

Paliatívna medicína a liečba bolesti



Prehľadové články / Review articles

- » **Prístup k pacientovi s demenciou v paliatívnej starostlivosti**
Approach to a patient with dementia in palliative care
- » **Nebulizačná liečba**
Nebulization therapy
- » **Vybrané komunikačné úskalia geriatrickej paliatívnej starostlivosti**
Selected communication problems of geriatric palliative care

Pôvodné práce / Original articles

- » **Přenositelnost podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče**
Transfer of some aspects of palliative home care to an intensive care unit

Informácie & komentáre / Information & comments

- » **Biela kniha o globálnej obhajobe paliatívnej starostlivosti: Odporúčania expertnej poradnej skupiny PAL-LIFE Pápežskej akadémie pre život, Vatikán**
- » **Punkcia ascitu prostredníctvom mobilného hospicu v domácom prostredí**
- » **Poskytovanie sociálnych služieb v hospici a ich financovanie**

Právne, forenzné a ekonomické aspekty medicíny

13. november 2019

Austria Trend Hotel, Bratislava

Hlavné témy

- Financovanie v zdravotníctve
- Forenzné aspekty zdravotnej starostlivosti
- Kybernetické riziká poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
- Nežiaduce účinky liekov
- Odovzdanie a preberanie praxe
- Reklama liečiv
- Technológie v zdravotníctve
- Trestnoprávna zodpovednosť v zdravotníctve
- Zamestnávanie cudzincov



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

 forensic.sk

KINSTELLAR

Vážení čitatelia,

slovo hospic môže aj dnes vyvolávať zmiešané pocity. Donedávna bolo toto slovo u nás ešte neznáme, ľudia si pod týmto pojmom nevedeli nič predstaviť, ale postupne sa ozrejmoval jeho význam, ktorý sa musel oslobodiť od nesprávnych predstáv. **A to najlepšie tak, že ho stále väčšie množstvo ľudí zažilo na vlastnej koži a precítilo vlastnou skúsenosťou.**

Na začiatku tohto „skúsenostného“ obdobia sa ľudia slova hospic báli. Poznali sme to z toho, ako príbuzní v rozpakoch a s ľahkým klamstvom vysvetľovali svojim chorých, kam ich chcú dať. Aj nás, zamestnancov hospicu, prosili, aby sme ich blízkym nehovorili, že sú v hospici.

Teraz sme sa v spoločenskej mienke trochu posunuli dopredu. **Stratili sme zname- nie strašidelnosti, už nie sme synonymom márnice alebo predsiene cintorínu.** Ale stále sme a iste aj budeme inštitúciou s vážnosťou, často tragickou, nikdy nie ľahko prijateľnou, v ktorej môže chorý v pokoji prežiť ostatný čas svojho života, miesto, kde sa zomierajúci chtiac či nechtiac musí pripraviť na svoju konečnosť a na všetko, čo s tým súvisí.

Myslím, že najlepšie to chápu zamestnanci hospicu, tí, ktorí v svojich srdciach a myšliach nesú hlavný odkaz myšlienky hospicu. **Jednoznačne: nie je to dom smrti, ale dom života.** Tí, ktorí v hospicoch slúžia, rýchlo pochopia, že hoci sa často stretávame so smrťou, predsa je tu veľa života aj radosti a pohybu aj smiechu. **Nič ľudské tu nie je cudzie.** A ako sa táto atmosféra šíri v našej práci, cítia s úľavou aj príbuzní a napokon aj sami chorí.

Jeden súrodenecký pár, ktorý prišiel žiadať o umiestnenie svojej sestry do hospicu, veľmi kvitoval, že pri príchode k nám počul z otvoreného okna údajne klokotavý smiech. Iste, aj u nás v hospici je veľa príležitostí na veselosť a smiech. A je dobré, že je to tak. Nadľahčuje to často ťažkú situáciu, ktorá by ináč na tomto mieste panovala. I keď stojíme pri zomierajúcom s úplnou vážnosťou, predsa nám nič nebráni, aby sme sa v iných miest- nostiach zasmiali nad smiešnymi predstavami príbuzných, skomoleninách slov dementných chorých, opisoch situácií zamestnancami.

Jedinou chybou je, že sme niekedy príliš hluční. Zaužíval sa u nás termín „káder“ miesto katéter, stolica veľkosti XXXL, vypočuli sme si napomenutie zamestnankyne, ktorá svojmu mužovi vysvetľovala, že pokojne môže vojsť dovnútra hospicu, že sa nemusí báť, že by u nás po chodbách chodili mŕtvi.

Humor v hospici je možný a potrebný. Je súčasťou nášho pracovného života, potrebou nášho osobného života. Je prejavom života v hospici, ktorý si uvedomuje, že napriek smrti ide život ďalej.

Sr. Barbora – MUDr. Kristína Kroftová



Obsah

Content

Úvodné slovo

Editorial

- 3** Sr. Barbora – MUDr. Kristína Kroftová
Úvodné slovo

Prehľadové články

Review articles

- 6** Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobríková, PhD. et PhD.
Prístup k pacientovi s demenciou v paliatívnej starostlivosti
Approach to a patient with dementia in palliative care

- 9** MUDr. Peter Michalka, PhD.
Nebulizačná liečba
Nebulization therapy

- 14** MUDr. Lucia Šimoňáková
Vybrané komunikačné úskalia geriatrickej paliatívnej starostlivosti
Selected communication problems of geriatric palliative care

Pôvodné články

Original articles

- 23** Mgr. Šárka Pešlová, Mgr. Veronika DiCara, PhD.
Prenositelnosť podmienok domáci paliatívni péče na oddelení intenzívni péče
Transfer of some aspects of palliative home care to an intensive care unit

PALIATÍVNA MEDICÍNA A LIEČBA BOLESTI

Ročník 12, 2019, číslo 1e, vychádza 2-krát ročne
Dátum vydania: október 2019

Vychádza v spolupráci s:

- Slovenskou spoločnosťou paliatívnej medicíny SLS (www.paliativnemedicina.eu)
- Českou spoločnosťou paliatívnej medicíny (www.paliativnemedicina.cz).

Redakčná rada:

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.
MUDr. Lucia Dzurillová
MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Katarína Jakubovíťšová
MUDr. Mária Jasenková
MUDr. Peter Križan, CSc.
MUDr. Kristína Križanová
PhDr. Jana Nemcová, PhD.
MUDr. Leona Šóthová

Odborní editori:

MUDr. Jana Hoozová
MUDr. Leona Šóthová

Vydavateľ:

SOLEN, s. r. o., IČO 35865211

Sídlo vydavateľa a adresa redakcie:

SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava, tel.: 02/5465 1381, redakcia@solen.sk

Redaktorka časopisu:

Michaela Malová, 0903 463 286, malova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba:

Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Všetky publikované články prechádzajú recenziou.

Registrácia MK SR pod číslom EV3582/09

ISSN 1339-4193 (online)

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Citacná skratka: Paliat. med. liec. boles.

Vydavateľstvo SOLEN, s.r.o., SR má na základe zakúpenej licencie výhradné právo na preberanie a publikáciu článkov z časopisov vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ČR.

Akokoľvek časť obsahu alebo článku nesmie byť kopírovaná alebo inak rozmnožovaná s cieľom ďalšieho šírenia akýmkoľvek spôsobom a v akejkolvek forme bez písomného súhlasu vydavateľstva SOLEN, s.r.o., ako vlastníka autorských práv.

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Informácie & komentáre

Information & comments

- 28** MUDr. Leona Šóthová
Biela kniha o globálnej obhajobe paliatívnej starostlivosti: Odporúčania expertnej poradnej skupiny PAL-LIFE Pápežskej akadémie pre život, Vatikán
- 34** Sr. Barbora – MUDr. Kristína Kroftová
Punkcia ascitu prostredníctvom mobilného hospicu v domácom prostredí
- 35** PhDr. Margaréta Kilianová, PhD.
Poskytovanie sociálnych služieb v hospici a ich financovanie
Provision of social services in hospice and their financing

Odborné podujatia

Events

- 38** MUDr. Jana Hoozová
Postrehy zo 4. konferencie Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny 18. mája 2019 v Bratislave

Solen kalendár vzdelávacích podujatí 2019

Október

- » **X. pracovné dni neuropsychiatrie v Levoči**
3. – 4. október 2019, Mestské divadlo, Levoča
- » **Networking mladých neurológov**
23. – 24. október 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
- » **Sympóziu praktickej neurológie, Neurológia pre prax, XIII. ročník**
24. – 25. október 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
- » **31. slovenský a český epileptologický zjazd**
26. október 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica

November

- » **Dermatológia pre prax**
8. – 9. november 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
- » **Právne, forenzné a ekonomické aspekty medicíny**
13. november 2019, Austria Trend Hotel, Bratislava
- » **8. slovenská konferencia o zriedkavých chorobách**
14. – 15. november 2019, Austria Trend Hotel, Bratislava
- » **Novinky v genitourinárnych malignitách**
15. – 16. november 2019, Hotel Tennis, Zvolen

December

- » **Simanov 18. deň detskej chirurgie**
13. december 2019, Pálffyho palác, Bratislava

www.solen.sk, kongres@solen.sk

Prístup k pacientovi s demenciou v paliatívnej starostlivosti

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej Univerzity v Trnave
Hospic Milosrdných sestier v Trenčíne

V príspevku poukazujeme na dôležitosť adekvátneho prístupu k človeku s demenciou v paliatívnej starostlivosti, pričom sa zameriavame na využitie validácie podľa Naomi Feil, ktorá vychádza z najnovších poznatkov a pomáha porozumieť pacientovmu správaniu a tým zlepšuje interakciu príbuzných a personálu s ním. Okrem toho vymedzujeme podstatné aspekty, ktoré z uvedeného ochorenia vyplývajú pre chorého i jeho blízkych.

Kľúčové slová: demencia, paliatívna starostlivosť, potreby, validácia

Approach to a patient with dementia in palliative care

In the paper we highlight the importance of adequate access to the person with dementia in palliative care, focusing on using the latest knowledge based on Naomi Feil validation to help us understand the patient's behavior, thereby improving the interaction of relatives and staff with him. In addition, we define the essential aspects of the disease for both the ill and his loved ones.

Key words: dementia, palliative care, needs, validation

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):6-8

Úvod

Veľmi špecifickou skupinou pacientov v paliatívnej starostlivosti sú pacienti s demenciou. Pri komunikácii s nimi a snahe o udržanie ich kognitívnych funkcií sa využívajú okrem farmakologických postupov aj tréningy pamäti, reminiscenčná terapia, validačná terapia a rôzne ďalšie prístupy. Považujeme za dôležité vymedziť špecifické potreby nevyliciteľne chorých ľudí s demenciou a priblížiť významné zásady validačnej terapie podľa Naomi Feil, ktoré môžu byť nápomocné všetkým členom paliatívnych tímov, ako aj príbuzným a blízkym pacienta.

Špecifické potreby nevyliciteľne chorých s demenciou

Uznanie významu a potreby rozvíjať oblasť paliatívnej starostlivosti, špecificky pre osoby s demenciou, závisí do určitej miery od postojov majoritnej spoločnosti k osobám s demenciou (1). **Vychádzajúc z nášho reprezentatívneho celoslovenského výskumu postojov spoločnosti k osobám s duševnými ochoreniami, ktorý sme realizovali prostredníctvom CAMI škály na vzorke 1 624 respondentov, sme zistili, že respondenti prejavovali tretí najstigmatizujúcejší postoj práve k osobám trpiacim organickými duševnými poruchami, ku ktorým zaraďujeme aj demenciu (2).** Žiaľ, veľakrát sa s takýmto postojom stretávame aj u zdravotníkov.

Treba podotknúť, že základom a kľúčovým aspektom prístupu k človeku s demenciou je postoj, aký zaujme zdravotník k pacientovi, a hodnoty, ktoré vyznáva v súvislosti s krehkosťou človeka a jeho existenciou ako takou. **Ak pre neho platí, že človek je hodnotný už len tým, že existuje, bez ohľadu na stav, vzdelanie, schopnosti a pod., tak sa otvára cesta ľudského a empatického prístupu k nemu.** Nemenej podstatné je, samozrejme, disponovať kvalitnou vedomostnou výbavou o potrebách a prežívaní človeka s demenciou, ktorý je navyše aj paliatívnym pacientom.

Medzi základné otázky, s ktorými sa stretávame v súvislosti s potrebami takto chorých ľudí, je, či umiestniť pacienta do zariadenia, alebo ho ponechať v domácom prostredí. Odpoveď na túto otázku sa odvíja od individuálnych potrieb a možností samotného pacienta i jeho blízkych. Určite sú podstatné environmentálne faktory a známe prostredie je pre pacienta upokojujúce, ale nie vždy je možné zostať doma. V prípade umiestnenia do zariadenia je dôležité vytvoriť

chorému pocit domova prostredníctvom jemu známych vecí a zariadenia v izbe.

Je tiež potrebné uvedomiť si, že s človekom, ktorý trpí demenciou, musíme zaobchádzať s úctou a rešpektovať jeho ľudskú dôstojnosť. To zákonite začína adekvátnym oslovením, ktoré v žiadnom prípade nesmie byť familiárne (ak sme neznámi zdravotníci), ale vyjadrujúce rešpekt. Čiže neoslovujeme slovami ako teta, babka, prípadne krstným menom, ale priezviskom, prípadne ak má pacient titul, tak titulom.

Ďalšou problematickou témou v paliatívnej starostlivosti je posúdenie bolesti, nakoľko pacient nemusí byť schopný verbalizovať svoj stav. **Týka sa to aj nevyjadrenia jeho potrieb štandardným spôsobom. Aj z týchto dôvodov je potrebné učiť sa porozumieť iným neverbálnym, ale i špecifickým verbálnym vyjadreniam pacienta.** Napríklad, v prípade agresívneho správania môžeme usudzovať, že ide o bolesť alebo o nenačnenie niektorej z pacientových potrieb. Treba si uvedomiť, že aj **človek s demenciou má svoje túžby a niekedy stačí naša trpezlivosť v počúvaní a kladení tých správnych otázok, aby sme prišli na to, ako mu môžeme pomôcť a danú potrebu saturovať.** Môže ísť o niektorú z potrieb, ktoré poznáme z Maslowovej hierarchie,

môže ísť o potrebu zmysluplnosti alebo o potrebu doriešiť niečo z minulosti. Z vlastnej praxe môžeme potvrdiť, že zdravotník môže adekvátnym prístupom danú potrebu odhaliť a následne pacientovi pomôcť dostať sa zo stresu do pokojného prežívania a prípadnej adekvátnej komunikácie.

Validácia podľa Naomi Feil

Kto je Naomi Feil? Ako je možné, že dokázala prepracovať taký prístup k ľuďom s demenciou, ktorý prináša ozaj významné terapeutické výsledky? Po stretnutí s touto významnou osobnosťou bolo jasné, že sa naozaj celý svoj život snažila empaticky porozumieť seniorom a ľuďom s demenciou a svoju úlohu pomôcť im mala hlboko zakorenenú vo svojom srdci ako poslanie. Jej nadšenie, entuziazmus a veľmi jasné a zrozumiteľné vysvetľovanie metódy počas vzdelávania vo validácii spôsobili, že má mnohých pokračovateľov po celom svete.

Naomi Feil sa narodila v Mníchove, ale po presťahovaní vyrastala v domove dôchodcov v Clevelande USA, keďže jej otec tam pracoval ako správca a matka ako vedúca oddelenia sociálnych služieb. Už od detstva teda spoznávala svet seniorov a ľudí s demenciou, čo ju ovplyvnilo pri výbere štúdia sociálnej práce a neskoršieho skúmania a vyvíjania metód, ktoré by boli pre túto skupinu ľudí prospešné. Ako sama priznáva (3), výslednej terapeutickému metóde validácie predchádzali aj niektoré situácie, keď nebola so svojou terapeutickou prácou spokojná a najmä to ju motivovalo zlepšovať a hľadať cesty k zmene starých postupov.

Podľa Feil (4, 5) je základnou teoretickou bázou pre validáciu humanistická filozofia, ktorá chápe hodnotu človeka bez ohľadu na to, ako veľmi je neorientovaný. Terapeut má prijímať emócie pacienta, pretože odmietanie emócií robí pacienta (človeka) neistým. **Základným predpokladom** je teda empatický prístup a vytvorenie dôvery, ktorá podporuje istotu a tým znižuje stres. **Cieľom** je obnova vlastnej hodnoty pacienta, zníženie stresu a utiahnutosti, zvýšenie sebadôvery a komunikácie, podpora dôstojnosti, spokojnosti s vlastným životom, šťastia a celkové posilnenie duševného, ale i telesného zdravia.

Ak si všimneme základné atribúty, tak môžeme konštatovať, že terapeutická technika validácie je **v priamom rozpore s kedysi často používanou technikou tzv. terapeutickú lži**, ktorá sa aplikovala aj v medicíne ako „pia fraus“ – milosrdná lož. Ak pacientovi klameme, tak nerobíme terapiu, ale manipuláciu – a **manipulácia je v priamom rozpore s pocitom bezpečia, je namierená proti ľudskej dôstojnosti aj proti hodnote človeka, ktorého existenciu výrazne dehonestuie**.

V takomto prípade zostanú neuspokojené aj psychické potreby, pretože chorého lžou a neúprimnosťou pripravíme o pocit bezpečia a zaženieme ho tak do izolácie, čo je presný opak toho, o čo sa v práci s ľuďmi s demenciou snažíme (6).

Techniky validácie

Podľa Naomi Feil (4) rozoznávame

4. štádia demencie, v ktorých môžeme aplikovať rôzne techniky validácie:

- I. štádium nedostatočnej orientácie,
- II. štádium časovej zmätenosti,
- III. štádium opakovaných pohybov,
- IV. štádium vegetovania.

Tá ktorá technika sa používa buď vo všetkých štyroch štádiách demencie, alebo iba v niektorých. Ide o nasledovné techniky (3, 5, 7):

- **Centrovanie** (všetky štádia)
Pri centrovaní sa terapeut koncentruje sám na seba, na svoj dych. Hlbokým dýchaním sa snaží zbaviť svojich vlastných negatívnych pocitov (hnevu a frustrácie). Až keď sa zbaví svojho hnevu a frustrácie, je pripravený na pocity iných ľudí.
- **Používanie jednoznačných a nekomplikovaných slov a otázok** (štádia I a II)
Ak sa terapeut snaží klienta konfrontovať s jeho pocitmi, sťahuje sa do seba. Je potrebné klásť vecné otázky: kto, čo, kde, kedy, ako. Nepoužívať otázku PREČO!
- **Opakovanie** (štádia I a II)
Terapeut po pacientovi zopakuje kľúčové slová a zachová zmysel toho, čo povedal, pri rovnakom tóne a melódii reči.
- **Predkladanie extrémů** (štádia I a II)
Ak sa vyskytne problém, klient je vyzyvaný k tomu, aby myslel na najhor-

šiu možnú možnosť, ktorá by sa mohla stať. Tým vyjadruje svoje pocity intenzívnejšie a dochádza k uvoľneniu.

- **Predstavenie opaku** (štádium I)
Predstavovanie si opaku môže pomôcť pacientovi rozpamätať sa na riešenie situácie, ktorú už predtým zažil.
- **Spomínanie si na minulosť** (štádium I)
Nadväzuje na predchádzajúcu. Pre staršieho klienta je ťažké nachádzať nové metódy a spôsoby riešenia. Terapeut pomáha spomenúť si na známu a osvedčenú metódu vyrovnávania sa so stresom.
- **Držanie blízkeho očného kontaktu** (štádia II a III)
Klient sa cíti milovaný a istý, keď s ním terapeut udržuje očný kontakt. Častokrát si pacient sám žiada veľmi blízky očný kontakt.
- **Predkladanie neurčitých zámen, ktoré majú viaceré možnosti interpretácie** (štádia II a III)
Ak pacient použije slovo, ktoré nemá nijaký zmysel, je dobré pokračovať v komunikácii tak, že uvedené slovo nahradíme neurčitým zámenom.
- **Sledovanie a zrkadlenie pohybov a pocitov** (štádia II a III)
Terapeut zrkadlí typické gestá, pohyby, tón a rýchlosť rečového prejavu, prípadne celkové správanie sa pacienta. Práve zrkadlenie napomáha vytvoriť atmosféru dôvery a bezpečia, čím zlepšuje celkový stav a prežívanie i komunikáciu človeka s demenciou.
- **Láskavá a vlúdna komunikácia** (štádia II a III)
Keďže ostré zvuky môžu vyvolať stiahnutie sa pacienta alebo aj hnev, je potrebné hovoriť vlúdne a láskavo. Takýto hlas mu môže pripomenúť blízke milované osoby a znížiť jeho stres.
- **Nadviazanie kontaktu s každou nenaplnenou ľudskou potrebou** (štádia II a III)
Ide o potreby: 1. byť milovaný, 2. byť potrebný, 3. prejavovať city. Ak je človek nepokojný, klopká, nevie obseďieť, opakuje určité pohyby, vidíme slzy na jeho tvári a pod., tak je dôvod predpokladať, že niektorá z jeho základných potrieb nie je naplnená.

Existujú univerzálne platné symboly, pri ktorých sa dá usudzovať ich význam, ako napríklad hojdanie môže symbolizovať matku, materstvo, pocit bezpečia; mlaskanie môže byť symbolom slasti a pôžitku; chodba môže symbolizovať ulicu v susedstve; invalidný vozík môže byť symbolom auta, bicykla, dopravného prostriedku. Potreba lásky sa prejavuje napr. hojdaním a mlaskaním; potreba byť užitočný sa zvykne prejavovať prostredníctvom pohybov z bývalej pracovnej činnosti človeka; potreba prejavovať city sa môže prejavovať plačom, krikom, klopaním a pod.

- **Uprednostňovanie určitého senzorkého zmyslu (štádiá I a II)**

Na vybudovanie dôvery je potrebné používať slová, ktoré uprednostňovanému zmyslu zodpovedajú. Pre niekoho je to zrak, pre iného sluch alebo čuch. Pri pozornom počúvaní klienta to môžeme zistiť zo skladby jeho viet (predstaviť si, všimnúť si, vidieť, obraz – vizuálne slová).

- **Používanie dotyku (štádiá II, III a IV)**

Byť bližšie k človeku, vstúpiť do jeho prežívania sa dá aj dotykmi, ktoré sa podobajú dotykom milovaných osôb v minulosti. Napr. jemné „materské“ krúženie dlaňami po hornej časti tváre.

- **Využitie hudby (štádiá II, III a IV)**

Aj človek, ktorý už nekomunikuje, môže byť schopný zaspievať pieseň,

najmä ak ide o text uložený v staropamäti, a tým sa môže iniciovať komunikácia.

Znalosť uvedených techník, ale najmä vedomosť a porozumenie tomu, prečo a ako vplývajú na pacienta, pomôžu nielen chorému, ale aj zdravotníkovi alebo príbuznému, ktorý ich bude uplatňovať v interakcii s ním. Tým, že porozumieme a budeme schopní nadviazať vzťah a úprimný ľudský kontakt s človekom s demenciou, dostaneme aj my, ktorí sa o neho staráme, dar pokoja a spolupatričnosti.

Záver

Keďže človek trpiaci demenciou má spravidla zníženú toleranciu k obmenám vo svojom jedinečne ideálnom a osobne nastavenom prostredí, nedisponuje už rezervnou kapacitou na adaptáciu. Od tých, ktorí s pacientom s demenciou pracujú, sa vyžaduje jemné vyladenie prístupu tak, aby boli podľa možnosti čo najviac v súlade s jeho osobnosťou. Úplne vylúčený by mal byť odosobnený a mechanistický prístup (8).

Teda, je veľmi dôležité pristupovať k ľuďom postihnutých demenciou s láskou, s vedomosťami a spôsobilosťami komunikácie preukazujúcej úctu a dôstojnosť. Prijatie multidimenzionality človeka si vyžaduje akceptovanie nevyhnutnosti toho, že je potrebné na neho pôsobiť vo všetkých jeho dimenziách (6).

Práve validáciu Naomi Feil by sme mohli považovať za prístup, ktorý v sebe spája všetky uvedené atribúty.

Literatúra

1. Molnárová Letovancová K, Hromková M, Slaná M. Demencia ako jedna z tém v paliatívnej starostlivosti. In: Zborník z 8. ročníka medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave; 2018: 52-59.
2. Letovancová K, Kovalčíková N, Dobříková P. Attitude of society towards people with mental illness: the result of national survey of the Slovak population. *International Journal of Social Psychiatry*. 2017;63(3):255-260.
3. Feil N. Medzinárodný workshop Validácia s Naomi Feil. Bratislava: OZ Terapeutika; 2. 3. 2015.
4. Feil N. Validation Therapy. *Geriatric Nursing*. 1992;13(3):129-133.
5. Feil N. Validation: Ein Weg zum Verstandnis verwirrter alter Menschen. Munchen: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG; 2002.
6. Dobříková-Porubčanová P, et al. Nevyliečiteľne chorí v súčasnosti. Význam paliatívnej starostlivosti. Trnava: SSV; 2005.
7. Feil N. Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirten alten Menschen. Munchen – Basel: Ernst Reinhardt Verlag, GmbH & Co KG; 2004.
8. Tavel P. Psychologické problémy v starobe I. Pusté Úľany: Schola Philosophica; 2009.

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD. et PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave
Univerzitné námestie 1,
918 43 Trnava
patricia.dobrikova@truni.sk



Nebulizačná liečba

MUDr. Peter Michalka, PhD.

Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, CINRE, Bratislava

Nebulizačná liečba patrí k dôležitým liečebným a podporným metódam, umožňuje neinvazívnym spôsobom dopraviť liečivo priamo do pľúc a následne do krvného riečiska. Veľký priestor a pomerne veľká miera prekrvenia pľúc poskytuje výbornú možnosť pre podávanie liečiv bez rizika ich rozloženia a metabolizovania. Nebulizátory by vo všeobecnosti mali produkovať biologicky účinné častice, t. j. častice veľkosti 1 – 5 µm. Poznáme tri hlavné typy konvenčných nebulizátorov – dýzové, ultrazvukové a membránové. Najefektívnejšie sú membránové nebulizátory. Hlavné faktory depozície aerosólu sú veľkosť častíc, spôsob dýchania, vek a stav pľúc. Podstatný faktor, od ktorého závisí miera absorpcie, je hrúbka bunkového epitelu a hlienu nad epitelom. V ďalšom texte prinášame praktické rady pri podávaní jednotlivých liečiv inhalačne.

Kľúčové slová: nebulizácia, distribúcia, nebulizátory, aerosól, klírens dýchacích ciest

Nebulization therapy

Nebulization therapy is an important treatment and supportive method, allowing non-invasive delivery of the drug directly into the lungs and then into the bloodstream. The large space and relatively large rate of blood flow in the lungs gives excellent room for drug delivery without risk of their distribution and metabolism. Nebulizers should generally produce biologically active particles, i.e. particles of 1 – 5 µm. There are three main types of conventional nebulizers – nozzle, ultrasonic and membrane. Membrane nebulizers are most effective. The main factors of aerosol deposition are particle size, respiration pattern, age and lung condition. The essential factor on which the rate of absorption depends is the thickness of the cell epithelium and mucus over the epithelium. Hereinafter, we provide practical advice on the administration of individual drugs by inhalation.

Key words: nebulization, distribution, nebulizers, aerosol, airway clearance

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):9-13

Úvod

Nebulizačná liečba patrí k dôležitým liečebným/podporným metódam. Ide o neinvazívne dopravenie liečiva priamo do pľúc a krvného riečiska. Umožňuje aplikovať danú liečbu u spontánne ventilujúcich pacientov, ale aj u pacientov na podpornej alebo umelej pľúcnej ventilácii (UPV). **Veľký priestor a pomerne veľká miera prekrvenia pľúc dáva výbornú možnosť pre podávanie liečiv bez rizika ich rozloženia a metabolizovania** (1). Podľa zámeru liečby a plánovaného efektu je potrebné liečivo dostať do rôznych oblastí pľúc. Rozdiel môže byť buď na podklade distribúcie receptorov, alebo v čo najrýchlejšom prieniku liečiva do krvného obehu (2).

