

Má hospic svoje opodstatnenie v systéme zdravotníckej starostlivosti?

Odstúpenie od liečby verzus terapeutický nihilizmus

MUDr. Kristína Kroftová

Hospic – Dom pokoja a zmieru u Bernadetty, Nitra

V článku chceme dať odpoveď na niektoré povrchné interpretácie paliatívnej starostlivosti v hospici. Lekárska a ošetrovateľská starostlivosť si tu vyžaduje rovnako hlboké odborné vedomosti ako starostlivosť v iných odboroch. Liečba bolesti opioidmi, iná symptomatická liečba, dobré zladenie podávania potrebných liekov a vysadenia nepotrebných liekov, znalosti o možnostiach liečby mnohých druhov terminálnych ochorení. Paliatívna medicínska starostlivosť je aktívna, zvažujúca možnosti. Do rozhodovania je zapojený aj pacient a jeho blízki, pretože iba oni dokážu pochopiť, akú terapeutickú cestu pacient prešiel a koľko fyzických a psychických síl mu zostáva a čo v tejto situácii považuje za najlepšiu kvalitu života. Kvalita života je natoľko subjektívny pocit, že nevieme odhadnúť sami, bez konzultácie pacienta a jeho blízkych, čo by to mohlo v jeho situácii presne byť. Musíme vnímať veľkú snahu chorých nájsť zmysel utrpenia a choroby a nájsť cestu, ktorá vedie do budúcnosti. Je potrebné hľadať cesty porozumenia s ostatnými špecialistami, aby vedeli, že sa majú na koho obrátiť vo chvíli, keď by svojim pacientom chceli povedať: už pre vás nemôžem nič spraviť. Výskum v paliatívnej medicíne potvrdzuje, že ide o odborne rovnocennú špecializáciu.

Kľúčové slová: kvalita života, celostný prístup, hospic.

Has hospice justification in the health care system?

In this article we would like to give an answer to some superficial interpretations of palliative care in a hospice. Medical and nursing care both require expert knowledge as it is in other fields. Treatment by opioids, other symptomatic treatment, synchronization of drug administration or discontinuation of unnecessary drugs, knowing possibilities of treatment of many kinds of terminal illnesses. Palliative medical care is an active one, it considers possibilities. A patient and his relatives are involved in all decisions because only they can understand the therapeutic journey the patient has gone through so far, physical and mental strength he has and what he considers to be the best quality of life for him. A person's quality of life is such a subjective feeling that we cannot estimate, without consulting the patient and his relatives, what this is in his situation. We have to consider that the patient struggles to find the meaning of his suffering and illness and to find a way that leads to future. It's necessary to find understanding with other specialists so that they know they have someone to turn to when they need to say to their patient: There is nothing I can do for you. A research in palliative care confirms that this is an equal specialty to other fields.

Key words: quality of life, holistic approach, hospic.

Paliat. med. liec. boles., 2015; 8(2e): e50–e51

Úvod

Vtedy, keď vo svete vznikali prvé hospice, bol vzťah medzi nimi a hlavným prúdom medicíny veľmi napätý. Aktivisti hospicového hnutia, často nezdravotníci alebo nižší a strední zdravotnícki pracovníci, vytykali nemocniciam, že zdravotná starostlivosť o zomierajúcich je neprimeraná, príliš agresívna a nedostatočne empatická. Naproti tomu z prostredia akademickej medicíny zaznievala kritika hospicov za neprofesionalitu, podceňovanie výsledkov moderného výskumu, terapeutický nihilizmus a prílišný dôraz na duchovné aspekty starostlivosti (Klinická onkológia pre sestry, Jirí Vorlíček, 2012).

Z tohto potrebného napätia sa postupne vyvíjalo a úspešne etablovalo hospicové hnutie. Všetci ešte aj v súčasnosti cítia z radov nemocničných odborníkov (a nielen od nich) určité odborné podceňovanie hospicovej starostlivosti.

