

Možnosti individuálního přístupu k nemocným v zařízení paliativní hospicové péče

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.^{1,2}

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut zdravotnických studií

²Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc

Cílem paliativní hospicové péče je dosáhnout co nejvyšší kvality života těžce nemocných a zachování jejich důstojnosti. Autor na třech kazuistikách z hospicového pracoviště dokumentuje možnosti zcela individuálního přístupu k nemocným.

Klíčová slova: paliativní péče, hospic, individuální přístup, lidská důstojnost.

Possibilities of the individual approach to patients in the hospice care

Author presents three case reports from hospice. He gives information about the individual approach to every patient as to the quite unique human being. The aim of the palliative hospice care is to reach the highest quality of life as possible and to respect patient human dignity.

Key words: palliative care, hospice, individual approach, human dignity.

Interní Med. 2012; 14(12): 484–485

Úvod

V posledních letech se v našem státě zvýšil počet lůžkových hospicových zařízení a tím také dostupnost paliativní hospicové péče. Jejím cílem je dosažení co nejvyšší kvality života těžce nemocného pacienta s důrazem na respektování jeho lidské důstojnosti (1). Paliativní hospicová péče přináší nemocnému a jeho rodině všestrannou podporu. Cílem následujících kazuistik je ukázat, že hospicová zařízení při poskytování svých služeb mohou překonat některé limity, které jsou pro běžná zdravotnická zařízení nepřekročitelné.

Kazuistika 1

67letý muž byl do hospice odeslán kardiologem pro terminální kardiální nedostatečnost se zjištěnou ejekční frakcí 15–20 %. V posledním roce svého onemocnění byl ze svého bydliště několikrát převezen záchranou službou do spádové nemocnice k oxygenoterapii a dokonce měl za sebou pobyt na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, kde si jeho zdravotní stav přechodně vynutil řízenou ventilaci. Prognóza byla označena za velmi špatnou a byla mu doporučena paliativní hospicová péče. Po přijetí do hospice stav plně korespondoval se závěry kardiologa. Intermitentní oxygenoterapie a tlumení dušnosti morfinem byly nezbytné. Pro úzkostné a fobické stavy bylo nasazeno antidepresivum a anxiolytikum. Během tříměsíčního pobytu v hospici se však stav nemocného nečekaně stabilizoval. Zvládal běžné denní aktivity a stavy dušnosti odezněly. Byly vysloveny úvahy o možném propuštění do domácí péče. Strach z další případné epizody dušení jej však natolik

stigmatizoval, že vyžadoval trvalou a okamžitou dostupnost zdravotnické péče a přes svůj stabilní stav propuštění s úzkostmi odmítal. Vzhledem ke své dobré adaptaci na hospicové prostředí velmi emotivně nesouhlasil s přeložením do jiného zdravotnického zařízení. Překvapivě však vyslovil osobní přání vystoupit se skupinkou přátel do věže baziliky na Svatém Kopečku. K plánovanému výstupu se zcela upjal a jeho absolvování pokládal za svou osobní podmínku k tomu, aby psychicky zvládl propuštění do domácího ošetření. Za daných okolností mu byl výstup pod osobním dohledem lékaře povolen, čímž získal nezbytnou sebedůvěru ve svůj zdravotní stav. Po bezproblémovém zvládnutí uvedené fyzické zátěže byl po 124denním pobytu v hospici přeložen ke krátkodobému pobytu ke kontrolnímu vyšetření na interní oddělení a poté byl propuštěn domů. Jeho stav se přes původní nedobré prognostické závěry zlepšil natolik, že se stal pravidelným účastníkem výletů do přírody a několik měsíců po propuštění z hospice žije kvalitním a bohatým životem.

Kazuistika 2

59letý muž byl přijat k paliativní hospicové péči pro diagnózu pokročilého karcinomu hrtnu po totální laryngektomii, disekci krčních uzlin a po provedené tracheotomii. Nemocný byl svobodný, k jeho životnímu stylu patřilo kouření cigaret (40 ks denně) a denní abúzus alkoholu. Dům, ve kterém bydlel, podléhal exekučnímu řízení. Bolestivé stavy si vyžádaly kontinuální podávání morfinu. Dokud byl schopen chůze, docházel pravidelně pro svou denní dávku li-

hoviny do samoobsluhy vedle hospice. Jeho chování přes pravidelné požívání alkoholu bylo zcela bezproblémové a společensky přijatelné. V okamžiku, kdy pro celkovou slabost nedokázal dojít pro svůj zvyklý nákup, se začaly projevovat stavy neklidu a zmatenosti. Za daných podmínek bylo tedy ujednáno zajišťovat potřebné množství lihoviny personálem a kontrolovat její požívání v přijatelném množství. V posledních dnech života se nemocný ocitnul zcela bez finančních prostředků a nákup alkoholu musel být realizován na náklady zaměstnanců hospice. Při postupném zhoršování stavu v důsledku progresu choroby bylo nutno navýšit dávky morfinu. Nemocný zemřel po 107 dní trvajícím pobytu v hospici bez projevů abstinčních příznaků, které by se bez zohlednění jeho životního stylu nepochybně projevil.

