

**Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře**



PALIATIVNÍ PÉČE O PACIENTY V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI

Autoři:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

MUDr. Ondřej Sláma

Česká onkologická společnost ČLS JEP

a Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP

prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

přednosta hematoonkologické kliniky FN Brno

a předseda České onkologické společnosti ČLS JEP

MUDr. Ladislav Kabelka

předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

NOVELIZACE 2011



Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

Společnost všeobecného lékařství, U Hranic 16, Praha 10

PALIATIVNÍ PÉČE O PACIENTY V TERMINÁLNÍM STÁDIU NEMOCI

**Doporučený diagnostický a léčebný postup
pro všeobecné praktické lékaře 2011**

Autoři:

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Ondřej Sláma, Česká onkologická společnost ČLS JEP
a Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP
prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., přednosta hematologické kliniky FN Brno
a předseda České onkologické společnosti ČLS JEP
MUDr. Ladislav Kabelka, předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP,
Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

Oponenti:

MUDr. Karel Janík, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
MUDr. Stanislav Konštický CSc., Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
prof. MUDr. Oskar Andrysek, DrSc., NZZ Měšice, Česká asociace nádorové terapie

OBSAH

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ÚVOD | 3 |
| DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE | 3 |
| CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE V ZÁVISLOSTI NA STÁDIU ONEMOCNĚNÍ | 3 |
| OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE | 4 |
| ROLE LÉKAŘE PRIMÁRNÍ PÉČE V SYSTÉMU PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ V ČR..... | 5 |
| KRITÉRIA PŘIJETÍ NEMOCNÉHO DO MOBILNÍ PALIATIVNÍ PÉČE | 7 |
| OBECNÉ ZÁSADY PALIATIVNÍHO PŘÍSTUPU | 9 |
| PALIATIVNÍ LÉČBA NEJČASTĚJŠÍCH SYMPTOMŮ POKROČILÉHO ONEMOCNĚNÍ | 10 |
| DOPORUČENÁ A POUŽITÁ LITERATURA..... | 10 |
| CO JE HOSPIC | 11 |
| MÝTY O UMÍRÁNÍ | 11 |
| MÝTY O UMÍRÁNÍ DOMA..... | 12 |
| PRÁVA PACIENTŮ..... | 14 |
| INFORMACE O HOSPICOVÉ PÉČI | 15 |
| ROZHODNUTÍ VÝBORU ČESKÉ SPOLEČNOSTI PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP O ZALOŽENÍ INSTITUTU PALIATIVNÍ MEDICÍNY | 16 |
| SEZNAM HOSPICŮ V ČR | 16 |
| OBECNÉ ZÁSADY LÉČBY BOLESTI | 18 |

ÚVOD

Předmětem doporučených postupů je paliativní péče o nemocné v pokročilých a konečných stádiích nemoci, u kterých již bylo rozhodnuto o výhradně „paliativním“ přístupu k léčbě, tedy o pacienty v posledních týdnech, dnech a hodinách života.

DP se nezabývají problematikou rozhodování, kdy je pro jednotlivé diagnostické skupiny klinicky správné změnit základní přístup k nemocnému z „kurativního“ na „paliativní“. Zde odkazujeme na odbornou literaturu a doporučené postupy pro léčbu příslušných diagnóz. Řada uvedených paliativních postupů je aplikovatelná již v časnějších stádiích onemocnění, obvykle jako součást podpůrné léčby současně s kauzální léčbou.

DEFINICE PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Paliativní péče:

- Chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně.
- Chrání důstojnost nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života.
- Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob (např. nádory, konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, pacienti s neurologickými onemocněními typu demence, roztroušené sklerózy, polymorbidní „křehcí“ geriatřičtí pacienti a pacienti ve vigilním komatu). Výše uvedené diagnostické skupiny se mohou významně lišit v:

- Dynamice přirozeného průběhu onemocnění a naší schopnosti odhadnout pravděpodobnou délku přežití.
- Konkrétním klinickým obrazu a spektru symptomů.
- Vzájemném zastoupení kauzálních a paliativních léčebných postupů v komplexním léčebném plánu.

Klinický obraz v terminální fázi (umírání) je bez ohledu na základní onemocnění podobný.

Z praktického hlediska je užitečné dělit pacienty s potřebou paliativní péče **na nemocné s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání** (např. pacienti s pokročilou demencí, pacienti ve vigilním komatu, nemocní v permanentním vegetativním stavu), kteří svou situaci vnímají velmi omezeně, resp. nám jejich vnitřní svět je obtížně přístupný. Těžiště paliativní péče zde spočívá v dobré ošetrovatelské péči a v psychosociální podpoře rodiny. Pacient sám se nepodílí na rozhodování o léčebném plánu. Léčebná rozhodnutí dělají v pacientově nejlepším zájmu lékař, příbuzní popř. zákonný zástupce. Velmi odlišnou skupinu představují **obvykle mladší pacienti s progredujícím nevléčitelným onemocněním (např. nádory, pokročilá CHOPN), kteří si skutečnost život ohrožujícího onemocnění uvědomují** a způsob, jakým tuto skutečnost psychicky zpracovávají je důležitým tématem paliativní péče. Tito nemocní se významně podílejí na tvorbě léčebného plánu, jejich vůle a přání jsou základním rámcem pro poskytování paliativní péče. **Míru pacientova porozumění vlastní situaci a jeho ochotu ovlivňovat léčebná rozhodnutí musí lékař při zahájení paliativní péče zjistit a průběžně je ověřovat.**

CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE V ZÁVISLOSTI NA STÁDIU ONEMOCNĚNÍ

Pro volbu přiměřeného postupu v paliativní péči je třeba u každého pacienta co nejjednoznačněji pojmenovat cíle léčby. Teprve vzhledem k **pojmenovaným cílům léčby** lze v konkrétním případě posoudit, zda je daný léčebný postup přiměřený a indikovaný, zda přispívá k dosažení daného cíle. Pojmenování cílů léčby vytváří kontext, v rámci kterého lze posoudit, co je v dané situaci postup „lege artis“. Pro praktického lékaře je v tomto kontextu zcela zásadní rozhodování, zda je adekvátní léčba a péče zajistitelná v domácím prostředí nebo zda je indikován převoz do zdravotnického zařízení. Je důležité připustit, že faktory v tomto rozhodování nejsou zdaleka jen medicínské parametry, ale významně také nastavení psychosociální a spirituální. Tyto

pro řadu lékařů „nové“ parametry péče (nejsme v nich vzděláni a přitom mnohdy u těchto nemocných hrají rozhodující roli) se navíc týkají významně také blízkých nemocného – mnohdy jsou to právě oni, kteří svým postojem a možnostmi o organizaci další péče rozhodují. Zcela zásadní roli ale také hraje podpora zdravotníků – odborná, organizační i obecně lidská.

Z hlediska prognózy přežití a z toho plynoucích možných cílů léčby lze „paliativní“ pacienty zařadit do jedné z následujících skupin.

Fáze kompenzovaného onemocnění (prognóza přežití v řádu měsíců a někdy let)

Řada pokročile nevyléčitelně nemocných („paliativních“) pacientů je v klinicky relativně stabilizovaném stavu a cílem léčby je co nejdelší udržení stavu kompenzace, udržení co nejvyšší funkční zdatnosti a co nejdelší délky života. V této situaci je v případě akutního zhoršení indikována plná intenzivní a většinou i resuscitační péče. Indikována je obvykle také primární i sekundární prevence akutních kardio a cerebrovaskulárních komplikací (antiagregační léčba, antikoagulační léčba, hypolipidemika atd.)

