

ONKOLOGIA W SZPITALU IM. RYDYGIERA

Partner wydania:



Piątek, 20 listopada 2020

Redaktorka prowadząca: Iwona Hajnosz

Zdrowie

Po pierwsze, onkologia

Szpital im. Rydygiera wykonuje najwięcej świadczeń onkologicznych w Małopolsce. Pandemia nie spowolniła tego procesu. Placówka modernizuje oddziały, poprawia bazę diagnostyczną, a w planach ma budowę pawilonu dla kolejnych poradni specjalistycznych.

Rozmowa z **Arturem Asztabskim** prezesem Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

MONIKA WALUŚ: Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera podobnie jak inne szpitale jest obecnie polem bitwy z koronawirusem. Dodatkowym obciążeniem będzie opieka nad pacjentami w szpitalu tymczasowym powstającym w hali Expo. Jak pandemia wpływa na działanie innych, niecoronawirusowych oddziałów?

ARTUR ASZTABSKI: Żeby móc stworzyć miejsca dla pacjentów z COVID-19, musieliśmy przekształcić na te potrzeby oddział rehabilitacji oraz kardiologii, a także połączyliśmy w jedno dwa oddziały ortopedii, by na jednym utworzyć łóżka covidowe.

W ostatnich latach kierowany przez pana szpital mocno stawia na rozwój onkologii. Czy również oddziały, gdzie leczeni są pacjenci z nowotworami, napotkały trudności w związku z pandemią?

– Staraliśmy się chronić oddziały onkologiczne, by opieka nad pacjentami covidowymi nie była świadczo-

na kosztem tych pacjentów z nowotworami, którzy mają rozpoczęte leczenie i nie można pozwolić na jego przerwanie. Oczywiście jak każdy szpital borykaliśmy się z problemem zakażeń wśród personelu i zdarzały się kilkudniowe wstrzymania pracy oddziałów, ale cały czas staraliśmy się przyjmować także nowych pacjentów, oczekujących w kolejkach.

Pandemia koronawirusa nie sprawiła przecież, że ludzie nagle przestali chorować na inne schorzenia. Niestety, coraz mocniej widać to w statystykach zgonów.

– Dokładnie, gdy porównamy rok do roku miniony październik i ten z 2019 r., to nawet jeśli odejmiemy liczbę zgonów spowodowanych zakażeniem SARS-CoV-2, wyraźnie widać, że zgonów jest znacznie więcej. A w Polsce schorzenia onkologiczne obok chorób układu krążeniowo-oddechowego to najczęstsze przyczyny śmierci.

Lekarze alarmują jednak, że pacjentów, których niepokoją pewne objawy, a które mogą mieć podłoże nowotworowe, jest mniej, bo Polacy mają utrudniony dostęp do przychodni albo boją się odwiedzać szpitale.



• Artur Asztabski, prezes Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Nie przyjmujemy dziś tak wielu pacjentów onkologicznych jak przed epidemią koronawirusa, ale to głównie z tego powodu, że personel także choruje

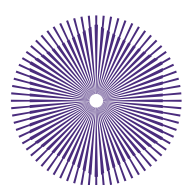
Czy taką tendencję widać było w tym roku w statystykach przyjęć na oddział onkologiczny szpitala im. Rydygiera?

– Zamknięcie w marcu i kwietniu gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej, a także przychodni specjalistycznych sprawiło, że już latem obserwowaliśmy, że trafiają do nas pacjenci z dużym stopniem zaawansowania choroby, którzy nadają się tylko do leczenia paliatywnego. Dynamika chorób onkologicznych jest różna, to zależy od wieku i od nowotworu, niemniej to bardzo niepokojące i będzie się nam to pewnie odbijało czkawką jeszcze jakiś czas po ustaniu pandemii.

Tymczasem, jak pan wspominał, oddział onkologiczny działa bez zakłóceń, więc pacjenci mogą korzystać z leczenia...