Nebulizátor je pomerne jednoduché zariadenie, ktoré je schopné premeniť roztok na aerosól. Inhalačný systém umožňuje dopraviť liečivo do požadovaných častí pľúc. To je však ovplyvnené mnohými faktormi, z ktorých najpodstatnejším je veľkosť aerosólových častíc. Vo všeobecnosti sa za biologicky aktívnu považuje frakcia aerosólových častíc vo veľkosti od 1 do 5 µm (3). Veľkosť

aerosólových častí významne závisí od výkonu nebulizátora.

Výhody nebulizačnej liečby:

- Silný lokálny účinok bez celkového zaťaženia organizmu.
- Účinok liečiva aj v extrémnych periférnych oblastiach dolných dýchacích ciest (DC) (vrátane alveol).
- Umožňuje dosiahnuť požadovaný účinok v pomerne krátkom čase, bez nutnosti aktívnej spolupráce pacienta („stačí len dýchať“).
- Umožňuje znížiť nežiaduce vedľajšie účinky liečiv v porovnaní so systémovým podaním.

Inhalačné systémy – nebulizátory

Poznáme tri hlavné typy konvenčných nebulizátorov – **dýzové, ultrazvukové a membránové**. Rozdielne spôsoby atomizácie kvapaliny okrem iného ovplyvňujú aj veľkostnú distribúciu častíc. Vo všeobecnosti by mali produkovať častice s priemerom v rozmedzí 1 – 5 µm. Keďže nebulizátory vytvárajú aerosól s konštantným tokom, nie sú náročné na koordináciu nádychu s aktiváciou nebulizácie (4).

Dýzové nebulizátory pracujú na princípe Venturiho trubice a sú schopné emitovať častice o veľkosti 5 – 10 µm. Nezanedbateľným negatívnym faktorom je zvyškový objem, ktorý predstavuje 0,8 – 1,4 ml, čo je cca 30 – 50 % liečiva. Pri tomto type nebulizácie dochádza k miernemu ochladeniu kvapaliny (5).

V ultrazvukových nebulizátoroch sa vysokofrekvenčnými vibráciami (1 – 3 MHz) vytvára v roztoku stojaté vlnenie, ktoré na hladine spôsobí tvorbu aerosólu. Pri vibráciách dochádza k ohrevu kvapaliny, preto táto technika nie je vhodná pri tepelne labilných liečivách. Ultrazvukové nebulizátory emitujú častice o veľkosti 3 – 5 µm. Zvyškový objem liečiva je 0,5 – 1,0 ml, t.j. 20 – 40 % liečiva (5).

V membránových nebulizátoroch je kvapalnú liečivo prehnané cez vibrujúcu membránu s množstvom malých otvorov a tým sa z neho tvorí aerosól. Membránové nebulizátory sa delia na aktívne a pasívne. Pri **aktívnych** membrána s približne 1 000 – 4 000 otvormi vibruje rýchlosťou 128 000 za sekundu (~130 kHz). V **pasívnych** membránových nebulizátoroch je kvapalina rozhyba-

Obrázok 1. Dýzový nebulizátor (archív autora)

ná ultrazvukovým rohom cez mriežku s množstvom otvorov. Výhodou je, že tento typ nebulizátorov neohrieva liečivo a komôrku nebulizátora je možné mať kontinuálne vsadenú do okruhu ventilátora. Vytvorený aerosól je pomerne stabilný a veľkosť častíc sa pohybuje od 1 do 5 μm (priemer 3,1 μm). Má najmenší zvyškový objem liečiva 0,1 ml, čo predstavuje 4 % liečiva (6). Preto je tento typ nebulizátora veľmi efektívny. Obrázky 1 – 3 ukazujú rôzne typy nebulizátorov.

Depozícia aerosólu

Poznáme 3 hlavné faktory, ktoré ovplyvňujú depozíciu liekov v respiračnom trakte: veľkosť častíc aerosólu, spôsob dýchania, vek/stav pľúc (3). Z nich je najjednoduchšie kontrolovať veľkosť aerosólu.

Pri vstupe do pľúc sa môžu nebulizované kvapky ukladať **3 mechanizmami**. Väčšie kvapky sa môžu ukladať **impakciou** na bifurkácii dýchacích ciest, zatiaľ čo menšie aerosóly sa ukládajú viac **sedimentáciou** a **difúziou** v menších dýchacích cestách a alveolách (8).

Nebulizátory neprodujú kvapky len jednej veľkosti, t. j. monodisperzné. Produované kvapky skôr predstavujú distribúciu 10-násobného rozsahu. Snáď najjednoduchšou a najužitočnejšou veličinou je hmotnostný stredný aerodynamický priemer (Mass Median Aerodynamic Diameter – MMAD) (3). Taktiež dôležitým faktorom, ktorý určuje, kde dopadne kvapka špecifickej veľkosti, je rýchlosť inhalovaného aerosólu. Čím vyššia je rýchlosť, tým je väčšia pravdepodobnosť, že sa kvapka zachytí v horných dýchacích cestách. Depozícia častíc v dýchacom trakte je závislá od rozmerov, hustoty, tvaru, povrchových vlastností častíc, ale taktiež

Obrázok 2. Ultrazvukový nebulizátor (ilustračný obrázok, <https://www.jekshop.cz/Ultrazvukovy-inhalator-Omron-NE-U780-d3708.htm>)

od dýchania pacienta. Všetky inhalované častice s priemerom menším ako 10 μm sú biologicky účinné.

Absorpcia terapeutických aerosólov v pľúcach

Vďaka veľkému vnútornému povrchu pľúc je inhalácia veľmi efektívnou cestou podávania liečby. Podstatný faktor, od ktorého závisí miera absorpcie, je hrúbka bunkového epitelu. Epitel sa smerom do periférie stenčuje, hrúbka epitelu v horných dýchacích cestách dosahuje okolo 60 μm a v dolných dýchacích cestách okolo 0,2 – 0,7 μm (7). Pohárikové bunky a riasinky sú hlavnými činiteľmi tzv. mukociliárneho eskalátora. Ten predstavuje hlavný samoočistovací mechanizmus pľúc. Vďaka tomuto systému sú nerozložiteľné častice usadené v dýchacích cestách efektívne vyplavované von z pľúc pohybujúcim sa hlienom (8). Preto je veľmi dôležité udržiavať dýchacie cesty vlhké. Alveolárne bunky sú extrémne tenké (< 0,2 μm) a umožňujú vysokú priepustnosť látok do krvi (7), teda aj vysokú mieru difúzie liečiva z aerosólu do krvného obehu z oblasti alveol. V tejto oblasti je biodostupnosť takmer 100 %, takže tento spôsob podania liečby je porovnateľný s intravenóznym podaním (8). Okrem časticových nosičov s vhodnými vlastnosťami je rýchlosť rozpúšťania ovplyvnená aj množstvom a zložením hlienu v mieste depozície (9).

Na absorpciu liečiv v pľúcach má vplyv:

1. rozpustnosť sekrétu nad epitelom a samotná priepustnosť pľúcneho epitelu,

Obrázok 3. Membránový nebulizátor (ilustračný obrázok, <http://medis.sk/product/aeroneb-solo-jednorazove-pouzitie/>)

2. čistiace mechanizmy pľúc,
3. ciele miesto depozície aerosólu v pľúcach.

Praktické poznámky k použitiu nebulizačnej liečby počas umelej pľúcnej ventilácie

Významnou výhodou membránových nebulizátorov v zmysle udržiavania asepsy je možnosť ponechať komôrku nebulizátora trvalo v okruhu ventilátora (10, 11). Neovplyvňuje teplotu nebulizovaného liečiva ani vyparovanie roztoku v nebulizačnej komôrke, a tak nemení jeho fyzikálno-chemické vlastnosti. Membránové nebulizátory majú minimálny reziduálny objem liečiva, tým zvyšujú efektívnosť liečby a umožňujú redukovať dávku liečiva oproti iným nebulizátorom (6).

Správne uloženie nebulizátora počas umelej pľúcnej ventilácie (10):

1. na inspiračnú vetvu (obrázok 4),
2. pred zvlhčovacou komorou na suchú stranu – najefektívnejšia pozícia (odporúča sa aj u novorodencov s cieľom zmenšenia mŕtveho priestoru) (obrázok 5),
3. pri vysokofrekvenčnej ventilácii je najefektívnejšia pozícia tesne pred kanylou,
4. pri jednocestnom okruhu je vhodné umiestnenie za expiračným ventilom (obrázok 6).

Nebulizačnú liečbu možno použiť aj s vysokoprietokovou nazálnou oxygenoterapiou (HFNO). V tomto prípade je najefektívnejšie umiestnenie nebulizačnej komôrky v oblasti zvlhčovacej komory. Na homogenitu rozloženia aerosólu v dýchacích cestách má významný vplyv prietok vzduchu. Pri HFNO

Obrázok 4. Umiestnenie nebulizátora na inšpiračnú vetvu (11)



bolo najhomogénnejšie rozloženie liečiva v dýchacích cestách pri prietoku vzduchu 10 l/min. Najmenšia homogenita rozptylu je pri prietoku vzduchu 50 l/min. (12).

Nebulizačné možnosti jednotlivých liečiv

Mukolytiká

N-acetylcysteín

- **Charakteristika:** mukolytikum, uľahčuje zvlhčenie DC, antioxidantný efekt.
- **Riedenie:** nebulizuje sa priamo obsah ampulky určenej na i. v. liečbu – neriedi sa.
- **Indikácie:** porucha tvorby hlienu a jeho transportu, infekcie dolných dýchacích ciest, CHOCHP, bronchiálna astma, exacerbácia bronchiektázií, cystická fibróza, intersticiálne pľúcne procesy, zvlhčenie DC počas UVP.
- **Dávkovanie:** 2 – 3-krát denne.

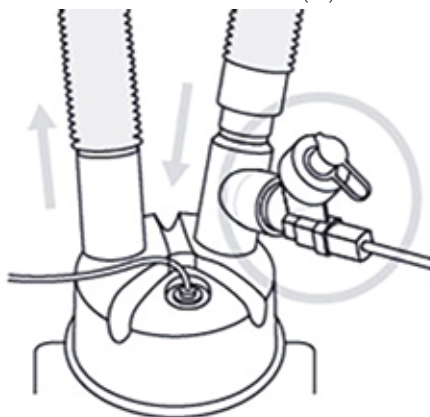
Ambrosol

- **Charakteristika:** mukolytikum, uľahčuje zvlhčenie DC, stimuluje tvorbu surfaktantu.
- **Riedenie:** neriedi sa.
- **Indikácie:** porucha tvorby hlienu a jeho transportu, infekcie dolných dýchacích ciest, CHOCHP, bronchiálna astma, exacerbácia bronchiektázií, cystická fibróza, intersticiálne pľúcne procesy, zvlhčenie DC počas UVP.
- **Dávkovanie:** na nebulizáciu sa používa priamo určený roztok. Nebulizuje sa 3-krát denne.

3 – 6 % roztok NaCl

- **Charakteristika:** sekretostimulácia pohárikových buniek.
- **Indikácie:** indukované spútum, zvlhčenie DC počas UVP, antiedémová liečba pri bronchiolitíde a laryngitíde.
- **Dávkovanie:** nebulizuje sa jednorazovo, možno zopakovať dávku podľa efektu.

Obrázok 5. Umiestnenie nebulizátora pred zvlhčovaciu komoru na suchú stranu (11)



Alfadornáza (deoxyribonukleáza)

- **Charakteristika:** uľahčuje rozpustenie hlienu v dýchacích cestách na základe hydrolýzy DNA v spúte. Významne znižuje viskozitu a elasticitu spúta.
- **Upozornenie:** spôsobuje významnú hlienotvornosť až kopiózne hlieny.
- **Indikácie:** cystická fibróza – pri FVC viac ako 40 % NH, pri hustom, viskóznom hliene u pacientov na UVP.
- **Dávkovanie:** 1-krát denne – max. 2-krát denne.

Bronchodilatanciá

Salbutamol

- **Charakteristika:** rýchlo pôsobiace beta-mimetikum, bronchodilatancium.
- **Riedenie:** roztok určený na nebulizáciu (5 mg/1 ml) sa riedi s fyziologickým roztokom (FR).
- **Indikácie:** bronchospazmus, infekcie dolných dýchacích ciest, exacerbácia bronchiektázií, bronchiolitída, CHOCHP, bronchiálna astma, exacerbácia intersticiálnych pľúcnych procesov, hyperkaliémia.
- **Dávkovanie:** nie je určená maximálna dávka, možno podávať aj v kontinuálnej nebulizácii. Limitáciou je tachykardia. Nebulizuje sa 0,5 – 1 ml/2 – 4 ml FR á 4 hod., 1 – 2 ml/4 ml FR pri hyperkaliémii. Pri kontinuálnom podávaní: 1 – 2 ml/100 ml FR kontinuálne v dávke 1 – 2 mg/hod.

Ipratropium bromid

- **Charakteristika:** rýchlo pôsobiace anticholinergikum, bronchodilatancium, synergický efekt s beta-mimetikom. V SR nie je registrovaný.

Obrázok 6. Umiestnenie nebulizátora pri jednotnom okruhu (15)



- **Indikácie:** bronchospazmus, infekcie dolných dýchacích ciest, exacerbácia bronchiektázií, bronchiolitída, CHOCHP, bronchiálna astma, exacerbácia intersticiálnych pľúcnych procesov.
- **Dávkovanie:** 250 ug/1 ml alebo 500 ug/2 ml sa nebulizuje 3 – 4-krát denne.
- **Upozornenie:** vysoké dávkovanie je kontraindikované pri glaukóme. Počas nebulizácie pri glaukóme sa treba vyhnúť tomu, aby sa liečivo dostalo do očí.

Kortikoidy

Budesonid

- **Riedenie:** budesonid (1 mg) + 2 ml FR (určený prípravok na nebulizáciu).
- **Indikácie:** exacerbácia bronchiálnej astmy, exacerbácie chronických obštrukčných pľúcnych chorôb, dyspnoe, úporný kašeľ – hyperreaktivita dýchacích ciest, doplnok antiedémovej liečby.
- **Dávkovanie:** 2 – 3-krát denne alebo podľa potreby.
- **Upozornenie:** pri nebulizácii zabrániť styku liečiva s kožou tváre a s očami.

Solumedrol, hydrokortizón, dexametazón – off label podanie

- **Riedenie:** na nebulizáciu možno použiť 40 mg solumedrolu zriedeného 2 – 3 ml FR, hydrokortizón zriedený 2 – 3 ml FR, dexametazón sa neriedi.
- **Indikácie:** exacerbácia bronchiálnej astmy, exacerbácie chronických obštrukčných pľúcnych chorôb, dys-

pnoe, úporný kašeľ – hyperreaktivita dýchacích ciest, doplnok antiedémovej liečby.

- **Dávkovanie:** 2 – 3-krát denne alebo podľa potreby.
- **Upozornenie:** pri nebulizácii zamedziť styku liečiva s kožou tváre a očami.

Antibiotiká

Jednotlivé druhy antibiotík, ktoré možno nebulizovať, uvádza tabuľka 1. Výhody nebulizačného podania antibiotík (13):

- Sú podávané priamo na miesto infekcie.
- Dosiahnu vysokú lokálnu koncentráciu oproti systémovému podaniu.
- Rovnomerne sa distribuujú v dýchacích cestách.
- Vstrebávajú sa minimálne, vďaka čomu sa minimalizuje ich toxicita.
- Inhalačné antibiotiká pôsobia hlavne v oblasti bronchov a bronchiolov, v ktorých sa nachádza spútum.
- Redukuje sa dlhodobé podávanie i. v. alebo p. o. antibiotickej liečby pri chronických chorobách.

Indikácie sú doplnková liečba k systémovej antibiotickej liečbe a profylaktická liečba, infekcie dolných dýchacích ciest, cystická fibróza, exacerbácia bronchiektázií, exacerbácia intersticiálnych pľúcnych procesov v zmysle infekcie.

Možné nežiaduce účinky a kontraindikácie:

- **kolistín:** nepríjemná chuť, kašeľ, podráždenie hrdla, sťažené dýchanie, zastretý hlas, riziko bronchospazmu (možno aplikovať bronchodilatanciá);
- **tobramycín:** pri nefrotoxite prerušiť liečbu, pokiaľ koncentrácia tobramycínu v sére neklesne pod 1 µg/ml;
- **levofloxacin:** kašeľ, nepríjemná chuť, únava, slabosť, predĺženie Q-T intervalu, hepatopatia. Kontraindikáciou je gravidita, dojčenie, epiparoxysmus?

Analgetiká

Metoxyflurán (Penthrox)

- **Riedenie:** neriedi sa.
- **Charakteristika:** rýchla úľava od stredne silnej až silnej bolesti.
- **Indikácie:** bolestivé stavy pri nemožnosti systémového podania lieku (urgentná medicína, paliatívna medicína).

Tabuľka 1. Antibiotiká, ktoré je možné nebulizovať – v tabuľke sú uvedené dávkovania pre jednotlivé antibiotiká

Antibiotikum	Dávka	Dávka/deň	Poznámka
Kolistín	1 – 2 MIU	3	primárne na i. v. aplikáciu
Colobreathe	1 662 500 IU/ 1 kapsula	2 – 3	primárne na inhalačnú aplikáciu, Turbospin
Kolomycín	1 – 2 MIU	3	primárne na nebulizačnú liečbu
Gentamycín	20 – 80 mg (160 – dospelí)	2	primárne na i. v. aplikáciu
Tobramycín/TOBI, Bramitob	300 mg	2	28-denné intervaly, pri ťažkej infekcii striedať s kolistínom
Tobramycín prášok na inhaláciu (TIP)	112 mg/4 kapsuly	2	nebulizačne
Levofloxacin/QUINSAIR	240 mg	2	len dospelí nad 18 rokov
Imipenem/cilastatin	1 000/500 mg	2	
Aztreonam lysin/CAYSTON	75 mg	3	28-denné intervaly (USA)
Amikacin/ARIKACE	500 mg	2	eFlow nebulizátor, 28-dňový cyklus
Karbenicilín	1 000 mg	2	
Vankomycín (AeroVanc)	4 mg/kg/dávka	4	MRSA, prášok na inhaláciu
Amfotericín B	6 – 10 mg	2	aspergilóza, po Tx pľúc
Ceftazidim	1 000 mg	2	pení, nekomfortný
Ciprofloxacín (lipozomálny)	?		klinické skúšanie
Fosfomycín/tobramycín kombinácia	?		klinické skúšanie

- **Dávkovanie:** 1 – 2-krát denne, max. 6 ml/deň a 15 ml/týždeň.

Morfin – off label podanie

- **Charakteristika:** opioidné analgetikum na tlmenie silnej bolesti.
- **Riedenie:** 5 mg do 2 – 6 ml FR, max. 10 mg.
- **Indikácie:** dyspnoe, bolesť, dráždivý kašeľ.
- **Dávkovanie:** 2 – 4-krát denne 5 mg (min. FEV₁ 0,4 l).
- **Nežiaduce účinky:** kašeľ.

Fentanyl – off label podanie

- **Charakteristika:** syntetické opioidné analgetikum na tlmenie silnej bolesti.
- **Riedenie:** 100 – 300 µg do 2 – 6 ml FR.
- **Indikácie:** dyspnoe, kašeľ, tolerancia orotracheálnej kanyly pri prebúdzaní, prevencia abstinenčného syndrómu po analgosedácii.
- **Dávkovanie:** 2 – 4-krát denne.

Anestetiká

Mezokain 1 %, tetrakain 0,5 – 1 %, lidokain 4 – 10 %, markain 0,5 % – off label podanie

- **Riedenie:** neriedi sa.
- **Indikácie:** pred invazívnym výkonom (napr. bronchoskopia), dráždivý kašeľ nereagujúci na bežnú medicínu, prevencia podráždenia z kanyly pri weaningu.

- **Dávkovanie:** pred výkonom jednorazovo. Pri ostatných indikáciách 1 – 2-krát denne.

Ketamín, dexmedetomidín, midazolam – off label podanie

- **Riedenie:** do 2 – 6 ml FR.
- **Indikácie:** premedikácia, prevencia delirantných stavov pri vysadzovaní analgosedácie.
- **Dávkovanie:** ketamín 2 mg/kg; dexmedetomidín 2 µg/kg; midazolam 0,2 mg/kg. 30 minút pred celkovou anestéziou. Pri prevencii delirantných stavov 2 – 4-krát denne.

Ostatné liečivá

Adrenalin

- **Riedenie:** riedi sa s fyziologickým roztokom alebo sa podáva neriedený.
- **Indikácie:** laryngospasmus/bronchospasmus, edém v oblasti Reinkeho priestoru laryngu, anafylaktická reakcia, deti – ťažká akútna laryngitída, resuscitácia? (intraoseálne).
- **Dávkovanie:** jednorazovo: 0,5 – 1 mg, možno zopakovať po 20 minútach. Pri laryngospazme a laryngitíde u detí – riedenie 1 : 1 000 – 0,5 ml/kg do max. 5 ml, možno zopakovať á 15 – 20 minút.

Furosemid – off label podanie

- **Charakteristika:** kľúčkové diuretikum. Nebulizačné podanie má mini-

málny diuretický efekt. Má bronchodilatačný efekt a tlmí dýchavičnosť (útlmom aferentných dráh do CNS).

- **Riedenie:** 20 mg do 2 – 4 ml FR.
- **Indikácie:** dyspnoe, kardiálne zlyhávanie, bronchiálna astma, CHOCHP, bronchospazmus.
- **Dávkovanie:** jednorazovo, pri dobrom efekte možno zopakovať.

Iloprost – off label podanie

- **Charakteristika:** prostacyklín – vazodilatačný účinok.
- **Indikácie:** primárna pľúcna hypertenzia.
- **Dávkovanie:** 2,5 – 5 µg 6 – 9-krát denne.

Naloxón – off label podanie.

- **Charakteristika:** silný kompetitívny antagonist opioidových receptorov.
- **Riedenie:** môže sa nebulizovať priamo obsah ampulky alebo spridaním 2 – 4 ml FR.
- **Indikácie:** pri podozrení alebo intoxikácii opioidmi, pri nemožnosti iného spôsobu podania antidota.
- **Dávkovanie:** 400 µg až do dávky 2 000 µg.

Inzulín – off label podanie

- **Riedenie:** inzulín + 2 – 6 ml FR.
- **Indikácie:** hyperglykémia, diabetes mellitus typ 1 a 2.
- **Dávkovanie:** 0,2 IU/kg podľa glykémie.

Heparín – off label podanie

- **Riedenie:** riedi sa s FR 2 – 4 ml.
- **Indikácie:** ARDS, pneumónia, inhalčná trauma – popálenina.
- **Dávkovanie:** 5 000 IU á 4 hod. 7 dní (ARDS/pneumónia) alebo 10 000 IU á 4 hod. 7 dní (popáleninová inhalčná trauma).
- **Popáleninový protokol:** 5000/10000 IU heparín á 4 hod. 7 dní + acetylcystein + salbutamol alebo acetylcystein/ 4 % NaHCO₃ + salbutamol á 2 hod. 7 dní.

4 % NaHCO₃ – off label podanie

- **Riedenie:** neriedi sa.
- **Indikácie:** inhalčná trauma pri popáleninách, prevencia kvasinkových infekcií.

- **Dávkovanie:** 2 – 4 ml á 2 – 4 hod. (popálenina), 2 – 4 ml á 4 – 6 hod. (prevencia kvasiniek).

Surfaktant (Curosulf 2-krát 120 mg/1,5 ml)

- **Charakteristika:** prírodný surfaktant pripravený z prasacích pľúc, obsahujúci prevažne polárne lipidy, najmä fosfatidylcholin a proteíny SP-B a SP-C.
- **Riedenie:** 4 – 6 ml FR.
- **Indikácie:** RDS, ARDS (off label podanie).
- **Dávkovanie:** RDS – lavážou 100 – 200 mg/kg, ak je treba po 12 hodinách 100 mg/kg. ARDS – nebulizačne nízka účinnosť, skôr laváž pomocou bronchoskopie (1. podanie – 1 440 mg; ak respondér 2. podanie – 840 mg).

Novoseven – off label podanie

- **Charakteristika:** rekombinantný koagulačný faktor VIIa.
- **Riedenie:** 50 µg/kg, riedi sa 4 – 6 ml FR.
- **Indikácie:** v rámci kazuistik použité sporadicky pri difúznej alveolárnej hemorágii. Podávanie formou laváže alebo nebulizačne.
- **Dávkovanie:** jednorazovo alebo možno ešte raz zopakovať podanie.

Záver

Nebulizačná liečba umožňuje neinvazívnym spôsobom dopraviť liečivo priamo do pľúc a následne aj do krvného riečiska. V jednoduchosti možno povedať, že „stačí len dýchať“. Ďalšími výhodami sú silný lokálny účinok bez celkového zaťaženia organizmu, pôsobenie liečiva aj v periférnych oblastiach dolných dýchacích ciest, efekt liečby za pomerne krátky čas a zníženie rizika nežiaducich vedľajších účinkov liečiv v porovnaní so systémovým podaním. Tento spôsob liečby umožňuje aplikovať liečivo u spontánne ventilujúcich pacientov aj u pacientov na podpornej alebo umelej pľúcnej ventilácii. Ako liečebná a podporná metóda je pre dostupnosť, jednoduchosť a zoznam touto cestou aplikovateľných liečiv ďalšou metódou voľby paliatívnej intervencie.

Literatúra

1. Boe J, Dennis JH, O'Driscoll BR, Bauer TT, Carone M, Dautzenberg B, Diot P, Heslop K, Lannefors L. ERS European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers. *European Respiratory Journal*. 2001;18:228-242.
2. Labiris N, Dolovich M. Pulmonary drug delivery. Part I: Physiological factors affecting therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2003;56(6):588-599. DOI: 10.1046/j.1365-2125.2003.01892.x. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1365-2125.2003.01892.x>.
3. Hinds W. *Aerosol technology: properties, behavior, and measurement of airborne particles*. 2nd ed. New York: Wiley; 1999.
4. Ari A, Fink JB, Dhand R. Inhalation therapy in patients receiving mechanical ventilation: an update. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv*. 2012;25(6):319-332.
5. *Clinical Guard*. 2014. Difference between ultrasonic nebulizer and nebulizer compressor [online]. Available from: <http://www.clinicalguard.co.uk/difference-between-ultrasonic-nebulizer-and-nebulizer-compressor-a-17.html>. Accessed 9 June, 2016.
6. Carvalho TC, McConville JT. The function and performance of aqueous aerosol devices for inhalation therapy. *J Pharm Pharmacol*. 2016;68(5):556/578.
7. Javorka K, et al. *Lekárska fyziológia: učebnica pre lekársku fakultu*. 3. prepracované a doplnené vyd. Martin: Osveta; 2009.
8. Patton J, Byron P. Inhaling medicines: delivering drugs to the body through the lungs. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2007;6(1):67-74. DOI: 10.1038/nrd2153. ISSN 1474-1776. Available from: <http://www.nature.com/doi/10.1038/nrd2153>.
9. Ruge Ch, Kirch J, Lehr CM. Pulmonary drug delivery: from generating aerosols to overcoming biological barriers – therapeutic possibilities and technological challenges. *The Lancet Respiratory Medicine*. 2013;1(5):402-413. DOI: 10.1016/S2213-2600(13)70072-9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260013700729>.
10. Ari A, Atalay OT, Harwood R, et al. Influence of nebulizer type, position, and bias flow on aerosol drug delivery in simulated pediatric and adult lung models during Mechanical ventilation. *Respir Care*. 2010;55(7):845-851.
11. Aerogen®. Aerogen® Solo. High performance nebuliser. Set-up guide.
12. Alcoforado L, de Melo Barcelar J, Brandão SS, et al. Comparison of aerosol deposition with heated and unheated high flow nasal cannula (HFNC) in healthy adults. Poster at ATS 2016.
13. Bassetti M, Luyt CE, Nicolau DP, Pugin J. Characteristics of an ideal nebulized antibiotic for the treatment of pneumonia in the intubated patient. *Ann Intensive Care*. 2016;6(1):35. doi:10.1186/s13613-016-0140-x.
14. Available from: <www.adc.sk>.
15. Velasco JM, Berlinski A. Aerosol Delivery in a Pediatric Model of Non-Invasive Ventilation. Poster presented at the American Thoracic Society International Conference, San Francisco, California. 2016.