Neprofesionalita

Koncept paliatívnej starostlivosti bol sformulovaný v 50. a 60. rokoch minulého storočia. Paliatívna starostlivosť sa definovala ako aktívna starostlivosť poskytovaná pacientovi, ktorý trpí nevyliciteľnou chorobou v pokročilom alebo konečnom štádiu. Cieľom paliatívnej starostlivosti je zmierniť bolesť a ďalšie telesné a duševné utrpenia a udržať čo najvyššiu kvalitu života. Od nepaliatívnej starostlivosti sa odlišuje hlavne filozofiou prístupu k liečbe a k starostlivosti o pacienta a jeho rodinu. Základným špecifikom paliatívneho prístupu je, aby bol lekár schopný a ochotný pripustiť, že nielen somatická kauzálna liečba môže pacientovi priniesť požadovanú kvalitu života, ale že do komplexnej liečby vstupuje mnoho ďalších faktorov, ktoré sú často modernou vedou nemerateľné, pacientovi však prinášajú želaný zisk a úžitok.

Teda hlavnou charakteristikou paliatívneho prístupu je zameranie sa na kvalitu života a tlme-

nie nepríjemných symptómov. Správne informovaný pacient sa stáva partnerom v starostlivosti o seba samého. Symptomatický prístup v paliatívnej starostlivosti je hlavne otázkou metodológie, nie je vyjadrením kvality starostlivosti ako takej. Veľmi často totiž v očiach pacientov a nepoučených zdravotníkov prevláda názor, že keď sa k chorému pristupuje „len“ symptomaticky, že zároveň ide o menšiu kvalitu starostlivosti. Tu spočíva jadro kritiky o našej neprofesionalite.

Jednotlivé nemocničné oddelenia sú dnes často hodnotené podľa počtu vyliečených pacientov, dĺžky hospitalizácie, nákladovosti liečby a iného. Ich profesionalita sa hodnotí aj podľa ich materiálno-technického vybavenia, podľa výkonov, ktoré sledujú najmodernejšie vedecké trendy. Pacient v rýchlosti sleduje prejde celým sítom vyšetrovaní, ktoré sa zväčša končia nájdenu diagnózou. Chorý je potom nastavený na liečbu a následne prepustený na doliečenie na chronické oddelenia alebo do domácej starostlivosti.

Paliatívna medicína si však za kritérium profesionality stanovila kvalitu života pacienta. V tom je jej „novum“, prínos, najmä pri chorobných stavoch, ktoré nie sú už kauzálne ovplyvniteľné, ktoré sú terminálne. Celá jej odborná snaha a výskum sa ubera najmä týmto smerom.

Do hospicu zväčša prichádza pacient už po komplexnej a opakovanej diagnostike, po ukončení príčinnej liečby, avšak s vážnymi subjektívnymi i objektívnymi ťažkosťami, s potrebami, ktoré vyžadujú iný metodologický prístup. Ustupuje sa od akútnych vyšetrení, odberov biologického materiálu a zameriava sa pozornosť na zmiernenie obťažujúcich symptómov. Ide najmä o liečbu bolesti, ktorá stojí v popredí paliatívnej starostlivosti. Kanadský bioetik David Roy píše o: „oslobodzujúcom princípe paliatívnej starostlivosti“, ktorý definuje snahu „vedecky a klinicky urobiť všetko pre to, aby sme oslobodili zomierajúcich chorých od mučivej bolesti, ktorá ovláda a redukuje ich vedomie tak, že im nenecháva psychický ani rozumový priestor na veci, na ktoré chcú myslieť a hovoriť o nich, kým zomrú“ (1).

