

Monika Marková

---

# Sestra a pacient v paliativní péči

---



# Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umísťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*



Copyright © Grada Publishing, a.s.

**Mgr. Monika Marková**

## **SESTRA A PACIENT V PALIATIVNÍ PÉČI**

### **Recenze:**

MUDr. Marie Svatošová

© Grada Publishing, a.s., 2010

Cover Photo © fotobanka allphoto, 2010

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 4100. publikaci

Odpovědný redaktor Mgr. Helena Vorlová

Sazba a zlom Jana Řeháková, DiS.

Počet stran 128

1. vydání, Praha 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

*Názvy produktů, firem apod. použité v této knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.*

*Postupy a příklady v knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani pro nakladatelství žádné právní důsledky.*

*Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její část nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu nakladatelství.*

**ISBN 978-80-247-3171-1** (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7348-3 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

# Obsah

Předmluva .....	9
Na úvod pár slov o potřebách .....	11
<b>1 Paliativní péče .....</b>	<b>13</b>
1.1 Pohled do historie .....	13
1.1.1 Medicinalizace umírání .....	14
1.1.2 Hospicové hnutí a rozvoj paliativní medicíny .....	14
1.2 Sociokulturní vlivy na péči o umírající .....	15
1.2.1 Umírání jako součást života .....	15
1.2.2 Podpora komunity .....	17
1.2.3 Náboženství .....	17
1.2.4 Moderní léčba .....	18
1.3 Definice paliativní péče .....	19
1.4 Rozdělení paliativní péče .....	20
1.4.1 Obecná paliativní péče .....	20
1.4.2 Specializovaná paliativní péče .....	21
1.5 Místa poskytování paliativní péče .....	21
1.5.1 Paliativní péče doma .....	21
1.5.2 Paliativní péče v nemocnici .....	24
1.5.3 Paliativní péče v lůžkových hospicích .....	27
<b>2 Profesionálové v paliativní péči .....</b>	<b>29</b>
2.1 Postoj ke smrti .....	29
2.1.1 Jak jsou na tom sestry? .....	30
2.1.2 Potřeba smět být smutný .....	32
2.1.3 Potřeba plakat .....	33
2.1.4 Potřeba smyslu .....	34
2.1.5 Mnohotvárnost života .....	34
2.2 Multidisciplinární tým .....	35
2.2.1 Složení multidisciplinárního týmu .....	35
2.2.2 Komunikace v týmu .....	36
2.3 Cíl péče .....	37
2.3.1 Kvalita života .....	38
2.3.2 Životní hodnoty pacienta a rodiny .....	38

2.4	Potřeba být motivován k práci .....	39
2.4.1	Motivační teorie .....	40
2.4.2	Motivace a životní hodnoty pracovníka .....	42
2.4.3	Prostředky k motivaci v paliativní péči .....	43
2.4.4	„Sebemotivace“ .....	43
2.5	Hodnocení práce .....	44
2.5.1	Zásady hodnocení zaměstnanců .....	45
2.5.2	Hodnocení práce týmu .....	45
2.5.3	Individuální hodnocení .....	46
2.6	Supervize .....	46
2.6.1	Vymezení pojmu .....	46
2.6.2	Reflexe práce .....	47
2.6.3	Historie supervize ve zdravotnictví .....	48
2.6.4	Rozdělení supervize .....	48
2.7	Kompetence sester v paliativní péči .....	50
2.7.1	Vymezení pojmu kompetence .....	50
2.7.2	Rozvíjení účinné komunikace .....	51
2.7.3	Orientovat se a plánovat postup .....	56
2.7.4	Podporovat a pomáhat ve snášení nelehké situace ...	58
2.7.5	Zasahovat a poskytovat služby .....	62
2.7.6	Přispívat k práci týmu, organizace .....	63
<b>3</b>	<b>Pacient a rodina v paliativní péči .....</b>	<b>64</b>
3.1	Lidská osobnost .....	64
3.1.1	Potřeba zůstat sám sebou .....	64
3.1.3	Potřeba cítit se žensky/mužně .....	65
3.1.4	Potřeba splnit svůj úkol .....	67
3.1.5	Rozhodovat o sobě .....	69
3.1.6	Potřeba plakat, potřeba se smát .....	70
3.2	Pravda .....	70
3.2.1	Potřeba mít pravdivé informace .....	70
3.2.2	Právní zakotvení .....	70
3.2.3	Sdělování zlé zprávy .....	72
3.3	Rodina .....	75
3.3.1	Potřeba být rodinou .....	75
3.3.2	Péče o rodinu jako celek .....	76
3.3.3	Potřeba jistoty a bezpečí .....	78
3.3.4	Potřeba emoční podpory .....	80