Fáze nevratně progredujícího onemocnění (prognóza přežití v řádu týdnů a měsíců)

V případě progresu onemocnění se často cíl léčby posouvá směrem k udržení co nejvyšší kvality života. Maximální prodloužení života přestává být primárním cílem. Opatření, která bezprostředně nepřispívají k udržení nebo zlepšení kvality života přestávají být indikována. Primární a sekundární prevence nejčastějších interních onemocnění a komplikací obvykle není indikována. V případě akutních příhod (infarkt myokardu, tromboembolická nemoc, infekce) je třeba postupovat individuálně. V některých případech je indikována standardní intenzivní léčba. Resuscitační léčba obvykle není indikována.

Terminální fáze (prognóza přežití v řádu několika týdnů, dnů a hodin)

U pacientů v terminální fázi (umírajících), v posledních dnech a hodinách života je cílem léčby důstojné umírání. Cílem je minimalizace dyskomfortu, neprodlužování procesu umírání, maximální respekt k jedinečnosti konce každého lidského života. Tomu by měly být přizpůsobeny všechny léčebné a ošetrovatelské postupy. V případě akutních příhod (infarkt myokardu, tromboembolická nemoc, infekce) obvykle není indikována intenzivní a resuscitační léčba. Je indikována symptomatická léčba (účinné mírnění bolesti, dušnosti atd.). Rozhodování o podání ATB v případě známek infekce je vždy individuální.

Následující doporučené postupy se zabývají především péčí o pacienty v terminální fázi onemocnění.

OBECNÁ A SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE

Podle komplexnosti nabízených služeb bývá paliativní péče dělena na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče

*Jako obecnou paliativní péči označujeme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění. Její součástí je **vstřícná, otevřená a empatická komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby a péče na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora**. Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytovat v rámci své rutinní klinické práce. Všeobecný praktický lékař pro dospělé tuto péči zajišťuje ve spolupráci s rodinou nemocného, popř. ve spolupráci s ambulantními specialisty, s agenturou domácí ošetrovatelské péče a domácí pečovatelské služby. Větší část z celkového objemu paliativní péče poskytnuté v rámci primární péče má charakter obecné paliativní péče.*

Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v oblasti paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. *Specializovaná paliativní péče je indikována tam, kde pacient a jeho rodina mají obtíže, jež svou komplexností přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.* Přejít mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí je plynulý.

Základní organizační formy specializované paliativní péče

- Hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení. Aktuální seznam lze nalézt a na detaily se dotázat na www.hospice.cz a www.asociacehospicu.cz.
- Specializovaná domácí paliativní péče, tzv. domácí (popř. „mobilní“) hospic. Rozvoj specializované domácí paliativní péče je v současné době v jednání s plátcí péče. Nicméně existují hospicová sdružení (aktuální seznam je na www.hospice.cz), která mohou nabídnout režim tzv. domácí hospitalizace omezenému počtu klientů, spíše ve velkých městech. V regionech s nižší hustotou obyvatel je role praktického lékaře stále nezastupitelná – s podporou konzultační a preskripční od lékařů specialistů (dosud především specializace Paliativní medicína a léčba bolesti a Onkologie). Regionální rozdíly jsou značné a zároveň zajištění této péče v jednotlivých regionech musí probíhat komunikací a spoluprací jednotlivých poskytovatelů zdravotně-sociální péče v terénní praxi – komunitní model péče.
- Oddělení specializované paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení (především nemocnic a léčeben). V ČR tato forma zatím neexistuje.
- Konziliární tým paliativní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení. V ČR bohužel takovéto týmy zatím nepůsobí.
- Specializovaná ambulance paliativní medicíny. Denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“). Tato forma je v ČR zatím dostupná spíše ve větších nemocnicích v rámci specializace Paliativní medicína a léčba bolesti, výjimečně Onkologie.

Z uvedeného přehledu vyplývá, že nabídka a dostupnost specializované paliativní péče je v ČR velmi nízká. Pro praktického lékaře to znamená, že v řadě případů musí paliativní péči svým pacientům poskytovat bez možnosti konzultace nebo překlada do specializovaného paliativního zařízení. Je proto zásadně důležité, aby každý lékař základy paliativního přístupu i jednotlivé dílčí léčebné postupy (viz léčba symptomů) dobře ovládal.

ROLE LÉKAŘE PRIMÁRNÍ PÉČE V SYSTÉMU PÉČE O NEVYLÉČITELNĚ NEMOCNÉ V ČR

Podkladové materiály

- Standardy domácí hospicové péče, Cesta domů, Praha
- Podkladové materiály MUDr. Ondřej Sláma
- Sláma, Kabelka, Vorlíček, Paliativní medicína pro praxi, Galén, Praha 2007, ISBN 978-80-7262-505-5, s. 362

Úvod

Praktický lékař je reálně ústřední osobou ve zdravotní péči o nemocného v domácím prostředí. V současné době umírá v domácím prostředí kolem 10-15 % nevléčitelně nemocných. Ze zahraničních studií nicméně vyplývá, že skutečně umírat doma si přeje více jak 80 % nevléčitelně nemocných.

Pro řešení stavů nevléčitelně nemocných, resp. umírání (v domácím či náhradním sociálním prostředí) je nutné vytvořit pečující tým, který má multidisciplinární charakter a nemocný se svými blízkými – laickými pečovateli- je jeho součástí. Praktický lékař se svojí znalostí terénu a svěřených registrovaných osob v regionu je cenným spolupracovníkem tohoto týmu a v řadě regionů dokonce může být i jeho ústřední součástí. Je ovšem nutné, aby měl podporu specialisty (geriatrie, onkologie, paliativní medicína a léčba bolesti, vnitřní lékařství) a to jak odborně a pro kontakt s lůžkovou péčí, tak pro preskripční podporu. Ideálně tedy na lékařské úrovni by péče o nevléčitelně nemocného, resp. umírajícího pacienta v domácím prostředí měla probíhat za spolupráce praktického lékaře, lékaře specialisty a ošetřovatelského týmu (mobilní paliativní tým). Tým musí disponovat možností podpory psychologem a sociálním pracovníkem.

Současný stav mobilní paliativní péče v České republice je charakterizován postupným rozvojem ve velkých městech (většinou občanská sdružení – hospic sv. Alžběty Brno, Cesta domů Praha, Ondrášek Ostrava). V ostatních regionech se o tento model snaží Charita Česká republika a občanská sdružení (www.hospice.cz). Je důležité si uvědomit, že tyto modely nicméně nikdy nebudou plně funkční bez zapojení všech poskytovatelů péče v regionu. Erudovaný a motivovaný praktický lékař tak může pro své pacienty být v podstatě rozhodujícím faktorem, který ovlivní jejich možnost žít až do konce svých dnů v přirozeném a sociálně blízkém prostředí.

Základní principy mobilní paliativní péče

- pacient a jeho rodina, případně jeho nejbližší přátelé, jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem se podílejí na vytváření plánu poskytované péče
- tým paliativní péče je multidisciplinární, tvoří jej lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, koordinátor dobrovolníků, poradenský pracovník, osobní asistenti, ošetřovatelé, duchovní, dobrovolníci a další pracovníci dle potřeby
- mobilní paliativní péče je komplexní: pečuje o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny
- integrální součástí paliativní péče je odborná léčba bolesti a dalších specifických symptomů provázejících umírání a paliativní tým disponuje náležitým způsobem vyškolenými a zkušenými odborníky na léčbu těchto symptomů
- paliativní tým poskytuje péči i rodině pacienta, minimálně po dobu jednoho roku po smrti pacienta nabízí pozůstalým odborně vedenou službu doprovázení v období truchlení
- tým paliativní péče spolupracuje s praktickými a ošetřujícími lékaři, agenturami domácí ošetřovatelské péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče
- součástí týmu jsou školení a odborně vedení dobrovolníci k sociální podpoře rodiny.