– Nie przyjmujemy dziś tak wielu pacjentów onkologicznych jak przed epidemią koronawirusa, ale to głównie z tego powodu, że personel także choruje. Ciągłość pracy jest jednak zachowana, tak by móc realizować kompleksową opiekę onkologiczną, opartą na stacjonarnym oraz na dziennym oddziale onkologii klinicznej, oddziale chirurgii oraz Centrum Radioterapii „Amethyst”. Ponadto ciągle stawiamy na podnosze-

» s.3



Amethyst
RADIOTHERAPY

CENTRUM RADIOTERAPII
AMETHYST
os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków
tel. 12 34 09 134 i 12 34 09 135
centrum-radioterapii.pl



SZPITAL SPECJALISTYCZNY
IM. LUDWIKA RYDYGIERA W KRAKOWIE SP. Z O.O.
os. Złotej Jesieni 1, 31-826 Kraków
www.szpitalrydygier.pl

OPERATOR SZPITALA TYMCZASOWEGO EXPO KRAKÓW
ul. Galicyjska 9, 31-586 Kraków
www.szpitaltymczasowy-rydygierkrakow.pl



Zdaniem specjalisty

Nowotwór nie poczeka na koniec pandemii

– Onkologia się zmienia, co roku pojawia się kilka nowoczesnych i skutecznych leków. To jest pozytywna wiadomość, ale leki nowej generacji są bardzo drogie i trzeba żyć w bogatym kraju, by chorzy na nowotwory mieli do nich powszechny dostęp – mówi dr n. med. Piotr Koralewski, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej w szpitalu im. Rydygiera w Krakowie.

Monika Walus

Każdego roku w Polsce nowotwór diagnozuje się u ok. 170 tys. osób. To oznacza, że każdego dnia ponad 400 osób rozpoczyna leczenie onkologiczne. Niestety, już pierwsze miesiące pandemii sprawiły, że do szpitali trafiło mniej chorych. Przychodnie zostały zamknięte, oddziały szpitalne ograniczyły działanie, by zrobić miejsce pacjentom covidowym, a na Polaków padł błąd strach przed wizytami u lekarzy. Efekt? Liczba porad pierwszorazowych w przychodniach onkologicznych na terenie Małopolski z 1353 w marcu 2019 r. spadła do 877 w marcu 2020 r. Dane za kwiecień są jeszcze gorsze. W ubiegłym roku w kwietniu odbyły się 1283 porady, natomiast w tym roku było ich o 40 proc. mniej.

Krótsze terminy, ale nadal trzeba czekać

Niestety, co podkreślają onkolodzy, liczba chorych na nowotwory się nie zmniejszyła. Widać to najlepiej na szpitalnych oddziałach onkologicznych, które są ostatnim ogniwem na ścieżce leczenia pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. Jak mówi dr n. med. Piotr Koralewski, ordynator Oddziału Onkologii Klinicznej w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie, mimo drugiej fali pandemii koronawirusa w porównaniu do sytuacji sprzed roku obłożenie na oddziale wynosi ok. 90 proc. – Leczymy pacjentów, którzy już byli u nas przed pandemią, jak również tych zdiagnozowanych w trakcie jej trwania. Jeżeli rok temu czas oczekiwania na przyjęcie na oddział wynosił mniej więcej od półtora do dwóch mie-

sięcy, to możemy powiedzieć, że owszem, te terminy delikatnie się skróciły, ale nadal pacjentów mamy mnóstwo. A na pewno dużo więcej, niż jesteśmy w stanie leczyć – podkreśla ordynator oddziału, na którym leczeni są pacjenci z białaczką, chłoniakami czy ziarnicą. Pracę na oddziale bardzo utrudnia pandemia. – Staramy się zabezpieczyć naszych chorych poprzez testowanie wszystkich pacjentów przyjmowanych na oddział. Niestety, walka z wirusem często jest nieskuteczna i choruje także personel – aktualnie ok. 30 proc. pracowników oddziału – zaznacza dr Koralewski.

Różne rodzaje terapii

Dzięki temu, że szpital im. Rydygiera jest placówką wysokospecjalistyczną, leczenie onkologiczne odbywa się tam właściwie na każdym oddziale. Z oddziałów zabiegowych i chorób wewnętrznych pacjenci kierowani są do dalszych etapów terapii. Jednym z nich jest radioterapia, która jest realizowana w szpitalu we współpracy z Centrum Radioterapii „Amethyst”. – Ten ośrodek uzupełnił brakujące ogniwo, bo przez wiele lat nie mogliśmy prowadzić pełnoprofilingowego leczenia na miejscu. Teraz mamy możliwość korzystania z nowoczesnych i sprawnie prowadzonych metod leczenia napromienianiem, które są prowadzone w Amethyst – podkreśla dr Koralewski.