3.3.5	Potřeba smíření.....	81
3.3.6	Potřeba rozloučit se .....	82
3.3.7	Ohrožené skupiny.....	84
3.3.8	Potřeba rituálů .....	85
3.4	Nitro člověka .....	86
3.4.1	Potřeba uzavřít svůj život .....	86
3.4.2	Potřeba najít smysl .....	86
3.4.3	Potřeba vděčnosti .....	87
3.4.4	Potřeba odpuštění .....	87
3.4.5	Potřeba lásky .....	88
3.4.6	Potřeba naděje.....	89
3.4.7	Potřeba transcendence.....	89
3.4.8	Náboženství a konec života.....	90
<b>4</b>	<b>Nejčastější obtíže v paliativní péči .....</b>	<b>93</b>
4.1	Respirační potíže .....	93
4.1.1	Dušnost .....	93
4.1.2	Hlasité chrčivé dýchání.....	95
4.1.3	Hemoptýza .....	96
4.2	Bolest .....	96
4.2.1	Hodnocení bolesti .....	98
4.2.2	Možnosti ovlivnění bolesti .....	99
4.2.3	Farmakoterapie dle škály WHO.....	100
4.2.4	Analgetika.....	100
4.2.5	Nejčastější nežádoucí účinky opiátových analgetik ...	101
4.2.6	Psychosociální souvislosti .....	102
4.3	Maligní rány .....	103
4.3.1	Zápach .....	103
4.3.2	Exsudát .....	104
4.3.3	Bolest rány .....	104
4.3.4	Podráždění okolní kůže a svědění .....	104
4.3.5	Krvácení .....	104
4.4	Potíže při příjmu potravy .....	105
4.4.1	Nechutenství .....	105
4.4.2	Péče o dutinu ústní .....	106
4.4.3	Stomatologická problematika .....	106
4.5	Hydratace .....	107
4.5.1	Parenterální hydratace .....	107

4.5.2	Dehydratace .....	107
4.5.3	Psychosociální souvislosti .....	108
4.6	Zácpa .....	109
4.6.1	Příčiny zácpy .....	109
4.6.2	Důsledky zácpy .....	109
4.6.3	Prevence zácpy .....	111
4.6.4	Léčba zácpy .....	111
4.7	Psychické obtíže .....	112
4.7.1	Úzkost .....	112
4.7.2	Smutek a deprese .....	114
4.7.3	Zmatenost .....	114
4.7.4	Delirium .....	114
4.7.5	Prevence deliria .....	115
4.7.6	Léčba deliria v terminální fázi .....	115
4.7.7	Suicidální tendence .....	116
<b>5</b>	<b>Péče o pozůstalé .....</b>	<b>117</b>
5.1	„První pomoc“ .....	117
5.2	Truchlení .....	117
	<b>Několik slov na závěr .....</b>	<b>119</b>
	<b>Doporučená literatura .....</b>	<b>120</b>
	<b>Rejstřík .....</b>	<b>125</b>

# 1 Paliativní péče

## 1.1 Pohled do historie

*„Když se napiješ z pramene, nezapomeň na ten pramen.“*

*čínské přísloví*

### Potřeba znát (svou) minulost

Pokud chceme pochopit smysl něčeho současného, je dobré ohlédnout se za sebe. Pokud chceme pochopit současné paliativní ošetřovatelství, paliativní medicínu a problematiku umírání, je dobré podívat se do minulosti. Zdá se, že se jedná o nějaký nový, zatím nepříliš známý obor. Ve skutečnosti je však paliativní péče nejstarší formou medicíny vůbec. Po dlouhá staletí bylo mírnění lidského utrpení a provázení k dobré smrti hlavním posláním lékařů a posléze i ošetřovatelek (a sester). Zcela přirozeně a většinou v domácím prostředí, méně často ve špitálech se na paliativní péči vedle „zdravotníků“ a často i bez nich podílela především rodina, přátelé, duchovní. A tak můžeme již z tohoto důvodu hovořit o paliativní péči jako o multidisciplinární péči ověřené dějinami.