Kteří pacienti mohou mít prospěch z specializované paliativní péče:

- U nemocného není možná nebo byla vyčerpána kauzální léčba (např. chemoterapie, transplantace orgánu) a další léčba a péče jsou zaměřeny na mírnění potíží, které základní onemocnění působí.
- Pacient a jeho rodina jsou s touto skutečností rámcově srozuměni.
- Onemocnění pacientovi působí vážné tělesné a psychické obtíže.
- Při obvyklém průběhu nemoci lze očekávat, že má pacient před sebou život v řádu týdnů až několika měsíců.

Kteří pacienti mohou být indikováni k domácí paliativní péči – diagnostické skupiny:

- pokročilá stádia nádorových onemocnění
- konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin
- neurologická onemocnění typu demence, roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách
- polymorbidní „křehcí“ geriatrickí pacienti – se syndromem terminální geriatrické deteriorace
- pacienti v permanentním vegetativním stavu

Jak dlouho potřebují pacienti paliativní péči (MUDr. Ondřej Sláma):

- **nádorová onemocnění:** velmi závisí na typu nádoru. Fáze od ukončení protinádorové léčby do smrti trvá **obvykle několik měsíců, méně často několik týdnů**, výjimečně několik let, především u velmi starých nemocných, kteří často umírají „s nádorem“ a nikoliv „v důsledku nádoru“. Paliativní péče je samozřejmě velmi důležitá i během podávání onkologické léčby. Nicméně právě u onkologických diagnóz je nejnáze vymezitelná fáze, kdy je pacient ještě léčen chemoterapií („kauzální“ léčba) a kdy je léčen „již pouze“ symptomaticky (paliativně). **Na nádory v ČR ročně umírá cca 28 000 pacientů.**
- **pokročilá a konečná stádia chronického srdečního selhání, CHOPN, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin.** Typický případ, kdy jsou postupy paliativní péče (definice viz výše) kombinovány s kauzální léčbou. Klinicky je obtížné odhadnout prognózu a dle toho volit přiměřenou míru kauzální-symptomatický. Stav **může trvat řadu měsíců až řadu let.** Pacient může mít po celou dobu užitek z paliativní péče. **Ročně umírá v důsledku těchto chorob cca 50 000 lidí.**
- **neurologická onemocnění typu demence, roztroušené sklerózy, amyotrofické laterální sklerózy, imobilizační syndromy po cévních mozkových příhodách.** Různorodá skupina onemocnění s různou dynamikou postupného zhoršování. Pokročilá stádia vyžadující paliativní péči mohou trvat **několik měsíců (ALS bez mechanické ventilace), let (demence, stavy po CMP).** Velká a dlouhodobá potřeba paliativní péče. **Pacientů s demencí a stavů po těžkých CMP je ročně nově několik desítek tisíc.**

- **polymorbidní „křehcí“ geriatřiční pacienti** – syndrom terminální geriatrické deteriorace. Zvláštní skupina s kombinací neurologických a „interních“ diagnóz. Velmi obtížně odhadnutelná prognóza. V léčbě se kombinují kauzální a symptomatické postupy. Základní onemocnění obvykle progredují pomalu, postupně však narůstá „křehkost“ a riziko fatálních komplikací. Stav narůstající křehkosti **může trvat několik let**. Velmi závisí na sociální situaci, motivaci, prevenci a léčbě komplikací. Typičtí klienti zařízení sociální a dlouhodobé zdravotní péče. Při rozvinutém syndromu terminální geriatrické deteriorace nicméně je prognóza v měsících a nemocný je plně indikován k terminální paliativní péči.
- **konečná stádia AIDS**. Zcela specifická skupina. S novými antiretrovirálními léky se z AIDS stalo chronické onemocnění (**délka života řadu let**). Spektrum problému a potřeba paliativní péče v pokročilých stádiích se v mnoha bodech podobná velmi pokročilým stádiím onkologických chorob (bolest, kachexie) + infekční komplikace. **V ČR se ročně týká několika desítek lidí**.
- **pacienti v permanentním vegetativním stavu**. Specifická problematika. Intenzivní ošetrovatelská péče, prevence a kauzální léčba komplikací imobility, psychologická podpora rodiny, dříve či později také komunikačně a eticky náročná rozhodování o redukci umělé nutriční podpory a především o zmírnění intenzity řešení komplikací imobility. **Stav může trvat několik měsíců až několik let (desetiletí)**. Zcela zásadně závisí na ošetrovatelské péči, stupni zajištění výživy a intenzitě léčby komplikací imobility. **Několik stovek nových případů ročně**.

KRITÉRIA PŘIJETÍ NEMOCNÉHO DO MOBILNÍ PALIATIVNÍ PÉČE:

Ze strany pacienta:

- pacient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu
- pacient byl seznámen se svým zdravotním stavem a přiměřeně svým možností porozuměl závažnosti a prognóze své nemoci
- pacient rozumí možnostem i limitům mobilní paliativní péče a souhlasí s jejími principy
- pacient si přeje péči v domácím prostředí
- neexistují závažné zdravotní, sociální či jiné důvody vylučující možnost péče v přirozeném prostředí pacienta

Ze strany rodinných příslušníků či přátel nemocného:

- rodina je informována o zdravotním stavu nemocného (s jeho svolením) a přiměřeně svým možností porozuměla závažnosti a prognóze jeho nemoci
- rodina rozumí možnostem i limitům mobilní paliativní péče a souhlasí s jejími principy
- rodina je ochotná se spolupodílet na péči a v rodině či mezi pacientovými blízkými je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta

Příklad zaváděného modelu Charitní domácí paliativní péče (regiony Vysočina a Jihomoravský kraj, pilotní projekt):

- Sestra, pečovatelka CHOPS či praktický lékař nemocného jsou osobami prvního kontaktu s nemocným.
- Pokud kdokoliv z nich zjistí, že diagnóza, či stav svěřeného klienta/pacienta může naplňovat indikační kritéria k převzetí do modelu Charitní domácí paliativní péče, po vzájemné poradě na úrovni vrchní sestry CHOPS- praktický lékař- nemocný- rodina, předběžně zjistí zájem nemocného a jeho rodiny o tento model péče.
- Vrchní sestra předjedná konziliární schůzku konziliáře v oboru Paliativní medicína a léčba bolesti (člen týmu Charitní domácí paliativní péče) s příslušným praktickým lékařem - s cílem optimalizovat péči o nemocného, dle možnosti jej aktivizovat, minimalizovat jeho utrpení a dle potřeby zvolit vhodný časový i medicínský rozsah ošetrovatelské péče a potřebnou četnost návštěv ze strany sester CHOPS.
- Prostřednictvím vrchní sestry Domácí péče příslušné Oblastní charity může aktivizaci výjezdového týmu iniciovat i nemocniční lékař při propouštění pacienta do domácího ošetřování, lékař LDN, praktický, či ambulantní ošetřující lékař, ředitel zařízení sociální péče, pověřený úředník krajského, městského a obecního úřadu, i rodinný příslušník nemocného, či farář nebo administrátor farnosti.
- Vedoucí výjezdového týmu – paliativní specialista lékař, stanoví dle konkrétní situace časový plán výjezdu i složení výjezdového týmu.
- Na místě jsou ověřeny podmínky, nutné pro zavedení domácí paliativní péče.