MUDr. Peter Michalka, PhD.

OAIM, CINRE
Tematínska 5/A,
851 05 Bratislava
peter.michalka@cinre.sk



Vybrané komunikačné úskalia geriatrickej paliatívnej starostlivosti

MUDr. Lucia Šimoňáková

Oddelenie vnútorného lekárstva a geriatrickej, FNsP J. A. Reimana, Prešov

Zomieranie síce prirodzene patrí do geriatrického veku, ale odklon moderného človeka od prírody je taký výrazný, že si to musí nanovo pripomínať. Starnutie a zomieranie sa v celom vyspelom svete presunulo do nemocníc a ústavov. Geriatrické špecifiká paliatívnej starostlivosti sú dané aj prítomnosťou okolností, ktoré súvisia so starobou, najmä multimorbiditou, geriatrickými syndrómami, vnímaním smrti samotným seniorom, možnosťami liečby v teréne starobných zmien a sociálnym zázemím. Špecifická je aj komunikácia so starým pacientom a jeho opatrovateľom v situácii rozhodovania o paliatívnom prístupe, ako i pri samotnom zomieraní seniora.

Kľúčové slová: staroba, demencia, zomieranie, paliatívna starostlivosť, komunikácia

Selected communication problems of geriatric palliative care

The dying in advanced age is natural but the denaturalization of a modern man is so evident that there is a need to remind it again. Ageing and dying moved into hospitals and nursing homes in all developed countries of the world. The hallmarks of geriatric palliative care which distinguish it from other clinical approaches are caused by age-related circumstances such as multimorbidity, geriatric syndromes, the perception of death by an elderly, limited treatment options and social background. Also, communication with elderly patients and their care providers is specific in different situations from a palliative approach decision making to the dying of a senior.

Key words: elderly, dementia, dying, palliative care, communication

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):14-22

Úvod

Možnosti modernej medicíny významne zmenili beh ľudského života. Ľudia dnes žijú dlhšie a omnoho kvalitnejšie než kedykoľvek v histórii. Vedecký pokrok však premenil starnutie a umieranie na lekársku záležitosť. Starnutie a zomieranie sa v celom vyspelom svete presunulo do nemocníc a ústavov. Posledné dni trávim v zariadeniach, kde nás zavedená rutina odtrháva od všetkého, čo je pre nás dôležité. Naša neochota bez zábran skúmať skúsenosť starnutia a zomierania spôsobila, že ľuďom ubližujeme, pretože im odopierame útechu, ktorú potrebujú najviac zo všetkého. Smrť nie je zlyhanie. Smrť je prirodzená. Môže byť nepriateľom, ale je to neoddeliteľná súčasť životného poriadku. Boj s vlastnou smrteľnosťou je bojom o udržanie integrity vlastného života, bojom o to, aby sme sa nestali bezmocnými v rukách tých, ktorým je ľahostajné, kto sme alebo kým chceme byť. Keď prídu choroby a staroba, je tento boj ešte ťažší. Odborníci a inštitúcie, na ktoré sa obraciam, by nám tento boj nemali sťažovať (1).

Vďaka rozvoju paliatívnej medicíny a implementácii jej princípov do

všetkých lekárskejších odborov nemusí byť tento boj vopred prehraný. Nasledujúci článok hľadá priesečníky paliatívnej medicíny a geriatrickej a dáva do pozornosti niektoré situácie, s ktorými sa stretáva geriatier vo svojej dennej praxi. Zameriava sa na komunikáciu s dementným pacientom a jeho príbuznými v rôznom štádiu vývoja tejto smrteľnej choroby, ale dotýka sa aj komunikácie v iných náročných situáciách, ktoré k zomieraniu prirodzene patria. Zomieranie síce prirodzene patrí do geriatrického veku, ale odklon moderného človeka od prírody je taký výrazný, že si to musí nanovo pripomínať.

Špecifiká geriatrického pacienta

Geriatrické špecifiká paliatívnej starostlivosti nie sú dané len samotným vekom, ale aj prítomnosťou okolností, ktoré so starobou súvisia (age-related) a ktoré sa v mladšom veku nevyskytujú vôbec, prípadne len s malou frekvenciou. K indikátorom a prioritám geriatrickej paliatívnej starostlivosti patria obzvlášť:

- multimorbidita a geriatrická deteriorácia s rozvojom geriatrickej krehkosti a geriatrických syndrémov,
- syndróm instability a pádov,

- syndróm imobility,
- syndróm dekonďície a hypomobility,
- syndróm geriatrickej anorexie a kachexie,
- syndróm inkontinencie,
- syndróm kombinovaného zmyslového postihnutia so zmyslovou a komunikačnou depriváciou,
- syndróm kognitívneho deficitu a delirantných stavov,
- syndróm zanedbávania a týrania starých ľudí (elder abuse and neglect),
- syndróm zanedbávania seba samého (self-neglect, Diogenov syndróm), pričom v mnohých prípadoch vrátane paliatívnej starostlivosti je výhodnejšie charakterizovať pacienta opisne, príslušným syndrómom, ako ho priradiť pod často spornú „hlavnú“ chorobu,
- zmenené psychosociálne a existenciálne konsekvencie zomierania.
- niektoré vekom podmienené ochorenia – predovšetkým Alzheimerova choroba a iné formy syndrómu demencie (2).

Paliatívnu starostlivosť vo vyššom veku ovplyvňujú starobné zmeny organizmu, multimorbidita, polyfarmácia, zmeny psychiky a sociálneho postave-

nia. Zásadné orgánové zmeny spojené so starnutím a ich klinické dôsledky zachytáva tabuľka 1.

Z existenciálnych a psychosomatických aspektov zomierania v starobe sa uplatňujú napríklad osamelosť a u niektorých seniorov strata strachu zo smrti podmienená pocitom naplnenosti a uzavretia životného príbehu (3). Starí a veľmi starí ľudia sú väčšinou vyrovnaní s faktom, že ich život speje ku koncu, niekedy tento koniec vítajú, lebo sú unavení životom, svojou chorobou, osamelosťou a stratou programu. Do symptomatológie umierania a smrti patrí aj strach. U starých ľudí je strach zo smrti menší než strach z umierania. Okrem strachu z neznáma a z predpokladaných somatických ťažkostí je to najmä strach zo straty kontroly nad svojimi funkciami a s tým spojený strach zo straty dôstojnosti a v neposlednej miere utrpenia zo straty vzťahov. Iba výnimočne sa stretávame u starých ľudí s tanatofóbiou – chorobne vystupňovaným strachom zo smrti (4).

V spoločnosti, ktorá je zameraná na výkon, sa starí ľudia často dostávajú na okraj. Práve v týchto podmienkach im hrozí, že sociálna smrť nastane skôr než biologická. Pod pojmom sociálne umieranie rozumieme stav, keď človek síce žije, ale je vylúčený z dôležitých sociálnych a interpersonálnych vzťahov, je vylúčený zo spoločnosti. Sociálna smrť je situácia, keď sú tieto zmeny trvalé a nezvratné (4).

Ďalšími špecifikami vyššieho veku sú zmeny psychiky a sociálnej situácie, ku ktorým patrí: osamelosť, zhoršená dostupnosť zdravotnej a sociálnej starostlivosti, strata partnera, deti v seniorskom veku, znížená adaptačná schopnosť.

Indikátory na začatie geriatrickej paliatívnej starostlivosti môžeme rozdeliť na nešpecifické a špecifické pre jednotlivé ochorenia. Do prvej skupiny nešpecifických, resp. nezávislých indikátorov zaraďujeme:

- syndróm geriatrickej krehkosti,
- funkčnú závislosť,
- kognitívny deficit,
- symptómovú záťaž,
- potrebu podpory rodiny.

Medzi indikátory paliatívnej starostlivosti špecifické pre ochorenia patria:

Tabuľka 1. Vekom podmienené orgánové zmeny (podľa 4, 5, 6)

Orgán/sústava	Zmeny spôsobené starnutím	Klinické dôsledky
Centrálna nervová sústava	redukcia počtu axónov, dendritov, synapsí, neurónov, gangliových buniek, astrocytov, ukladanie pigmentu, poruchy v metabolizme glukózy a kalcia	znížená rýchlosť prijímania informácií, sťažené rozdeľovanie pozornosti a učenie, narušená plynulosť reči, zvýšený reakčný čas
Kardiovaskulárny systém	ateroskleróza koronárnych aj ostatných tepien, hypertrofia komôr a predsiení, skleróza chlopní, spomalená regulácia, involúcia prevodového systému, zníženie minútového objemu	artériová hypertenzia, srdcové zlyhanie, aortálna stenóza, riziko pádov, cievne mozgové príhody, synkopy
Respiračný systém	pokles sily dýchacích svalov, znížená poddajnosť hrudnej steny, zvýšený prah kašľového reflexu, zhoršená hrudná kyfóza sťažujúca prácu svalov	redukcia vitálnej kapacity pľúc, zhoršenie očistnej činnosti pľúc, zníženie tolerancie záťaže
Vylučovacia sústava	znížená koncentračná a dilučná schopnosť obličiek, znížená glomerulárna filtrácia, zánik nefrónov, zníženie elasticity a kapacity močového mechúra, benígna hyperplázia prostaty u mužov, atrofia vonkajšieho ústia uretry u žien	renálna insuficiencia zhoršovaná komorbiditami (diabetes mellitus, hypertenzia, srdcové zlyhanie) a nefrotickou liečbou, zvýšené riziko močovej retencie alebo inkontinencie
Oporný a pohybový systém	zníženie svalovej hmoty, sily a vytrvalosti, ukladanie lipofuscínu do svalových vlákien, pokles enzymatickej aktivity v svaloch, znížená elasticita a pevnosť väzov, strata elasticity chrupky, znížený obsah minerálov v kostiach (od 35. – 40. roku života)	sarkopénia, osteoporóza, frailty (krehkosť), instabilita s pádmi, fraktúry krčka stehnej kosti s možným rozvojom imobilizačného syndrómu
Tráviaca sústava	vypadávanie zubov, zhoršenie žuvacej funkcie, znížená sekrécia slín a tráviacich štiav, zmenšenie pečene, redukcia prietoku krvi pečene, pokles tvorby žlče, zhoršenie funkcie sfinkterov, zníženie sekrécie inzulínu	dysfágia, dyspepsia, reflux, zmeny farmakokinetiky, spomalená transformácia liekov, častejší výskyt nežiaducich účinkov, porucha metabolizmu glukózy
Koža	redukcia melanocytov, znížená produkcia vitamínu D, zhoršené hojenie rán	kožné nádory, osteomalácia, tendencia k vzniku chronických kožných rán
Zrak	pokles zrakové ostrosti, zníženie elasticity šošovky, zánik senzorických elementov na periférii sietnice, zúženie zorného poľa	vývoj presbyopie od 40. roku veku, po 60. roku výrazné zhoršenie, pomalá adaptácia na tmú a svetlo
Sluch, ostatné zmysly	poruchy vnímania najmä vyšších tónov, oslabenie pocitu smädu, zhoršenie tepelnej regulácie, redukcia vnímania bolesti u niektorých ľudí	presbykúzia, dehydratácia, podchladenie alebo prehriatie
Imunitný systém	zvýšená odpoveď na autoantigén, znížená odpoveď na xenoantigén, znížená imunologická pamäť, horšia funkcia imunoglobulínov	sklon k infekciám s proťahovaným priebehom, autoimunitné ochorenia

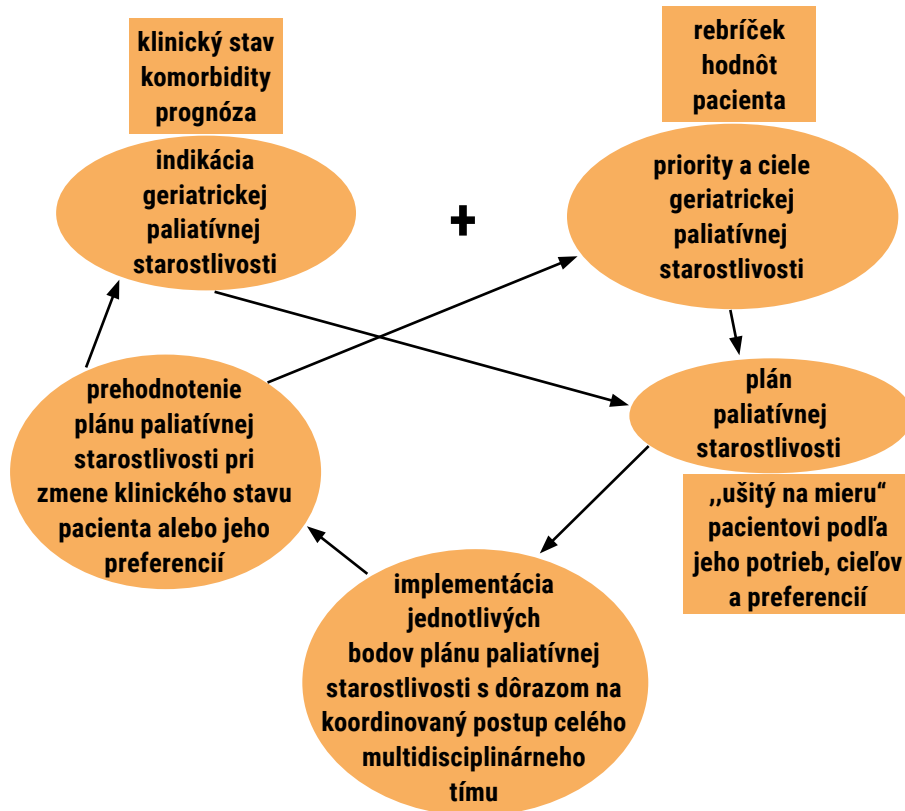
- symptomatické kongestívne zlyhanie srdca,
- chronická obštrukčná choroba pľúc,
- syndróm demencie,
- stav po cievnej mozgovej príhode,
- opakované infekčné komplikácie,
- degeneratívne kĺbové ochorenie spôsobujúce funkčný hendikep a chronickú bolesť (5, 6).

Dôležitým faktorom, resp. sériou faktorov, ktoré vplyvajú na paliatívnu starostlivosť vo vyššom veku, sú osobitosti chorôb v starobe. Multimorbidita, ako azda najtypickejšia črta geriatrickeho pacienta, už bola spomenutá. Jej

následkom v kombinácii s fyziologickými zmenami starnutia, úbytkom funkčných rezerv a oslabením adaptačných či kompenzačných mechanizmov dochádza k zmene symptomatológie a priebehu chorôb. K týmto typickým geriatrickým špecifikám klinického obrazu sa zaraďuje:

- mikrosymptomatológia – málo nápadné chorobné príznaky,
- oligosymptomatológia – chýbanie obvyklej škály príznakov,
- nešpecifické príznaky – únava ako jediný prejav kardiálnej dekompenzácie,

Obrázok 1. Plán paliatívnej liečby (podľa 4)



- príznaky iného orgánu – delírium ako prejav dehydratácie,
- sklon ku komplikáciám – kauzálnym alebo nešpecifickým (geriatrické syndrómy),
- zmenená reakcia na lieky – vysoká incidencia nežiaducich účinkov,
- sociálny rozmer chorôb v starobe – reťaz sociálnych postihov vyvolaná kumuláciou chronických ochorení, výrazne znižujúca kvalitu života.

Princípy geriatrickej paliatívnej starostlivosti

Geriatria je odvetvie medicíny, ktoré sa zaoberá diagnostikou a liečbou chorôb a problémov špecifických pre vyšší vek. Geriatri sú školení v proaktívnom spôsobe nazerania na prevenciu ochorení a zlepšovanie funkčného stavu seniorov, nie len vyliečenie vzniknutej choroby. Paliatívna starostlivosť je prístup, ktorý zlepšuje kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia problémom spojeným so závažným ochorením. Cieľom je predchádzať a zmierňovať utrpenie pomocou včasnej identifikácie, zhodnotenia a liečby bolesti a ostatných symptómov, zahŕňajúc biologické, psychosociálne a spirituálne domény. Paliatívna starostlivosť je posky-

tovaná kontinuálne počas vyvíjajúcej sa choroby a zohľadňuje autonómiu pacienta, jeho prístup k informáciám a jeho voľbu. Geriatrická paliatívna starostlivosť kombinuje tieto dve špecializácie a je postavená na nasledujúcich základných princípoch (5):

- Stanovenie a dokumentovanie individuálnych a rodinných preferencií a cieľov liečby.
- Poskytovanie starostlivosti, ktorá je zameraná na pacienta/jeho rodinu a založená na dôkazoch.
- Využívanie multidisciplinárneho tímu v prístupe k pacientovi.
- Dôkladné prehodnotenie farmakoterapie.
- Využitie interpersonálnych a komunikačných zručností spôsobom, ktorý vyústí do efektívnej výmeny informácií s pacientom, jeho rodinou a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi.
- Koordinácia starostlivosti s dôrazom na dynamiku jej cieľov v priebehu jednotlivých štádií ochorenia.
- Rešpektovanie dôležitosti opatrovania zo strany rodiny s identifikáciou a saturáciou potrieb opatrovateľov.
- Ponuka plánu liečby, ktorý zohľadňuje efektivitu nákladov, možnosti ekonomiky a zdravotného poistenia.

- Maximalizácia kvality života a funkčného stavu geriatrického pacienta.
- Poskytovanie psychosociálnej a spirituálnej podpory pacientovi aj opatrovateľom, ako aj podpory smútiacim pozostalých.

Je zrejmé, že nikdy nevyriešime všetky problémy, ktoré so sebou nevyliciteľné ochorenie do života prináša. Vždy je potrebné si spolu s pacientom stanoviť priority a pomenovať ciele liečby. Rozhodujúci je názor pacienta. Až pri takto pomenovaných cieľoch je možné posúdiť, či je daný diagnostický a liečebný postup primeraný a či prispieva k dosiahnutiu týchto cieľov. Ciele liečby by nemali byť pomenované príliš všeobecne, napríklad ako udržanie kvality života. Pod týmto heslom si každý môže predstaviť rozdielny obsah. Preto je potrebné u každého pacienta opakovane zisťovať, ktoré oblasti sú pre jeho kvalitu života dôležité a tými sa zaoberať. Predpokladom je vzťah dôvery a obojstranná otvorená komunikácia. Schematické znázornenie postupu prehodnocovania cieľov liečby a tvorby plánu liečby, ktorým sa riadi celý multidisciplinárny tím, je na obrázku 1.

Úskalia starostlivosti o geriatrického pacienta

Vzhľadom na to, že prevalencia demencie s vekom nerastie lineárne, ale exponenciálne, starostlivosť o chorého s demenciou je každodennou záležitosťou geriatra. Záleží od komorbidít dementného pacienta, v ktorom štádiu kognitívneho deficitu začne vyžadovať paliatívnu starostlivosť. V našej modernej dobe zažívame rozpor – civilizačný pokrok priniesol predĺženie ľudského veku, ale nijako neprispel k pochopeniu ľudskej slabosti, krehkosti a zraniteľnosti prichádzajúcej spolu s príznakmi demencie, ktorá síce berie výkonnosť a sebestačnosť, ale nič nemení na hodnote ľudskej bytosti a bytostnej potrebe byť rešpektovaným a ceneným až do konca jedinečného ľudského života. Ľudia s demenciou predstavujú najväčšiu skupinu ľudí vyžadujúcich trvalú opateru. Ak nám záleží na kvalite ich života, je potrebné zdokonaľovať sa v komunikačných zručnostiach a vyvarovať sa chýb, ktoré sú detailne ro-

zobrané v knihe nemeckých autoriek 100 chýb pri starostlivosti o ľudí s demenciou (7). Starostlivosť o dementného človeka je dlhodobá záležitosť (často roky), pri ktorej dochádza k emocionálnemu vyčerpaniu opatrovateľa. V našich podmienkach pociťujeme výrazný deficit podpornej starostlivosti o opatrovateľov.

Opatrovateľom geriatrického pacienta je partner – senior, resp. sprevádzajúcim nevyliciteľne chorého seniora je jeho dlhoveký partner. V tejto situácii ide často o starostlivosť o oboch partnerov s vysokým rizikom zdravotných komplikácií pre opatrovateľa/sprevádzajúceho. Psychologická a sociálna podpora je významnou súčasťou a vyžaduje vytvorenie platformy pre podporu celej rodiny. Zdravotnícky personál môže zohrať pri vytváraní tejto platformy významnú úlohu, ak na to včas myslí.

Osamelo žijúci seniori majú často nefunkčné sociálne väzby s ďalšími členmi rodiny, často je potrebné hľadať náhradné sociálne riešenie. Časté sú pocity viny a životného bilancovania, tvárou v tvár s emóciami sprevádzania u mladších rodinných príslušníkov, skrývané emócie a z toho prameniaca niekedy až agresia k opatrovateľskému tímu, vysoká citlivosť na akékoľvek zmeny vo vývoji stavu. Je potrebné aplikovať veľmi citlivú tímovú komunikáciu.

Pre geriatrických pacientov so závažnými chronickými a život ohrožujúcimi chorobami to veľmi často býva rodinný príslušník, kto je primárnou kontaktnou osobou. V prípade, že je pacient osamelo žijúci, mala by táto otázka byť v rámci nemocničnej dokumentácie zreteľne zachytená. Sociálna anamnéza je u krehkého geriatrického pacienta základnou zložkou vyšetrenia aj plánu starostlivosti.

Zásady komunikácie s ľuďmi s funkčnými a kognitívnymi deficitmi

Rešpektujeme identitu pacienta a oslovujeme ho menom alebo zodpovedajúcim titulom. Ideálne je zistiť od pacienta alebo jeho blízkych, aké oslovenie mu najviac vyhovuje. Nevyžiadané familiárne oslovenie typu „babi“ je ponížujúce. Dôsledne sa vyhýbame infantil-

zácii starého človeka. Ani s chorými so syndrómom demencie nehovoríme ako s deťmi – ani formou ani obsahom.

Chráňme pacientovu dôstojnosť, neponižujeme ho. Rešpektujeme spomalené psychomotorické tempo, chránime ho pred časovým stresom. Zdržujeme sa v zornom poli pacienta, hovoríme zrozumiteľne a udržiavame očný kontakt. Pomoc pri pohybe, odkladaní odevu či pri vyšetovaní na lôžku vždy ponúkame úmerne zdravotnému postihnutiu pacienta, nevnučujeme sa, umožňujeme používanie kompenzačných pomôcok.

Pri ústavnom ošetrovaní má komunikácia aj ošetrovateľská aktivita smerovať k podpore a udržaniu sebestačnosti a sociálnych rolí krehkého geronta, nikdy nie predčasne predpokladať ich stratu a viesť k imobilizácii a rezignácii. Dbáme na to, aby pacient s pohybovým postihnutím mal svoje kompenzačné pomôcky na dosah. Osoba komunikujúca s nevidiacim zdraví ako prvá. Pozdrav s vlastným predstavením sa je dôležité spojiť s oslovením nevidiaceho, aby mu bolo jasné, že hovoríme s ním. Pri odchode z miestnosti je dobré na to nevidiaceho upozorniť. Podanie ruky na pozdrav nahrádza nevidiacemu očný kontakt. Je treba na to nevidiaceho upozorniť („Podávam Vám ruku.“). Pri rozhovore je veľmi dôležité neodvracať tvár od nevidiaceho (obvykle to spoznajú). Všetky vyšetovacie úkony je potrebné vopred podrobne opísať. S vecami nevidiaceho nemanipulujeme bez jeho vedomia. S hypakúznym pacientom je potrebné hovoriť prirodzene, pomalšie, s prázdnyimi ústami, vypneme všetky rušivé zvuky, výraznejšie artikulujeme, snažíme sa vyvarovať pri zvýšení hlasu vysokých tónov.

Aktívne chránime dôstojnosť ľudí so syndrómom demencie, posilňujeme ich autonómiu a možnosť rozhodovať o sebe, snažíme sa zabrániť ich ponížovaniu, nehovoríme o nich, akoby nevnímali (fenomén zvecnenia živej bytosti), dodržiavame aspoň bazálnu úroveň rešpektovania ľudského studu. Pri komunikácii s dementným pacientom posilňujeme jeho orientáciu osobou, miestom a časom, oslovujeme ho dôstojne menom alebo tak, ako si to sám praje. Istotu pacienta

posilňujeme umožnením kontaktu s blízkou osobou, na ktorú je zvyknutý, a ak je to možné, umožňujeme účasť tejto osobe pri vyšetreniach. Pacienta nepodceňujeme, komunikáciu neobmedzujeme, ale prispôsobíme ju jeho schopnostiam. Aj chorých so syndrómom demencie starostlivo informujeme o povahe a dôvode vyšetrení či liečebného výkonu, ktorému sa majú podrobiť, počas výkonu s nimi komunikujeme, upokojujeme ich a postup komentujeme.

Využívame neverbálnu komunikáciu, mimiku, dotyk a tieto prejavy sledujeme a umožňujeme aj u pacienta, sme vnímaví k prejavom úzkosti, strachu, depresie, bolesti. Pacienta povzbudzujeme vlúdnyim záujmom, usilujeme sa o pokojné správanie, pozitívny výraz tváre, obmedzujeme prudké pohyby, zostávame v zornom poli pacienta. Dôsledne rešpektujeme fenomén spomalenia – ponáhľanie sa často vyvolá úzkosť a zmätenosť pacienta so syndrómom demencie (8).

Syndróm demencie

Početnou skupinou geriatrických pacientov sú pacienti so syndrómom demencie. Jednu špecifickú skupinu tvoria pacienti s pokročilou demenciou v terminálnej fáze, druhú skupinu pacienti s rozvinutou demenciou a komorbiditou, ktorá akútne zhorší ich stav. Pacienti z druhej skupiny sú často postihnutí blúdením a ďalším problémových správaním, ktoré môže ohroziť ich bezpečnosť. Títo pacienti predstavujú špecifický problém pre akútne oddelenia nemocníc. Správajú sa inak ako ostatní pacienti – spravidla nedodržiavajú režim, keďže nerozumejú vysvetleniam alebo nie sú schopní si ich zapamätať, blúdia po oddelení, lebo nie sú schopní orientovať sa, nedržia sa na posteliach, pretože zabudli, prečo by to mali robiť atď. Dôsledkom modifikovaných potrieb však často nie je modifikovaný prístup a starostlivosť, ale obmedzenia, ktoré zdravotnícke zariadenia často používajú v miere presahujúcej potrebu. Zvyšujúci sa počet pacientov s demenciou v štádiu miernej a stredne pokročilej demencie, ktorí sú indikovaní na hospitalizáciu pre akútne reverzibilné zhoršenie zdravotného stavu, by mal byť výzvou

na to, aby v nemocniciach vznikali oddelenia schopné rešpektovať ich špecifické potreby (veľmi podobne ako po vojne vznikali detské oddelenia) Tieto oddelenia neaplikovali špecifickú liečbu či postupy, ale išlo hlavne o zaistenie takého režimu na oddelení, ktorý by čo najviac vyhovoval deťom. Veľmi obdobné je to momentálne s potrebou akútnych geriatrických oddelení v nemocniciach so špeciálnym režimom alebo jednotiek priamo špecializovaných na problematiku demencií (9).

Kedže demencia (bez ohľadu na typ) je chronické progresívne ochorenie, ktoré je svojou podstatou terminálne, aj bez akýchkoľvek komorbidít dospeje do štádia, v ktorom pacient vyžaduje paliatívnu starostlivosť.