V 19. století vlivem industrializace a stěhování množství lidí do měst přibývalo těch, kteří umírali bez zázemí vlastní rodiny. To vedlo i k rozvoji chorobinců, které nahradily moderní nemocnice a ústavy století dvacátého, kde byl kladen velký důraz na léčbu a boj s chorobou. A pokud zdravotníci tento boj prohrávali, zdálo se nejlepší poskytovat umírajícím čisto, teplo a snad i soukromí zajištěné většinou bílou plentou okolo lůžka (Haškovcová, 2007).

Ještě v období před druhou světovou válkou můžeme hovořit o tom, že je zcela normální a běžné dopečovat o svého umírajícího člena rodiny doma s pomocí a podporou rodinného lékaře, někdy placené ošetřovatelky, zavolat k nemocnému kněze pro udělení „posledního pomazání“<sup>1</sup> a rozloučit se v širší rodině.

---

<sup>1</sup> „Poslední pomazání“ je zastaralý výraz pro svátost nemocných (více v kapitole 3.4.7).




### 1.1.1 Medicinalizace umírání

V minulém století se podařilo vyrvat umírání z rodinného života. Umírání se stalo lékařskou záležitostí, patologií, něčím, co se mělo léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Tato patologizace oddělila umírání od přirozeného lidského životaběhu.

Úspěchy medicíny na poli léčby infekčních chorob, plošný rozvoj očkování, velký pokrok v diagnostických a léčebných metodách (např. dialýza) umožnily zachraňovat lidské životy i při onemocněních do té doby považovaných za smrtelné. Ve společnosti a především u většiny zdravotníků tak vznikl dojem, že medicína opravdu může vše a má se snažit bojovat s nemocí až do, ne vždy vítězného, konce. Pro klidný průběh práce zdravotníků nebylo žádoucí, aby rodinní příslušníci rušili denní režim v nemocnicích, a tak umírající trávili své poslední chvíle většinou v úplném osamění.

V šedesátých letech 20. století se poprvé objevuje etický problém zvaný dystanazie – zadržaná smrt. Pod tímto pojmem je třeba chápat situaci, kdy přístroje a medikamentózní léčba nedovolí zemřít člověku, který by již za normálních podmínek v klidu z tohoto světa odešel.

 *Sestra z ARO vypráví: „Poslední kapkou bylo, když jsem se starala o více jak devadesátiletou paní po třetím rozsáhlém infarktu myokardu, která měla zavedený centrální žilní katétr a do něj antibiotika, adrenalin ..., měla také močový katétr, a jelikož byla při vědomí, ale odmítala jíst, tak také nazogastrickou sondu. Protože si stále všechny tyto vstupy snažila vytáhnout, byla tlumena a kurtována. A tato paní mne prosila, ať jí už, pro Pána Boha, necháme umřít. Jenže naši lékaři o tom nechtěli ani slyšet ...“*

Tento neutěšený stav v přístupu k umírajícím měl dva důsledky – jednak se začalo rozmáhat volání po eutanazii – dobré smrti za asistence lékaře, nebo asistované sebevraždě, jednak se do této doby datuje celosvětový rozvoj hospicového hnutí.

### 1.1.2 Hospicové hnutí a rozvoj paliativní medicíny

Hospicové hnutí se rozvíjí nejprve v Anglii, ale brzy i v dalších západních zemích. V roce 1967 je otevřen první britský hospic St. Chris-

tophers v Londýně Sydenhamu, v roce 1974 první hospic v Americe v New Haven v Connecticutu. Spolu s rozvojem hospiců dochází v sedmdesátých letech 20. století i k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru. Ve Velké Británii se stalo výrazným mezníkem stanovení pěti zásad rozvoje paliativní medicíny:

1. Založení oddělení paliativní medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči včetně vysoce odborné péče lékařské.
2. Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu.
3. Založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, která zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů.
4. Rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všech nemocnicích.
5. Výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární péče (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004).

## 1.2 Sociokulturní vlivy na péči o umírající

*„Život se musí žít dopředu, ale pochopen může být jedině zpátky.“*

*Soren Kierkegaard*

### Potřeba rozumět souvislostem

Podíváme-li se na to, jak se změnilы sociální a kulturní podmínky v naší společnosti třeba jen v průběhu minulého století, můžeme najít mnohé faktory, které ovlivňují přístup společnosti k umírání a umírajícím (tab. 1.1).