Vstupní návštěva:

- úvodní osobní či telefonický rozhovor zaměřený především na pochopení a objasnění situace pacienta a jeho rodiny, jejich potřeb a představ o péči
- srozumitelné formulování možností a limitů nabízené mobilní paliativní péče
- první návštěva lékaře a sestry u pacienta
- navázání kontaktu týmu paliativní péče s ošetřujícím lékařem
- zjištění dalších informací o zdravotním a sociálním stavu pacienta a jeho rodiny
- přijetí pacienta do mobilní paliativní péče, podpis smlouvy
- stanovení plánu paliativní péče
- zapůjčení potřebných pomůcek či pomoc při jejich obstarání
- zaučení rodiny v ošetřování nemocného a v používání pomůcek
- zprostředkování kontaktu na ambulantní ošetrovatelské a pečovatelské agentury, případně další institucionální poskytovatele péče, a pomoc při koordinaci jejich služeb

Při posuzování dětí a osob se sníženou kognitivní schopností je zapotřebí přihlídnout k jejich věku, fázi jejich vývoje a k jejich duševním schopnostem.

- Příslušní odborní členové týmu zpracovávají situační dokumentaci dle místního šetření, v holistickém modelu (bio-psycho-socio-spirituální anamnéza) a vytvoří **Plán nabízené a pacientem akceptované zdravotní, psycho-sociální, i spirituální péče.**
- Na závěr **vstupní návštěvy** je sepsána nemocným, resp. jeho zákonným zástupcem Smlouva o poskytování Charitní domácí paliativní péče v sjednaném rozsahu, včetně úhrad a vzájemných závazků i odpovědnosti.
- Péče je poskytována na základě indikace praktického lékaře a lékaře paliativního týmu, nemocnému a rodině je poskytnut telefonický a e-mailový kontakt na paliativní tým, v němž zprostředkovatelem je zdravotní sestra CHOPS, vyškolená v paliativní péči. Dostupnost této služby je 7 dní v týdnu, 24 hodin denně. Lékař paliativního týmu v režimu pohotovostních služeb je přítomen k telefonické konzultaci 24 hodin denně.
- Zhodnocení stavu, schopností a preferencí pacienta a jeho rodiny je pravidelně aktualizováno a dokumentováno.
- Změny plánu péče se provádějí na základě změny zdravotního stavu, potřeb a preferencí pacienta a jeho rodiny. Neinstitucionálním pečovatelům (rodině apod.) jsou k dispozici odlehčovací služby, do nichž se zapojují i dobrovolní spolupracovníci mobilní paliativní péče.

Ukončení poskytování služby

Okamžikem ukončení smluvního vztahu poskytování Domácí hospicové péče může být úmrtí klienta. Je však obvyklé, že i po tomto životním zlomu je truchlícím pozůstalým poskytován bereavement, tedy pomoc při zvládání hlubokého žalu nad ztrátou blízkého, často nejbližšího. S tím souvisí i možná spoluúčast při organizování pietního odvozu těla zesnulého, jeho důstojné úpravy a průběhu vysoce důležitých, prožitkově hlubokých posmrtných obřadů. Důležité bývají i kontakty s truchlícími po delším časovém odstupu od úmrtí, spojené s nabídkou odborné pomoci, (není-li truchlení psychicky zvládnuto) i prosté lidské účasti v žalu.

Ukončením smluvního vztahu může být i nutný převoz nemocného do lůžkového hospice, pokud se v důsledku zhoršení stavu pacienta stane domácí ošetřování nemožným. Pro tento případ je počítáno s volným lůžkem k okamžité dispozici a je uzavřena nová smlouva o poskytování péče.

Nelze ani zcela vyloučit nutnost převozu pacienta k akutní nemocniční lůžkové péči, vyvolané doma nezvládnutelnou progresí choroby. Tímto aktem zpravidla dochází i k ukončení smluvního vztahu (pokud se nejedná o ambulantní vyšetření, či krátkodobou hospitalizaci, ukončenou návratem zpět domů.). V případě přeložení pacienta do lůžkového zařízení paliativní péče, na oddělení paliativní péče či do jiného zařízení, předává tým paliativní péče své zkušenosti a informace dalším poskytovatelům péče. Zároveň podporuje kontinuitu péče mezi různými zařízeními a v indikovaných případech průběžně informuje praktické lékaře a další poskytovatele zdravotní péče o dostupnosti a přínosech mobilní paliativní péče.

Může nastat i situace, kdy rodina přestane zvládat péči o svého pacienta, nebo vysloví nespokojenost s úrovní, či rozsahem poskytování služby. I to je přirozeně důvodem k vypovězení uzavřené smlouvy.

OBECNÉ ZÁSADY PALIATIVNÍHO PŘÍSTUPU

Základní principy

- Pacient a jeho rodina, případně nejbližší přátelé, jsou společnými příjemci péče a zásadním způsobem by se měli podílet na tvorbě plánu péče.
- Součástí paliativní péče je účinná péče o tělesný, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny.
- Paliativní péče by měla být nemocnému a rodině dostupná 24 hodin 7 dní v týdnu.

Předpoklady pro poskytování domácí paliativní péče

- Pacient si přeje péči v domácím prostředí.
- Pacient a jeho rodina byli seznámeni se zdravotním stavem a přiměřeně svým možnostem porozuměli závažnosti a prognóze nemoci, rozumí možnostem a limitům domácí paliativní péče a souhlasí s jejími principy.
- Rodina je ochotná se podílet na domácí péči a v rodině či mezi pacientovými blízkými je alespoň jedna osoba připravená převzít odpovědnost za kontinuální péči o pacienta.
- Společně s pacientem a rodinou je především třeba pojmenovat **dosazitelné cíle** léčby a péče.
- V pacientovi a jeho blízkých je třeba probouzet a udržovat **realistické naděje a očekávání**. To ovšem by nemělo bránit v empatii a psychosociální podpoře.

Péče o tělesné symptomy a obtíže

- Nejčastějšími projevy pokročilých stádií nevléčitelných onemocnění jsou bolest, nevolnost a zvracení, zácpa, dušnost, slabost a vyčerpání, nespavost, úzkost, zmatenost, deprese a další psychické symptomy. Doporučení pro léčbu nejčastějších symptomů jsou uvedeny v druhé části Doporučených postupů.
- V případě potřeby by měl být konzultován specialista na jednotlivé symptomy (např. algeziolog, onkolog, radioterapeut, ortoped, nutriční specialista, fyzioterapeut atd.)
- Z ošetrovatelského hlediska se péče zaměřuje na péči o pokožku, prevenci proleženin a polohování, nutriční péči a poradenství, péči o vyprazdňování, o pitný režim, o dutinu ústní a péči o dýchací cesty.

Psychologické aspekty péče

- Situace pokročilého onemocnění představuje pro pacienty i jeho blízké velkou psychickou zátěž. U pacienta i jeho rodiny je třeba pravidelně hodnotit psychický stav, psychické reakce (stres, obavy z budoucnosti) a psychiatrické jevy (těžká deprese, suicidální myšlenky a pokusy, delirantní stavy).
- Předmětem psychologického hodnocení by mělo být také pacientovo chápání nemoci a rovněž podpora strategií, pomocí kterých se pacient se svou těžkou situací vyrovnává (náboženství, umění, relaxace atd.).

Sociální aspekty péče

- Součástí paliativní péče je komplexní zhodnocení sociální problematiky, které zahrnuje rodinné vztahy, kulturní vazby pacienta, jeho komunikační zvyklosti, finanční a životní podmínky, dostupnost dalších laických poskytovatelů péče, dostupnost potřebného domácího vybavení.
- Důležitou součástí paliativní péče je zajištění účinné respitní péče. Rodinu i pacienta je třeba o možnostech této péče informovat. Nejčastější formou respitní péče je krátkodobé přijetí pacienta do hospice nebo jiného lůžkového zařízení.

