paliativní medicíny Geoff Hanks z Bristol Oncology center z Anglie. WHO definuje paliativní péči jako aktivní komplexní péči o pacienta, jehož nemoc nereaguje na kurativní terapii. Cílem je dosažení co nejlepší možné kvality života pacienta a jeho rodiny /WHO 1990/. Důraz je kladen na holistický přístup k pacientovi, jehož podstatou je komplexní pohled nejen na symptomy nemoci, ale i na psychosociální a duchovní faktory. Předpokladem poskytování takovéto péče je tedy interdisciplinární pracovní tým s určitou nepodkročitelnou úrovní znalostí. Základ týmu tvoří: lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník a psycholog. V rozšířeném týmu pracuje navíc rehabilitační pracovník, dietní sestra, duchovní a dobrovolníci. Prakticky fungují různé modely poskytování paliativní péče: v lůžkovém zařízení, formou domácí péče, denní stacionáře nebo prostřednictvím nemocničního paliativního týmu.

Program druhého dne byl zaměřen na kontrolu symptomů. Byly probrány obecně užívané terapeutické postupy. Zajímavé byly informace o zkušenostech s analgetickými preparáty v ČR dosud nedostupnými jako je oxykodon, hydromorfon a sublinguální fentanyl, dále zkušenosti s použitím ketaminu u neuropatické bolesti.

Třetí den byl věnován komunikaci a dalším psychickým faktorům v každodenním kontaktu lékaře s těžce nemocnými pacienty. Dr. Muszbek, koordinátorka hospicového hnutí v Maďarsku, podrobně rozebrala otázku sdělování nepříznivých zpráv nemocnému. Hlavním principem je vzájemný vztah lékaře a pacienta. Musí být založen na vzájemné důvěře, kterou podporuje pravdivost rozhovoru a kterou lež ničí. Proto je nutné pacientovi nelhat, ale zároveň se vyvarovat „bezohledného“ sdělování pravdy.

Musíme si uvědomit, že jako lékaři máme tendenci vyhýbat se obtížným situacím, protože se bojíme nejen pacientových otázek a emocionálních reakcí, ale zároveň i svých vlastních nezvládnutých reakcí. Můžeme se sice cítit bezmocní, ale je třeba mít na paměti, že pacient se cítí ještě bezmocnější. Musíme si přiznat, že pokud říkáme, že chceme ochránit pacienta před těžkou pravdou, můžeme to být ve skutečnosti právě my, koho chceme podvědomě ušetřit. Rovněž to, že tím, že pacienta nebudeme informovat, nezabráníme dalšímu vývoji onemocnění.

Přednáška Dr. Muszbek byla pro nás oslovující a proto uvádíme hlavní body:

1. Pamatovat na vhodné prostředí rozhovoru (soukromí, dostatek času bez rušení, to, že „si spolu sedneme“, znamená pro pacienta, že mám čas).
2. Ujasnit si, co pacient ví a co chce vědět, aby informace skutečně odpovídaly jeho potřebám. Nikdy nepodávat víc informací, než chce slyšet. Pokud naznačuje přímo nebo nepřímo, že nechce znát pravdu o zhoubné povaze jeho onemocnění, je nebezpečné mu ji nutit. Jen málo pacientů v tomto postoji setrvává trvale - zde je na lékaři, aby uměl vést pacienta ve směru reality.
3. Zjistit případně, co pacient rozumí pod pojmem rakovina. Pokud to pro něho znamená pomalé umírání v bolestech a úzkosti, je nutné ho ujistit, že v možnostech dnešní medicíny je zbavit ho bolesti i jiných projevů nemoci, které se mohou v průběhu objevit.

5. Často je užitečné použití „otevřených otázek“: např. se můžeme pacienta zeptat, co vidí jako možnou příčinu svých potíží, jestli se bojí o svůj život apod.
6. Nikdy nebrat pacientovi naději, po sdělení je důležité říci něco pozitivního
7. Dát dostatek času na přijetí informace a její zpracování. Poskytnout možnost, aby sám došel k vlastnímu závěru.
8. Připustit emocionální reakce - nepodporovat jen pozitivní ale i negativní emoce jako je pláč, hněv...
9. Užívat jednoduchý jazyk a zpětně si ověřovat, zda byla informace pochopena a přijata. Nepodceňovat znalosti pacienta o onemocnění a brát ohled na jeho přesvědčení a mentální schopnosti.
10. Věnovat pozornost jak svým, tak i pacientovým neverbálním projevům - naše neverbální komunikace by měla být v souladu s tím, co říkáme!
11. Nebát se mlčení.
12. Mít odvahu říci: „nevím.“

Prof. Razavi z Belgie se zabýval možnostmi zlepšení komunikace. Potvrdil, že je nereálné očekávat od zdravotníků, že budou schopni tohle všechno kvalitně vykonávat, pokud jim chybí základní psychologické zkušenosti a komunikační dovednosti. Částečně je to dáno tím, že odborné vzdělávání se soustředí především na „technickou stránku“ zdravotní péče. Navíc dnešní medicína a onkologie zvláště čelí exponenciálnímu růstu vědeckých znalostí, což přináší další obtíže v rozhodovacím procesu a nové etické problémy. Na onkologa jsou kladeny velké nároky po stránce odborného růstu, administrativy, kritických rozhodnutí, komunikace s nemocnými, pacienty a jejich příbuznými. To vše může časem vést až k syndromu vyhoření. Profesor Razavi prezentoval výukový program (Psychological training programs, PTP), který má za cíl zlepšit vybavenost zdravotnických pracovníků pro komunikaci s pacienty a tím následně dosáhnout vyšší úroveň zdravotní péče a předcházet syndromu vyhoření. PTP mohou mít různou podobu (jednodenní, týdenní až dvouleté studijní programy). Jejich bezprostředním výsledkem je dobrá komunikace. Bohužel, hlavní překážkou realizace těchto kurzů (jistě nejen v Belgii) je skepse zdravotníků k jejich smysluplnosti.