Kolejnym etapem terapii pacjentów nowotworowych w szpitalu im. Rydygiera jest leczenie systemowe, które składa się z klasycznej chemioterapii polegającej na podawaniu cytostatyków, stosowania leków celowanych oraz z immunoterapii. – Szczególnie immunoterapia w ostatnich latach tak bardzo



• dr n. med.
Piotr Koralewski
ordynator Oddziału
Onkologii Klinicznej
w szpitalu
im. Rydygiera
w Krakowie

FOT. ADRIANA BOCHENEK / AGENCJA GAZETA

się rozwinęła, że jej efekty są zadziwiająco nawet dla doświadczonych onkologów. Dzięki immunoterapii udaje się wydłużyć o wiele miesięcy, a nawet lat życie pacjentów chorych zwłaszcza na nowotwory nerek, płuc czy czerniaka złośliwego.

Programy lekowe

Leczenie nowoczesnymi lekami generuje dla płatnika ogromne koszty, bo miesięczna terapia to wydatek zawsze przekraczający 10 tys., a niekiedy nawet 100 tys. zł. Dlatego dostęp do tych metod jest limitowany przez NFZ poprzez tzw. programy lekowe. W szpitalu im. Rydygiera pacjenci mogą korzystać z ponad 20 takich programów. – W tym momencie jedna trzecia naszych pacjentów to chorzy leczeni w ramach programów lekowych. Dla porównania: w pierwszych latach stosowania programów lekowych leczylimy z ich pomocą 5–10 proc. naszych chorych, obecnie zdarza się, że nawet połowa chorych leżących w oddziale to pacjenci leczeni w programach – podkreśla dr Koralewski. Jednocześnie zastrzega, że podawanie pacjentom nowych leków powoduje, że odległe konsekwencje takiego leczenia nie są jeszcze dobrze poznane. Immunoterapia rozwija się jednak bardzo szybko i szczególnie postęp widać w leczeniu chorych na raka nerek, płuc

i czerniaka złośliwego. W kolejce do nowych rejestracji są terapie chorych na nowotwory głowy i szyi oraz raka jelita grubego. – Onkologia zmienia swoje oblicze. Każdego roku pojawia się kilka nowoczesnych i skutecznych leków i to jest na pewno pozytywna wiadomość. Tyle że leki nowej generacji są bardzo drogie i trzeba żyć w bogatym kraju, by chorzy na nowotwory mieli do nich powszechny dostęp – mówi dr Koralewski. Stąd opóźnienia w decyzji o refundacji leków w stosunku do krajów wysoko rozwiniętych.

Dlaczego ubywa nam onkologów?

Niestety, mimo że leczenie nowotworów to – pomijając pandemię – największe wyzwanie dla polskiej służby zdrowia i chociaż lekarze zauważają bardzo dynamiczny postęp dotyczący nowych metod, wskazań czy leków, to w Polsce nie przybywa nowych ośrodków onkologicznych ani łóżek. Zaczyna brakować także lekarzy, bo nie ma chętnych do robienia tej specjalizacji. W Polsce na onkologii jest nieco ponad 120 miejsc dla rezydentów. Wypełnione są w blisko jednej piątej. Dlaczego? – To trudna, trwająca sześć lat specjalizacja, która wymaga specyficznych cech osobowych u lekarza. Poza tym onkologia to szczególnie trudna metoda leczenia i nie jest możliwa do uprawiania w gabinetach prywatnych. Onkolodzy pracują tylko w szpitalach, a w tych oddziałach onkologicznych nie jest dużo – wyjaśnia ordynator z „Rydygiera”. Dodaje przy tym, że ubywa także radiologów oraz patologów, z którymi onkolodzy ściśle współpracują. Dodatkowym utrudnieniem jest długi okres oczekiwania na wyniki badań histopatologicznych. Przedłużająca się diagnostyka, długi czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia oraz niepełny dostęp do nowoczesnych metod terapii składają się na to, że wyniki leczenia pacjentów onkologicznych w Polsce są gorsze niż w Europie, gdzie system jest lepiej finansowany i lepiej działa – przyznaje dr Koralewski. ●

Przedłużająca się diagnostyka, długi czas oczekiwania na rozpoczęcie leczenia oraz niepełny dostęp do nowoczesnych metod terapii składają się na to, że wyniki leczenia pacjentów onkologicznych w Polsce są gorsze niż w Europie

Wywiad

Radioter

Gdy wszystkie siły i środki w służbie zdrowia kierowane są na walkę z epidemią, onkologia nieprzerwanie leczy chorych na raka. W Centrum Radioterapii Amethyst przy szpitalu Rydygiera w Krakowie terapii poddawanych jest codziennie ok. 170 pacjentów.