#### 1.2.1 Umírání jako součást života

Především se díky pokroku medicíny výrazně snížil počet úmrtí, se kterými se v průběhu života setkáváme.

Zatímco na začátku 20. století umírali běžně děti i mladí lidé na banální choroby a téměř každý byl již v dětství konfrontován s rea-

litou smrti, v současné době není výjimkou, když člověku na prahu dospělosti ještě nezemřel ani nikdo z prarodičů. Významně se prodloužil průměrný lidský věk. Od roku 1830, kdy se statistické údaje sledují, se tzv. střední délka života neboli naděje dožití více jak zdvojnásobila. A prodlužuje se i nadále – dcery narozené v roce 2006 mají již o pět a půl roku delší naději dožití než jejich matky narozené o třicet let dříve. Pro naše předky tak byla smrt téměř každodenní realitou, uměli s ní zacházet, společnost měla vytvořené rituály a mechanismy jak se smrtí nakládat tak, aby nezraňovala a nepřinášela další patologické změny u jednotlivých pozůstalých. Dnes, kdy je smrt spíše zdravotnickým problémem než realitou rodinného života, na tyto po staletí osvědčené rituály zapomínáme a působíme si tak řadu psychických problémů.<sup>2</sup> Když už se dnešní mladá generace setkává se smrtí, není to v reálném životě, ale ve virtuálním světě. V prostředí počítačových her, kde nepřátelé umírají po stovkách, ve filmech, kde je smrt často spojena s množstvím krve a dramatickými okolnostmi, ve večerních zprávách, kde jde buď o násilí, nebo nešťastnou náhodu. Opět se zcela potlačuje smrt jako přirozený konec každého lidského života. Pokud se člověk přeci jen dostane do blízkosti umírajícího člověka, kterému je poskytována dobrá paliativní péče, může být pak velmi překvapen, tak jak to prožil i Petr.

↳ *Dvacetiletý Petr přijel do hospice navštívit svého umírajícího dědečka. Stejně jako již předtím jeho rodičům nabídli členové týmu i Petrovi, zda by nechtěl s dědečkem zůstat v hospici, že jeho stav je již velmi vážný a je možné, že ke smrti dojde v následujících čtyřiaadvaceti hodinách. Po chvíli váhání Petr tuto nabídku přijal. Nebylo mu moc jasné, co by měl v pokoji dělat, ale děda byl rád, že je tam s ním, a to zatím stačilo. Dával mu napít, vyprávěl mu, co ve škole, jak s holka-ma. Sestřičky se občas na pokoji zastavily, pomohly dědu obrátit, daly mu trochu napít lžičkou, Petrovi přinesly kafe. Večer si jedna z nich přišla sednout a přiměla Petra vzpomínat, jaké to bylo, když k dědovi a babičce jezdil v dětství na prázdniny. Zdálo se, že i dědovi to vzpomínání dělá dobře, i když slábnul před očima. Odpoledne při Petrově*

---

<sup>2</sup>Psychiatrii potvrzují, že přibývá pacientů s obtížemi, které vyplývají z žádného nebo z nedostatečného otruchlení blízkých lidí.

*příjezdu ještě s obtížemi mluvil, teď kolem desáté večer se již jen občas pousmál, nebo naznačil, že má žízeň. Byl hodně unavený. Potom tvrdě usnul. Petr si také lehl, sestřičky ho ujistily, že budou na pokoj chodit. Chvilí před půlnocí Petra probudilo ticho. Děda nedýchal. Klidně ležel a Petrovi se zdálo, že se usmívá. „Dědo, děkuju za všechno,“ zašeptal. V tu chvíli přišla sestřička. Když společně dědu ošetřili a oblékli do jeho nejlepších „nedělních“ šatů, svěřil se Petr: „Měl jsem strašný strach, že to bude nějak bolestné, že bude děda křičet, nebo krvácat, a ono to bylo takhle krásné. Děkuju vám za tu zkušenost, moc děkuju.“*