Duchovní a existenciální dimenze paliativní péče

- V rámci poskytované péče by měl lékař nebo sestra citlivě zjistit pacientovy spirituální hodnoty a orientaci a s tím spojené názory, rituály a praktiky.
- V otázkách týkajících se konce života by měla být pomoc nabízena způsobem, jež by odpovídal individuálním i rodinným kulturním i náboženským hodnotám.
- Zdravotníci by měli respektovat a případně pomáhat zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny a to především při umírání a po smrti.

Etické a právní aspekty paliativní péče

- Vyjádřená přání pacienta nebo jeho zákonného zástupce tvoří spolu s názorem rodiny a lékaře základ plánu paliativní péče.
- Péče musí být poskytována v souladu s etickým kodexem ČLK a právním řádem ČR.
- V případě, kdy pacient již není schopen sám komunikovat, by se lékař měl snažit zjistit a respektovat pacientem dříve vyjádřená přání a hodnoty.

Specifické aspekty péče o umírajícího pacienta

- Pacient a členové rodiny by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí.
- S pacientem a rodinou by měla být vyjasněna otázka místa, kde má péče v terminální fázi probíhat (doma nebo v lůžkovém zařízení). Přání pacienta a rodiny by mělo být dokumentováno a v mezích možností respektováno.
- Plán péče musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny. Je třeba přehodnotit všechny užívané léky z hlediska indikace (**Přispívá daný lék k zmírnění utrpení a důstojnému umírání?**) tak z hlediska aplikační formy (**Je pacient schopen přijímat per os? Je nutné parenterální podání?**)
- V terminální fázi je obvykle nutné zvážit užitečnost (pro nemocného) především těchto skupin léčiv: diuretika, antihypertenziva, antiarytmika, perorálních antidiabetika a inzulin, hypolipidemika, antiagregační a antikoagulační léčba, nootropik.
- Je třeba indikovat a prakticky zajistit podání analgetik, anxiolytik, antiemetik a neuroleptik.
- Potřeba paliativní péče v terminální fázi často nabývá na intenzitě. Tuto potřebu je třeba včas rozpoznat a adekvátně na ní reagovat (posílení přítomnosti laických pečovatелů - rodiny, eventuelně dobrovolníků, častější návštěvy sestry domácí péče, domácí návštěvy lékaře atd.).
- Je třeba společně s rodinou a pacientem vytvořit plán řešení krizových situací, jež mohou nastat v mimopracovní době (co dělat a koho volat v případě náhlého zhoršení stavu). Cílem je zachování kontinuity péče a léčebných rozhodnutí.
- Je vhodné s rodinou předem domluvit postup v případě úmrtí pacienta v mimopracovní době a otázku případné pitvy.

PALIATIVNÍ LÉČBA NEJČASTĚJŠÍCH SYMPTOMŮ POKROČILÉHO ONEMOCNĚNÍ

Téma je blíže rozpracováno v knize:

Sláma, Kabelka, Vorlíček, Paliativní medicína pro praxi, Galén, Praha 2007, ISBN 978-80-7262-505-5, s. 362

DOPORUČENÁ A POUŽITÁ LITERATURA

- 1) Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y., et al. *Paliativní medicína. Druhé vydání. Praha, Grada, 2004, 520 s.*
- 2) Svatošová, M.. *Hospice a umění doprovázet, Praha, Ecce homo 1995*
- 3) Misconiová B., *Péče o umírající - hospicová péče, Praha, Národní centrum domácí péče ČR ve spolupráci s MZ ČR, 1998*
- 4) Špinka, Š., Špinková, M. *Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče. Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha 2004. Dokument je dostupný na www.cestadomu.cz*
- 5) *Doporučení Rec (2003)24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. O organizaci paliativní péče. Rada Evropy 2003. Český překlad je dostupný na www.cestadomu.cz*

CO JE HOSPIC

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je 3 až 4 týdny). Zaměstnanci hospice kladou důraz na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru hospice, maximálním soukromím pacientů (obvykle jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností hospice.

Některé z těchto zařízení rozvíjejí kromě lůžkové péče také domácí hospicovou péči, respitní péči a intenzivní edukační činnost. Vliv a význam současných hospiců tak významně přesahuje pouhý objem poskytnuté lůžkové paliativní péče.

MÝTY O UMÍRÁNÍ

Umírání je plné bolesti, osamění a neporozumění, s tím se nedá moc dělat.

Paliativní péče nabízí cestu, kdy se nemocný člověk smí plně spolehnout na to, že nebude trpět velkými bolestmi, nebude opuštěn a lidé kolem něj se budou snažit vyjít vstříc všem jeho přáním. Nablízku jsou mu doma příbuzní a přátelé, kteří mají odbornou i lidskou oporu v zaměstnancích a dobrovolnících hospice.

Hospic je dům – ústav, jedině tam se dá poskytovat paliativní péče.

Paliativní péče není zpravidla vázána na nějaké konkrétní místo. Je kdekoli, kde ji lidé v důležitém čase na konci života potřebují – tedy má být poskytována především doma. Tam, kde pacientovi nejlépe rozumějí, kde má rodinu a kde mu je možno nejlépe vycházet vstříc. Pokud není z nějakého vážného důvodu možno tuto péči nabídnout doma, pak tu je lůžkový hospic, který se snaží poskytnout služby co nejpodobnější péči domácí.

Lidé mají umírat v nemocnici proto, aby jejich nemohoucnost neviděli jejich nejbližší, zvláště pak malé děti.

Když se člověk narodí na svět, umějí se o něj nejlépe postarat jeho nejbližší. Podobně je tomu i na konci života. Umírající člověk potřebuje ty, kteří jej mají rádi a rozumějí mu. Těm, kteří se v této důležité době o něj starají, pomáhá tato zkušenost vyrovnat se nejen s jeho smrtí, ale i se svojí vlastní smrtelností. A děti, které vidí své rodiče pečovat něžně a trpělivě o babičku nebo dědečka, budou schopné v budoucnu podobně samozřejmě posloužit rodičům nebo jiným blízkým lidem.

Paliativní péče je pouze pro staré lidi.

Je pravda, že většina lidí umírá ve vyšším věku. Umírají však i mladí lidé, umírají i děti. Paliativní péče je poskytována lidem všech věkových kategorií a důraz, který klade na plně žitý život a na zachování důstojnosti pacienta, přichází ke slovu u mladších lidí stejně jako u lidí starších.

Paliativní péče je vhodná pouze pro pacienty, kteří nepotřebují odbornou péči.

Paliativní péče nemá za svůj hlavní cíl uzdravení pacienta, ale je to vysoce odborný typ péče, který dokáže hledat možnosti, jak pomoci i ve velmi složité situaci. Specializuje se na citlivé a cílené řešení specifických obtíží, tělesných i duševních, které se objevují právě v náročném období na konci života. V některých případech může mít i podobu specifické intenzivní péče.

Paliativní péče je na místě pouze tehdy, kdy už tzv. „nezbývá žádná naděje“.

Když se blíží život ke konci, nabízejí se dvě možnosti: upadnout do beznaděje, protože život už ztratil smysl, nebo prožít zbývající čas co nejplněji. Paliativní péče pracuje s nadějí: nabízí pacientovi účinnou úlevu a rodinám pak možnost společně naplnit, hledat či uzdravit vzájemné vztahy tak, aby se na prožitý čas dalo ohlédnout s vděčností a s vědomím, že tato doba měla smysl a že bylo uděláno všechno, co uděláno být mohlo.

Paliativní péče je určena jen těm, kdo jsou se smrtí smířeni.