Rozmowa z
dr. Marcinem Hetnałem,
dyrektorem medycznym
Amethystu i ordynatorem
oddziału radioterapii

Stowarzyszenia pacjentów i wielu onkologów alarmują, że spadła liczba pacjentów onkologicznych, kuleje diagnostyka, mniej wydawanych jest kart DiLO (Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego). Jednak w pana placówce nie widać zmniejszenia ruchu.

MARCIN HETNAŁ: – We wrześniu zakończyło u nas terapię ponad 300 pacjentów. W październiku – 290. Pracujemy bardzo intensywnie. Jednak musimy też potwierdzić wspomniane przez panią fakty. Wyraźny spadek liczby pacjentów odnotowaliśmy w kwietniu i maju, co było ewidentnym efektem wstrzymania funkcjonowania wielu placówek medycznych i strachu chorych przed koronawirusem. Pacjenci onkologiczni są jednak świadomi swojego stanu, dlatego po pierwszym szoku większość z nich wróciła na terapię. Stąd nasze obecne statystyki. Z niepokojem patrzymy jednak w przyszłość, ponieważ obecne wzrosty zachorowań na COVID-19 mogą znowu wpływać na skuteczność leczenia onkologicznego. Problemy z diagnostyką, zamknięte oddziały szpitalne, niedoskonałość telekonsultacji w poradniach, przesuwane terminy planowanych zabiegów, niedobory personelu, lęk chorych za chwilę spowodują kolejny spadek liczby pacjentów onkologicznych w trakcie terapii.

Opóźnienie leczenia w przypadku raka może mieć katastrofalne skutki.

– Opóźnienie momentu rozpoczęcia leczenia zwiększa ryzyko śmierci nawet o kilkanaście procent. Zwiększa też długość i uciążliwość terapii. W przypadku szybko rosnących guzów, m.in. ułokowanych w okolicach głowy i szyi, płuc, szyjki macicy, liczy się wręcz każdy dzień. Z tych powodów, pomimo trwającej epidemii, musieliśmy znaleźć sposób na utrzymanie sprawności i skuteczności całego cyklu terapii onkologicznej: zaczynając od wstępnej diagnozy przez diagnostykę, decyzję o etapach leczenia, chirurgię, chemio- i radioterapię po wszelkie inne nowoczesne rozwiązania jak immunoterapia i leczenie skojarzone.

Terapia w obliczu pandemii

Czy COVID-19 miał jakiś wpływ na stosowane terapie? Jak dzisiaj leczyć?

– Radioterapia nie zmieniła się, ale obecnie inaczej podchodzimy do terapii i w inny sposób ustalamy priorytety. Przede wszystkim stawiamy na krótsze schematy frakcjonowania, umożliwiające dostarczenie odpowiedniej dawki promieniowania w krótszym czasie. To zwiększa bezpieczeństwo pacjenta, który krócej przebywa w placówce medycznej, mniej będzie się przemieszczał, więc możliwości zarażenia są minimalizowane. Np. w przypadku raka piersi stosujemy teraz zwykle schematy trzytygodniowe zamiast pięcioletniowych. W niektórych sytuacjach wybieramy odroczenie inwazyjnego zabiegu (dotyczy to brachyterapii, gdy źródło promieniowania umieszcza się w guzie lub jego okolicy), zmieniając kolejność stosowanych metod terapeutycznych. Może to dotyczyć np. pacjentów z nowotworem prostaty z grupy niskiego ryzyka. Wszelkie te modyfikacje są zgodne z obowiązującymi procedurami medycznymi i są dla pacjentów bezpieczne. Epidemia koronawirusa wymusiła na nas jeszcze większą elastyczność i doprowadziła do jeszcze głębszego zindywidualizowania leczenia. Każdy przypadek rozpatrujemy odrębnie.