Charakteristika pokročilej demencie

Dochádza k významnému obmedzeniu komunikácie a postupne s progresiou do terminálnej fázy aj k vyhasnutiu verbálnej zložky. Napriek tomu je možné s pacientom komunikovať aj naďalej, hlavne neverbálne. Táto komunikácia je veľmi individualizovaná a vyžaduje dlhodobú znalosť pacienta. Pacient spravidla nespoznáva svojich blízkych alebo ich spoznáva, ale nedokáže ich pomenovať. Nie je schopný sa najesť už ani rukou, neoblečie si ani jednoduchú súčasť odevu, môže mať problém s prehĺtaním, zhoršuje sa jeho mobilita, stáva sa úplne inkontinentným. Stručne môžeme túto fázu charakterizovať ako fázu prevažne až úplnej nesebestačnosti a výrazne redukovanej komunikácie.

V tejto fáze môžu pacienti ešte profitovať z určitého pravidelného denného režimu (nejde už o programované aktivity), môžu sa podieľať na niektorých jednoduchých aktivitách. Režim je však potrebné maximálne prispôbovať ich možnostiam a potrebám. Podporujeme aspoň minimálnu formu samostatnosti, napríklad tým, že pacient samostatne (rukou) prijíma potravu. Vždy však musíme byť pozorní, do akej miery snaha o aktivizáciu pacientovi vyhovuje a kedy už začína byť problematická a provokuje nežiaduce správanie, nepokoj a agresivitu. Vzhľadom na to, že v tejto fáze demencie je verbálna komunikácia

už veľmi redukovaná, je potrebné, aby ošetrojúci personál veľmi starostlivo sledoval neverbálne vyjadrovanie pacienta. Demencia ďalej progreduje postupnou deterioráciou stavu a zhoršovaním všetkých funkcií vrátane mobility do fázy terminálnej (9).

K diagnostickým a terapeutickým úvahám vo fáze pokročilej a terminálnej demencie

V našich podmienkach dochádza k akémusi paradoxu. Pre vyššie spomenuté problémové správanie ľudí s rozvinutým demenčným syndrómom a nepripravenosť zdravotníckych zariadení na týchto pacientov sa často nedostanú k adekvátnej diagnostike a liečbe komorbidít. V terminálnom štádiu dochádza k paradoxnému opaku – ležiaci a sporo komunikujúci pacienti sa stávajú predmetom zdravotnej starostlivosti a realizujú sa na nich často neuveriteľné výkony, ktoré vôbec nevedú k zlepšeniu kvality ich života, ale prinášajú im diskomfort, stres a utrpenie. Vo fáze ťažkej demencie a v terminálnych štádiách by sme mali dbať hlavne na kvalitnú paliatívnu starostlivosť (9).

K zaujatiu stanoviska, že ide o progresiu ochorenia do terminálneho stavu (a nie o prechodné zhoršenie stavu), prispieva postupné zhoršovanie stavu pacienta v niekoľkých oblastiach (nemusí to byť nutne vo všetkých):

- komunikácia: je obmedzená, verbálna komunikácia takmer alebo úplne vymizla,
- pohyblivosť: dochádza k obmedzeniu spontánnej pohyblivosti, spastickému držaniu tela, svalovým záškľbom, pacient netoleruje ani vysádzanie do kresla a určitý komfort má len pri polohovaní na lôžku,
- príjem potravy a tekutín: pacient prestáva prijímať kašovitú či tekutú potravu, v posledných dňoch prestáva aj piť,
- kachektizácia: dochádza k ďalšiemu úbytku hmotnosti, prehĺbeniu sarkopénie, kachektizácii, môžu sa objaviť opuchy,
- stav vedomia: pacient je dezorientovaný, obnubilovaný, väčšinu času spí, prestáva reagovať,

- vyprázdňovanie: inkontinencia moču a stolice aj naďalej, môže sa však objaviť retencia moču alebo zhoršiť obstipácia.

Výživa a hydratácia pacientov v terminálnom štádiu demencie

V tejto fáze ochorenia sa spravidla prejavujú poruchy s príjmom potravy. Niektorí pacienti jedlo odmietajú, väčšina má problémy s prehĺtaním. Zdravotnícki pracovníci často považujú dostatočnú výživu za nevyhnutnú súčasť kvalitnej starostlivosti. Na druhej strane je potrebné rešpektovať, že odmietnutie jedla je jednou z mála možností, ako môže človek s pokročilou demenciou vyjadriť svoju vôľu. Umelá výživa navyše spôsobuje značný diskomfort, neznižuje riziko spirácie a nemá žiadnu inú výhodu pre pacienta ako tú, že môže jeho umieranie predĺžiť o niekoľko dní alebo týždňov. Táto skutočnosť vyplýva z rozsiahleho prehľadu klinických štúdií a je takisto súčasťou odporúčania Alzheimer Europe.

Od tejto situácie je potrebné, samozrejme, odlišiť prípady pacientov s demenciou, ktorí nie sú v terminálnej fáze, ale ktorých zdravotný stav sa zhoršil v dôsledku interkurentného ochorenia. Tí môžu naopak veľmi profitovať z adekvátnej liečby a starostlivosti zahŕňajúcej aj adekvátnu nutričnú podporu. Ich stav sa môže zlepšiť a navrátiť do pôvodnej relatívne uspokojivej fázy a kvality života. Ako je možné tieto dve situácie odlišiť? Iba na základe dlhodobej znalosti pacienta a vývoja ochorenia.

Ešte raz teda zdôrazňujeme, že v terminálnych štádiách ochorenia spôsobujúcich demenciu (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, choroby mozgových ciev atď.) jednoznačne neodporúčame aplikáciu umelej výživy, a to tak sondou, ako aj PEG-om, ani intravenóznou aplikáciou tekutín (verejnou často mylne nazývanú „výživa“). Tieto metódy pacientovi neprinášajú žiadny prospech, ale naopak, zvyšujú jeho diskomfort. Iba ak je pacient natoľko dehydratovaný, že mu to spôsobuje zjavný diskomfort, ktorý nie je možné odstrániť ani zavlažovaním dutiny ústnej, je možné v rozumenej miere (500 ml, max. 1 000 ml denne) podkožne aplikovať infúziu fyziologického roztoku hypodermoklýzou (9).

Komunikácia o výžive s rodinou umierajúceho pacienta

Postoj rodiny môže často vystupňovať psychické napätie pacienta, ktoré pociťuje pri nútení do jedenia a pitia napriek tomu, že nepociťuje hlad ani smäd. Anorexia pacienta môže byť veľkým problémom pre jeho najbližších, ktorí naliehajú, aby „veľa jedol a pil, pretože inak bude ďalej chudnúť a zomrie“. Rovnako aj nedorozumenie, ktoré často vyjadrujú príbuzní pacienta v terminálnom štádiu demencie, že nezavedením NGS, eventuálne PEG necháme pacienta „zomrieť od hladu“, musí byť radikálne odmietnuté (10).

Užitočné odporúčania pre komunikáciu s rodinou zomierajúceho pacienta uvádza Sláma (2):

- pacient obvykle nepociťuje hlad,
- znížený príjem potravy je normálnym prejavom nezvratného zlyhávania funkcií organizmu,
- zomierajúci už potravu nepotrebuje a dodané živiny z veľkej časti ani nie je schopný využiť,
- príjem potravy umelou cestou (sondou alebo infúziou) nezastaví postupné zhoršovanie celkového stavu, nepredĺži mu život, ale môže jeho záver veľmi zneprijemniť (NGS),
- otázku príjmu potravy je potrebné s pacientom rozobrať vždy veľmi decentne, t. j. bez naliehania a presvedčovania, s ochotou vyhovieť jeho prianiam bez ohľadu na všeobecné diétne odporúčania,
- vhodné je podávanie tekutín po lyžičkách, z fľaše alebo striekačkou, podľa pacientovej chuti,
- nutná je pravidelná starostlivosť o ústnu dutinu.

Pri komunikácii s rodinnými príslušníkmi o potenciálnej sondovej výžive pre pacienta (NGS, eventuálne PEG) je potrebné upozorniť ich aj na riziká, ktoré so sebou prináša. Medzi rizikami, ktoré sa opisujú, dominujú: sepsa, upchatie katétra, prípadne jeho dislokácia, aspirácia žalúdočného obsahu, celulitída, infekcie a zvýšenie morbidoty spojené s pacientovými presunmi do nemocnice s cieľom liečby týchto komplikácií. Výskyt týchto komplikácií dosahuje 17 % (4).

Vzhľadom na to, že neexistujú jednoznačné kritériá a odporúčania, na

základe ktorých by sa geriatier pri lôžku terminálne chorého pacienta rozhodol, či zavedenie nazogastrickej sondy alebo PEG-u bude pre pacienta prínosom alebo záťažou, zostáva tento proces pomerne náročnou problematikou s presahom do bioetiky. Napríklad v Novej charte zdravotníckych pracovníkov, ktorú vypracovala v roku 2016 vo Vatikáne Kongregácia pre pastoraáciu v zdravotníctve a v slovenskom preklade vyšla roku 2017, v článku 152 čítame: „Výživa a hydratácia, aj umelo poskytované, patria medzi základné formy starostlivosti o zomierajúceho, pokiaľ nepredstavujú neprimeranú záťaž alebo nijaký úžitok pre chorého. Ich neoprávnené prerušenie môže znamenať vo vlastnom zmysle eutanáziu.“ Dokedy však ešte prináša sondová enterálna výživa úžitok terminálne chorému geriatrickému pacientovi a kedy sa preňho stáva už len záťažou? Otázka, s ktorou sa musíme často vysporiadať. Nasledujúce riadky sa venujú tejto problematike z pohľadu autorov dvoch kvalitných a podrobných učebníc Geriatrickej paliatívnej starostlivosti (5, 10).

Pri rozhodovacom procese je vhodné dodržať tieto zásady:

- Zozbierať fakty – lekár musí získavať klinické a psychosociálne informácie z niekoľkých dôležitých zdrojov a brať do úvahy:
 - prognózu ochorenia,
 - možnosti výživy (NGS, PEG, parenterálna),
 - funkčný a kognitívny stav pacienta (ležiaci alebo sediaci, nevytiahne si sondu?),
 - možnosti opatrovateľov (zvládnú starostlivosť o NGS/PEG?).
- Určiť preferencie pacienta/jeho rodiny:
 - aké sú ich očakávania od sondovej enterálnej výživy? sú dosiahnuteľné?
 - identifikovať kultúrne, sociálne a osobné faktory vplývajúce na rozhodovanie,
 - ubezpečiť príbuzných, že ich blízky nezomrie od hladu,
 - vysvetliť rodine stratu chuti do jedla a odmietanie potravy ako príznak pokročilosti závažného ochorenia,
 - upokojiť emócie (rodinní príslušníci pokladajú príjem potravy

za meradlo kvality starostlivosti o svojho blízkeho),

- vysvetliť potenciálne riziká a komplikácie sondovej enterálnej výživy, ako aj fakt, že základné ochorenie bude progredovať a že umelá výživa môže predĺžiť náročný proces umierania (dystanázia).
- Analyzovať prínos verzus riziká – táto fáza je zavŕšená konečným rozhodnutím pacienta/jeho rodinných príslušníkov a podpísaním informovaného súhlasu, event. nesúhlasu so sondovou výživou.
- Dokumentovať rozhodnutie a komunikovať o ňom s ostatnými členmi ošetrovateľského tímu.

Skúsenosti hospicových pracovníkov a ostatných, ktorí sa starajú o zomierajúcich, hovorí v neprospech sondovej výživy. Po jej zastavení dôjde často k zlepšeniu symptómov, ako sú abdominálny diskomfort, nauzea, vracanie, inkontinencia a dyspnoe (4).

Pomerne rozšíreným a znepokojujúcim scenárom je zavádzanie NGS, prípadne PEG u pacientov v terminálnom štádiu demencie, ktorí majú problém s príjmom potravy a chudnú. Takýto pacient je ťažko dementný, ležiaci, nekomunikujúci, úplne závislý od pomoci iných. Diskutovať s ním o invazívnych technikách kŕmenia je nemožné. Dôkazy o efektívnosti sondovej enterálnej výživy v takýchto situáciách sú veľmi nepresvedčivé. Užitočné sú dáta z retrospektívnych analýz a prospektívnych kohortových štúdií. Hlavnými dôvodmi zavedenia NGS alebo PEG terminálne dementnému pacientovi sú obavy z malnutrície s rizikom smrti, infekcií, dekubitov, progresie celkovej slabosti a funkčného úpadku, aspirácie. Na základe viacerých porovnávacích štúdií sa však pri žiadnej z týchto obávaných situácií nedokázalo, že sondová výživa znižuje ich výskyt (10). Prínos sondovej enterálnej výživy sa dokázal u niektorých pacientov s rakovinou, avšak nie v ostatných situáciách. Navzdory rozšírenej viere klinikov v pokles incidencie aspiračných pneumónií po zavedení NGS/PEG sa potvrdilo, že incidencia neklesla (5).

Napriek nedostatku dôkazov o benefite sa sondová enterálna výživa rutinne indikuje u terminálne chorých pacientov.

Rozhodnutie sa väčšinou zakladá na iných faktoroch, akými sú napríklad sociálne a kultúrne normy, náboženské presvedčenie, morálne hodnoty, ekonomické ukazovatele, preferencie rodinných príslušníkov pacienta, nedostatok skúseností alebo málo času na konštruktívnu diskusiu s pacientmi, resp. ich opatrovateľmi.

V našich podmienkach by bolo potrebné riešiť etickú a právnu problematiku uplatňovania postupov zadržania smrti u pokročilých pacientov. Zohľadniť by sa pritom malo nielen stanovisko opatrovníka, ale aj rozhodnutie, ktoré učinil pacient vopred (in advance), obvykle po stanovení diagnózy, ale vo fáze zachovanej rozhodovacej kompetentnosti. Ide predovšetkým o stanovisko ku kardiopulmonálnej resuscitácii, k implantácii kardiostimulátora, k umelej pľúcnej ventilácii, k hemodialýze a k umelej výžive (NGS, prípadne PEG). Z etického aj právneho hľadiska je potrebné starostlivo odlíšiť pokročilé štádiá ochorenia od miernej demencie s primeranou kvalitou života (3).

Sprevádzanie a starostlivosť o pozostalých

Sprevádzanie je emotívna, veľmi dôležitá fáza starostlivosti o nevyliciteľne chorých. Je prípravou na „rituály záveru života“ a ako také má veľký psychologický význam.

V záverečnej fáze života je potrebné rodine pacienta zo strany zdravotníkov povedať:

- Zaistíme, aby netrpel.
- Urobili ste všetko, čo ste mohli.
- Za jeho chorobu nemôžete vy.
- Potrebuje, aby sme my aj vy boli s ním.
- Bude vás vnímať, aj keď bude v kóme.
- Môžete sa na nás obrátiť s vašimi otázkami.
- Vážime si, že nám pomáhate.
- Vážime si, že sa oňho staráte.

Sprevádzanie je prípravou na starostlivosť o pozostalých. Kľúčovým cieľom je predchádzať patologickému smúteniu. Prípravu najbližších na úlohu pozostalých majú do značnej miery v rukách zdravotníci – od včasnej indikácie paliatívnej liečby, komunikácie, kvality starostlivosti až po sprevádzanie. Starostlivosť o pozostalých je neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti o nevyliciteľne

čiteľne chorých. Mala by sa zaviesť všade tam, kde prichádza k záveru života, na ktorý má súvisle nadväzovať (6).

Úmrtie blízkeho človeka znamená veľkú životnú stratu. Smútenie je reakciou na stratu. Prejavuje sa zármutkom, stavmi úzkosti a depresie a sprievodnými somatickými ťažkosťami. Väčšina pozostalých je schopná mobilizovať svoje sily a s novou situáciou sa v priebehu mesiacov vyrovná bez nutnosti zvláštnej intervencie zdravotníckych profesionálov. U časti pozostalých dochádza k tzv. komplikovanému trúchleniu, ktoré sa vyznačuje intenzívnym a neobvykle dlhým obdobím smútku, neskorými komplikáciami typu depresie a manifestácie určitých psychosomatických porúch.

Obvyklé fázy normálneho procesu trúchlenia sú nasledovné:

- šok – trvá minúty až dni,
- akútna reakcia na stratu – intenzívne spomienky na zosnulého, pocity viny, zlosti, strata cieľov a motivácie, psychosomatické príznaky: bolesti hlavy, potenie, búšenie srdca, vzostup krvného tlaku, izolácia od okolia. Príznaky často prichádzajú opakovane vo vlnách, táto fáza trvá týždne až mesiace,
- reštitúcia a reorganizácia – nájdenie novej rovnováhy, nových vzťahov, novej úlohy, trvá mesiace až roky.

Typy komplikovaného trúchlenia:

- chronická reakcia – akútne prejavy reakcií na stratu trvajú dlhšie než rok,
- absencia trúchlenia a oneskorená reakcia,
- prehnaná (excesívna) reakcia – treba posudzovať veľmi opatrne,
- larvovaná reakcia – rozvoj komplikácií typu závislosti od alkoholu, hypochondrie, fóbií, panickej poruchy, niekedy suicídálnych pokusov.

Podpora rodiny v terminálnej fáze a bezprostredne po smrti pacienta:

- citlivá komunikácia, vytvorenie aspoň základného pocitu súkromia (jednopočetná izba alebo aspoň zástena), zapojenie rodiny do starostlivosti (ponúkajúce tekutín, starostlivosť o dutinu ústnu, samotná prítomnosť – držanie za ruku),
- otvorenosť a ústretovosť k náboženským rituálom požadovaným pacientom a rodinou,

- oznámenie úmrtia: pokiaľ je rodina prítomná, tak pokojne, bez náhlenia zotrvať chvíľu s rodinou pri lôžku, vyjadriť sústrasť, pri telefonickom oznamovaní citlivo, vecne ponúknuť možnosť vidieť zomrelého, po príchode rodiny na oddelenie zotrvať chvíľu v pokojnom rozhovore, podať vecné informácie o priebehu záveru života, uistenie rodiny, že pacient netrpel, dôstojné odovzdanie osobných vecí, informovanie o ďalšom postupe (pohrebná služba, vystavenie úmrtného listu), vhodná je písomná informácia, keďže pozostalí často nie sú schopní vstrebať mnoho informácií,
- nenahrádzať rozhovor a emocionálnu podporu automaticky benzodiazepínmi, niekedy sú však anxiolytiká potrebné, obzvlášť pri výraznej nespavosti,
- ponúknuť možnosť ďalšieho kontaktu, napr. s psychológom, sociálnym pracovníkom, ak sú dostupné, ponúknuť ďalšie formy podpory pozostalých (podporné skupiny, telefónne krízové linky a pod.).

Smútenie alebo trúchlenie možno prirovnať k hojeniu rany. Ide o dlhodobý psychosociálny i spirituálny proces, ktorý trvá niekoľko mesiacov a niekedy i rokov. Bez trúchlenia však niet vyrovnania. Pozostalým by sme mali pomôcť prijať a spracovať stratu, prežiť ich zármutok, adaptovať sa na svet bez zomrelého a citovo sa od neho odpútať natoľko, aby mohli investovať do ďalších vzťahov (2).

Kazuistiky

Na záver uvádzame 2 rozdielne riešenia poruchy príjmu potravy u pacientok s rozvinutou demenciou.

Kazuistika 1

Helena S., narodená 26. 12. 1934. Príjem na OVLager 3. 7. 2017: neprijímanie tekutín a potravy niekoľko dní.

Osobná anamnéza: V mladosti operácia ŠŽ, 1990 nefrektómia – TU ľavej obličky. 6 – 7/2006 ODCh: artériová hypertenzia II. št., WHO akcelerovaná, chronická obštipácia. 8 – 9/2009 psychiatrické oddelenie – kompletná dif. dg. (neurolog. vyš., CT mozgu, EEG): F01.3 Zmiešaná kortikálna a subkortikálna cievna demencia, multiinfarktová ence-

falopatia. Psychologické vyšetrenie 8/2009: ťažké postihnutie mnestic- kých funkcií s deterioráciou ich výkonu až do pásma defektu, narušenie orientácie, emotivity a sociálneho fungovania. 10/2009: OVLager: dyspeptický syndróm s chronickou obstipáciou, širokosediaci polyp c. asc., širokosediaci malý polyp hepat. Flexúry, vnútorné hemoroidy I. st., nekrvácajúce, vonkajšie hemoroidy t. č. v pokoji (kolonoskopia). Preloženie na psychiatrické oddelenie, po prepustení v starostlivosti dcéry – 24-hodinová opatrovateľská starostlivosť. 08/2016 OVLager: uroinfekcia. Psych. vyšetrenie: pacientka mutistická – kontakt nadviaže, na otázky neodpovedá; imobilná, v noci spí, nerušivá.

Lieková anamnéza (3. 7. 2017): 06.00 Euthyrox 25 ug 1 tbl. nalačno, Agen 5 mg 1-0-1 tbl., Lorista 50 mg 1-0-0 tbl., Aspirin protect 100 mg 0-1-0 tbl., Tiapridal 100 mg 1-1-1 tbl., Quetiapine 1-0-0 tbl., Nemdatine 1-0-0 tbl., večer Duphalac 1odm.

Objektívny nález (3. 7. 2017): Imobilná, obézna, na otázky neodpovedá, výzvam nevyhoví, afebrilná. Pulmo: dýchanie vezikulárne, plytké, bez VDF. Cor: AS pravidelná, fr. 72/min, TK 120/80 mmHg. MMSE 0, ADL 0.

Laboratorne výsledky (3. 7. 2017): Moč. chem. + sed.: Leu ++, bielk. stopy, Er 4 ery/ul, Leu 89 leu/ul, bakt. prítomné; aeróbná kultivácia moču – nález: Klebsiella pneumoniae $10^4/1$ ml ESBL; negat. krvný obraz: Leu 7,2 Gpt/l, Hb 136 g/l, Tro 230 Gpt/l; biochémia: CRP 14 mg/l, urea 4 mmol/l, krea 82 umol/l, GF 1,4 ml/s, Na 141 mmol/l, K 4,2 mmol/l, Cl 108 mmol/l, osmo 298 mosmol/kg, alb. 29 g/l.

USG vyšetrenie abdominálnych orgánov (4. 7. 2017): St. p. nefrektómii ľavej obličky, nefropatia pravej obličky, dilatovaný centrálny echokomplex, veľká náplň močového mechúra, cholecystolitiáza, kolienkovite ohnutý žľník, pankreatopatia.

Psychiatrické konziliárne vyšetrenie (3. 7. 2017): V popredí organická deteriorácia osobnosti s ťažkým deficitom kognit. funkcií, dementný syndróm ťaž. st., liečba symptomatická

Epikríza: Vzhľadom na USG nález zavedený PMK; na začiatku hospitalizácie

podávaná tekutá diéta, neskôr prechod na kašovitú – prijíma 1/3-1 dávky; psychofarmaká pre vstupne zaznamenanú somnolenciu vysadené, pacientka počas celej hospitalizácie pokojná, nerušivá; dňa 11. 7. 2017 prepustená do amb. starostlivosti.

Odporúčaná liečba (11. 07. 2017): 9. deň Medociprin 250 mg 1-0-1 tbl. á 12 hod. (užívať do 10 dní, potom EX), Sobycor 5 mg 1/4-0-0 tbl., Stadapyrin 100 mg 0-1-0 tbl., 06:00 Euthyrox 25 ug 1-0-0 tbl., Vigantol 5 gtt R do PL mlieka, Lactulosa Biomedica 1odm. R p. p. pri zápche, Fresubin 1-krát denne.

11. 7. 2017 prevezená k druhej dcére (sociálne riešenie odmietli). 12. 7. 2017 príjem na OVLager pre neprijímanie potravy a tekutín, privezená RZP. Obj.: výrazný negativizmus pri podávaní stravy a tekutín per os. Inicované sociálne riešenie.

Telefonické konzilium s paliatológom (14. 7. 2017) – MUDr. Kristína Križanová, primárka Oddelenia paliatívnej starostlivosti Národného onkologického ústavu v Bratislave: odmietanie stravy pri dementnom syndróme ťažkého stupňa s negativizmom pacientky nie je indikáciou na NGS ani PEG.

Diagnózy: Neprijímanie potravy pri progresii multiinfarktovej demencie, dementný syndróm ťažkého stupňa; multiinfarktová demencia a encefalopatia; kortikálna atrofia mozgu (CT verifik. 08/2009); akútny infekt dolných močových ciest (Klebsiella pneumoniae ESBL negat.) po ATB liečbe.

15. 7. 2017 prepustená do ambulantnej starostlivosti; 24. 7. 2017 prijatá do sociálneho zariadenia opatrovateľskej služby; 29. 7. 2017 konštatovaný *exitus letalis*.

Kazuistika 2

Mária T., narodená 10. 12. 1946. Príjem na OVLager 26. 6.2016: objednaná na zavedenie PEG-u 27. 6. 2016.

Osobná anamnéza: Diabetes mellitus typ 2 kompenzovaný diétou a PAD; ischemická choroba srdca, s chron. kard. insuff. f. c NYHA II; artérová hypertenzia št. III WHO, stupeň 2, VVPR ESH/ESC; chronický vertebrogénny algický syndróm. 2010 – 2012 opakované pády v domácom prostredí, opakované neu-

rolog. vyšetrenie; hypertonicko-hypokinetic- ký tras; vertebrobazilárna insuficiencia – drop ataky; generalizovaná cerebrovaskulárna insuficiencia; 2012 potreba trvalej asistencie – umiestnená v DSS; zhoršovanie pohyblivosti a kognitívnych funkcií. CT mozgu 11. 11. 2013: globálna atrofia mozgu so šírkou III. komory 15 mm. 03/2014 fr. pertrochanterica femoris l.dx., OS – DHS; presun z DSS k dcére. Neurologické vyšetrenie (2014): multiinfarktová encefalopatia s kvadrupostihnutím, parkinsonským a pseudobulbárnym syndrómom, s expres. afáziou. Psychiatrické vyšetrenie: vaskulárna demencia. Progredujúce problémy s prehltním (1,5 hodiny každé jedlo). 12/2015 umiestnenie v DSS. 3 – 6/2016 vývoj malnutrie. 06/2016 neurolog. vyšetrenie: dop. zväžiť zavedenie PEG-u.

Lieková anamnéza (26. 6. 2016): Co-Valsacor 160/12,5 mg 1/2-0-0 tbl., Corvaton 2 mg 1/2-0-1/2 tbl., Cavinton forte 10 mg 1-1-0 tbl., Anopyrin 100 mg 0-1-0 tbl., Siofor 500 mg 0-1-0 tbl., Comtan 1-1-1 tbl., Nakom mite 125 mg 1-1-1 tbl.

Objektívny nález (26. 6. 2016): Expresívna afázia, orientovanosť sa nedá určiť, nekomunikuje, výzvam nevyhoví, hypomímia, zvýšená rigidita svalstva, strnulá, nespupracuje, poloha semiaktívna v sede na vozíku. Pulmo: dýchanie vezikulárne, plytké, bez VDF. Cor: AS pravidelná, fr. 80/min., TK 130/70 mmHg, MMSE 0, ADL 0.

Laboratorne výsledky (26. 6. 2016): Moč. chem. + sed.: Leu ++, bielk. stopy, Er 4 ery/ul, Leu 300 leu/ul, bakt. prítomné, aeróbná kultivácia moču – nález: Escherichia coli $10^5/1$ ml ESBL: pozit., krvný obraz: Leu 6,1 Gpt/l, Hb 142 g/l, Tro 293 Gpt/l, biochémia: CRP 0,9 mg/l, urea 7,9 mmol/l, krea 56 umol/l, GF 1,4 ml/s, Na 141 mmol/l, K 3,8 mmol/l, Cl 111 mmol/l, osmo 298 mosmol/kg, alb. 39 g/l.