### 1.2.2 Podpora komunity

Rodina, ve které umíral některý z jejích členů, se mohla, především v menších obcích, spolehnout na podporu komunity. Sousedé zašli posedět k nemocnému, aby si ten, kdo pečoval, mohl zařídit jiné věci. Umírala-li manželka, sousedky přinášely jídlo, protože bylo nemyslitelné, že by muž vařil. Kmotrové přebírali starost o děti v rodinách, kde umíral jeden z rodičů, pan farář přišel, aby nejen vyzpovídal, ale také potěšil a povzbudil všechny v domě. Lidé o sobě věděli a dokázali se naprosto spontánně podpořit. Tato komunitní pospolitost dnes ve většině obcí chybí, možná přetrvává v některých regionech se silnou kulturní tradicí – např. moravské Slovácko. Ve velkých městech však žijí lidé velmi často zcela izolováni i v rámci jedné ulice a nemusí jít jen o situace panelových sídlišť, ale i o obyvatele tzv. satelitních městeček, kde je každý domek obehnaný zdí či vysokým živým plotem a za ním se odehrává rodinný život v naprosté anonymitě. S tím souvisí i velikost dnešních rodin, které jsou stále více atomizované, a zatímco dříve bylo běžné soužití tří i více generací, v dnešní době převažují domácnosti o dvou až třech členech, kde jsou většinou oba dospělí v produktivním věku zaměstnáni.

### 1.2.3 Náboženství

Okolností, která významně ovlivňuje vnímání smrti, je náboženské přesvědčení a víra v posmrtný život. I když i ona má svá úskalí, o kterých pojednává příslušná kapitola této knihy. Obecně lze říci, že tomu, kdo vyznává Boha, jako milujícího Otce, který stvořil a řídí tento svět a běh dějin i mého konkrétního života, se ze života odchází

jinak, než tomu, který tuto víru nesdílí. A podobně může tato víra pomáhat i blízkým umírajícího a pozůstalým.

V dnešní době se zdá, že smysl má ne žít život, ale užít si ho. Konzumní způsob života nám stále nabízí všeho víc: více chuti, více muziky, více zábavy, více emocí ... Umírání a smrt zdánlivě všechno bere nebo minimálně přináší všeho míň. A proto se jaksi nehodí do života dnešního člověka.

**Tab. 1.1** Sociokulturní faktory ovlivňující umírání

Dříve	Nyní
úmrtí častější a časnější	prodlužuje se střední délka života i průměrný věk
naděje dožití u žen 1830: 34 let    1930: 58 let 1900: 42 let	1976: 74 let 2006: 79,5 roku
smrt – přirozená součást života	smrt – zdravotnický problém, diagnóza
podpora komunity – sousedé, obec, farnost	často se neznají ani lidé v jedné ulici, v jednom panelovém domě
náboženství součástí života rodiny	sekularizace
smysl má život jako celek	smysl má užívání si
setkávání se smrtí reálné	setkávání se smrtí virtuální
rodiny větší, pospolité	rodiny menší, atomizované
ženy většinou v domácnostech	ženy většinou zaměstnané
umírání doprovázeno větší fyzickou bolestí	pokrok paliativní medicíny – většinu symptomů umíme léčit
umírající většinou nebyl osamocen	osamocenosť umírajících
soustředění na člověka	soustředění na nemoc

Pozn.: Autorská prezentace

## 1.2.4 Moderní léčba

Pokud se budeme dále zamýšlet nad změnami postojů k umírání, musíme také, zvláště v poslední době, připsat velké plus právě rozvoji paliativní medicíny, která dokazuje, že lidé mohou umírat bez bolesti nebo se snesitelnými bolestmi. Předchozí generace si často nesou

vzpomínku na někoho z rodiny, kdo umíral v obrovských bolestech. To už dnes není nutné. Zároveň se ale stává, že zájem, aby byl nemocný bez fyzických bolestí, nejde ruku v ruce se snahou, aby byl nemocný zbaven všeho odstranitelného trápení, mezi které nejčastěji patří opuštěnost a vytržení z rodinného prostředí.