Opóźnienie momentu rozpoczęcia leczenia zwiększa ryzyko śmierci nawet o kilkanaście procent. Zwiększa też długość i uciążliwość terapii. W przypadku szybko rosnących guzów, m.in. ulokowanych w okolicach głowy i szyi, płuc, szyjki macicy, liczy się wręcz każdy dzień

Epidemia spowodowała rozporządzenie się w medycynie teleporad. Na ile ta metoda sprawdza się w onkologii?

– Już w marcu część tradycyjnych wizyt kontrolnych zastąpiliśmy telefonicznymi konsultacjami. Stanowią dużą wygodę dla pacjentów, którzy nie muszą dojeżdżać komunikacją miejską, kontaktować się z innymi ludźmi, mogą zachować bezpieczny dystans społeczny. Jednak po blisko dziewięciu miesiącach doświadczeń wiemy też, że teleporady w onkologii mogą stanowić zaledwie ułamek naszych kontaktów z pacjentami. Wizyta pierwszorazowa i kontrola przed rozpoczęciem terapii bezwzględnie wymagają bezpośredniego kontaktu. W trakcie radioterapii w wielu przypadkach nowotworów lekarz też potrzebuje zobaczyć pacjenta. Za to teleporady dobrze sprawdzają się jako wizyty kontrolne u pacjentów po leczeniu radykalnym.

Co dzieje się, gdy pacjent onkologiczny zachoruje na COVID-19?

– Tak jak każda inna osoba musi poddać się kwarantannie, a w przypadku wystąpienia objawów być pod kontrolą lekarza. Z perspektywy radioterapii to trudny moment, ponieważ w wielu przypadkach wymaga przerwania leczenia. Od początku wybuchu epidemii zdarzyło się to u nas kilkana-



• dr. Marcin Hetnał,
dyrektor medyczny
Amethystu
i ordynator
oddziału
radioterapii

FOT. JAKUB MŁYNEK/WWW.JAKUBMŁYNEK.PL/MATERIAŁY PRASOWE

ście razy. Po zakończeniu choroby wznawiamy radioterapię. W naszym centrum leczymy już kilkunastu ozdrowieńców. Są jednak przypadki bezobjawowe, w których zachodzi konieczność kontynuacji leczenia nowotworu ze względu na jego szybki wzrost. Jesteśmy gotowi na taką ewentualność. Te miesiące walki z epidemią spowodo-

wały, że nauczyliśmy się z nią żyć. Zarówno nasz personel medyczny, jak i pacjenci przywykli do reżimu sanitarnego. Mamy świadomość, że każdy z nas może zachorować, dlatego stosujemy wszystkie potrzebne zabezpieczenia, umiejętnie rotujemy personelem. Dotąd te metody okazywały się skuteczne. Cały czas leczymy. ●

◀ c.d. rozmowy
z Arturem Asztabskim

nie standardu świadczonych usług. Właśnie dobiega końca remont oddziału onkologii klinicznej dziennej. Do końca roku wyremontujemy także oddział stacjonarny.

Na czym polega kompleksowość opieki nad pacjentami onkologicznymi?

– Na skojarzonym leczeniu pacjenta, w którym korzystamy z elementów chemio- i radioterapii oraz chirurgii. Na przykład pacjent z nowotworem jelita grubego nie jest od razu operowany, ale dostaje wcześniej chemię albo radioterapię w celu zmniejszenia guza, a dopiero potem interweniuje chirurg. Dzięki temu rokowania dla pacjenta są lepsze.

Gros osób nie musi nawet kłaść się w szpitalu, bo są pacjentami zakwalifikowanymi do terapii lekowych.

– Od wielu lat szpital im. Rydygiera ma kontrakt z NFZ w zakresie programów lekowych. Obecnie prowadzimy ponad 20 programów dla pacjentów z różnymi nowotworami. Rzeczywiście, taka metoda wykorzystująca innowacyjne substancje czynne sprawia, że nie jest konieczne zwiększanie łóżek na oddziale stacjonarnym onkologii klinicznej, bo pacjent nie musi być hospitalizowany. Zwiększyliśmy za to do 20 liczbę miejsc na oddziale dziennym, gdzie pacjenci są przyjmowani w trybie ambulatoryjnym.

Radioterapia jest realizowana przez Centrum Radioterapii



• Szpital im. Rydygiera FOT. ADRIANNA BOCHENEK / AGENCJA GAZETA

pii „Amethyst”. Jak układa się ta współpraca?