Člověk, který náhle stojí tvář v tvář skutečnosti, že je nevléčitelně nemocný a jeho smrt se blíží, bojuje nezřídka s beznadějí a vzdorem. Paliativní tým mu může s trpělivostí a něhou pomoci se s touto situací vyrovnávat postupně takovým způsobem a tak rychle, jak si on sám přeje. Hospic spolupracuje se členy rodiny tak, aby tento proces probíhal pokojně podle jejich sil a přání.

Paliativní péče je určena pouze nemocnému členu rodiny.

Paliativní péče je péčí komplexní a je zaměřena na celou rodinu. Hospic poskytuje zdravotnické, sociální, duchovní i psychologické služby rodině v době pacientovy nemoci a ani po jeho smrti péče nekončí. Různé

dlouhý čas se pracovníci a dobrovolníci hospice věnují doprovázení pozůstalých v jejich smutku a pomáhají jim hledat nové jistoty a naděje.

Pracovníci hospice mohou pomoci umírání urychlit nebo zpomalit.

Paliativní péče umírání nijak neurychluje ani nezpomaluje. Stejně jako při příchodu člověka na svět jsou přítomni lékaři a porodní asistentky se svými zkušenostmi a odbornou péčí, provází paliativní tým člověka na konci jeho života a je připraven odborně zvládat příznaky, které umírání provázejí.

Hospice jsou náboženské nebo církevní, přijímání jsou do nich jen věřící.

Hospice, jako jiná charitativní nebo sociální zařízení, jsou poměrně často zřizovány církvemi nebo náboženskými společnostmi. Neznamena to ale, že by automaticky sloužily jen členům církve, natož aby víra byla podmínkou přijetí do péče hospice. Zaměstnanci a dobrovolníci hospice poskytují naplno své schopnosti a dovednosti každému bez rozdílu světového názoru, nikomu svoje náboženské přesvědčení nevnucují a o věcech duchovních rozmlouvají s pacientem či rodinou jen tehdy, projeví-li klienti o takové téma zájem.

MÝTY O UMÍRÁNÍ DOMA

V péči o naše nejbližší, která by měla být samozřejmá, býváme často velmi nejistí. Můžeme mít své blízké doma? Nezanedbáme něco podstatného? Budeme to umět? Vydržíme se silami? Poznáme, až nastane konec?

Mnoho otázek se stále opakuje - zastavili jsme se s Vámi nad těmi nejčastějšími a pokusili se najít odpověď.

Doma není možno poskytnout umírajícímu tak kvalitní odbornou péči jako v nemocnici, snadno se něco zanedbá.

V naprosté většině případů je pro umírající nejdůležitější to, že jsou v laskavé péči svých nejbližších a nejsou mezi cizími lidmi a v cizím prostředí. Odborníci, kteří poskytují doma vysoce odbornou paliativní péči, jsou pak rodině oporou i při zvážení případné hospitalizace, pokud je opravdu nezbytná. Takové případy samozřejmě jsou, statisticky je jich však velmi málo.

Umírající nejí a skoro nepije, zůstane-li doma, umře asi žízni.

Tělo člověka sužovaného nemocí neodchází najednou, ale jednotlivé tělesné funkce pomalu končí. V takové situaci pacient potřebuje daleko méně než dřív: jeho tělo už nedokáže přísun živin zpracovávat. Je třeba nabízet vynalézavě pouze to, nač má pacient ještě sílu a chuť. Můžeme podávat pití častěji a po troškách, pokud pacient není schopný polykat, alespoň zvlhčujeme rty a ústa. Tým hospice poradí a pomůže tam, kde jsme při péči nejistí či bezradní.

Bolest se dá léčit pouze opiáty. Ty však jsou návykové, pacienta omámí a on pak bude zmatený.

Paliativní péče skutečně pracuje s opiáty tehdy, kdy je třeba zvládat bolest. Opiáty odborně aplikované při léčbě bolesti pacientovu psychiku neničí, ale naopak napomáhají tomu, aby nemusel být vyčerpáván bolestmi, mohl komunikovat se svými blízkými a žít i poslední období svého života co nejlépe. Pokud bolest odezní, je možno dávky léků snížit či zcela vysadit beze strachu z abstinčních příznaků.

Pohled na léčbu bolesti

Nejčastější a opakovaně vyslovovanou obavou je strach pacienta i jeho rodiny (mnohdy vycházející ze zkušeností) z bolesti. Proto součástí vysvětlení tohoto mýtu je opakované připomenutí léčby bolestivých stavů: akutní chronické i nádorové bolesti.

Objasnění příčiny je základním předpokladem úspěšné léčby. V kontextu chronického onemocnění, případně onemocnění v konečném stadiu je třeba u každého bolestivého stavu nejprve zhodnotit jeho vztah k základnímu onemocnění a pravděpodobnou příčinu bolesti. Bolest může být způsobena základním onemocněním, nebo jinou souběžně probíhající chorobnou změnou nebo může být vyvolávána zevními bolestivými podněty. Bolesti mohou být akutní, krátkodobé nebo chronické. Podle příčiny a v souvislosti s délkou trvání se může jednat o bolesti čistě nocicepční, které vcelku dobře odpovídají na analgetickou léčbu samotnou nebo může jít o bolesti s neuropatickou složkou, které obvykle kromě analgetik vyžadují ještě další podpůrnou léčbu, která ovlivní právě neuropatickou složku bolesti. Nejčastějšími bolestmi s neuropatickou složkou jsou chronické bolesti zad provázející fraktury obratlových těl u pacientů s osteoporózou, bolesti nádorové, bolesti při diabetické periferní neuropatii, postherpetické neuralgie, pooperační bolesti a bolesti při rozsáhlejších poraněních. Neuropatickou složku mají rovněž bolesti po cévní příhodě mozkové, při poraněních míchy nebo bolesti provázející roztroušenou sklerózu.

Základní farmakologická léčba bolesti spočívá v útlumu bolestivých nocicepčních podnětů. K tomu slouží širo-

ká paleta léčivých látek, počínaje acetaminofenem, přes nesteroidní analgetika/antiflogistika (NSAID) a slabé opioidy (kodein, tramadol) až k silným opioidům (morfin a jeho deriváty, fentanyl, buprenorfin apod.) Pro ovlivnění neuropatické složky u smíšených bolestí se v současné době jako nejúčinnější jeví gabapentin nebo pregabalín v kombinaci s klasickými analgetiky.

Postup při léčbě bolesti

Léčbu bolesti, podle její intenzity začínáme neopioidními analgetiky, pokud jejich analgetický účinek není dostačující, použijí se v kombinaci se slabými opioidy. Při jejich selhání se přechází na silné opioidy.

Nesteroidní analgetika/antiflogistika (NSAID) jsou látky, které inhibují aktivitu enzymu cyklooxygenázy, odpovědného mimo jiné za tvorbu prostaglandiu E₂. Jednou z vlastností PGE₂ je to, že snižuje práh citlivosti periferních nocicepčních receptorů, a posiluje bolestivé podněty. Cyklooxygenáza se u lidí vyskytuje ve dvou izomerních formách, COX-1 a COX-2. COX-2 se obvykle nevyskytuje v aktivní formě, výjimkou jsou krevní destičky a některé oblasti CNS, ve kterých je COX-2 přirozeně aktivní. Jinak je COX-2 považována za induktivní enzym, jehož aktivita významně stoupá v místech traumatického anebo zánětlivého poškození tkáně. COX-2 tedy s výjimkou krevních destiček a centrálního působení nemá jiné fyziologické funkce a je proto hlavním cílem působení všech neopioidních analgetik. Míra do jaké jednotlivá nesteroidní analgetika inhibují patologicky zvýšenou aktivitu COX-2 pak vede k obecnému rozdělování nesteroidních analgetik na COX 1/2 nespecifická, COX-2 preferenční a COX-2 selektivní (koxiby).