### 1.3 Definice paliativní péče

Definice paliativní péče je několik, všem je společný důraz na kvalitu života, řešení obtížných symptomů a specifikace skupiny pacientů, kteří jsou příjemci péče. Uvádím alespoň dvě nejčastěji citované:

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“

American Academy of Hospice and Palliative Medicine

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“

WHO (In: Vorlíček, 2004)

V definicích se hovoří o nemocných, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu, kteří trpí progredujícím, pokročilým onemocněním. Paliativní péče a léčba se tedy netýká jen lidí bezprostředně před smrtí, ale i v průběhu trvání onemocnění, kdy mají být kontinuálně řešeny všechny potíže s onemocněním spojené. Velmi důležité je, že dle definice WHO paliativní medicína zahrnuje léčbu a péči nejen o pacienta, ale i o jeho blízké. A tato definice průlomově zdůrazňuje, že nemocný a jeho blízcí jsou jednou jednotkou a že pokud je jim péče věnována odděleně, nebo jedné části neposkytována vůbec, nemůžeme hovořit o kvalitní paliativní péči a léčbě.

## 1.4 Rozdělení paliativní péče

Nejen v laické společnosti převládá názor, že paliativní péče znamená hospicová péče. To je omyl, který by mohl mít nedozírné následky na kvalitu ošetrovatelské péče o všechny ostatní umírající, kteří se do hospice z jakýchkoliv důvodů nedostanou. Pro zajímavost – podle statistik zemřelo v roce 2008 (Statistická ročenka 2008) v České republice asi jen 1 % lidí v hospicích. Dobrou paliativní péčí by však měli být schopni poskytovat všichni zdravotníci. To vyplývá například z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících“, kde jsou mimo jiné vyzývány vlády členských států:

- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy;
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince ... (odkaz).

*Paliativní péče by se tedy měla týkat všech umírajících a nevléčitelně nemocných, a proto také všech zdravotníků.*

Výbor ministrů rady Evropy také rozdělil paliativní péči podle míry její komplexnosti. Vyzývá členské státy k tomu, aby všechna zařízení byla schopna poskytnout obecnou paliativní péči a aby byla zřizována zařízení specializované paliativní péče.

### 1.4.1 Obecná paliativní péče

Tuto formu paliativní péče by mělo poskytnout každé zdravotnické zařízení v rámci své specializace. Její součástí je včasné vyhodnocení pacientova stavu, zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby, sledování, porozumění a poskytnutí takové léčby a péče, jaká je důležitá pro kvalitu pacientova života. Patří sem především respekt k pacien-

tové autonomii, léčba bolesti a dalších symptomů, podpora rodiny, doporučení k dalším odborníkům tak, jak o tom budeme hovořit v následujících kapitolách této publikace.

## 1.4.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná zařízení paliativní péče jsou taková zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Požadují vyškolený personál s vyšší úrovní profesní kvalifikace a větší počet zaměstnanců v poměru k počtu pacientů. Služby v těchto zařízeních by měly být dostupné ve všech formách péče a měly by být schopné poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoliv: doma, v nemocnici, v rezidenční péči, v pečovatelském domě, v denním stacionáři, v ambulantní péči nebo na specializovaném oddělení paliativní péče. Specializovaná zařízení paliativní péče hrají také důležitou roli v podpoře ostatních zdravotníků při poskytování paliativní péče v nemocnicích i mimo ně. Všichni zdravotníci by měli mít v případě potřeby přístup ke konzultacím a podporu specializovaných poskytovatelů paliativní péče (Standardy hospicové paliativní péče, 2006).

Mezi zařízení paliativní specializované péče se řadí:

- oddělení paliativní péče,
- domácí hospice – mobilní paliativní péče,
- lůžkové hospice,
- konziliární týmy paliativní péče,
- ambulance paliativní péče,
- denní stacionáře,
- zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek ...).

## 1.5 Místa poskytování paliativní péče

### 1.5.1 Paliativní péče doma

Domácí paliativní péče je z hlediska sociálního a psychického pro většinu pacientů tou nejlepší alternativou. I výzkumy věnující se problematice umírání potvrzují, že zemřít doma splňuje pro většinu z respondentů představu dobré smrti. Pro domácí paliativní péči musí být splněny tři podmínky: rodina – alespoň jeden její člen –