Ezofago-gastro-duodenoskopické vyšetrenie + zavedený pull PEG (27. 6. 2016). Priebeh výkonu bez komplikácií, adaptácia na PEG bezproblémová. 30. 6. 2016 prepustená do DSS. 2/2017 presťahovaná k dcére, výrazne zlepšená kvalita života pacientky. 5/2018 úmrtie v prítomnosti dcéry.

Diskusia

V prvom prípade bola príčinou odmietania príjmu potravy pokročilá demencia. Dalo sa predpokladať, že naďalej bude pretrvávajúť negatívistický postoj pacientky. Pacientka nemala subjektívne ťažkosti pri príjme potravy. U druhej pacientky bol príjem potravy výrazne limitovaný dysfágiou. Ďalší priebeh ukázal správnosť tohto postupu.

Záver

Efektívna komunikácia medzi zdravotníckym personálom a pacientom plní centrálnu funkciu pri budovaní terapeutického vzťahu. Podľa údajov ÚDZS sa 60 % riešených podnetov týka nesprávneho prístupu a komunikácie s pacientom. Zdravotnícky personál s rozvíjajúcimi komunikačnými zručnosťami je schopný diagnostikovať problémy skôr, predchádzať nákladným lekárskeym intervenciám a poskytovať lepšiu podporu

svojim pacientom. Mnohí zdravotnícki pracovníci majú tendenciu preceňovať svoje schopnosti v komunikácii (Kniha komunikačných štandardov Ministerstva zdravotníctva SR).

Efektívne a úspešne budeme komunikovať nie vtedy, keď si osvojíme zopár komunikačných trikov, ale vtedy, keď sa naučíme lepšie porozumieť inému človeku. Čím viac totiž vieme o tom, ako ostatní ľudia komunikujú, tým ľudskejšia sa nám zdajú. A tým skôr pochopíme aj vlastnú komunikáciu, ktorú začneme nevedomky meniť: budeme sa cítiť viac v pohode – a to nie preto, že nás to niekto naučil, ale preto, že sme sa naučili porozumieť iným ľuďom omnoho viac (11).

Literatúra

1. Gawande A. Nežijeme večne. Medicína a posledná veci človeka. Praha: Dokořán; 2017: 237.
2. Sláma O. Paliatívna medicína pro praxi. Praha: Galén; 2007: 362.

3. Kalvach Z, Kabelka L. Paliatívna péče v geriatrici. In: Sláma O. 2007. Paliatívna medicína pro praxi. Praha: Galén; 2007: 362.
4. Hegyi L, Krajčík Š. Geriatria pre praktického lekára. Bratislava: Herba; 2015: 40.
5. Chai E, et al. Geriatric Palliative Care: a practical guide for clinicians, New York: Oxford University Press; 2014: 600.
6. Kabelka L. Geriatrická paliatívna péče. Praha: Mladá fronta; 2017: 317.
7. König J, Zemlin C. 100 chyb při péči o lidi s demencí. Praha: Portál; 2017: 119.
8. Kalvach Z. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada Publishing; 2008: 336.
9. Jiráček R, Holmerová I. Demence a jiné poruchy paměti. Praha: Grada; 2009: 176.
10. Morrison RS, Meier DE. Geriatric palliative care. New York: Oxford University Press; 2003: 430.
11. Škvareninová O. Rečová komunikácia. Bratislava: SPN; 2004: 278.

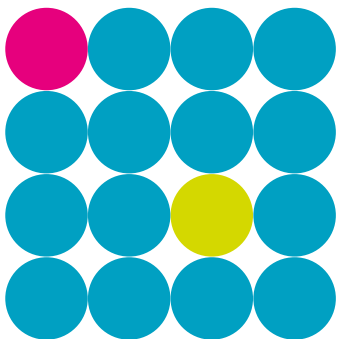
MUDr. Lucia Šimoňáková

Oddelenie vnútorného lekárstva a geriatrici, FNŠP J. A. Reimana Jána Hollého 14, 081 81 Prešov
simonakova@fnšppresov.sk



Solen, s. r. o., pod záštitou
Sekcie pre neuromuskulárne ochorenia Slovenskej neurologickej spoločnosti
Ministerstva zdravotníctva SR
Detskej kliniky LF UK a NÚDCH v Bratislave
Orphanet Slovakia
Lekárskej fakulty UK v Bratislave

Vás pozývajú na podujatie



8. SLOVENSKÁ KONFERENCIA O ZRIEDKAVÝCH CHOROBÁCH

14. – 15. november 2019, Austria Trend Hotel, Bratislava

Odborné podujatie sa koná pod záštitou ministerky zdravotníctva SR
doc. MUDr. Andrey Kalavskej, PhD.

Programový výbor:

doc. MUDr. Peter Špalek, PhD. – odborný garant
MUDr. František Cisarík, CSc.
MUDr. Anna Hlavatá, PhD., MPH
MUDr. Gabriela Hrčková

Kontakt pre vystavovateľov:

Marek Popadák
popadak@solen.sk

Organizačné zabezpečenie

a registrácia účastníkov:
SOLEN, s.r.o., kongres@solen.sk

orphanet

Přenositelnost podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče

Mgr. Šárka Pešlová^{1,2}, Mgr. Veronika DiCara, PhD.³

¹FNKV, Praha

²3. lékařská fakulta UK, Praha

³Česká asociace sester, Praha

Podle výzkumu si 78 % české populace přeje umírat a zemřít v domácím prostředí (1). Aktuálně však více jak 60 % chronicky nemocných umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní nebo následné péče (2). Zjistit podmínky, pro které si terminálně nemocní přejí umírat v domácím prostředí a snažit se je přenést na oddělení intenzivní péče, by mohla být cesta, jak zvýšit kvalitu zde poskytované paliativní péče. Tento kvalitativní výzkum ukázal Faktor náhody, jako hlavní překážku tohoto transferu. Odráží se v něm jak individualita ošetřujícího personálu, tak i nepředvídatelnost aktuálních poměrů na daném oddělení. Ke zvýšení kvality paliativní péče je tedy nutné faktor náhody maximálně eliminovat.

Klíčová slova: umírání v domácím prostředí, paliativní péče, paliativní péče na oddělení intenzivní péče, ošetrovatelská péče, kvalita umírání

Transfer of some aspects of palliative home care to an intensive care unit

According to research 78 % of the Czech population wish to die at home. Currently more than 60 % of the chronically ill die in beds of intensive, acute health care facilities or aftercare. Find out the conditions for which the patients wish to die in a home environment and try to transfer some of them into intensive care units, that could be the way how to improve (increase?) the quality of palliative care provided here. This qualitative research proved a factor of chance, as a major obstacle to this transfer. It reflects both the individuality of the nursing (treating) staff and the unpredictability of the current situation in the department. To increase the quality of palliative care, the factor of chance must be eliminated.

Key words: dying at home, palliative care, palliative care in intensive care unit, nursing care, quality of dying

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):23-27

Úvod

Přáním velkého množství lidí je umírat a zemřít v domácím prostředí, jak potvrdil výzkum, který byl proveden v několika evropských zemích, jako je například Velká Británie, Nizozemsko, Itálie, Portugalsko, Španělsko, Německo (1). Ne jinak je tomu i v České republice (ČR). Zde v roce 2015 provedla agentura STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů výzkum veřejného mínění, jehož součástí bylo téma o uvažování a rozhodování o závěru života. 78 % české populace zde vyslovilo přání umírat a zemřít v domácím prostředí (2). V současné době však více jak 60 % chronicky nemocných, kteří by mohli z poskytnutí specializované paliativní péče (PP) profitovat, umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní nebo následné péče (3).

Cíl práce

Cílem výzkumu bylo zjistit, pro jaké důvody si terminálně nemocní v ČR přejí umírat v domácím prostředí a zda je možné tyto důvody (nebo alespoň někte-

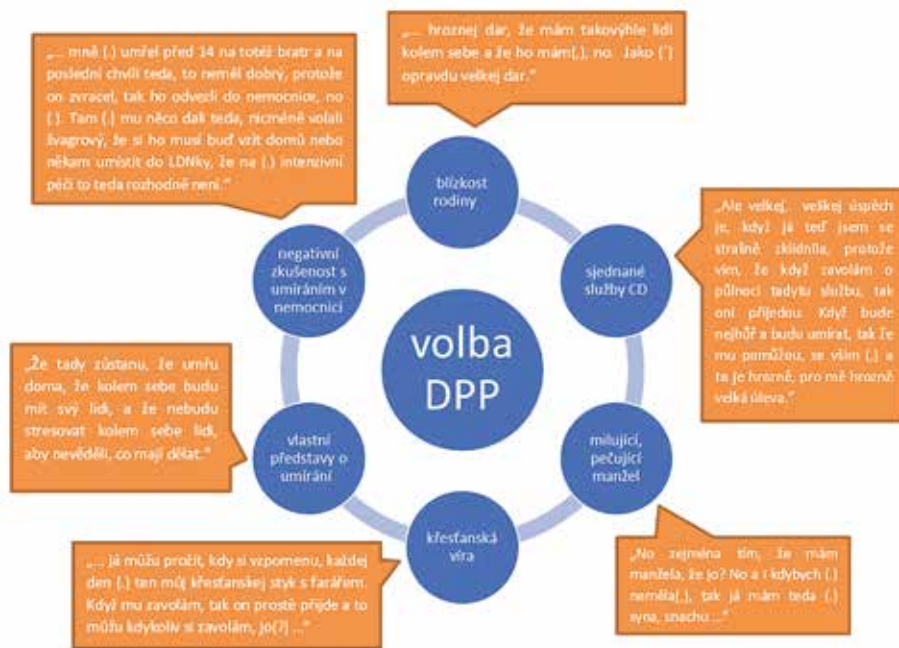
ré z nich) přenést na oddělení intenzivní péče (IP). To by mělo vést ke zpříjemnění posledního období umírajících a zkvalitnění poskytované PP v prostředí IP.

Soubor a metodika

Tento kvalitativní výzkum proběhl dvoufázově. V první fázi se zjišťovaly důvody, pro které si nemocní v terminální fázi svého onemocnění přejí umírat a zemřít v domácím prostředí. Ve druhé fázi se zjišťovala míra přenositelnosti výsledků první fáze. Hledaly se překážky a naopak umožňující faktory tohoto transferu. Důvěrné, intimní informace od participantů byly získávány rozhovorem s návodem, pozorováním umírajícího v domácím prostředí a zápisky výzkumníka pořízené během rozhovoru a pozorování. Z rozhovorů byly pořízeny audiozáznamy a ty následně přepsány za pomoci komentované transkripce. Analýza proběhla formou interpretativní fenomenologické analýzy za využití hermeneutického kruhu, čímž vznikla nejprve rodící se a následně i definitivní témata.

První fáze se zúčastnilo šest participantů. Dva účastníci byli nemocní v terminální fázi svého onemocnění, kterým byla poskytována domácí paliativní péče (DPP). Tyto účastníky vytypovali tzv. gatekeepers, kterými byli zaměstnanci jednoho pražského domácího hospice. Výběr klientů DPP nebylo možné ve výzkumu ve větší míře ovlivnit. Vybrány byly osoby, které byly o svém zdravotním stavu plně informované, ochotné o dané problematice otevřeně hovořit a u kterých se předpokládalo, že jim poskytnutí rozhovoru nevezme mnoho sil či je příliš nerozruší. Proto se v období tohoto výzkumu podařilo vytypovat a získat pouze malý počet těchto účastníků. Dva participanté byli rodinní příslušníci, kteří pečovali o umírající v domácím prostředí a dva účastníci byli nelékařští zdravotničtí pracovníci z domácího mobilního hospice, kteří mají s péčí o nevládnou nemocné dlouholeté zkušenosti. Druhá fáze se účastnilo pět participantů pracujících na dvou odděleních jedné fakultní nemocnice, která poskytují intenzivní péči III. stupně. Jednalo se o vrchní ses-

Obrázek 1. Důvody volby domácí paliativní péče u paní A. B.



tru, staniční sestru a tři všeobecné sestry ze směnného provozu. Ke zpracování druhé fáze výzkumu bylo využito principu metody zakotvené teorie založené na strukturovaném rozhovoru s otevřenými otázkami. Opět byl proveden audiozáznam a následně komentovaná transkripce.

Rozhovory byly zahájeny po udělení písemného souhlasu všech zúčastněných a předcházelo jim předání informací o výzkumu v tištěné podobě. Informace zahrnovaly jak popis výzkumu, tak i etické aspekty, jako byla dobrovolnost s účastí, zajištění anonymity nebo možnost bezdůvodného ukončení spolupráce. Rozhovory trvaly v průměru 35 minut. Při každém rozhovoru byla přítomna jen jedna osoba, s výjimkou jednoho, kde byla přítomna i manželka umírajícího a to z důvodu velmi špatného zdravotního stavu.

Výsledky

Výsledky první fáze jasně ukázaly oblasti, které by měly být zahrnuty do nemocniční paliativní péče, neboť by to vedlo k okamžitému zlepšení kvality poskytované péče. Jejich interpretace je možná ze dvou pohledů. První pohled předkládá souhrnné důvody volby DPP vešlé ze všech rozhovorů. Druhý pohled ukazuje důležité oblasti volby DPP z pohledu jednotlivých participantů. Tyto pohledy je možné graficky znázornit po-

mocí hermeneutického kruhu a přímých citací, viz obrázek 1.

Souhrnné důvody volby DPP dokládají přímé citace participantů a jsou to tyto:

- **Negativní zkušenosti s nemocniční péčí** se ukázala být centrálním bodem všech rozhovorů a obsahuje tři podtémata. Ty byly nazvané „Tajné informace“, „Horký brambor“ a „Nejsem vzduch“. Podtéma „Tajné informace“ označují zkušenosti participantů, při kterých bylo pro nemocné obzvláště složité, až nemožné získat přesné informace o svém aktuálním zdravotním stavu.

Manželka pana C. D.: „Na papírech je vždycky každéj den jiný jméno, nikde není (hhmm) napsanej trvale ošetřující lékař Váš, to tam nikde na papírech není (...), takže vždycky bylo problém ty informace někde sehnat. Jo, tam to bylo špatný. ... Tam byl vůbec problém, sehnat ošetřujícího lékaře. On vždycky doktor, kterej měl službu, tak věděl prdlajs (...) o diagnóze (...) o tom, jaké jsou výsledky posledních šetření a tak dál, prostě (hhmm). Takhle, nebýt toho, že tam syn potkal spolužačku, takže ta nám podávala potom ty informace. Kdybych to chtěla informace běžným obsazením lékařů, tak se nedovíme takřka nic.“

Podtéma „Horký brambor“ demonstruje pocit participantů, že

se některá oddělení, zejména (zejm.) intenzivní, otevřeně nechtěla či nemohla ujmout jejich hospitalizace a docházelo tak k četným překladům umírajících na jiná oddělení. Složitě bylo nalézt oddělení, které by bylo „ochotno“ umírajícího přijmout.

Paní A. B.: „... ale mně (...) umřel před 14 dni na totěj bratr a na poslední chvíli teda, to neměl dobrý, protože on zvracel, tak ho odvezli do nemocnice, no (...). Tam (...) mu něco dali teda, nicméně volali švagrový, že si ho musí buď vzít domů nebo někam umístit do LDNky, že na (...) intenzivní péči to teda rozhodně není. ... ale (...) chybí tam ta jistota, že prostě Vás neodvezou na LDNku někam a kde bude místo.“

Paní E. T.: „On by bejval v Nemocnici W na tý onkologii, tam by možná byl, ono mu natejkalo strašně břicho, takže takhle to měl, ale to pan doktor řekl, že na něj nemá místo, že ho tam nemůžou mít...“

Třetí podtéma „Nejsem vzduch“ popisuje soubor zkušeností participantů s nepříjemným a nevhodným chováním či jednáním ze stran zdravotnického personálu, zejm. v oblasti nevhodně zvolené či špatně vedené komunikace. Participantů získali pocit, že se o jejich potřeby a stav zdravotníci spíše nezajímají.

Pan C. D.: „... Já si myslím jednu věc, že pro člověka by byl benefit (...) slušný zacházení. (p)... Já právě přemějšlim, jestli do toho (...) štourat nebo ne. Já, když jsem tam přišel poprvé, tak jsem tam čekal 5,5 hodiny.“

- **Téma Rodina, základní stavební kámen.** I toto téma bylo obsaženo ve všech rozhovorech. Za velmi důležitou byla označena možnost setkávat se se všemi blízkými 24 hodin denně, a to bez ohledu na intenzitu zdravotních obtíží či léčebný režim. Blízký fyzický vztah s příbuznými a osobami blízkými je pro toto životní období nesmírně důležitý. Názory, že projevy fyzické blízkosti jsou doma oproti nemocničnímu prostředí jednodušeji zvládnutelné, zcela dominovaly.

Pan C. D.: „Teď' nevím, jestli na těch internách nemocnic (...) může být člen rodiny přes noc, jo (?) ... Děti přijdou a zalezou si (hhmm) k tátovi

Obrázek 2. Úrovneň změn vedoucích ke zlepšení poskytované paliativní péče v nemocnicích



do postele (.). Je to jiný no, je to lidštvější (.), intenzivnější.“

Pan K. B.: „My jsme vedle sebe leželi, drželi se za ruce, no jak malý děti (‘) ...“

- Téma **Umírání – značka Ideál** obsahuje individuální a velmi konkrétní představy jednotlivých participantů o poklidném umírání, jeho průběh a podmínky by pro něj měly být zajištěny.

Paní A. B.: „... A já prostě vím, že se mnou už nic extra nikdo neudělá, ale přeci jenom bych chtěla v klidu (.) jako umřít. Nejlépe mezi svejma. ... Prostě (.) mě nikdo nelakuje na růžovo, já je nelakuju na růžovo (směje se) a je tam obojí klid. A to je strašně důležitý. Já jsem se hrozně zklidnila ... jsem měla toho bratra, u kterého na to přišli pozdějc, než mně a teda ten se s náma rozloučil. A taky jsem se ještě mohla já s ním jít rozloučit, že jo. No takže opravdu, opravdu takhle musím říct, že takhle bych si já představovala, že by lidi mohli umírat. V klidu, v pohodě ... „

Pan K. B.: „Proto tohle je něco nádherného, jo. Jako že to takhle jde, že se toho ujmuli (‘). Já skoro nemůžu mluvit. ... Ted’ cejtím, že na to nejsem sám, to je (.) důležitý. ... jedna je tam taková jistota, že když člověk potřebuje, tak jsou opravdu k máni.“

- Téma **Ano, umírám, ale ještě tu jsem** dokládá, jak důležité je pro nemocné něco tak obyčejného, jako je znalost jména svého ošetřujícího personálu a stejně tak i to, aby ošetřující personál znal dobře svého pacienta (aniž by v jeho přítomnosti nahlížel do osobní dokumentace nemocného a hledal požadované informace).

Paní A. B.: „... vůbec to, že je tedy, pro mě hraje velkou roli ... a je to

velký, protože vidím, že prostě jsem pro ně ne číslo, ale jsem jeden z jejich pacientů (.) jako (.) osoba.“

- **Zadní vrátka** jsou téma, ve které nemocní uvádějí důvody, které by je přiměly k volbě lůžkové paliativní péče v některém k tomu určených zařízeních či odděleních.

Paní A. B.: „Donutilo by mě k tomu akorát to, kdyby se s manželkem něco náhle stalo (‘) a s nima, že by něco, tak to by mě jako donutilo, že by nebyla jiná šance, ale jinak ne.“

Manželka pana C. D.: „To je jedině, že by nemohla rodina, že jo? Kdybychom měli v rodině nějak problém. ... tak kdyby bylo úplně nejhůř, tak jsme mluvili, jako (.), jenom jako tu nejzazší (.), nejzazší možnost. Když my bysme nezvládali.“

- V tématu **Obyčejný život křesťana** je poukázáno na důležitost ponechání možnosti aktivního praktikování víry i v posledním stadiu onemocnění, které s sebou nese nejistotu budoucnosti.

Paní A. B.: „Já mám taky tenhle klid v duši. (ukazuje na kříž s Ježíšem Kristem, který visí na stěně) ... Protože tu duševní podporu, tu mi zajišťuje moje duchovní správa tady, kam patřím ... ti věřící lidi věří, že to tím nekončí, že jo (?), že prostě, tak (.) takže prostě, člověk není vyděšený. ... můžu prožít, kdy si vzpomenu, každé den (.) ten můj křesťanský styk s farářem. Když mu zavolám, tak on prostě přijde a to můžu kdykoliv si zavolám, jo (?) ...“

- Výsledkem první fáze jsou i návrhy změn pro zdravotnická zařízení s cílem zvýšit kvalitu poskytované paliativní péče, které vznikly v důsledku rozhovorů se zdravotníky z mobilního domácího hospice. Návrhy na zlepšení je možné rozdělit do tří, na sebe se vršících, oblastí, viz obrázek 2.

Základem každého zlepšení péče, které je finančně a organizačně nejméně náročné, se ukázala být kvalitně vedená, ochotná, přívětivá komunikace ze strany všech zdravotníků. Takto vedená komunikace pomáhá eliminovat pocit anonymity a bezprizornosti, které nemocní mohou pociťovat.

Sestra P. P.: „Myslím, že je to hodně o komunikaci v nemocnici. ... nebýt

poslaný na chodbu, pokud nechtěj nebo pokud vyloženě nechtěj. Oni někdy neví. To jsem sama zažila. Že mi řekli, běžte ven, tak jsem šla (‘) postupně ven a pak jsem toho zpětně hrozně litovala. ... Že ta anonymita a taková ta (.), ta určitá bezprizornost v nemocnici (hmm) hraje velkou roli. ... Jakmile je tam někdo, kdo projeví opakovaně, osobní (p), malinkou osobní zaangażovanost (‘), že ví, ví o mně a vrátí se ke mně druhý den nebo zmíní se, já si Vás pamatuju, ano, včera jsme to nestihli, dneska to bude (-) Tak to je ten podstatnej rozdíl.“

Na tato opatření navazují změny, které jsou podmíněny úpravami příslušných nemocničních nařízení (standarty, doporučení, pokyny, nařízení apod.). Tyto změny by měly vést ke zvýšení kvality poskytované PP, např. vytvořením prostoru pro důkladnější a klidnější komunikaci s nemocnými a příbuznými; umožněním příbuzným přítomnost na oddělení 24 hodin denně; začleněním příbuzných do ošetrovatelské péče (dle jejich možností a chuti); zajištěním systematické odborné psychologické péče jak pro pozůstalé, tak i pro zdravotníky. Za zvážení stojí poskytování ošetrovatelské péče pomocí systému tzv. kmenové sestry. Tento systém by nemocným měl skrz personalizaci a individualizaci péče dát vyšší pocit klidu a jistoty.

Sestra P. P.: „... Nevím tedy, jestli by to mohli rodinní příslušníci využít 24 hodin, ale (hmm) už jenom ta možnost, že by mohli u toho nemocného být (-) ... A podílet se ...“

Poslední oblast změn vyžaduje technické či stavební úpravy. Ty by měly vytvořit vhodné sociální zázemí pro umírajícího a jeho rodinu, prostor pro intimní rozhovory s klienty či prostor pro působení duchovního nebo nemocničního paliativního týmu.

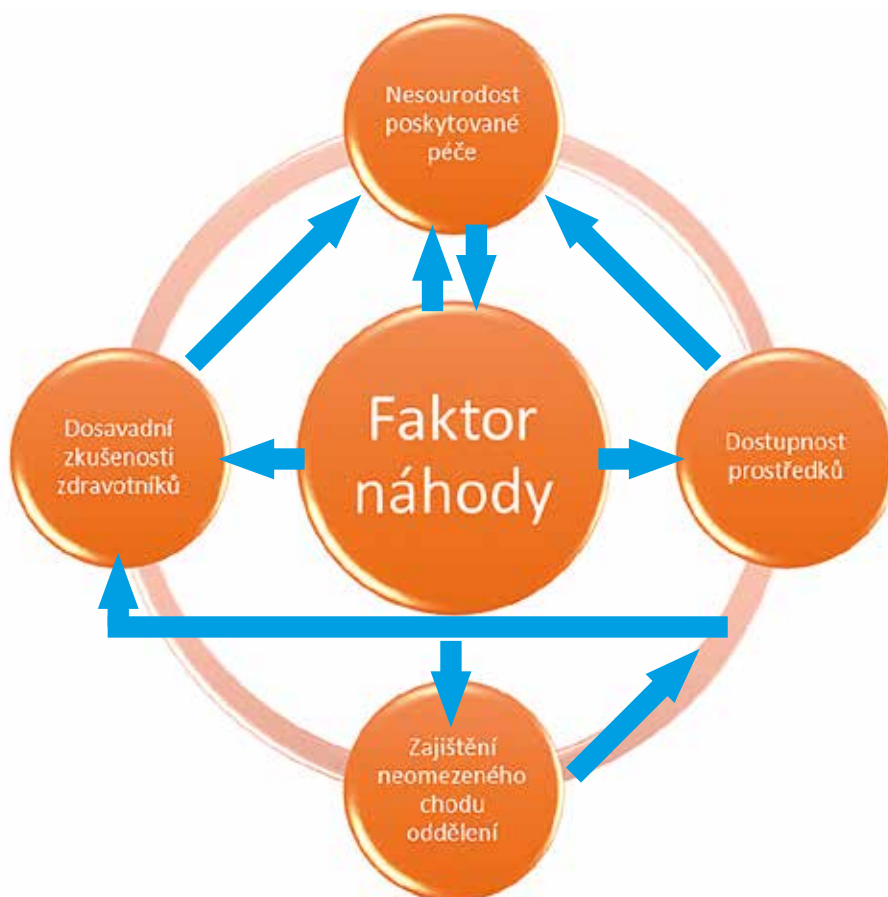
Sestra P. P.: „... jak to maj v lůžkových hospicích, že tam maj ty místa, kde ten zemřelej je a kde by ta rodina mohla přijít, i třeba, kdyby chtěli přijet odněkud mimopražský nebo prostě z větší dálky do druhýho rána nebo do večera ... Jednak aby tam teda člověk mohl (‘) být případně, když a mohlo by být nějaké soukromí, což je (.) jako plenta, za kterou je slyšet, je (.) je hodně (.), to není... I když aspoň to.“

Z výsledných témát první fáze se sestavily hlavní oblasti, které by pro umírající na odděleních intenzivní péče měly být přínosem. Jedná se o následující:

- možnost věnovat více času komunikaci s umírajícím a jeho blízkými;
- umožnit kontinuální návštěvy blízkých na oddělení intenzivní péče;
- možnost začlenit příbuzné a blízké do péče o umírajícího, dle jejich možnosti a vůle;
- možnost donést drobné osobní předměty k lůžku umírajícího;
- možnost pro pozůstalé rozloučit se se zemřelým i po delším časovém úseku než jsou dvě hodiny (doba, po kterou ze zákona nesmí být na těle zemřelého prováděny jakékoli úkony, s výjimkou prohlídky těla zemřelého, postupů podle transplantčního zákona a případů nařízení pitvy orgány činnými v trestním řízení);
- umožnit aktivní praktikování víry umírajícímu a jeho blízkým přímo na oddělení IM;
- zajistit systematickou a proaktivní psychologickou péči o pozůstalé;
- eliminovat či minimalizovat počet častých překladů nemocných v paliativní péči;
- minimalizovat anonymitu na oddělení, pacienti a blízcí chtějí znát své zdravotníky a chtějí, aby oni znali je.