Kazuistika 3

58letý policista byl operován pro diagnózu primárního zhoubného nádoru mozku (multifonní glioblastom). Pro celkově špatný stav (těžká hemipareza, imobilita, organický psychosyndrom, neglect syndrom) a rychlou progresi recidivujícího nádoru nebyla indikována radio-terapie, ale byla doporučena paliativní hospicová péče. Nemocný při přijetí vcelku dobře komunikoval. Byl dlouholetým silným kuřákem a dožadoval se možnosti pokračovat ve svém zlovyklu i během svého pobytu v hospici. Vzhledem k příznivému letnímu počasí byl pravidelně na lůžku vyvážen na terasu, kde bylo jeho přání vyhověno. Při postupném zhoršování jeho motorických schopností byla při zapalování

a zhasínání cigaret zajištěna asistence ze strany personálu. Z hlediska bezpečnosti bylo samozřejmostí ukládání cigaret a zapalovače na pracovní sester a trvalý dohled při jejich používání. Celková délka hospitalizace, která byla ukončena úmrtím nemocného, činila 37 dní.

Diskuze

Cílem paliativní hospicové péče je poskytnout komplexní službu po stránce biologické, psychologické, sociální a spirituální (2). Součástí tohoto procesu je i podpora rodiny nemocného.

Samozřejmostí je zajištění empatické ošetrovatelské péče kompetentními zdravotnickými pracovníky, především kvalifikovanými všeobecnými sestrami s dostatečnými praktickými zkušenostmi v paliativní hospicové péči. Součinnost přístupu lékaře, všeobecných sester a ostatních nelékařských pracovníků je velmi žádoucí. Návštěvy rodinných příslušníků nejsou časově omezeny a jednomu z příbuzných je umožněn nepřetržitý pobyt na přistýlce.

Nemocným v hospici se personál snaží splnit i taková přání, která by si v běžném zdravotnickém zařízení těžko odvážili vyslovit. Cílem poskytované péče je vytvořit optimální prostředí pro nemocné, u kterých jejich choroba pokračuje navzdory komplexní kauzální terapii. Nemenším a přitom velmi náročným úkolem pracovníků hospice je dosáhnout co nejkultivovanější spolupráce ze strany osob závislých na alkoholu anebo tvrdšíjých kuřáků. Tyto

nemocné, kteří se nacházejí v posledním období života, se nesnažíme „převychovávat“, ale usilujeme v co nejvyšší míře o respektování jejich lidské individuality, a proto na jejich letité zlovyky nahlížíme s tolerancí a pochopením. U pacientů – kuřáků dbáme na dodržování maximální možné bezpečnosti. Zápalky, zapalovače a cigarety uchováváme na pracovní personálu a při jejich vydávání nemocnému, byť schopnému sebeobsluhy, zajišťujeme nepřetržitý dohled. Kuřákům vyhrajujeme terasu anebo v chladném počasí dobře větraný prostor na odděleném a méně frekventovaném schodišti. Kouření na pokojích nepokládáme za vhodné ani pod dohledem personálu, a to vzhledem k pachovým vjemům, které by obtěžovaly jiné pacienty.

Z ekonomického hlediska je nezbytné zdůraznit, že individuální přístup k pacientům v hospicovém zařízení je umožněn díky empatickému přístupu ze strany personálu a pro zdravotní pojišťovny neznamená vyšší náklady na poskytovanou péči.

Plné rozvinutí individualizovaného přístupu v hospicové péči vyžaduje přiměřenou dobu hospitalizace. Za určité optimum lze pokládat minimálně 3–4týdenní pobyt. Nezřídka bývají nemocní do hospiců odesíláni v natolik závažném stavu, že se jejich pobyt v hospici neúnosně zkracuje, a to často na dobu kratší jednoho týdne (3). Dobrá a trvalá komunikace lékařů hospice s kolegy, kteří do těchto zařízení své nemocné odesílají, je nevyhnutelná. I když lze jen velmi obtížně odhadovat životní pro-

gnózu konkrétního nemocného, vždy by mělo být snahou nabízet těžce nemocným a jejich rodinám péči v hospici zavčas a nikoli až v době, kdy se v důsledku pokročilého onemocnění projeví kvantitativní porucha vědomí či nastane oběhové selhávání (4).

Závěr

Hospicová zařízení umožňují vysoce individualizovaný přístup v péči o nemocné v posledním období jejich života. Personál těchto zařízení usiluje o zachování lidské důstojnosti každého pacienta bez ohledu na jeho lidské nedokonalosti a složitou sociální situaci.

Literatura

1. Sušinková J. Paliativní starostlivost – cesta zachování kvality a důstojnosti života umírajících. *Paliat med liec boles* 2009; 2(1): 26–28.
2. Sláma O, Vorlíček J. Základní principy paliativní péče. In: Sláma O et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Galén, Praha 2007: 25–32.
3. Kala M. Úskalí krátkodobé hospicové péče. *Paliat med liec boles* 2011; 4(2): 73–74.
4. Svatošová M. Hospicová péče z hlediska časového. In: Svatošová M. *Hospice a umění doprovázet*. 6. (doplňené) vydání, Karmelitánské nakladatelství pro APHP 2008: 122.

Článek přijat redakcí: 17. 5. 2012
Článek přijat k publikaci: 16. 7. 2012

doc. MUDr. Miroslav Kala, CSc.

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Mostní 5139, 760 10 Zlín
drkala@centrum.cz