– Najczęściej pacjent kierowany do nas z przychodni ma wykonane badania i gdy znane są wyniki, zbiera się konsylium lekarzy, którzy decydują, co dalej, od jakiego typu leczenia zacząć. W podejmowaniu tych decyzji biorą udział onkolodzy, radioterapeuci, chirurdzy. Ta współpraca nad każdym przypadkiem medycznym jest bardzo ścisła. Pacjenci nie muszą jeździć pomiędzy placówkami, by zostać kompleksowo zdiagnozowanymi i leczyć.

Operacja nowotworu to ostateczność, ale czy i w tym zakresie szpi-

tal im. Rydygiera stawia na nowoczesne rozwiązania i coraz popularniejsze zabiegi małoinwazyjne?

– Oczywiście. Od ponad roku pracuje z nami prof. Andrzej Budzyński, onkolog, znany specjalista operacji laparoskopowych. To sprawia, że coraz więcej onkologicznych zabiegów operacyjnych jest u nas wykonywanych małoinwazyjnie, co pozwala na większą precyzję oraz szybszą rekonwalescencję pacjenta.

Szpital zapowiada, że chce się rozwijać w kierunku leczenia pacjentów onkologicznych. Jakie inwestycje mają w tym pomóc?

– Chcielibyśmy poprawić warunki i wzmocnić część zajmowaną przez przychodnię. W planach mamy wybudowanie osobnego pawilonu dla poradni specjalistycznych wszystkich oddziałów, które dziś znajdują się bezpośrednio przy oddziałach. A to nie jest korzystne, zwłaszcza w dobie epidemii. Poprawiamy także bazę diagnostyczną. Z puli pierwszej „tarczy antykryzysowej” przygotowanej przez Województwo Małopolskie zakupiliśmy tomograf, a z drugiej zamierzamy kupić rezonans. Urządzenia te będą służyć głównie pacjentom z nowotworami, bo wykonujemy największą liczbę świadczeń onkologicznych w Małopolsce.

W Polsce problemem są kolejki pacjentów oczekujących na leczenie onkologiczne. Co mogłoby sprawić, żeby w szpitalu im. Rydygiera szybciej pomagać chorym na nowotwory?

– Strategia onkologiczna zmierza do tego, by powstawały duże ośrodki specjalistyczne, które mogłyby nie tylko leczyć pacjentów, ale też przekazywać ich do innych szpitali, gdy nie wymagają oni opieki wysokospecjalistycznej. Na przykład my możemy ustalić tok leczenia pacjenta, którego elementem jest chemioterapia dzienna, ale tę chemioterapię pacjent może brać w szpitalu, który jest bliżej jego miejsca zamieszkania. Później wraca do nas i trafia na kolejne etapy leczenia, np. radioterapię. Taki system mógłby sprawić, że moglibyśmy pomóc większej liczbie pacjentów i byłoby im łatwiej szybciej niż obecnie.

Tylko kto miałby odpowiadać za koordynację pracy w ramach dużych ośrodków specjalistycznych, by nie dołożyć kolejnych obowiązków jednej placówce?

– Wydaje nam się, że powinno powstać Małopolskie Centrum Onkologiczne, które grupowałoby największe ośrodki w województwie świadczące kompleksowe leczenie nowotworów. Taka jednostka miałaby większą szansę rozwoju naukowego, wymiany doświadczeń pomiędzy specjalistami pracującymi w Krakowie, Nowym Sączu czy Tarnowie oraz współpracy z podobnymi centrami w Polsce. Myślę, że takie konsorcjum miałoby też większą szansę na pozyskiwanie środków z budżetu centralnego. ●
Rozmawiała Monika Waluś

Centrum Radioterapii Amethyst

Na żadną chorobę nie ma dobrego czasu

Katarzyna Nowak-Ledniowska
psycholog w Centrum Radioterapii Amethyst

Pierwsze objawy choroby nowotworowej wcale nie muszą być oczywiste, co w sposób znaczący wpływa na szybkość postawienia trafnej diagnozy. Czas wydaje się być jednak sprawą kluczową nie tylko dla rozpoczęcia leczenia, ale przede wszystkim do zrozumienia tego, co się ze mną dzieje, oswojenia się, poukładania sobie życia w chorobie.