Na otázku, zda je možné přenést do intenzivní péče něco z DPP, odpovídá druhá fáze výzkumu vznikem Teorie přenositelnosti podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče, viz obrázek 3. Za zcela rozhodující při snaze implementovat prvky DPP do zaběhlého a vysoce specifického provozu oddělení IP, se ukázal být **Faktor náhody**. Ten představuje jevy na oddělení, nutné k zajištění jeho provozu nebo jím ovlivněné, které není možné předpokládat a není možné je cíleně zajistit. Díky němu se každá hospitalizace umírajícího na oddělení IM liší. Jedná se např. o počet ošetřující personálu na oddělení, obsazenost oddělení (počet volných lůžek vs. lůžková tíseň), skladbu pacientů posuzovanou dle náročnosti na poskytovanou zdravotnickou péči či aktuální chod oddělení, kdy prioritu představuje zajištění pacientů s akutní diagnózou. Silný faktor náhody představuje osobnost ošetřující

Obrázek 3. Diagram teorie přenositelnosti podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče



sestry, její odborné zkušenosti (včetně těch z PP), postoje, míra empatie, žebříček hodnot, organizační schopnosti, aktuální pracovní vytížení a umění improvizace. Důležitou roli představuje i úroveň podpory ze strany vedení dané kliniky a příslušného zdravotnického zařízení. Kombinací všech výše zmíněných podmínek dochází k nejednotnému postupu při poskytování paliativní péče, čímž faktor náhody ovlivňuje úroveň poskytované PP. Vše je umocněno nesystematickým vzděláváním nelékařských zdravotnických pracovníků v problematice PP. Všechny tyto body se však v závislosti na čase a jiných proměnných mohou ovlivňovat i navzájem (4).

Diskuze

Eliminace či alespoň minimalizace Faktoru náhody při snaze o implementaci podmínek DPP na oddělení IP by vedlo k zajištění totožných podmínek při hospitalizaci pro všechny umírající, což by skýtalo možnosti v nastavení takových opatření, která by následně mohla vést ke zvýšení kvality poskytované PP na tomto

typu oddělení. Opatření by měla být tříúrovňová. Na první úrovni se jedná o opatření, která je potřeba vykonat u každého zdravotníka. Základním pilířem je zde kvalitní, odborná komunikace ze stran zdravotnického personálu vůči umírajícímu a jeho blízkým. Důležitost tohoto opatření dokládají jak výpovědi umírajících, tak i výpovědi zdravotníků, kteří mají dlouholeté zkušenosti s poskytováním domácí PP. Je potřeba si uvědomit, že nedorozumění vyvolaná nevhodnou komunikací zdravotnického personálu mohou v umírajících a jejich blízkých zanechat velice silnou negativní stopu, která je následně může ovlivnit při rozhodování o dalších krocích. Viz následující výpověď zdravotní sestry.

Sestra P. P.: „... a někdy je taky důvodem špatná zkušenost v nemocnici (.), bohužel. ... někdy tahleta zkušenost je, že ten nemocnej řekne, už nikdy a ať se děje, co se děje.“

Způsob a kvalitu komunikace jako hlavní faktor spokojenosti a uznání pozitivní zkušenosti pacientů s poskytovanou péčí potvrzují i výzkumy brit-

ských a australských výzkumníků. A to i v situacích, kdy je prognóza nepříznivá či nejistá (5, 6). První úroveň by měla být doplněna opatřeními ze strany nemocničního zařízení, což představuje druhou úroveň. Jedná se o opatření, která by měla sloužit k zajištění totožných podmínek na oddělení IM pro každého hospitalizovaného umírajícího. Zahrnuje vytvoření např. standardů péče, navýšení počtu personálu, vytvoření specializovaného oddělení PP, přestavby oddělení apod. Následující citace dokládá důležitost těchto kroků.

Sestra R. R.: „... na prvním místě bych řekla čas, prostě jako nastavit systém tý práce a služeb tak, a počet personálu logicky tak, aby tam byl čas na komunikaci, jak k pacientům, tak k příbuzným a i mezi sebou. (hmm) Podpora zaměstnanců, jako třeba na jednotce intenzivní péče, si myslím, že by supervize měla být povinností ...“

Třetí úroveň, celonárodní, by byla v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR a odborných společností. Jednalo by se o zajištění plošných výzkumů v této oblasti, vydávání odborných doporučení apod.

Pevně věříme, že zvýšení kvality poskytované PP na odděleních intenzivní medicíny by přispělo k rozvinutí duševního klidu a pohody pro všechny zúčastněné (jak pro umírající a jejich blízké, tak ale i pro zúčastněné zdravotníky), což by mělo představovat nejvyšší cíl každého poskytovatele PP.

Vzhledem k velmi citlivému tématu, jakým poskytování PP bezesporu je, je limitem tohoto výzkumu nízký počet participantů první fáze, kdy zřejmě nebylo dosaženo úplné teoretické saturace. Z důvodů časového omezení tohoto výzkumu tak nemusela být zachycena všechna témata, všechny oblasti, které nemocné vedou k volbě DPP. Byla snaha tento nedostatek minimalizovat provedením rozhovorů s profesionály z řad DPP, kteří mají dlouholeté zkušenosti s různými typy potřeb a přáními umírajících v domácím prostředí. Autenticita

rozhovorů přináší mnoho témat na zamýšlení.

V našich podmínkách dosud neexistuje žádný rozsáhlejší výzkum nebo systematický sběr dat u umírajících v domácí péči. A ani dat, která by se týkala kvality poskytované PP v lůžkových zdravotnických zařízeních. Tento výzkum poukazuje na doposud opomíjenou oblast, na kterou je potřeba se v následujících letech více zaměřit. Za bližší prozkoumání by jistě stála i skutečnost, jakým způsobem je PP poskytována na různých typech oddělení intenzivní medicíny a stejně tak i faktory, které brání implementaci pečujících blízkých a příbuzných o umírající na těchto oddělení. Jako velká výzva se jeví i zkoumání podmínek pro poskytování obecné a specializované PP na jiných typech oddělení, kde v současné době umírá zřejmě největší množství nemocných (2, 4).

Závěr

I přes stále se rozvíjející obor paliativní a hospicové péče, nejsou tyto služby v ČR stále dostupné všem potřebným. O tom svědčí i vysoké procento umírajících pobírajících PP v nemocnicích. O důležitosti dostupné PP pro všechny potřebné svědčí i tento rok spuštěný projekt Ministerstva zdravotnictví na podporu PP v nemocnicích (7). Znalost principů a zásad obecné PP je tak pro všechny zdravotníky nezbytností a stejně tak by to mělo být i se snahou o neustálé zvyšování kvality poskytované PP. Nastavení takové formy PP, která by co nejvíce odpovídala individuálním požadavkům a potřebám každého umírajícího a byla používána v rozsahu, jež odpovídá současným možnostem domácích hospiců či lůžkových hospicových zařízení, by mělo být jednou z priorit každého nemocničního zařízení. K tomuto kroku na odděleních intenzivní medicíny napomáhá tento výzkum. Ukazuje podmínky, kterých si terminálně nemocní při svém umírání v domácím prostředí cenní nejvíce a následně dává konkrétní návod, jak docílit, na několika různých úrovních,

zlepšení poskytované PP v prostředí intenzivní medicíny prostřednictvím úplné či alespoň maximálně možné eliminace Faktoru náhody. Jedná se o kroky na úrovních celonárodní, nemocniční a na úrovni každého zdravotníka, jež se na poskytování PP podílí.

Literatura

1. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti: Uvažování a rozhodování o závěru života. Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstatelé [online]. Praha: Cesta domu, 2015 Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/data#uvazovani-rozhodovani>>. Accessed January 28, 2017.
2. Sláma o, Kabelka I, Loučka m. Paliativní péče v ČR v roce 2016. Časopis lékařů českých [online]. 2016;155(8):445-450. Dostupné z: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ee7bdc26-bca9-4294-ba72-56d7a6e3b91e%40sessionmgr4006&vid=2&hid=4108>>.
3. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Annals of Oncology [online]. 2012;23(8):2006-2015. DOI: 10.1093/annonc/mdr602. Dostupné z: <<https://academic.oup.com/annonc/article-lookup/doi/10.1093/annonc/mdr602>>. Accessed October 17, 2017.
4. Pešlová Š. Přenositelnost podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Veronika DiCara.
5. Payne S, Burton Ch, Addington-Hall J, Jones A. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. Palliative Medicine [online]. 2010;24(2):146-153. DOI: 10.1177/0269216309350252. Dostupné z: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216309350252>>. Accessed March 29, 2018.
6. Hatcher I, Harms L, Walker B, Stokes S, Lowe A, Foran K, Tarrant J. Rural palliative care transitions from home to hospital: Carers' experiences. Australian Journal of Rural Health [online]. 2014;22(4):160-164. DOI: 10.1111/ajr.12105. ISSN 10385282. Dostupné z: <<http://doi.wiley.com/10.1111/ajr.12105>>. Accessed March 29, 2018.
7. Projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích získal odbornou podporu a čeká ho první ostrá zkouška. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, ©2010, 23. 1. 2019. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/ob-sah/2019_3970_3_1.html>. Accessed March 27, 2019

Mgr. Šárka Pešlová

FNKV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
peslovas@gmail.com



Biela kniha o globálnej obhajobe paliatívnej starostlivosti: Odporúčania expertnej poradnej skupiny PAL-LIFE Pápežskej akadémie pre život, Vatikán

MUDr. Leona Šóthová

Hospic – Dom pokoja a zmiery u Bernadety v Nitre

V tomto článku prinášame skrátenú verziu Bielej knihy, ktorá má slúžiť pre všeobecnú informovanosť odbornej spoločnosti. Plná verzia Bielej knihy, literárne odkazy a ďalšie odporúčania, o ktorých skupina diskutovala, sú zahrnuté v správe na internetovej stránke PAV (www.academyforlife.va). Pri čítaní Bielej knihy je potrebné si uvedomiť, že to je všeobecný dokument, ktorý je koncipovaný tak, aby jeho odporúčania boli použiteľné v celom svete, bez ohľadu na to, či ide o vyspelú alebo rozvojovú krajinu, bez ohľadu na organizáciu a zvyklosti v zdravotnej starostlivosti v príslušnom regióne. Autori podieľajúci sa na projekte PAL- LIFE: Carlos Centeno, Thomas Sitte, Liliana de Lima, Sami Alsirafy, Eduardo Bruera, Mary Callaway, Kathleen Foley, Emmanuel Luyirika, Daniela Mosoiu, Katherine Pettus, Christina Puchalski, MR Rajagopal, Julianna Yong, Eduardo Garralda, John Y. Rhee, Nunziata Comoretto. Publikované online: 9. októbra 2018 <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0248>.

Pápežská akadémia pre život (PAV) je akademická inštitúcia Svätej stolice (Vatikán), ktorej cieľom je rozvíjať a podporovať katolícke učenie o otázkach biomedicínskej etiky. PAV vyzvala expertov na paliatívnu starostlivosť (PS) z celého sveta, ktorí boli rôzneho viero- vyznania, aby vypracovali strategické odporúčania pre globálny rozvoj PS (PAL-LIFE skupina).

Dizajn: Trinásť expertov v PS sa zúčastnilo online procesu Delphi metódou. V štyroch interaktívnych kolách boli účastníci vyzvaní, aby identifikovali najvýznamnejšie skupiny zainteresovaných strán a potom navrhli pre každú z nich strategické odporúčania na podporu PS. Každé kolo zahrnuje spätnú väzbu z predchádzajúcich kôl až do dosiahnutia konsenzu o najdôležitejších odporúčaní. V poslednom kroku dostala skupina požiadavku, aby zaradila skupiny zainteresovaných strán podľa dôležitosti na 13-bodovej škále a navrhla návrhy na implementáciu. Klastrová analýza poskytla klasifikáciu zainteresovaných strán na rôznych úrovniach dôležitosti pre rozvoj PS.

Výsledky: V prvom kole sa zúčastnilo trinásť skupín zainteresovaných strán a 43 odporúčaní, z ktorých 13 najdôležitejších sa vybralo (1 pre každú skupinu zainteresovaných strán). Päť skupín malo vyššie skóre. Odporúčanie, ktoré sa vybralo pre týchto päť najlepších skupín, bolo nasledovné: 1) Zákondarcovia: Zabezpečiť univerzálny prístup k PS; 2) Vysoké školy: Zabezpečovať povinnú výuku paliatívnej medicíny pre vysokoškolákov; 3) Zdravotnícki pracovníci: Odborníci v oblasti paliatívnej medicíny by mali dostať primerané vzdelanie; 4) Nemocnice a zdravotnícke zariadenia: Každé zdravotnícke zariadenie by malo zabezpečiť prístup k liekom používaných v paliatívnej medicíne; 5) Združenia PS: národné, odborné spoločnosti, nevládne organizácie by mali byť účinnými zástancami PS a mali by spolupracovať so svojimi vládami v procese implementácie PS do spoločnosti

Diskusia: Biela kniha predstavuje vyjadrenie názoru PAV vytvorené prostredníctvom konsenzuálneho procesu v súvislosti so stratégiami presadzovania PS na svete.

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):28-33

Úvod

V roku 2018 malo zomrieť na svete viac ako 25,5 milióna ľudí s vážnym zdravotným utrpením (VZU) spojeným so život obmedzujúcimi a život ohrozujúcimi ochoreniami. S týmito ochoreniami a VZU žije ďalších 35 miliónov. Napriek tomu drvivá väčšina pacientov nemá prístup k primeranej liečbe, starostlivosti a sociálnej podpore. Paliatívna starostlivosť (PS) pomáha zmierniť VZU poskytovaním fyzickej, psychosociálnej a duchovnej starostlivosti pacientom a ich rodinám. PS zmierňuje „totálnu bolesť“ posunutím často príliš technického moderného medicínskeho modelu na holistický model starostlivosti orientovaný na človeka. Odhady nezabezpečeného

pokrytia potrieb PS na celom svete predstavujú približne 26,8 milióna ľudí ročne. Ďalšie údaje poukazujú na ešte väčšiu potrebu až 40 miliónov trpiacich ľudí ročne, s odhadmi dosahujúcimi 61 miliónov ľudí na celom svete. Ďalšie štúdie ukázali deficit dostupnosti PS oproti dopytu po PS, zdôrazňujúc nedostatočný prístup k PS ako významnému globálnemu problému v oblasti zdravotnej nerovnosti.

Došlo k nárastu neprenosných chorôb (NCH) na celom svete. Globálne neinfekčné choroby spôsobujú 70 % všetkých úmrtí a generujú 93 % dospelých, ktorí potrebujú PS. Takmer 80 % celosvetovej potreby PS je v ekonomicky nízko rozvinutých krajinách, okrem toho populácia celosvetovo starne, čo je spojené

so zvýšenou prevalenciou NCH a pretrvávaním ďalších oslabujúcich chronických a infekčných chorôb. Tieto okolnosti odrážajú alarmujúci nárast potreby poskytovania PS v celosvetovom meradle. V skutočnosti štúdie odhadujú, že do roku 2040 sa podiel ľudí na celom svete, ktorí potrebujú PS, zvýši z 25 % na 47 %.

Táto rastúca potreba je uznaná globálnymi zdravotníckymi organizáciami. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) nedávno schválila 13. všeobecný pracovný program, ktorý priznáva obmedzenú dostupnosť PS vo väčšine sveta a veľké utrpenie miliónov pacientov a ich rodín, ktorému sa dá predísť. WHO zároveň prijala niekoľko odporúčaní pre ďalší rozvoj PS a podporu globálnych kam-

paní zameraných na PS. Hoci výskum ukázal, že sa paliatívna starostlivosť na globálnej úrovni rozvíja, dopyt ďaleko prevyšuje ponuku a tento rast je veľmi nerovnomerný, pričom niektoré krajiny v poslednom desaťročí postúpili v rozvoji PS veľmi málo.

Uznanie Katolíckej cirkvi, že PS ako prístup k starostlivosti o zraniteľné osoby vyplýva z jej katechizmu, ktorý zahŕňa nasledujúce vyhlásenie: Paliatívna starostlivosť predstavuje osobitnú formu nezištnej lásky a ako taká by sa mala podporovať“ (Katechizmus Katolíckej cirkvi, č. 2 279). V poslednom období sa pápež František podelil so zdravotníkmi pracovníkmi o zmysluplné slová o PS: „Povzbudzujem profesionálov a študentov, aby sa špecializovali na tento typ pomoci, ktorá nie je o nič menej cenná pre skutočnosť, že nie je život zachraňujúca. PS dosahuje niečo rovnako dôležité: sústreď sa na osobu pacienta.“

Pápežská akadémia pre život (PAV) je akademická inštitúcia Svätej stolice (Vatikán), ktorá sa venuje podpore ľudského života a okrem iných špecifických tém aj štúdiu etických otázok. V roku 2017 PAV spustila medzinárodný projekt s názvom: PAL-LIFE: Medzinárodná poradná pracovná skupina pre šírenie a rozvoj paliatívnej starostlivosti vo svete, ktorá má radiť, ako by katolícka cirkev mohla pomáhať pri ďalšom rozvoji PS na globálnej úrovni.

Dizajn

V rámci projektu PAL-LIFE bol stanovený proces na dosiahnutie konsenzu medzi 13 expertmi na PS na kľúčových odporúčaniach pre hlavné skupiny zainteresovaných strán vrátane hodnotenia odporúčaní a skupín zainteresovaných strán podľa dôležitosti, ako aj poskytovanie návrhov na implementáciu. Štúdia bola predložená a schválená etickou komisiou klinického výskumu Univerzity v Navarre.

Výber expertov a definícia procesu

Expertná skupina bola zvolená vzhľadom na geografické regióny a profesionálne zázemie. Členmi boli klinickí lekári, etici a zdravotnícki administrá-

tori pracujúci v akademických centrách alebo medzinárodných a regionálnych organizáciách súvisiacich s PS a vyznávajúci rôzne náboženstvá. PAV iniciálne vybrala troch expertov na obhajobu PS s celosvetovou expertízou v oblasti vývoja PS. V druhom kroku boli do skupiny pridaní ďalší experti z celého sveta s odporúčaniami najmenej dvoch partnerských expertov, ktorí dosiahli spolu 13 osôb považovaných za expertov na obhajobu PS. Dvaja ďalší experti boli pozvaní v poslednej fáze procesu na základe návrhu viacerých členov skupiny. Počiatočné osobné stretnutie sa uskutočnilo v mieste konania PAV v Ríme v marci 2017. Účelom stretnutia bolo stanoviť stratégiu a metodiku na definovanie kľúčových odporúčaní, ktoré určí expertná skupina. Načrtol sa projekt návrhu stanoviska (Biela kniha), ktorý obsahuje odporúčania pre plánovanie zdravotnej politiky a poskytuje poradenstvo rôznym skupinám zainteresovaných strán o tom, ako napredovať v rozvoji PS v krajinách a regiónoch. Na účely tohto projektu skupina použila definíciu WHO týkajúcu sa PS. Expertná skupina tiež prijala rámec stratégie verejného zdravia WHO pre PS.

Identifikácia skupín zainteresovaných strán

V prvom kole boli experti skupiny pozvaní e-mailom, aby identifikovali najrelevantnejšie skupiny zúčastnených strán, na ktoré by boli odporúčania smerované. Tieto skupiny zainteresovaných strán sa identifikovali na základe ich kľúčových úloh v ich schopnosti podporovať rozvoj PS na národnej alebo regionálnej úrovni v zdravotníctve a/alebo spoločnosti. Z pôvodného zoznamu, prostredníctvom procesu Delphi metódy, členovia skupiny navrhli nové skupiny zainteresovaných strán alebo upravili skupiny, ktoré už boli v zozname, čo viedlo ku konečnému zoznamu 13 skupín. Na základe expertízy bol každý expert pridelený do konkrétnej skupiny zainteresovaných strán.

Proces konsenzu pre odporúčania

V druhom kole každého člena kontaktovali e-mailom a požiadali, aby poskytol dve až tri odporúčania pre svoju zodpovedajúcu skupinu zaintereso-

vaných strán. Každé z nich sprevádzalo vyhlásenie vrátane zdôvodnenia návrhu. Odporúčania vychádzali z predchádzajúcej práce a skúseností expertov v rámci ich vlastných alebo niekoľkých ďalších inštitúcií, aby sa zabezpečila čo najlepšia možná definícia odporúčaní pre každú skupinu zainteresovaných strán. V treťom kole boli všetky odporúčania zdieľané s celou pracovnou skupinou prostredníctvom on-line prieskumného nástroja (<https://es.surveymonkey.com>) a každého člena skupiny požiadali, aby zaradil každé odporúčanie na Likertovu stupnicu od 1 do 5 (1 je „nie je vôbec dôležité“ a 5 je „mimoriadne dôležité“). Vypočítal sa priemerný počet bodov za každé odporúčanie. Výsledky boli predbežne prezentované na PS konferencii organizovanej PAV v Ríme v marci 2018, na ktorej sa zúčastnili aj zástupcovia zo Slovenska, a následne prerokované skupinou na novom osobnom stretnutí s podskupinou expertov. V štvrtom kole 12 členov skupiny preskúmalo svoje predchádzajúce ratingy a uskutočnilo ďalšie kolo usporiadania poradia skupín zainteresovaných strán na základe ich vnímaného významu pre rozvoj PS. Pomocou 13-bodovej stupnice boli každému pridelené body podľa poradia každého člena (rozsah: 12 (najhoršie = 1 bod na experta) až 156 (najlepšie = 13 bodov na experta)). Prieskumná K-analýza klastrových analýz poskytla klasifikáciu zainteresovaných strán na rôznych úrovniach dôležitosti pre rozvoj PS. Ako posledný krok v kole 4 boli členovia skupiny požiadaní, aby predložili návrhy na implementáciu každého z odporúčaní.

PAV schválenie odporúčaní a prezentácia výsledkov

Výsledné odporúčania každej skupiny zainteresovaných strán revidovalo a odsúhlasilo a následne schválilo predstavenstvo PAV. Potvrdenie oznámili na plenárnom zasadnutí výročnej schôdze PAV (jún 2018) ako oficiálne stanovisko akadémie a ako odporúčanie PAL-LIFE.

Výsledky

Trinást skupín zainteresovaných strán a 43 odporúčaní vplynulo z prvého kola, z nich sa 13 vybralo ako najdôležitejších (1 pre každú skupinu zainteresovaných strán) a sú prezentované v tejto štúdiu. Tieto

plus 30 ďalších odporúčaní je k dispozícii na internetovej stránke PAV. V článku prezentujeme vybrané odporúčania.

Zákonodarcovia: Zákonodarcovia musia uznať spoločenskú a etickú hodnotu paliatívnej starostlivosti a upraviť existujúce systémy zdravotnej starostlivosti, politiky a výsledné opatrenia na zabezpečenie všeobecného prístupu k paliatívnej starostlivosti pre všetkých pacientov v núdzi. Musia tiež podniknúť kroky na zabezpečenie integrovaného zdravotného systému, aby sa umožnil hladký prechod pacientov medzi rôznymi úrovňami starostlivosti.

Univerzity a vysoké školy: Všetky akademické inštitúcie, ktoré ponúkajú vzdelávanie v oblastiach súvisiacich so zdravotnou starostlivosťou, by mali zahŕňať povinnú výuku paliatívnej starostlivosti ako súčasť bakalárskych študijných programov.

Návrhy na implementáciu:

- Schváliť vnútroštátne právne predpisy, v ktorých je nariadené vyučovanie paliatívnej medicíny/starostlivosti.
- Vypracovať štandardné učebné osnovy o tímovej interdisciplinárnej paliatívnej starostlivosti.
- Učebné osnovy paliatívnej medicíny/starostlivosti musia kombinovať teoretické a praktické zložky integrované na úrovni primárnej starostlivosti.
- Vyučovať paliatívnu medicínu/starostlivosť akreditovanými fakultami, ktoré majú akademické funkcie a klinické možnosti.
- Finančné prostriedky na vzdelávaciu programy by mali pochádzať z rozpočtov na vzdelávanie zdravotníckych inštitúcií vlád.

Zdravotnícki pracovníci:

Zdravotnícki pracovníci, ktorí pracujú v paliatívnej starostlivosti, by mali mať príslušné vzdelanie a aktívne sa zúčastňovať na ďalšom vzdelávaní, aby si udržali primeranú úroveň vedomostí

Návrhy na implementáciu:

- Osloviť národné odborné lekárske a ošetrovateľské spoločnosti, ministerstvá zdravotníctva a zdravotnícke vzdelávacie inštitúcie prostredníctvom, aby obhajovali uznanie paliatívnej starostlivosti ako špecializácie.
- Zriadiť pracovnú skupinu zloženú z odborníkov v oblasti paliatívnej

starostlivosti v krajine s cieľom určiť minimálnu úroveň kompetencií, vedomostí a zručností v oblasti paliatívnej starostlivosti.

- Štandardizovať zdravotnícke vzdelávanie základnými a špeciálnymi certifikačnými programami v súlade s procesmi oficiálnej certifikácie zdravotníckych pracovníkov jednotlivých krajín.

Zdravotnícke zariadenia: Každá nemocnica a zdravotnícke zariadenie by mali zabezpečiť cenovo dostupný prístup k liekom na paliatívnu starostlivosť, ktoré sú súčasťou Zoznamu základných liekov WHO, najmä perorálneho morfinu s okamžitým uvoľňovaním. Taktiež by mali akceptovať poskytovanie paliatívnej starostlivosti ako morálny a etický imperatív.

Návrhy na implementáciu:

- Zabezpečiť odbornú prípravu všetkých zamestnancov v základoch paliatívnej starostlivosti.
- Definovať stratégiu integrácie paliatívnej starostlivosti pre nemocnicu alebo zdravotnícke zariadenie.

Spoločnosti paliatívnej starostlivosti: Zástupcovia národných združení by mali byť účinnými zástancami a spolupracovať so svojimi vládami v procese implementácie medzinárodného politického rámca vrátane dohôd, rezolúcií a vyhlásení v ich krajinách (t. j. výsledný dokument UNGASS, Agenda 2030, uznesenie WHA – Svetové zdravotné zhromaždenie).

Návrhy na implementáciu:

- Realizovať podporné workshopy so zástupcami národných združení s cieľom posilniť zástupcov občianskej spoločnosti tak, aby si osvojili zručnosti na účinné kampane a stratégie zamerané na presadzovanie práva.
- Národné asociácie majú právomoc a legitimitu požadovať od svojich vlád implementáciu medzinárodných politik a rámcov, ktoré vyžadujú začlenenie paliatívnej starostlivosti do národných politik a programov, posilnenie programov NCD a prijatie SDG v Agende 2030.
- Práca na stanovení národných noriem v paliatívnej starostlivosti vrátane primárneho a špecializovaného paliatívneho vzdelávania a odbornej prípravy a spolupráce s vládnymi aj

mimovládnymi zainteresovanými stranami s cieľom vypracovať národnú stratégiu paliatívnej starostlivosti integrovanú do univerzálnej zdravotnej starostlivosti.

Medzinárodné organizácie:

Medzinárodné organizácie by mali povzbudiť členské štáty WHO, aby vypracovali politiky a postupy na implementáciu rezolúcie WHA č. 67/19 ako neoddeliteľnej súčasti ich stratégií a na implementáciu Agendy 2030 pre ciele trvalo udržateľného rozvoja, pričom osobitnú pozornosť treba venovať potrebám detí a starších osôb.

Masmédiá: Masmédiá by mali byť zapojené do vytvárania kultúry porozumenia v súvislosti s pokročilou chorobou a úlohou paliatívnej starostlivosti počas celého života a ako súčasť UHC.

Filantropické organizácie a charitatívne organizácie: Jednotlivci a organizácie zapojené do paliatívnej starostlivosti sa musia angažovať, vzdelávať a obhajovať filantropické organizácie a charitatívne organizácie na podporu rozvoja a implementácie paliatívnej starostlivosti.

Farmaceutické úrady: Morfín (prednostne perorálna formulácia s okamžitým uvoľňovaním) je výhodným liekom na liečbu stredne silnej/silnej nádorovej bolesti v PS a má byť dostupný. Žiadna vláda by nemala schváliť morfín s modifikovaným uvoľňovaním, transdermálne náplasti fentanylu alebo oxykodón s pomalým uvoľňovaním bez zaručenia široko dostupného perorálneho morfinu s okamžitým uvoľňovaním.