musí být schopna a ochotna převzít celodenní péči o nemocného, nemocný musí s touto formou péče souhlasit a musí být k dispozici tým odborníků, schopný kdykoli během 24 hodin po sedm dní v týdnu řešit náhle vzniklé komplikace pacientova stavu. Stejně tak musí být k dispozici rodině, která v emočně velmi vypjatých situacích může potřebovat podporu třeba i v noci. V naší zemi je bohužel stále diskutabilní úroveň domácí paliativní péče. Nejen, že není dobrá úroveň znalostí praktických lékařů o léčbě bolesti a dalších symptomů spojených s terminálním onemocněním, ale také není plošně pokryta potřeba agentur domácí ošetrovatelské péče. A mnohé z agentur, které existují, nejsou schopné zajistit dvacetičtyřhodinovou pomoc rodinám nemocného. A tak se bohužel často stává, že i ti nemocní, kteří by si doma zemřít přáli, a rodina se snaží starat, jsou při náhlých komplikacích převezeni do nemocnice a umírají tam.

↳ *Janě bylo 36 let, když jí lékaři diagnostikovali rozsáhlý karcinom žaludku zasahující i přilehlé orgány. S ní i s jejím manželem hovořili lékaři na rovinu o velmi špatné prognóze. Protože v rodině byly malé děti, rozhodli se manželé poprosit neprovdanou vzdálenou příbuznou – zdravotní sestru, aby se přistěhovala k nim a pomohla jim toto těžké období zvládnout. Práním obou manželů bylo, aby Jana mohla zemřít doma. Po necelých dvou letech se Janin stav prudce zhoršoval. Nejen, že trpěla velkými bolestmi – praktická lékařka sice byla ochotná předepisovat opiáty, ale v nedostatečné dávce, neboť měla strach z předávkování, ale také se zvětšoval ascites a narůstala dušnost. A právě kvůli dušnosti byla nakonec Jana v předvečer svého posledního dne převezena rychlou záchrannou službou do nemocnice. Manželovi bylo sice umožněno, aby zůstal s ní, ale děti se ani nestačily s maminkou rozloučit. Odjezd sanitou byl narychlo a ve velkém stresu. Po neklidné noci za aplikace kyslíku Jana ráno po rozloučení s manželem zemřela v nemocnici.*

*Pokud by v místě Janina bydliště fungoval Domácí hospic, nemuselo by k transportu do nemocnice vůbec dojít. Janě mohl být zapůjčen koncentrátor kyslíku a dušnost mohla být zvládána paliativními přístupy, tak jak je popsáno v kapitole o dušnosti. Členové paliativního týmu by také pomohli dětem se zvládnutím složité situace maminčina odchodu a dále by rodinu doprovázeli v období truchlení.*

## Domácí hospic

Domácí hospic je ve světě nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Jedná se o péči multidisciplinárních týmů, jejichž členové – lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, psychologové a dobrovolníci – poskytují všestrannou péči rodinám, které se rozhodly pečovat o svého umírajícího člena doma. Tyto týmy jsou schopné vyřešit v domácím prostředí všechny možné nastalé situace spojené s koncem života, aby přání nemocného zemřít doma mohlo být splněno při zachování vysokého standardu medicínské i ošetrovatelské praxe. Zároveň je nedílnou součástí praxe v těchto zařízeních doprovázení rodiny nemocného v období nemoci a podpora pozůstalých v době truchlení. V současné době fungují na tomto principu v České republice čtyři Domácí hospice.

## Další formy domácí paliativní péče

Kvalitní péči o umírajícího pacienta je možná zařídit také při dobré spolupráci mezi praktickým lékařem, ambulancí paliativní péče a agenturou domácí ošetrovatelské péče, která nabízí neomezenou návštěvní službu. Většině pacientů i tato forma péče v závěru života přinese potřebnou odbornou i lidskou pomoc při možnosti pobytu v domácím prostředí.

Je důležité si uvědomit, že mnoho starých pacientů je doma v nejrůznějších typech sociálních zařízení – domů s pečovatelskou službou, domovů pro seniory, penzionů. Při dobrém fungování paliativní péče by měli mít i tito obyvatelé možnost zůstat do konce života ve svém prostředí, aby se na posledních několik dnů nemuseli stěhovat do nového prostředí mezi neznámý personál. Rozvoj paliativní péče v těchto zařízeních je velkým úkolem v sociální sféře u nás.