Dnes sa nám zdá, že práve liečba bolesti je najcharakteristickejším odlišujúcim znakom medzi paliatívnou a kuratívnu medicínskou starostlivosťou. V snahe terapeuticky ovplyvniť základné ochorenie, lekári často nevenujú dostatočnú pozornosť liečbe bolesti, ktorú niekedy vnímajú ako nevyhnutnú daň snahám predlžujúcim fyzický život. Skôr výnimočne si títo lekári kladú otázku, či pacienti sami tento postup vnímajú ako správny, či takto „predĺžený“ čas života je pre nich hodnotný a zmysluplný. Konkrétne u chorých, ktorých prijímame do našej starostlivosti, zisťujeme často značnú poddimenzovanosť liečby bolesti. Všeobecne u lekárov ešte pretrvávajú strach z opiátov a majú nedostatok skúseností s ich podávaním. Napriek tomu liečba bolesti v paliatívnej starostlivosti patrí medzi základné a najrozšírenejšie spôsoby liečby, ktorých znalosť neustále odborne rozširujeme. Hoci každý odborník, ktorý lieči ťažko chorých pacientov, by mal ovládať paliatívne spôsoby liečby, predsa úplne iný spôsob myslenia paliatológa a jeho odborná denno-denná skúsenosť mu dáva na tomto poli väčšiu kvalifikovanosť.

Terapeutický nihilizmus

Zameranie sa na kvalitu života znamená u týchto chorých hľadať také spôsoby liečby, ktoré by boli čo najmenej zaťažujúce. Najmä snaha o primerane tlmenu bolesť, vhodnú a nezaťažujúcu hydratáciu a výživu, tlmenie psychického nepokoja, prevenciu a liečbu dekubitov je podporovaná novými vedeckými poznatkami, ktoré nám veľmi pomáhajú v paliatívnej liečbe. Spomeniem napríklad rôzne

aplikačné formy opiátov, najmä transdermálne náplasti, ktoré umožňujú veľmi prílehavo sa prispôbovať stavu chorého, ďalej podkožné podávanie liekov a tekutín, lineárne dávkovače na kontinuálnu podkožnú aplikáciu liečiv a najnovšie poznatky v prevencii a terapii preležaním. Nezanedbateľné je vybavenie polohovateľnými posteľami, antikubitárnymi matracmi a vhodnými pomôckami na hygienu, ktoré spolu s vysokokvalifikovanou ošetrovateľskou starostlivosťou prispievajú k väčšiemu komfortu pacienta.

Zameranie na lepšiu kvalitu zomierania znamená tiež rozhodnutie nepoužiť v terminálnom úseku všetky terapeutické možnosti, ktoré život sice predlžujú, ale ho nadmerne zaťažujú. Dobre mienená snaha o udržanie a predĺženie života môže totiž viesť k predlžovaniu umierania. Ak nie je liečebná snaha o udržanie pacienta pri živote účelná a pre pacienta prínosná, zdravotníci sa rozhodujú o tzv. odstúpení od liečby. Tento súhrnný pojem označuje rozhodnutie nezačať, prípadne ukončiť niektoré potenciálne liečebné postupy. Preto sa z praktického hľadiska odstúpenie od liečby delí na tzv. nerozšírovanie liečby, keď sa napríklad u zomierajúcich nenasadzujú antibiotiká pri zápalových ochoreniach, a na obmedzovanie liečby, keď je liečba postupne vysadzovaná až do stupňa bazálnej terapie, napríklad vysadzovanie parenterálnej hydratácie v konečnom štádiu ochorenia. Súčasťou bazálnej (v žiadnych okolnostiach neukončiteľnej) terapie je dobrá ošetrovateľská starostlivosť o základné telesné potreby, miernenie bolesti a ďalšieho telesného diskomfortu a podanie tekutín a potravy per os. Parenterálna hydratácia sa väčšinou nepovažuje za súčasť bazálnej terapie. V oboch prípadoch sa k odstúpeniu od liečby pristupuje po dlhšom sledovaní a zvažovaní a má mať jednoznačný pozitívny efekt na pokojné zomieranie. Povrchnému pozorovateľovi sa táto snaha môže javiť ako terapeutický nihilizmus. Tu vzniká výčitka, že sa na zomierajúceho len pozeráme a necháme ho zomrieť. Aby však aj zomieranie bolo ľudsky znesiteľné a pokojné, sú takéto rozhodnutia často nevyhnutné.