Pacienti a skupiny pacientov: Pacienti a skupiny pacientov by mohli byť veľmi nápomocní pri rozvoji a požadovaní kampane zameranej na zdravotnú gramotnosť pre všetkých pacientov s potrebami počítačov a ich rodín, aby sa zvýšila informovanosť o PC a jeho úlohe v rozhodovacom procese.

Profesionáli duchovnej starostlivosti: Náboženské inštitúcie a skupiny duchovnej starostlivosti by mali pracovať na tom, aby zahŕňali duchovnú starostlivosť – vrátane priebežného hodnotenia duchovnej úzkosti a duchovného blahobytu začlenených do usmernení starostlivosti a ako súčasť rutinného poskytovania paliatívnej starostlivosti.

Profesijné združenia a spoločnosti iné ako paliatívna starostlivosť:

Profesijné združenia a spoločnosti, ktoré nie sú zodpovedné za paliatívnu starostlivosť, by mali podporovať organizácie pôsobiace v oblasti ľudských práv, aby zväžili existujúce vyhlásenia a zaviedli stratégie, ktorých cieľom je prispievať k rozvoju paliatívnej starostlivosti na celom svete v rámci ľudských práv.

Lekári: Lekári by mali zohrávať aktívnu úlohu v tímoch paliatívnej starostlivosti tým, že posúdia vhodnosť liekov predpísaných pacientom, a tým, že zabezpečia včasný výdaj liekov, vzdelávajú členov tímu o farmakologických interakciách a zabezpečia, aby pacienti a opatrovatelia chápali predpísaný režim liečby tak, aby zaistili jeho dodržiavanie.

Úvahy o obhajobe PS smerom k zainteresovaným stranám prvej línie

Zákonodarcovia

Pacienti s chronickými progresívnymi ochoreniami, ako sú onkologické ochorenia, kongestívne srdcové zlyhanie, chronická obštrukčná choroba pľúc a HIV/AIDS, pred smrťou vykazujú závažné fyzické, psychosociálne a duchovné symptómy. Existujú silné dôkazy, že PS je prospešná pri znižovaní väčšej časti utrpenia u pacientov, ako aj psychosociálnych a duchovných či existenciálnych ťažkostí v rodinách. Zároveň existujú dôkazy, že tieto prínosy sprevádza zníženie celkových nákladov na starostlivosť. Úsporu nákladov možno dosiahnuť predovšetkým tým, že sa nevykonávajú nepotrebné vyšetrenia a liečebné úkony, ako aj tým, že pacienti nie sú hospitalizovaní v akútnych nemocniciach a na jednotkách intenzívnej starostlivosti. Hodnota v zdravotníctve vyplýva z rovnováhy medzi prínosmi a nákladmi. PS preukázala vplyv na obe zložky hodnoty.

Akademická pôda (univerzity a vysoké školy)

Podľa Výboru OSN pre hospodárske, sociálne a kultúrne práva (CESCR) sa od členských štátov vyžaduje, aby zabezpečili všeobecný prístup k PS. Táto povinnosť zahŕňa povinnosť zaistiť, aby zdravotnícki pracovníci spĺňali primerané štandardy

vzdelávania. V súlade s tým WHO vyzýva členské štáty, aby integrovali základné znalosti paliatívnej medicíny/starostlivosti do pregraduálneho lekárskeho a ošetrovateľského profesijného vzdelávania. Inými slovami, medzinárodné právo stanovuje, aby vlády a univerzity členských štátov poskytovali primeranú odbornú prípravu zdravotníckych pracovníkov v súlade so zásadami stanovenými WHO. Štúdie tiež naznačujú, že včasné a nepretržité vzdelávanie študentov v PS súvisí s pozitívnymi postojmi a zvýšenou spokojnosťou s PS medzi vysokoškolskými študentmi medicíny. Štúdie tiež dosvedčujú, že pregraduálni študenti ošetrovateľstva chcú, aby bola výučba PS súčasťou ich vzdelávania, pretože okrem iného prispieva priaznivo na ich osobný a profesionálny rozvoj. Úplná integrácia lekcií paliatívnej medicíny/starostlivosti do všetkých bakalárskych študijných programov pre budúcich zdravotníckych pracovníkov je povinnosťou podľa medzinárodného práva a vzdelávacej stratégie založenej na dôkazoch.

Zdravotnícki pracovníci

Okrem toho, že WHO vyžaduje, aby bolo zabezpečené vzdelávanie v základoch PS v pregraduálnej výučbe lekárov a sestier, WHO nalieha na členské štáty, aby zaistili strednú úroveň vzdelávania pre všetkých zdravotníckych pracovníkov, ktorí sa pravidelne stretávajú s pacientmi so život ohrozujúcimi chorobami a plnú integráciu PS do zdravotnej starostlivosti v zdravotníctve a v každom prostredí, konkrétne v komunitnom a počas celého priebehu pokročilých chorôb. Od členských štátov sa tiež vyžaduje, aby poskytovali špecializovanú prípravu s cieľom pripraviť zdravotníckych pracovníkov, ktorí budú vykonávať viac než rutinnú PS. To znamená, že zdravotnícki pracovníci musia dostať primerané vzdelanie, nadobudnúť kompetencie, ktoré sa požadujú podľa príslušných noriem certifikácie. Príprava na odbornej úrovni má mimoriadny význam v miestach, na ktorých ešte nebola inštitucionalizovaná úloha špecialistov v PS.

Nemocnice a zdravotnícke zariadenia

Moderná lekárska veda, žiaľ, stále viac založená na technológiách,

sa viac a viac zameriava iba na ochorenie a zanedbáva ľudskú bytosť. Utrpenie súvisiace so zdravím sa často ignoruje. Pretrvávajúce pokusy liečiť chorobu, dokonca aj tvárou v tvár márnej liečbe, spôsobujú okrem fyzického, sociálneho a duševného utrpenia aj finančné ťažkosti a duchovné utrpenie. Vo svojom vystúpení pre účastníkov na plenárnom zasadnutí PAV (Clementine Hall, 5. marec 2015) pápež František povedal: „Preto vítam vaše vedecké a kultúrne snahy o to, aby sa PS dostala k všetkým, ktorí ju potrebujú. Povzbudzujem profesionálov a študentov, aby sa špecializovali na tento typ pomoci, ktorá nemá o nič menšiu hodnotu pre to, že nezachraňuje životy. PS uznáva niečo rovnako dôležité, hodnotu človeka.“

Svetové zdravotnícke zhromaždenie vo svojej hlavnej rezolúcii z roku 2014 vyzvalo všetky členské štáty, aby integrovali PS do zdravotnej starostlivosti na všetkých úrovniach (primárnej, sekundárnej a terciárnej) v rámci kontinuity starostlivosti (od času, keď sa zdravotné utrpenie začína, až do smrti a pokračovanie vo forme podpory pri smútení pre rodinu).

Spoločnosti paliatívnej medicíny/paliatívnej starostlivosti

Pacienti, ktorí potrebujú PS, majú často rôzne a prekrývajúce sa choroby a môžu zostať doma, v zariadeniach dlhodobej starostlivosti, opatrovateľských domoch a nemocniciach. Poskytovanie komplexných služieb pacientom si vyžaduje vytvoriť multidisciplinárne tímy, ktoré môžu pracovať v národnom/verejnom zdravotníckom systéme, v cirkvi alebo v mimovládnych sektoroch. Tieto tímy musia plánovať svoje intervencie na základe potrieb pacienta, či už dospelého, alebo dieťaťa, a rodiny pacienta. S cieľom rozvíjať zručnosti a zlepšiť svoje vedomosti sa členovia multidisciplinárnych tímov spoliehajú na usmernenia a odporúčania od združení a spoločností paliatívnej medicíny/starostlivosti, ktoré často spolupracujú s vládami, inými agentúrami občianskej spoločnosti, darcami a propagátormi PS na budovaní funkčných kapacít, služieb a výskumných sietí. Toto úsilie vytvára systém, ktorý

je dostupný aj najviac znevýhodneným komunitám, na ktoré nemá dosah konvenčný systém zdravotnej starostlivosti.

Úvahy o obhajobe PS smerom k zainteresovaným stranám druhej línie

Medzinárodné organizácie

Uznávajú, že viac ako 75 % sveta nemá prístup k paliatívnej starostlivosti, členské štáty WHO jednomyselne prijali uznesenie WHO 67/19 v roku 2014. V roku 2015 členské štáty OSN jednomyselne prijali Agendu 2030 pre trvalo udržateľný rozvoj v roku 2015 so záväzkom „nenechať nikoho pozadu“. Nenechať nikoho pozadu znamená, že členské štáty a OSN musia spolupracovať na rozvoji integrovaných politik a postupov založených na ľudských právach s cieľom realizovať ich kľúčové výsledky v oblasti verejného zdravia. Politika verejného zdravia založená na ľudských právach sprístupňuje integrované služby zamerané na ľudí všetkým občanom, migrantom a utečencom všetkých vekových kategórií vo všetkých prostrediach: doma alebo v hospici, na vidieku alebo v mestskej klinike, v nemocnici alebo v inom prostredí, v ktorom sa pacient zdržiava, ako napr. opatrovateľské ústavy a väzenia.

Masmédiá

Existuje mylná predstava o PS, a to ako medzi širokou verejnosťou, tak medzi zdravotníckymi pracovníkmi, že PS je synonymom pre starostlivosť na konci života. PS nie je len na umieranie. Ak to pochopíme, budú pacienti dostávať PS včasnejšie v trajektórii ochorenia. To si vyžaduje kultúrny posun, ktorý začína lekármi smerom k všeobecnej populácii.

Filantropické organizácie a charitatívne organizácie

PS musí byť integrovaná do národných zdravotníckych systémov po celom svete. Národné vlády neposkytli adekvátne financovanie na podporu rozvoja PS a mimovládne organizácie, profesijné organizácie, nadácie, náboženské organizácie, charitatívne organizácie, charitatívne fondy a rozvojové agentúry zohrali významnú úlohu vo vývoji PS na medzinárodnej a komunitnej úrovni poskytovaním zdravotnej a sociálnej podpory.

Farmaceutické úrady

WHO odporúča morfin ako prvoradý silný opioid na liečbu stredne ťažkej až ťažkej onkologickej bolesti u dospelých a detí. Hoci je k dispozícii v rôznych liekových formách, odporúča sa, aby bola dodržaná dostupnosť lacného perorálneho morfinu s okamžitým uvoľňovaním prioritou z dôvodu ceny a flexibility pri používaní. Hoci iné, novšie silné opioidy by mali byť dostupné, nikdy sa však úplne nemôžu považovať za prijateľnú náhradu morfinu.

Pacienti a skupiny pacientov

Zdravotná negramotnosť, dokonca aj v krajinách, kde je PS dobre vyvinutá, je prekážkou včasnej integrácie PS. Niektorí pacienti si myslia, že zmiernenie príznakov je spôsob, ako urýchliť smrť. Existuje značná negramotnosť v oblasti zdravia a pacienti a ich rodiny nemajú povedomie o tom, že PS sa môže viesť súbežne s aktívnou liečbou zameranou na ochorenie. Vzdelávanie zamerané na tieto skupiny môže pomôcť rozptýliť mýty o PS.

Profesionáli duchovnej starostlivosti

WHO uznala duchovnú starostlivosť ako požadovaný prvok PS. Všetci členovia tímu musia riešiť duchovné úzkosti (duchovné alebo existenciálne utrpenie), aby poskytovali pacientom a rodinám starostlivosť v najvyššej kvalite a pomáhali im zmierňovať utrpenie. Na niekoľkých amerických a medzinárodných konferenciách sa vyvinuli definície a modely na riešenie duchovných ťažkostí v klinickom prostredí. Náboženský predstavitelia by sa mali zasadzovať o začlenenie duchovnej starostlivosti do PS a obhajovať vhodnú odbornú prípravu zdravotníkov pri poskytovaní duchovnej starostlivosti pacientom a rodinám, ako aj rozvoj, odbornú prípravu a pomoc pri udržiavaní primeraného personálneho zabezpečenia kaplánov zdravotnej starostlivosti vo všetkých zdravotníckych prostrediach.

Diskusia

Príspevok prezentuje konsenzus 13 expertov v paliatívnej medicíne/starostlivosti z celého sveta, v súlade

s cieľmi PAL-LIFE. Hovorí o tom, čo sa považuje za najdôležitejšie odporúčania pre 13 skupín zainteresovaných strán, aby sa napomohlo rozvoju PS. Niektoré z odporúčaní sú aplikovateľné na niekoľko skupín zainteresovaných strán (t. j. odporúčanie pre farmaceutické orgány týkajúce sa dostupnosti morfinu by smerovať aj na zákonodarcov, distribútorov, farmaceutických výrobcov, predajcov a zástancov PS, alebo odporúčania pre univerzity, ktoré by sa mali prezentovať aj zdravotníckym pracovníkom a pedagógom). Mnohé položky uvedené v tejto štúdii si vyžadujú koordinovaný postup. Globálne väčšina pacientov umiera so silnou bolesťou bez toho, aby niekedy dostala jednu dávku morfinu alebo iných opioidných analgetík. Na riešenie tejto tragickej situácie je dôležité zosúladiť potrebu zvýšeného prístupu k opioidom na liečbu bolesti pri zohľadnení potenciálu zneužitia a nepriaznivých účinkov. To si vyžaduje koordinovaný postup medzi zákonodarcami, univerzitami, lekármi a profesijnými združeniami, aby sa zaviedli bezpečnostné opatrenia na dosiahnutie cieľov. Odporúčania v Bielej knihe sa zameriavajú na kľúčové otázky. Niektoré situácie však môžu vyžadovať komplexnejšie a širšie odporúčania (t. j. odporúčanie pre farmaceutické orgány týkajúce sa dostupnosti morfinu by malo sprevádzať vyhlásenie, v ktorom sa uvádza, že je potrebný viac ako jeden lacný opioid, pretože až 80 % pacientov môže potrebovať rotáciu opioidov, aj keď v tejto práci odporúčame len morfin). Kritickou otázkou je, že vlády by mali podniknúť potrebné kroky na zabezpečenie prístupu k liekom pre paliatívnu medicínu/starostlivosť, ktoré sú súčasťou Zoznamu základných liekov WHO vrátane morfinu ako zlatého štandardu a všetkých ostatných liekov v zozname. Podobne, niektoré odporúčania nemusia zachytiť dôležitosť duchovnej starostlivosti, ktorá je rovnako dôležitá pre fyzické a psychosociálne zdravie. Jedným z obmedzení tohto dokumentu je, že sa zakladá na konsenze malej (13) skupiny expertov z PS a neskôr schválenom predstavenstvom PAV. Väčšia skupina mohla pravdepodobne vyústiť do širšieho pohľadu tohto postojového dokumentu, ktorý by rozšíril jeho rozsah pôsobnos-

ti. Z týchto dôvodov skupina dôrazne radí, aby sa odporúčania široko zväžili, pričom sa zohľadní ďalších 30 dohodnutých odporúčaní, ktoré sú k dispozícii na internetovej stránke PAV (www.academyforlife.va).

Biela kniha predstavuje stanovisko PAV k PS. Starostlivosť o chorých je súčasťou misionárskej činnosti Katolíckej cirkvi od jej vzniku. Cirkev označuje PS za „osobitnú formu nezištnej lásky“. Ako taká by sa mala podporovať (Katechizmus Katolíckej cirkvi, č. 2279). Magistérium Katolíckej cirkvi v uplynulých rokoch niekoľkokrát zasiahlo, aby zdôraznilo dôstojnosť a vzácnosť každej ľudskej bytosti, dokonca aj tých, ktorí trpia vážnymi alebo terminálnymi chorobami. Pápež František nedávno opísal PS: „vyjadrenie skutočne ľudského postoja k starostlivosti o seba, najmä o tých, ktorí trpia. Je to svedectvo, že ľudská osoba je vždy vzácna, aj keď je poznačená chorobou a starobou. Oceňujem váš vedecký a kultúrny záväzok zabezpečiť, aby sa paliatívna starostlivosť mohla dostať k všetkým, ktorí ju potrebujú. Povzbudzujem profesionálov a študentov, aby sa špecializovali na tento typ starostlivosti, ktorá nie je o nič menej cenná pre skutočnosť, že „nie je život zachraňujúca“. PS dosahuje niečo rovnako dôležité: oceňuje osobu.“

Kresťanské hnutie, ktoré je v súlade s učením Ježiša o starostlivosti o chudobných, zraniteľných a chudobných, vyvinulo a vybuďovalo veľké siete starostlivosti, ktoré zahŕňajú nemocnice, kliniky a zdravotné strediská po celom svete. Nemocnice a zdravotnícke zariadenia založené na viere, od miestnych kliník až po inštitúcie terciárneho výskumu, sú všetky miestami, kde sa PS zapája do koncepcie starostlivosti a solidarity, ako aj do zložky starostlivosti v rámci zdravotníckeho systému. V mnohých krajinách, bez ohľadu na najrozšírenejšiu vieru, je významný počet zdravotníckych zariadení prevádzkovaných katolíckou cirkvou a inými kresťanskými denomináciami. S takou sieťou má Cirkev príležitosť viesť veľké hnutie na zmiernenie utrpenia miliónov pacientov a ich rodín. Bielu knihu možno použiť ako kontrolný zoznam pre krajiny alebo regióny na identifikáciu a implementáciu základných stratégií na zlepšenie starostlivosti o pacientov a rodiny s potrebami PS. Môže tiež slúžiť ako základ pre vypracovanie komplexnejšieho zoznamu odporúčaní prispôbených inštitúciám alebo skupinám v rámci každého spoločenstva zainteresovaných strán alebo špecifických geografických súvislostí, čo bude nepochybne užitočné pre obhajobu s lokálnymi vládami, náboženskými komunitami a inými.

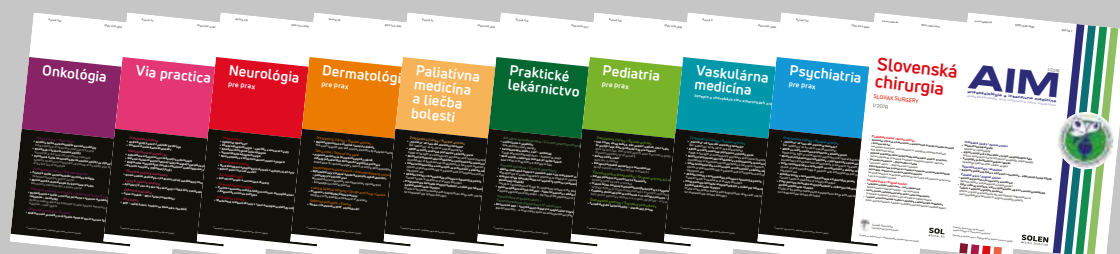
Stručne povedané, Biela kniha zdôrazňuje zodpovednosť zdravotníckych systémov a zainteresovaných strán za uznanie prístupu k úľave od bolesti a PS ako základného práva osoby a rodiny a zodpovednosti všetkých zložiek systému zdravotnej starostlivosti. Na to je potrebné uznať zdravie nielen za absenciu choroby, ale aj za fyzickú, emocionálnu, sociálnu a duchovnú pohodu, ktorá môže byť optimalizovaná len tým, že sú dostupné základné lieky na PS, vlády integrujúce PS do svojich plánov zdravotnej starostlivosti a UHC a rozvoj verejného a odborného vzdelávania, ako aj jasné rámce na vykonávanie tejto starostlivosti, aby sa predišlo zbytočnému utrpeniu. Na podporu integrácie do PS je potrebná podpora náboženských a filantropických organizácií, mimovládnych a vládnych subjektov a organizácií na ochranu ľudských práv.

MUDr. Leona Šóthová

Hospic – Dom pokoja a zmiery
u Bernadetky v Nitre
Chrenovská 22 B, 949 01 Nitra
lea.soth@gmail.com



Poznáte všetky
časopisy
vydavateľstva
Solen?



**Navštívte www.solen.sk
a prečítajte si stovky odborných článkov z rôznych oblastí medicíny**

- » Kvalitné odborné texty zamerané predovšetkým na prax
- » PDF článkov online zadarmo (po roku od publikovania)
- » Časopisy v tlačenej verzii si môžete objednať na adrese: predplatne@solen.sk

Punkcia ascitu prostredníctvom mobilného hospicu v domácom prostredí

Sr. Barbora – MUDr. Kristína Kroftová

Hospic – Dom pokoja a zmierenia u Bernadetky v Nitre

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):34

Ascites je definovaný ako zvýšené množstvo voľnej tekutiny v dutine brušnej. Najčastejšou príčinou je ochorenie pečene (cirhóza alebo metastatické postihnutie pečene), karcinomatóza peritonea, srdcové zlyhanie a ochorenie pankreasu. Ascites vzniká i pri venookluzívnych chorobách, trombóze portálnej žily a pri Buddovom-Chiariho syndróme. Je vždy nepriaznivým prognostickým znakom. V prítomnosti portálnej hypertenzie podporuje vznik ďalších komplikácií (napr. krvácanie z ezofageálnych varixov, hepatorenálny syndróm, pečenočná encefalopatia).

V mobilnom hospici sa stretávame u chorých najčastejšie s ascitom pri dekompenzovanej cirhóze pečene, pri karcinomatóze peritonea a pri metastatickom postihnutí pečene. Ide o stavy v terminálnom štádiu ochorenia. Základným liečebným krokom je pokoj na lôžku, obmedzenie sodíka v diéte a liečba diuretikami – spironolaktómom a furosemidom. Pri refraktérnom ascite, ktorý nereaguje na medikamentóznú liečbu a režimové opatrenia, je vhodná (a niekedy nevyhnutná a jediná možná liečba) **odľahčovacia punkcia ascitu**, ktorou sa odstráni nadbytočná tekutina z brušnej dutiny a zmierni sa tak tlak na brušné orgány a bránicu. Tento výkon je možné realizovať aj v domácom prostredí bez náhrady plazmaexpanderov, ak vypustené množstvo tekutiny nepresiahne 5 litrov. Náhrada albumínu v domácom prostredí sa nevykonáva. Punkciu ascitu realizuje v mobilnom hospici lekár, prakticky sa indikuje len v prípade tenzného ascitu, pri ktorom sa pacient sťažuje na výrazný brušný diskomfort a dýchavicu, alebo je prítomná hypotenzia a tachykardia, rozvíja sa hepatorenálny syndróm a prejavujú sa príznaky hepatálnej encefalopatie.

Punkcia ascitu sa začína vyšetrením brucha, potvrdením undulačného fenoménu a poklopovej diferencie. Punkciu vykonáme v spojnici medzi umbilikom a spina iliaca ant. sup. bedrovej kosti vľavo. Miesto si označíme po poklopovom vyšetrení brucha, pri ktorom zistíme tlmený poklop. Následne dezinfikujeme kožu roztokom jóduvaného povidónu (pri negatívnej alergii na jód) alebo nejódovým dezinfekčným prostriedkom.

V domácom prostredí niekedy miesto vpichu neumŕtvujeme, vpich nie je veľmi bolestivý. Ak použijeme lokálne mezokaín, anestéziu robíme tou istou ihlou ako punkciu. Použijeme ružovú injekčnú ihlu (18G), ktorú napojíme na striekačku, pri pichnutí aspirujeme. Ak sa objaví ascitická tekutina, ktorá je slamovožltá, napojíme na ihlu cez spojovaciu hadičku prispôbenú infúziu súpravu a ihlu fixujeme. Druhý koniec infúznej súpravy (po odstránení bodca a rezerváru) spojíme s ústím v podtlakovej nádobe a uvoľníme „tlačku“. Podtlakom sa nasáva tekutina do nádoby s objemom 500 – 600 ml. V krízových podmienkach môžeme použiť metódu odtoku samospádom a tekutinu vypúšťať do čistej fľaše. Ihlu fixujeme a pridržiavame rukou počas celého výkonu, fixáciu kontrolujeme.

Pacienta pred realizáciou oboznámime s princípom a spôsobom výkonu. Je potrebná istá miera spolupráce, u nepokojných pacientov môže byť výkon rizikový. Pacienta vyzveme, aby pokojne dýchal a nehýbal sa. Pacienti počas výkonu môžu zaspáť, preto je nevyhnutné, aby bol lekár prítomný pri pacientovi v priebehu celého výkonu. Sledujeme množstvo odsávanej tekutiny, jej farbu a prímеси – najmä krv. Množstvo tekutiny býva cca 2 – 3 litre. Pacient by mal cítiť úľavu a uvoľnenie v bruchu. Pred ukončením sa „tlačkou“ odstaví podtlak a ihla sa pod tlakom sterilného tampónu z brušnej dutiny od-

stráni. Miesto vpichu držíme pod tlakom so sterilným tampónom najmenej 5 – 10 minút (možno použiť aj vrečko s pieskom, v domácnosti ho nahradí vrečko s 1 kg ryže), pacienta uložíme na znak alebo na pravý bok. Zväčša tento zákrok nesprievádzajú žiadne ťažkosti a komplikácie, v prípade rýchleho doplnenia ascitickej tekutiny možno výkon opakovať o 3 dni.

Úlohou mobilného hospicu je zlepšiť kvalitu života nevyliciteľného, terminálneho pacienta v domácom prostredí. Punkciou ascitu pacientovi uľavíme v ťažkostiach, ponechávajúc ho v domácom pôvodnom prostredí zlepšime jeho komfort tak telesný, ako aj duchovný. Výkon je zväčša nezatažujúci, so zriedkavými komplikáciami. Môže ísť o krvácanie z kože alebo do ascitu pri vpichu (pri súčasnej poruche koagulácie), ktoré sa po fixácii vpichu zastaví. Pri nedostatočnej dezinfekcii kože sa môže infikovať ascites, čo je ťažké a nie vždy nevyhnutné odlišiť od spontánnej bakteriálnej peritonitídy. Veľmi zriedkavo môžeme napichnúť najmä tenké črevo (napr. pri karcinomatóze v mieste vpichu, pretože doma nemáme k dispozícii ultrazvukové zobrazenie), ktoré sa hneď po vytiahnutí ihly zacelí (v ten deň nemožno však vykonať odľahčovaciu punkciu a pacientovi pri bolestiach a dýchavici musíme uľaviť ináč, napríklad silnými opioidmi). Najväčšou finančnou položkou sú podtlakové fľaše (cca 4 eur 1 kus). Realizovaním tohto výkonu v pohodlí domova predídeme stresu a záťaži, ktorým by bol pacient vystavený pri hospitalizácii alebo v ambulancii.

MUDr. Kristína Kroftová

Hospic – Dom pokoja a zmierenia u Bernadetky v Nitre
Chrenovská 22 B, 949 01 Nitra
lekar@hospicnitra.sk



Poskytovanie sociálnych služieb v hospici a ich financovanie

PhDr. Margaréta Kilianová, PhD.

Hospic – Dom pokoja a zmiery u Bernadety v Nitre

Článok prináša informácie o financovaní a poskytovaní sociálnych služieb v hospici. Autorka porovnáva poskytovanie sociálnych služieb v zariadeniach sociálnych služieb a v hospicoch. Opisuje tiež kompetencie sociálneho pracovníka a metódy sociálnej práce, ktoré využíva. Viac približuje niektoré sociálne služby (najmä sociálne poradenstvo), ktoré poskytuje sociálny pracovník v hospici, pokiaľ jeho úlohu nezastupuje zdravotná sestra.

Kľúčové slová: sociálne služby, sociálny pracovník, hospic, financovanie

Provision of social services in hospice and their financing

The article deals with the financing and provision of social services in a hospice. The author compares the provision of social services facilities and hospices. It also describes the competences of the social worker and the methods of social work he uses. More about some social services (especially social counseling) provided by a social worker in a hospice, unless his role is represented by a nurse.

Key words: social services, social worker, hospice, financing

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):35-37

Úvod

Cieľom hospicu je poskytnúť chorému služby v súvislosti s úľavou od bolesti a inými závažnými symptómami ochorenia, so zlepšením kvality života pacienta až do jeho posledných chvíľ, zabezpečením komplexnej liečby a starostlivosti s prihliadnutím na individuálne sociálne, psychické a duchovné potreby, poskytovaním pomoci príbuzným a blízkym osobám pacienta, s poskytovaním podporného systému a vytváraním podmienok, aby pacient mohol žiť čo najaktívnejšie až do smrti.