V současné době patří k používaným neopioidním analgetikům acetaminofen (paralen) a široká škála dalších NSAID. Paracetamol na rozdíl od dalších NSAID postrádá protizánětlivý účinek, má tedy účinek analgetický a antipyretický. Přestože se jedná o inhibitor COX-2, působí především centrálně (centrální analgetický a antipyretický účinek) a jeho periferní účinek je zřejmě minimální (chybění protizánětlivého periferního účinku).

Požívaná NSAID

Deriváty kyseliny propionové: Ibuprofen, naproxen, fenoprofen, ketoprofen, dexketoprofen, flurbiprofen, kyselina tiaprofenová

- Deriváty kyseliny octové: Indometacin, diklofenak, aceklofenak
- Deriváty kyseliny enolové (oxikamy): Piroxikam, meloxikam, lornoxikam
- Koxiby (selektivní inhibitory COX-2): celekoxib, etorikoxib, parekoxib
- Sulfonamidové deriváty: Nimesulid

V léčbě akutní bolesti není důležitá jen míra analgetického účinku, ale také rychlost jeho nástupu. Čím dříve analgetický účinek nastupuje, tím lépe je dotyčná látka nebo přípravek hodnocen, jak ze strany lékaře, tak především ze strany pacientů samotných. Proto byly postupně vyvíjeny lékové formy, které umožňují zrychlené vstřebávání, rychlé dosažení potřebných plasmatických koncentrací a s tím související rychlý nástup analgetického účinku.

Formy s rychlým vstřebáváním mají obě nejčastěji používané látky, ibuprofen i diklofenak.

Novou látkou s rychlým vstřebáváním a rychlým nástupem analgetického účinku (v průměru do 30 minut od podání) jsou tablety k perorálnímu použití upravené tak, aby docházelo k rychlému uvolnění účinné látky, obsahující jako účinnou látku lornoxikam. Analgetický účinek lornoxikam ve formě tablet umožňujících rychlé vstřebávání nastupuje již v průběhu prvních 30 minut po požití. Současně má relativně velmi krátký poločas vylučování, takže při opakovaném podávání nedochází ke kumulaci účinné látky a riziku zvýšení nežádoucích účinků. (odkaz na Oxfordskou ligu analgetik).

V léčbě chronické bolesti lze u mírných bolestí rovněž využívat NSAID. Z hlediska adherence k léčbě se jeví jako výhodnější přípravky s delším poločasem vylučování, které umožňují podávání 1x denně. Klinické zkušenosti však naznačují, že u látek s velmi dlouhým poločasem vylučování (například piroxikam nebo meloxikam) nelze vyloučit určitou kumulaci a s tím spojené zvýšené riziko nežádoucích účinků. Proto i nadále se hojně využívají přípravky ze střední délkou poločasu vylučování, podávané 2x denně.

Chronické bolesti, především ty související se závažnými chorobami, jsou často provázeny náhlým a neočekávaným vzplanutím bolesti v době předcházející plánovanou dobu podání další dávky analgetika. Tyto stavy označujeme jako průlomovou bolest. U pacientů, jejichž chronická bolest je adekvátně léčena NSAID se i v léčbě průlomové bolesti mohou uplatnit NSAID, v tomto případě přípravky s rychlým vstřebáváním a rychlým nástupem účinku.

Významným faktorem v analgetické léčbě chronických bolestí je udržení dostatečné plasmatické koncentrace účinné látky po celou dobu mezi jednotlivými dávkami. Při použití standardních lékových forem, p.o. nebo injekčních, se to ne vždy daří. Pokud dochází k poklesu plasmatické koncentrace pod úroveň analgetické účinnosti, dochází k nárůstu intenzity bolesti, který si může vynutit použití vyšších dávek.

V tomto směru jsou významným přínosem transdermální náplastové aplikační formy, které v průběhu 24-48 hodin po aplikaci navodí ustálené a nekolísající hladiny účinné látky, takže nedochází ke snížení její koncentrace pod úroveň analgetické účinnosti. Transdermální aplikační formy ve formě náplastí jsou v současné době dostupné jen u silných opioidů, fentanylu a buprenorfinu.

Nádorová chronická bolest je často součástí pokročilých nádorových onemocnění, která obvykle vyžaduje podávání silných opioidů. Právě zde se s velkou výhodou využívají transdermální náplastové formy fentanylu nebo buprenorfinu.

Chronická nádorová bolest je velmi často provázena průlomovými bolestmi, náhlými a obvykle krátce trvajícím záchvaty velmi silné, mnohdy zničující bolesti. Při zvládnutí těchto průlomových bolesti je zapotřebí použít silné opioidy s velmi rychlým nástupem účinku. V současné době jsou v ČR dostupné 3 různé slizniční aplikační formy fentanylu, u nichž k nástupu potřebného analgetického účinku dochází v průběhu 10 – 20 minut po aplikaci.

Od roku 2011 jsou v ČR na trhu transmukózní fentanylové preparáty ve spreji k nazální aplikaci a tablety k bukalní a sublingvalní aplikaci. Všechny preparáty TMF jsou indikovány k léčbě silné průlomové bolesti u pacientů, kteří pravidelně užívají silné opioidy. V současné době jsou preparáty TMF hrazeny jako lék „druhé volby“ po selhání perorálního morfinu nebo nemožnosti jeho podání. Preskripce je omezena na specialistu v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Mezi jednotlivými lékovými formami existují určité rozdíly, které mohou být u konkrétních pacientů významné. Např. nazální podání fentanylu může být výhodou tam, kde pacient trpí výraznou suchostí sliznice dutiny ústní, popř. bolestivou mukozitidou.

Péče o umírajícího doma je pro rodinu vyčerpávající a nepřináší jí žádnou radost.

Péče o umírajícího je skutečně náročná a klade na síly rodiny a na vztahy mezi členy rodiny veliké nároky. Často jsou to však právě tyto nároky, které v nás probudí hluboce lidskou touhu po službě blízkému. Dokážeme-li pomoci a uděláme-li, co můžeme nejlepšího, přinese nám to radost a vděčnost a pomůže překonat těžké období zármutku, které přijde po smrti. Víme, že jsme udělali, co jsme udělat mohli.

Nepřejeme si, aby nás blízcí viděli zubožené, museli nás krmit a přebalovat.

V době, kdy máme dost sil na to, abychom byli samostatní, hledíme na tyto základní věci s despektem či nechutí. Když ale síly ztrácíme, ba zbude jich jen velmi málo, jsme vděční za to, že nám pomáhají právě ti, kterým nemusíme nic vysvětlovat, před kterými nemusíme nic skrývat a kteří nám slouží s láskou. I pro ně je tato situace velmi důležitá.

Nejsme si jisti, jestli musí být s nemocným neustále někdo doma.

V časnějších stádiích nemoci není neustálá přítomnost nezbytná. Když se ale život blíží ke konci, je nutné, aby umírající nebyl sám a aby rodina dokázala s pomocí personálu hospice, dobrovolníků a přátel zajistit stálou přítomnost u pacienta. Zvláště poslední noci mohou být těžké a dlouhé a hospicovní zaměstnanci a dobrovolníci jsou připraveni v tomto období rodině ulehčit, umožnit pečujícím se vyspat nebo jít na chvíli ven a nabrat tak další síly.

V posledních dnech života člověk nic nevnímá, je tedy jedno, kdo se o něj stará.

V posledních dnech života zbývá opravdu málo sil, ale člověk nepochybně vnímá do poslední chvíle několik základních věcí: že je doma a že ten, který je s ním a stará se o něj, mu rozumí i beze slov. Na slova už síly nejsou, ale takřka vždy umírající do poslední chvíle vnímá naši přítomnost a slyší naše slova.