Prílišný dôraz na duchovné aspekty hospicovej starostlivosti

Človek ako bio-psycho-spirituálna bytosť má v každom období svojho života svoje potreby, práva, požiadavky. Keď je zdravý, silný, dospelý dokáže si ich zabezpečiť väčšinou sám. V chorobe, v závislosti a hlavne na konci života vystupujú do popredia často tie, na ktoré predtým možno menej myslel. Mení svoje priority, hodnotové orientácie. Pacient veľmi intenzívne prežíva existenciálne utrpenie, spojené s vedomím konca života, s nutnou rozlúčkou s blízkymi, s neukončenými životnými aktivitami

a s pocitom „bytia na ťarchu“ (2). My zdravotníci by sme mali byť všímaví a pozorní k týmto ich duševným stavom a potrebám. Možno lekári zaoberajúci sa liečením akútnych chorôb vnímajú len pacientovu túžbu po uzdravení. Ale čím viac sa lekár dostáva do kontaktu s chronickými, ťažko liečiteľnými až nevyliciteľnými chorobami, musí vnímať novú, rastúcu túžbu po zmiernení sa so svojím zdravotným stavom, s vyrovnaním sa so svojou životnou situáciou, túžbu po stretnutí s blízkymi, s ich prítomnosťou. Musí vnímať veľkú snahu chorých nájsť zmysel utrpenia a choroby a nájsť cestu, ktorá vedie do budúcnosti. Duchovná podpora v tomto období života môže byť jedinou vecou, ktorú ešte môžeme dať ťažko chorému a zomierajúcemu. Z nej vyvierajú útecha a sila nie je často ničím iným nahraditeľná. Veriaci pacient nevyhnutne potrebuje podporu kňaza, neveriaci podporu blízkeho, súcitiaceho a empatického človeka. Ním môže byť aj zdravotník, ktorý má čas sprevádzať zomierajúceho, ktorý je schopný ho počúvať a pravdivo mu odpovedať, ktorý je sám vyrovnaný so svojou smrteľnosťou a snaží sa hľadať a nájsť zmysel posledných chvíľ. To vyžaduje, samozrejme, viac času byť s chorým, venovať sa mu a hľadať rôzne spôsoby podpory. To všetko však prospieva zomierajúcemu k ľudskej pokojnej smrti. Preto je dôraz na duchovné aspekty hospicovej starostlivosti taký potrebný, i keď môže byť časovo náročný. Môže to byť však naša posledná služba zomierajúcemu človekovi.

Záver

Pevne verím, že je to len otázkou času, kedy sa hospice dočkajú svojho skutočného a spravodlivého ocenenia. Kedy ostatní klinickí lekári uznajú našu oprávnenosť a odbornú rovnocennosť. Samozrejme, to vyžaduje venovať aj v tomto odbore čoraz viac času vedeckému výskumu, viac prezentovať naše výsledky, viac komunikovať s rôznymi odborníkmi, viac spolupracovať, zlepšovať sa vo vedení dokumentácie, posilniť interdisciplinárny prístup, viac dôverovať a pracovať s príbuznými. Len tak sa môžeme pozitívne zapísať do vedomia lekárskej aj širšej verejnosti.

Literatúra

1. Roy DJ. Need they sleep before they die? (editorial). *J. Palliat. Care.* 1990;6(3):3–4.
2. Križanová K. Etické hľadiská paliatívnej sedatívnej liečby. *Paliat Med a liečba bolesti.* 2009;2(1):24–25.

MUDr. Kristína Kroftová

Hospic – Dom pokoja a zmiery
u Bernadetky
Chrenovská 22/B, 949 01 Nitra
sbarboradki@centrum.sk