Paliatívnu starostlivosť v hospici zabezpečuje tím lekárov, sestier, ošetrovateľov, ale aj sociálny pracovník, duchovný a dobrovoľníci. Starostlivosť o nevyliciteľne chorého a zomierajúceho pacienta sa zameriava najmä na zmiernovanie príznakov choroby a bolesti, poskytovanie fyzickej pohody a napokon zabezpečenie psychickej, sociálnej, emocionálnej a duchovnej podpory pacientovi a jeho blízkym v záverečnom štádiu ochorenia, pri úmrtí a v období smútku. Denný režim je iný ako v bežných zdravotníckych zariadeniach, plne sa prispôsobuje individuálnym potrebám a stavu pacientov (1).

Sociálne služby, ktoré zabezpečuje sociálna pracovníčka v hospici: sociál-

ne poradenstvo, úschova cenných vecí, záujmová činnosť:

- podľa §16 odsek 1: Odborné činnosti sú najmä základné sociálne poradenstvo a špecializované sociálne poradenstvo; odsek 2: Odbornú činnosť podľa odseku 1 písm. a), b) a e) možno vykonávať ako samostatnú odbornú činnosť na základe zápisu do registra podľa § 65; špecializované sociálne poradenstvo ako samostatnú odbornú činnosť možno poskytovať za podmienok ustanovených týmto zákonom aj výkonom samostatnej praxe sociálneho pracovníka. Odborná činnosť vykonávaná podľa prvej vety sa považuje za druh sociálnej služby.
- podľa §18: Ďalšie činnosti ako úschova cenných vecí a záujmová činnosť. Odsek 4: Záujmová činnosť podľa odseku 1 písm. a) ôsmeho bodu a na účely odseku 1 písm. e) je kultúrna činnosť, spoločenská činnosť, športová činnosť a rekreačná činnosť, ktoré sú zamerané na rozvoj schopností a zručností prijímateľa sociálnej služby (2).

Odborná činnosť sociálneho pracovníka si vyžaduje predovšetkým profesionálny prístup a vychádza z pochopenia zdravia ako stavu úplnej telesnej, sociálnej aj duševnej pohody klienta (3). Prax zahŕňa zisťovanie sociálnej anam-

nézy klienta a je zameraná na analýzu zdravotnej a sociálnej situácie klienta pred hospitalizáciou a počas hospitalizácie. Sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení vyhodnocuje životnú situáciu klienta, poskytuje základné aj špecializované sociálne poradenstvo v spolupráci s pacientom a jeho najbližším okolím a v kontinuite s ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi vypracováva návrh sociálnej pomoci a intervencie.

Do kompetencií a zručností sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení sú nasledovne zahrnuté komunikačné kompetencie, schopnosť aktívne počúvať, interpersonálne kompetencie, schopnosť prijímať zodpovednosť a usilovať sa o vlastný rozvoj, manažérske kompetencie, profesijné kompetencie, poradenské a konzultačné kompetencie (realizácie konzultačných činností klientom aj ich rodinám, podávanie informácií, schopnosť realizácie odborného poradenstva v sociálnej oblasti vo vzťahu k pozostalým v prípade úmrtia klienta), organizačné kompetencie, klienta v prípade potreby komplexne pripravovať na ústavnú starostlivosť, priebežne sledovať zdravotno-sociálnu dokumentáciu klientov, viesť sociálnu dokumentáciu, podieľať sa na príprave prepustenia klienta vrátane zabezpečenia následnej starostlivosti a služieb, spolupráca

s orgánmi verejnej správy, resp. s inými subjektmi, komunikačné kompetencie, schopnosť načúvať, etické kompetencie, zachovávať dôvernú informáciu, ku klientom pristupovať s empatiou, byť schopný eticky prijateľnej a efektívnej komunikácie s klientmi aj ich rodinami.

Činnosti sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení sú (4) zamerané na riešenie situácie akútne hospitalizovaných klientov, sociálnu prevenciu, aplikáciu metód sociálnej práce, činnosti spojené so stanovením sociálnej anamnézy a prognózy, sociálnu pomoc chronicky chorým klientom. Prehľad činností sociálneho pracovníka (4) v zdravotníckych zariadeniach (zdravotnícke zariadenie dlhodobej starostlivosti) je nasledovný:

- mikroúroveň: sociálna práca s jednotlivcom, motivačné rozhovory s jednotlivcom, terénna sociálna práca u osamelých klientov, psychosociálna podpora, sociálno-právne poradenstvo, individuálne plánovanie,
- mezoúroveň: sociálna práca s rodinou, edukácia rodiny, práca v prirodzenom prostredí klienta, skupinové aktivizačné činnosti,
- makroúroveň: sprostredkovanie informácií a služieb.

Viaceré konkrétne metódy sociálneho pracovníka sú (5):

- informácia: ide o hlavnú základnú metódu sociálnej práce, ktorou poskytuje sociálny pracovník poradenstvo, má čisto informačný charakter a slúži na sprostredkovanie odborných informácií pacientovi,
- klarifikácia: ide o racionálne poradenstvo, ktoré sa usiluje pochopiť pacientove problémy,
- ventilácia: využíva sa pri práci s pacientom zažívajúcim napätie, jej cieľom je zbaviť sa tohto napätia,
- distribúcia: v prípade, že potrebná pomoc pacientovi presahuje kompetencie sociálneho pracovníka, ktorý ale poskytne kontakt na odborníka, v ktorého možnostiach táto pomoc je,
- povzbudenie: prostredníctvom tejto metódy sa sociálny pracovník snaží povzbudzovať pacienta a snaží sa aj eliminovať jeho možnú neistotu prameniaca v jeho zdravotnom stave,

- interpretácia: sociálny pracovník prestáva byť pozorovateľom a prenáša na seba úlohu klienta, teda interpreta daného problému,
- tréning: sociálny pracovník sa snaží zmeniť pacientovo správanie v určitej oblasti jeho konania, taktiež rozličné relaxačné techniky.

Niektoré z kompetencií sociálnej pracovníčky v Hospici – Dom pokoja a zmiernu v Bernadetty v Nitre

Sociálna pracovníčka má v spomínanom hospici pracovné zaradenie aj ako ekonomická zamestnankyňa. Do jej pracovnej náplne je zahrnutá:

- Aktívna sociálna práca s klientom (nadviazanie prvého kontaktu s klientom, zistenie a riešenie potrieb klienta z komplexného hľadiska, ventilácia pocitov klienta, adaptácia na nové prostredie, práca s fázami zomierania, ochrana práv klienta, práca s potrebami klienta, spolupráca s rodinou a starostlivosť o rodinu, starostlivosť o pozostalých) – sociálne poradenstvo (prístup pacienta k dôchodku, opatrovateľský príspevok príbuzného, splnomocnenie, umiestnenie do ZSS alebo do domácej starostlivosti, prípadne mobilného hospicu, bezdomovci – pohrebná služba, ako aj všetky náležitosti ohľadom pacienta, podporné stretnutie pre pozostalých, zádušná omša, zabezpečenie duchovnej starostlivosti, vybavenie volebných urien). Formy poradenstva môžu byť individuálne, skupinové, prípadne rodinné, párové poradenstvo. V rámci starostlivosti o pozostalých môžeme hovoriť o smútkovom poradenstve, špecializovanom sociálnom poradenstve.
- Spolupracuje s externým multidisciplinárnym tímom (duchovný, psychológ a pod.) – distribúcia k iným odborníkom.
- Sociálna pracovníčka zabezpečuje výkon dobrovoľníckej služby v hospici – nábor nových záujemcov, výber dobrovoľníkov na základe osobného pohovoru, organizovanie úvodného školenia a zabezpečovanie ich ďalšieho vzdelávania, pravidelné podporné skupiny dobrovoľníkov, dohľad nad

činnosťou dobrovoľníkov (potreby a ventilácia pocitov pacientov a príbuzných, tiché sprevádzanie).

- Zabezpečuje aktivity klientov v rámci ergoterapie, voľnočasové aktivity klientov a organizovanie kultúrnych a spoločenských podujatí klientov – záujmová činnosť (napr. „na Mikuláša“, vystúpenie folklórnej skupiny atď.)
- Má hmotnú zodpovednosť za zverenú peňažnú hodnotu, ekvivalenty a cenniny v pokladni hospicu – úschova cenných vecí.
- Administratívna činnosť (zabezpečuje vedenie registratúrneho denníka, zabezpečuje uzatváranie darovacích zmlúv s rodinou (prípadne s klientom) a vedie ich evidenciu, vedie pokladňu hospicu a pokladničnú knihu s príslušnými účtovnými dokladmi, korešpondencia s úradmi, inými inštitúciami a zariadeniami).

Porovnanie zariadení sociálnych služieb a hospicu

Cieľom sociálnej starostlivosti v hospici je zlepšenie kvality života, zmiernenie utrpenia terminálne chorého a zomierajúceho pacienta. Napriek tomu, že sa sociálne služby poskytujú v zdravotníckych zariadeniach, v hospicioch, ich financovanie nie je doriešené medzi rezortmi ministerstva zdravotníctva a ministerstvom sociálnych vecí a rodiny.

Dôležité fakty o charaktere poskytovanej starostlivosti v zariadeniach sociálnych služieb v porovnaní s hospiciami:

- V hospici sa okrem zdravotníckej starostlivosti (lekári, zdravotné sestry, praktické sestry, sanitári) tiež poskytujú iné odborné činnosti: sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, ošetrovateľská starostlivosť, sprostredkovanie tlmočenia. Nevyhnutné sú aj obslužné činnosti: ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva.
- Výška finančného príspevku v zariadeniach sociálnych služieb podľa prílohy č. 5 zákona č. 448/2018, v ktorom sa pri pobytovej forme poskytuje

sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, pri stupni odkázanosti IV je 177,65 € a pri stupni odkázanosti V je to 248,82 € a stupeň odkázanosti VI je to 310,99 €. Maximálny počet prijímateľov sociálnej služby na jedného zamestnanca v pobytovej týždennej sociálnej službe je 1,5 a celoročnej pobytovej služby je 1,3.

- Aj v hospici sú fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby so stupňom odkázanosti o IV až VI. Tak ako v špecializovanom zariadení „sociálneho“ charakteru, aj v hospici sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, úschovu cenných vecí a zabezpečuje sa záujmová činnosť. Poskytuje sa sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, jej stupeň odkázanosti je najmenej V podľa prílohy č. 3 v zákone 448/2008.
- V zariadení pre seniorov sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby podľa prílohy č. 3 podľa zákona č. 448/2018, alebo fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov. V zariadení pre seniorov sa poskytuje sociálne poradenstvo, ošetrovateľská

starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, úschova cenných vecí a zabezpečuje sa záujmová činnosť. V zariadení pre seniorov, v ktorom počet fyzických osôb odkázaných na pomoc inej fyzickej osoby so stupňom odkázanosti IV – VI je viac ako 50 % z celkového počtu prijímateľov sociálnej služby, je maximálny počet prijímateľov sociálnej služby na jedného zamestnanca v pobytovej týždennej sociálnej službe je 2,3 a celoročnej pobytovej sociálnej službe 2,0 (2).

Ekonomické a štatistické údaje z Hospicu – Dom pokoja a zmiery u Bernadetky v Nitre k 31. 12. 2018

Počet zamestnancov: lekár – 3, sestra – 14, praktické sestry – 9, sanitári – 6, ostatní zamestnanci 7. Počet pacientov v roku 2018 bol 169 z 293 registrovaných žiadostí. Z toho 6 ľudí bolo prepustených buď do domáceho prostredia, alebo do zariadení sociálnych služieb. Náklady na 1 pacienta a deň: 92,60 €. Priemerné príjmy od zdravotných poisťovní na pacienta a deň: 47,33 €. Priemerné príjmy/dary od 1 pacienta a deň: 18 €. Z matematického hľadiska: $47,33 + 18 = 65,33 - 92,60 = 27,27$ € – uvedenú sumu je potrebné získať z iných zdrojov (1).

Záver

Mnohé zo spomenutých sociálnych služieb, ako aj metód sociálnej práce sú, samozrejme, v určitých obmenách

viac alebo menej využívané podľa konkrétneho typu zariadenia a jeho klientely, respektíve typu pacientov a ich rodiny. Bez ohľadu na to, či ide o zariadenie sociálnych služieb alebo zdravotnícke zariadenia, ako je napr. hospic, vždy je cieľom uspokojenie bio-psycho-sociálnych potrieb klienta/pacienta a jeho rodiny, ktorá je neoddeliteľnou súčasťou starostlivosti. Problémom na Slovensku stále ostáva prax, že služby sociálneho pracovníka v niektorých zdravotníckych zariadeniach sú síce považované za samozrejmosť a sú nesporne potrebné, ale finančné prostriedky na ich realizáciu musí vyčleniť zdravotnícke zariadenie. Toto však v prípade hospicov nie je zohľadnené v úhradách od zdravotných poisťovní a hospice sú nútené hľadať aj iné finančné zdroje.

Literatúra

1. Výročná správa Hospicu – Dom pokoja a zmiery u Bernadetky v Nitre 2018.
2. Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov [online]. 2008.
3. Mojtovej M, Sedlárová K, Šrank M. Klinický sociálny pracovník. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre; 2013: 263.
4. Kuzníková I. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada publishing; 2010: 212.
5. Mátel A, Oláh M, Schavel M. Vybrané kapitoly z metod sociálnej práce I. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety; 2011: 214.

PhDr. Margaréta Kílianová, PhD.

Hospic – Dom pokoja a zmiery u Bernadetky v Nitre
Chrenovská 22B, 949 01 Nitra
soc.pracovnik@hospicnitra.sk

Postrehy zo 4. konferencie Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny 18. mája 2019 v Bratislave

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):38-40

Slovenská spoločnosť paliatívnej medicíny (SSPM) pri Slovenskej lekárskej spoločnosti vznikla v roku 2015 s cieľom odborne zastrešiť paliatívnu starostlivosť, ktorá na Slovensku vznikla a prežívala vďaka Oddeleniu paliatívnej medicíny v Národnom onkologickom ústave v Bratislave a hospiciom, ktoré postupne zakladali rôzni zriaďovatelia. Od roku 2015 SSPM dosiahla viaceré úspechy a pokroky v paliatívnej starostlivosti na Slovensku. Jedným z nich je aj každoročná – už tradične v máji sa konajúca – Konferencia Slovenskej spoločnosti paliatívnej medicíny, na organizácii ktorej sa významne podieľa Inštitút pre vzdelávanie v paliatívnej medicíne, ktorý bol založený rovnako v roku 2015.

Napriek tomu, že v máji 2019 sa konala „len“ 4. konferencia SSPM, musíme hneď v úvode skonštatovať, a to hrdo a s uznaním, že úroveň konferencie z roka na rok stúpa ako po odbornej, tak aj organizačnej stránke. Ako bonus poteší aj fakt, že konferenciu poctili svojou účasťou kolegovia z iných európskych krajín. Dôkaz, že paliatívna medicína začína ako téma rezonovať vo verejnosti, priniesla v úvode svojím podporným príhovorom **generálna riaditeľka VŠZP PhDr. Ľubica Hlinková, MPH**, a dôkazom kontinuity bol príhovor **europoslancu Branislava Škripeka**, ktorý verne drží záštitu nad konferenciou SSPM od jej prvého roku konania v 2016.

Odbornú časť konferencie otvorila úvodným slovom „Ako ďalej...“ zakladateľka, nestorka a priekopníčka slovenskej paliatívnej medicíny, predsedníčka SSPM a hlavná odborníčka MZ SR pre odbor Paliatívna medicína **MUDr. Kristína Križanová**, ktorá apelovala na princíp **rovnoprávnosti** pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vrátane paliatívnej v dobe, keď sa nožnice medzi chudobnými a bohatými roztvárajú čoraz viac, v dobe, keď ľudia podliehajú



ilúzií, že všetko je na dosah a na všetko máme bezpodmienečný nárok, ale zároveň v dobe, keď Slovensko aj iné vyspelé krajiny pociťujú kritický nedostatok lekárov, sestier a iných zdravotníckych pracovníkov a financovanie zdravotníctva v čase pokrokov modernej medicíny je čoraz menej udržateľné. Vo svojom príhovore nás vrátila k podstate medicíny ako takej – **pomáhajúcej aj vo chvíli konca života, ktorý je najlepšie prežiť so svojimi blízkymi, bez neznesiteľnej bolesti, bez úzkosti a bez strachu**. Ocenenie **Krištáľové krídlo**, ktoré bolo Kristíne Križanovej udelené v roku 2018, venovala svojim nasledovníkom, spolu-

pracovníckam a spolupracovníkom, ale aj pacientom, ktorých paliatívna medicína sprevádza pri zomieraní.

Prvý blok s názvom **Multiprofesionálny pohľad** otvoril **Peter Stachura**, ktorý má skúsenosti s prácou v paliatívnom tíme v Nemecku a v Rakúsku. V prednáške *Zadefinovanie paliatívneho pacienta* ponúkol logický sled informácií od charakteristiky paliatívneho ochorenia cez trajektórie podľa etiológie ochorenia a fázy paliatívneho ochorenia. Ak vnímame príznaky a predpokladaný čas prežívania a sme citliví k potrebám a túžbam pacienta, vieme adresnejšie a zodpovednejšie určiť cieľ te-

rapie a odporučiť pacientovi ďalší postup v podobe paliatívnej kuratívnej liečby, všeobecnej alebo špecializovanej paliatívnej starostlivosti. **Ondřej Sláma** z brnenského Masarykovho onkologického ústavu odprezentoval priebežné výsledky štúdie konceptu včasnej integrácie paliatívnej starostlivosti PALINT (První česká kontrolovaná studie o časné integraci paliativní péče). **Daniel Pindák** poskytol pohľad onkochirurga na *indikácie, ciele, možnosti rozsahu a výsledok paliatívnej operácie* s posolstvom, že **implementácia odborného názoru paliatológa do predoperačného rozhodovania znižuje počty chirurgických výkonov u umierajúcich pacientov a počty hospitalizácií, predlžuje život a zlepšuje kvalitu života**. Blok končil prednáškou **Andrey Škripekovej** *Multidisciplinárne paliatívne semináre – naša skúsenosť* so silným odkazom **na potrebu včasnej otvorenej, ale citlivej komunikácie s pacientom a jeho blízkymi už vo fáze kompenzovaného ochorenia**, čím sa rozvíja hlbšia dôvera a zázemie pre pomoc v situáciách, ktoré prinášajú fázu zlomu a terminálna fáza ochorenia. **Význam paliatívnych multidisciplinárnych seminárov** vidí v správnom zadaní pacienta „ako paliatívneho“, odporučením primeranej formy paliatívnej starostlivosti (akútna paliatívna – hospicová), správnom načasovaní paliatívnej sedatívnej liečby a v neposlednom rade v prevencii syndrómu vyhorenia odborníkov, ktorí sa pravidelne ocitajú v situácii rozhodovania o konci alebo na konci života.

Druhý blok sa venoval **paliatívne prístupu v hematológii**. **Luboš Drgoňa** v prednáške *Zomieranie u hematologického pacienta – realita a výzvy* prehľadne zhrnul špecifiká onkohematologického pacienta aj v priebehu paliatívnej starostlivosti a v období zomierania pacientov. Vďaka pokrokom v liečbe sa zvyšujú počty vyliečených pacientov, predlžujú sa obdobia bez aktívneho ochorenia a významne sa zlepšuje kvalita života pacientov s hematologickou malignitou, úspechy sú aj v liečbe starších pacientov. Variabilita a dynamický priebeh však zhoršujú možnosti predikcie prežívania, keďže progresia a smrť môžu nastať veľmi rýchlo. Teoretický priestor pre paliatívnu medicínu v tejto



oblasti je široký, dobrou správou je, že praktická integrácia paliatívnej medicíny do onkohematológie sa začína u nás formovať. Veľkým problémom naďalej ostáva dostupnosť hospicovej starostlivosti pre pacientov s hematologickou malignitou v aktuálnych podmienkach, keďže v hospicioch nie je štandardom transfúzna služba. **Veronika Ballová** zo Švajčiarska v prednáške *Je viac možností naozaj viac? (Pohľad na pacienta s mnohohočetným myelómom)* na kazuistikách prakticky ilustrovala individuálny prístup k starším pacientom, založený na odhade ich výkonnosti a motivácie. V prednáške krásne harmonizovali cit pre geriatrickú krehkosť a skúsenosti onkohematológa. Každý, kto sa v medicíne stretáva so starším pacientom, mal možnosť pochopiť, aký benefit má pacient, ak lekár zohľadňuje heterogenitu a špecifické potreby geriatrickej populácie, lebo akákoľvek moderná liečba u staršieho pacienta bude fungovať len pri dobrej opatrovateľskej starostlivosti. Poslednou prednáškou v treťom bloku *Tromboembolické komplikácie u paliatívnych pacientov – kedy je menej viac?* nás **Ján Gyárfás** s humorom a nadhľadom skúseného praktika zorientoval v základných pojmoch, možnostiach, indikáciách a rizikách podávania antikoagulačnej a antitrombotickej liečby u onkologických pacientov aj v období paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Napriek na prvý pohľad jednoznačným odporúčaniam je aj tu individuálny prístup nevyhnutný a zaväzuje nás k dôslednej medicínskej rozvahe u každého pacienta, aj so zohľadnením jeho postojov a prípadnej non-compliance liečby.

Tretí blok s názvom **Paliatívna medicína v praxi** začal prednáškou **Márie Jasenkovej** o *domácej paliatívnej starostlivosti o detských pacientov*

so *závažným neurologickým ochorením*, v ktorej nám priblížila diagnostické skupiny, zdravotné ťažkosti detí trpiacich týmito ochoreniami a sociálne a psychické problémy rodín, ktoré svoje deti opatrujú aj viac rokov. Predstavila nám možnosti a úskalia poskytovania komplexnej starostlivosti tímom detského paliatívneho hospicu, ktorý sa o deti s takýmto postihnutím môže starať aj dlhodobo, nie len v čase zomierania. V spolupráci s inými odborníkmi tak mobilný hospic umožňuje týmto pacientom žiť a zomierať doma s adekvátnou zdravotnou starostlivosťou. Prednáška **Patricie Dobříkovej** *Prístup k pacientovi s demenciou* nám pripomenula princíp napĺňania bio-psycho-sociálno-spirituálnych potrieb, s dôrazom na zachovanie ľudskej dôstojnosti a potrebu adekvátnej komunikácie aj s človekom, ktorý trpí demenciou. Dozvedeli sme sa, ako sa kontaktovať s takto postihnutým pacientom, aby sme sa priblížili jeho možnostiam komunikácie a aby nám dôveroval. Prednáška bola doplnená dojímavým krátkym filmom praktickej ukážky techniky validácie podľa Naomi Feil, ktorá nás utvrdila v tom, že vždy sa dá niečo robiť, aby človek netrpel. V prednáške *Geriatrické zhodnotenie pacienta pred onkologickou liečbou* **Jana Hoozová** ako geriatra pracujúci v hospici vysvetlila riziká onkologickej liečby v krehkej geriatrickej populácii a predstavila niekoľko skríningových nástrojov, ktorými by mohol onkológ týchto starších jedincov identifikovať a vyhnúť sa tak neželaným komplikáciám a neúspechu pri liečbe. Tento blok uzavrela **Regína Slámová** z Brna referenciou o prvom roku fungovania *Ambulance paliatívnej medicíny v prostredí FN Brno*, ktorá poskytuje komplexnú starostlivosť pacientom



s ukončenou onkologickou liečbou alebo v čase úvah o jej ukončení. Cieľom projektu je zvýšenie kvality starostlivosti o pacientov s pokročilou rakovinou a zabezpečenie kontinuity a koordinácie starostlivosti aj po ukončení onkologickej liečby, skrátenie času hospitalizácie a prevencia akútnych opakovaných hospitalizácií na konci života. Organizačným cieľom je rozšíriť výkon tejto ambulancie aj na paliatívnych pacientov bez onkologickej indikácie.

Vo štvrtok bloku nazvanom **Nové možnosti** onkologička **Lucia Dzurillová** otvorila aktuálnu tému *Kanabinoidy – naozaj máme viac možností?*, v ktorej nám vysvetlila fungovanie kanabinoidných receptorov, mechanizmus účinku, liekové formy a nežiaduce účinky syntetických kanabinoidov. Oblasť účinkov kanabinoidov sa naďalej skúmajú, ako podporná liečba alebo ako analgetiká u nás zatiaľ stále nie sú oficiálne dostupné. **Martina Kozovská** sa v prednáške *Kazuistika ventilovaného pacienta s ALS* podelila o skúsenosti s hospicovou starostlivosťou o mladého muža

s amyotrofickou laterálnou sklerózou, trpiaceho komplexnými symptómami a odkázaného na pľúcnu ventiláciu. V prednáške zdôraznila aj ďalšie aspekty starostlivosti o tohto pacienta – snahu vytvoriť v hospici jeho deťom a manželke priestor na „rodinný“ život. **Peter Michalka** pneumológ a anesteziológ pomyslene nadviazal na prednášku z predchádzajúcej konferencie a článok z predchádzajúceho čísla časopisu *Paliatívna medicína a liečba bolesti o subkutánnej aplikácii liečiv. Inhalačne podávané liečivá* sú ďalší možný spôsob aplikácie terapie pre pacientov v paliatívnej starostlivosti, u ktorých je problematické vytvorenie venózneho prístupu. Téma je z praktického hľadiska veľmi zaujímavá, preto nám autor prednášky pripravil aj prehľadový článok do aktuálneho čísla časopisu.

Napriek pokročilému času ani piaty blok konferencie s témou **Výživa** nestratil dynamiku a neskĺzol na odbornej kvalite. **Martina Šeršeňová** nám poskytla obraz o *organizácii parenterálnej výživy u nás*. Je potešiteľné, že sa

zlepšuje informovanosť aj dostupnosť tejto metódy aspoň vo veľkých mestách. V ďalšom priebehu diskusií rozprúdili argumenty kontroverznej témy *Parenterálna výživa v hospici na princípe debatného klubu dvoch prednášajúcich – Kataríny Jakubovišovej*, ktorá pripravila obhajobu tohto postupu, a **Leony Šóthovej**, ktorá sa zhostila argumentov proti. Táto problematika je nesporne jednou z výziev paliatívnej a hospicovej starostlivosti. Kruh konferencie sa uzavrel poslednou prednáškou *Nejesť ako legitímny spôsob ukončenia života udržiavajúcej liečby*, v ktorej **Kristina Križanová** otvorila ďalšiu kontroverznú tému dobrovoľného rozhodnutia pacienta už viac nejesť, nepiť, a tak zomrieť. Kazuistiky boli doplnené vysvetlením právnych, etických a medicínskych súvislostí.

Záverom, 4. konferencia SSPM, ktorá sa konala 18. mája 2019 v Bratislave, bola obohacujúca tematicky aj ľudsky. Napriek rozmanitosti nastolených tém a pohľadov na možné riešenia tých viac problematických sa prednášajúcim bez predchádzajúceho dohovoru podarilo vytvoriť prirodzenú kontinuitu a harmóniu. Ako neviditeľná niť sa celou konferenciou niesol odkaz, že **komunikácia s pacientom, interdisciplinárna spolupráca a spoločné rozhodovania zainteresovaných sú tou správnou cestou pri zlepšovaní starostlivosti o paliatívnych pacientov. A opäť sme sa utvrdili v tom, že profesionálne stretnutia na pôde konferencie nám dávajú silu odborného rastu a istotu pre chvíle pochybností, že nie sme v našom snažení opustení.**

Srdečne Vás pozývame na 5. konferenciu SSPM, ktorá sa bude konať 23. mája 2020 v Bratislave.

MUDr. Jana Hoozová