Na żadną chorobę nie ma dobrego czasu. Ludzie po prostu nie ujmują takiego scenariusza w swoich planach. Pod tym względem rak i koronawirus są do siebie bardzo podobne. Nie pytają o zgodę, po prostu wpadają do naszego życia bez zapowiedzi, demolując po drodze wszystko to, co dla nas ważne: zdrowie, plany, biznesy, relacje... Można powiedzieć, że w jakiś sposób pandemia nowotworu i koronawirusa rozwijają się nie tylko w naszych ciałach, ale przede wszystkim w naszym przeżywaniu i umyśle. To, co wspólne, to strach i samotność. Najcenniejszą wartością, którą tracimy w obliczu obu, jest poczucie bezpieczeństwa.

Sytuacja chorych na nowotwór i ich rodzin jest teraz szczególnie trudna. Tak ważna dla chorego wspierająca obecność kogoś bliskiego podczas nowych, napawających lękiem procedur medycznych jest teraz w zasadzie niemożliwa. Z uwagi na coraz większą liczbę zakażeń koronawirusem chorzy na raka z konieczności zostają sami w codziennej walce o zdrowie. Rodziny boją się narażać bliskich na zakażenie, a chorzy boją się być zakażeni. Nie wiadomo przecież, jak organizm zmagający się z nowotworem poradzi sobie z dodatkowym obciążeniem wirusem. Przeżywany strach o siebie i bliskich wymusza nie tylko realną, ale i emocjonalną izolację. Osiągnięcie tego, co już i tak trudne w chorobie nowotworowej, czyli mobilizacji zasobów organizmu do zdrowienia, powrót do tak zwanych czynności witalnych wymaga od chorego jeszcze większego wysiłku. Ale to nie jest niemożliwe. Można powiedzieć, że każda walka wymaga pewnej strategii. Każdy chory, niezależnie od tego, czy choruje na raka, czy na wirusa, potrzebuje wiedzy, co w takiej sytuacji może zrobić, jak sobie pomóc. Nie tylko od strony medycznej, choć dostępność opieki zdrowotnej dla pacjenta jest przecież niezwykle ważna, ale także od strony emocjonalnej, psychicznej. Kiedy wiemy, co możemy zrobić, zwyczajnie mniej się boją. Kiedy



Sytuacja chorych na nowotwór i ich rodzin jest teraz szczególnie trudna

mniej się boją, lepiej się czują. Poradzenie sobie z trudnymi uczuciami wymaga pewnego zaufania, że ich przeżywanie nas nie zabije. Paradoksalnie akceptacja nieuchronności śmierci jako zjawiska towarzyszącego nam w każdym momencie życia może tu być bardzo pomocna. Kiedy w końcu przestaniemy umierać w sobie, zostanie jeszcze odpowiednia ilość czasu na życie. To nie choroba nam go zabiera, to my sami często tracimy go na bezproduktywne działania. A w procesie zdrowienia każda chwila zainwestowana w swój komfort, przyjemność, doświadczanie tego, czego chcę doświadczyć, jest ważna. Niezależnie od tego, ile kłopotów, trudności, spraw pojawia się obok. Wiele pacjentów pochłoniętych myśleniem o chorobie, wirusie, proporcji zachorowań do liczby zgonów w ich miejscu zamieszkania zapomina o sobie i swoich potrzebach. Nie potrafi odpowiedzieć na podstawowe dla mobilizacji zdrowienia pytania: Jak ja odpoczywam? Co mogę zrobić, by odpoczywać więcej, częściej, lepiej? I nie chodzi tu o leżenie na kanapie, ale odpoczynek, który może dać poczucie spełnienia, zadowolenia, przyjemności. Który w tak trudnym czasie choroby i sytuacji epidemii przywróci życiu zapach i smak. Czas, który mamy, jest nasz i tylko nasz. Każdy ma swoje 100 proc., ani mniej, ani więcej. Warto więc wykorzystywać go w pełni na to, co możemy dziś, tu i teraz, i z tego czerpać najlepszą dla mnie dostępną jakość życia. ●



• Recepcja Centrum Radioterapii Amethyst



• Przyspieszacz liniowy (akcelerator) to urządzenie generujące wiązkę promieniowania wysyłaną w kierunku guza nowotworowego



• Pacjent przygotowywany do napromieniania