## Nároky na personál

Na personál klade domácí paliativní péče zcela specifické nároky tím, že přicházejí do vlastního, velmi intimního prostoru nemocného, stávají se součástí života celé rodiny a často jsou jedinými profesionály, kteří jsou v dosahu. Musejí být proto opravdu „silní v kramflecích“, musejí umět rychle a zodpovědně zhodnotit a zasáhnout

ve složitých situacích, musejí unést smutek a bolest pacienta i rodiny, a to velmi často bez bezprostřední podpory ostatního personálu, tak jako to zažívá personál v nemocnicích. Logicky také díky mnohem intenzivnějšímu kontaktu se všemi členy rodiny dopadá na zdravotníka silněji bolest a smutek spojený s úmrtím nemocného.

Pro mnoho zdravotníků může být na domácí paliativní péči obtížná také skutečnost, že nemají stálou kontrolu nad pacientovým zdravotním stavem a přenechávají velkou část zodpovědnosti za pacienta na laicích.

Proto je pro členy týmů domácí paliativní péče o to důležitější pravidelně se scházet, hovořit o své práci, o jednotlivých rodinách a pacientech v nich, umět si říci o podporu ostatních profesionálů v týmu a také reflektovat svou práci při supervizích.

### 1.5.2 Paliativní péče v nemocnici

Přestože podle dostupných výzkumů by si většina lidí přála zemřít doma, ve své vlastní posteli, skutečnost je taková, že v roce 2008 zemřelo v České republice 60,5 % lidí v nemocnicích a dalších 13 % v léčebných ústavech a sociálních zařízeních (statistická ročenka Českého statistického úřadu za rok 2008).

Nelze popsat umírání v nemocnici jako fenomén, neboť v současné době transformace českého zdravotnictví – v době akreditací některých pracovišť – jsme svědky značných rozdílů v kvalitě ošetrovatelské péče, která je poskytována v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

Pokud bychom se však měli věnovat dobré praxi paliativní péče na nemocničním lůžku, museli bychom konstatovat, že se neobejde bez vyššího počtu personálu, než je v současné době stanoven jako minimální pro jednotlivá oddělení. Jako ideální se ukazuje počet nelékařského zdravotnického personálu (sester, zdravotnických asistentů a ošetrovatelů) v denní službě v poměru k počtu pacientů 1 : 3.

#### Faktory ovlivňující paliativní péči v nemocnici

Kvalita paliativní péče poskytované v nemocnicích však závisí na více faktorech, a to nejen na počtu personálu. Patří mezi ně především:

- schopnost týmu identifikovat potřebu paliativního přístupu, tzn. včas rozpoznat, kdy kurativní postupy už nemocnému

nemohou prospět a spolu s nemocným se rozhodnout pro postupy paliativní,

- kvalita vzdělání lékařů a sester v paliativní medicíně a paliativní péči,
- fungování multidisciplinárního týmu,
- kvalita vzájemné formální i neformální komunikace uvnitř tohoto týmu,
- otevřenost oddělení pro „civilní“ personál, tj. pro rodinné příslušníky a dobrovolníky.

Nemocnice pravděpodobně budou ještě dlouho místem, kde bude k úmrtí docházet nejčastěji, proto by každá z nich měla usilovat o stanovení vlastního rozvoje v oblasti paliativní péče a léčby. S důrazem na to, že paliativní péče se dotýká celé rodiny a že je tedy zapotřebí posílit složku sociální práce s rodinou umírajícího. Rodina má nejen právo na kontinuální návštěvy u umírajícího, ale také na vlastní podporu v době umírání i poté. Rodina musí být šetrně a s účastí informována o úmrtí, musí jí být poskytnut čas i prostor pro vstřebání této zprávy a i následně by jí měla být nabídnuta podpora v období truchlení.<sup>3</sup>

### Rozhodnutí pro paliativní postup

Možná nejtěžší na cestě k dobré paliativní péči je dospět k poznání, že stav nemocného je už natolik vážný, že žádné další sebelepší léčebné prostředky nepovedou k pacientovu uzdravení. Toto poznání je bolestné nejen pro nemocného samotného, ale i pro lékaře, respektive pro celý pečující tým. Jsou samozřejmě mnohé případy, kdy je naděje na úspěšnost léčby zhruba stejně velká jako pravděpodobnost, že léčba úspěšná nebude. Nezbytná je v tomto případě pravdivá komunikace s nemocným, zodpovězení všech jeho otázek a respektování jeho názoru na další pokračování či nepokračování intenzivní terapie.

---

<sup>3</sup>více v kapitole 3.3