Umírající nemluví, nelze s ním navázat kontakt a není, co mu říkat.

Právě proto, že umírající už nemá sílu k vlastnímu vyjadřování, je třeba mu ulehčit komunikaci tím, že proneseme nejdůležitější věty, které nemají zůstat nevyřčeny: je jich jen málo a lze je často různým způsobem opakovat.

Děkuji ti. Odpusť mi, prosím. Odpouštím ti. Mám tě rád.

PRÁVA PACIENTŮ

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná od 25. února 1992.

Etický kodex „Práva pacientů“ navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat

soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zaslíbeně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

INFORMACE O HOSPICOVÉ PÉČI

Co si vzít s sebou?

- léky, které běžně užíváte (nebo recept od lékaře), pomůcky, které běžně používáte (hůl, berle, vozík ap.), toaletní potřeby, pyžama nebo noční košile, župan (pokud si prádlo u nás chcete nechat prát, je nutno ho označit jménem), pohodlné oblečení na den (jen málo pacientů musí být v nočním prádle i přes den), oblečení pro pobyt nebo pohyb venku (i naši ležící pacienti mohou za hezkého počasí pobývat na terase a v blízkém okolí hospice), event. i společenské šaty (občas bývá v hospici i program, koncert apod.), domácí obuv na přezutí, občanský průkaz, průkazku zdravotní pojišťovny, je možno si přinést i menší televizor (zatím máme jen jeden v denní místnosti).

Jak je to v hospici s návštěvami?

Protože cílem hospicové péče je maximálně možné zlepšení kvality života nemocných, návštěvy jsou u nás neomezené (24 hodin denně). Z téhož důvodu si nemocný může do hospice vzít i blízkého člověka. Chcete-li tuto možnost využít, zavolejte do hospice předem, nebo zaškrtněte na žádosti o přijetí kolonku ubytování člena rodiny, aby pro Vás mohl být rezervován jednolůžkový pokoj s přistýlkou.

Jak je to s placením?

Je nutno se informovat v konkrétním hospici. Jako příklad jsou dále uvedeny ceny v Hospici v Červeném Kostelci. Pacient s příjmem do 4 000 Kč měsíčně přispívá na pobyt v hospici částkou 75 Kč denně, s příjmem do 5 000 Kč měsíčně 95 Kč denně a s příjmem nad 5 000 Kč 115 Kč denně. Platí se při příjmu předem na dobu 1 měsíce u pobytů na dobu neurčitou, nebo na smluvený počet dnů u pobytů na dobu předem dohodnutou. Náklady na 1 lůžko a den činí cca 800 Kč. Z toho uhradí Vaše zdravotní pojišťovna 395 Kč, pacient 75 Kč (resp. 95 Kč nebo 115 Kč) Kč a další chybějící prostředky se snažíme postupně získávat od dárců a sponzorů.

Příbuzný, který se v hospici u nemocného ubytuje, platí 35 Kč denně. Stravování si může zajišťovat sám (lze použít kuchyňku na oddělení), nebo si může jídlo objednat.

Pobyt příbuzného v hospici je nejlepším darem, který může rodina nemocnému dát!

ROZHODNUTÍ VÝBORU ČESKÉ SPOLEČNOSTI PALIATIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP O ZALOŽENÍ INSTITUTU PALIATIVNÍ MEDICÍNY

Výbor ČSPM ČLS JEP rozhodl 28. 7. 2011 o založení Institutu paliativní medicíny (IPM). IPM je organizační jednotkou v rámci ČSPM podle §4 Stanov České lékařské společnosti JEP.

Základním posláním IPM bude podpora a organizace vzdělávání a výzkumu v oblasti obecné i specializované paliativní péče. IPM bude rovněž nabízet poradenské služby orgánům státní správy a samosprávy, zdravotním pojišťovnám i zdravotnickým zařízením v oblasti organizace a poskytování paliativní péče.

IPM bude také zajišťovat teoretickou část (kurzy) v rámci specializační přípravy v oboru Paliativní medicína.

Informace o aktivitách IPM budou průběžně zveřejňovány na www.paliativnimedicina.cz,

V Rajhradě 28. 7. 2011 za výbor ČSPM ČLS JEP

prim. MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.
předseda ČSPM ČLS JEP

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
vědecký sekretář ČSPM ČLS JEP



Sekretariát ČSPM ČLS J.E.P.

Jiráskova 47, 664 61 Rajhrad, tel.: 547 232 223

e-mail: info@paliativnimedicina.cz

www.paliativnimedicina.cz

SEZNAM HOSPICŮ V ČR

<http://www.asociacehospicu.cz>

aphpp@t-email.cz

Cesta domů

<http://www.cestadomu.cz>, info@cestadomu.cz

Charita Česká republika

<http://www.charita.cz>, sekretariat@charita.cz

Charitní domácí hospicová péče Bárka

jana.sochorova@caritas.cz, 567563671

Domáci hospic Jordán o.p.s

<http://www.hospicjordan.cz>

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna

<http://www.dlbsh.cz>, hospic.rajhrad@caritas.cz, 547 232 223, Fax: 547 232 247

Ecce homo, Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí

<http://www.hospice.cz/eccehomo>, marie.svatosova@seznam.cz

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci

<http://www.hospic.cz>, wajsar@hospic.cz

Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí

<http://www.citadela.cz>, hospic@citadela.cz

Hospic Dobrého Pastýře Čerčany

<http://www.centrum-cercany.cz>, os-tri@centrum-cercany.cz

Hospic Frýdek-Místek

<http://www.hospicfm.cz>, info@hospicfm.cz

Hospic Liberec

<http://www.hospic-liberec.cz>, hospic@hospicliberec.cz

Hospic Malovická

Druhý pražský hospic pro nevléčitelně nemocné se otevře v roce 2011 v Praze 4 na Spořilově. Už čeká jen na kolaudaci. Hospic nabízí 30 lůžek. Hospic bude přijímat i pacienty s neurologickými a interními nemocemi (Parkinsonova, Alzheimerova choroba). Hospic má stejného provozovatele jako první pražský hospic, Hospice Štrasburk.

Hospic na Svatém Kopečku Olomouc

<http://www.hospickopecek.caritas.cz>, info@hospickopecek.charita.cz

Hospic Smíření, Chrudim

<http://www.smireni.cz>, smireni@centrum.cz

Hospic sv. Alžběty v Brně

<http://www.hospicbrno.cz>, reditel@hospicbrno.cz, +420543214761

Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích

<http://www.hospicpt.cz/prachatice/>

Hospic sv. Lazara v Plzni

<http://www.hsl.cz>, hospic@hsl.cz

Hospic sv. Lukáše Ostrava

<http://www.ostrava.caritas.cz>, lukashospic.ostrava@caritas.cz

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

<http://www.hospiclitomerice.cz>, info@hospiclitomerice.cz

Hospic Štrasburk v Praze

<http://www.hospicstrasburk.cz/>, hospic.strasburk@cmail.cz

Hospic v Mostě

<http://www.hospic-most.cz>, hospic@mostmail.cz

Hospicová péče sv. Zdislavy

<http://www.hospiczdislavy.cz>, info@hospiczdislavy.cz

Hospicové hnutí - Vysočina, o.s.

Domáci hospicová péče - Nové Město na Moravě, Jihlava

<http://www.hhv.cz>, info@hhv.cz, 566615198

Hospicové občanské sdružení Duha

<http://www.hospic-horice.cz>, hospic-horice@seznam.cz, 773 652 844

Mobilní hospic Ondrášek, Ostrava

<http://www.mhondrasek.cz>, mhondrasek@seznam.cz

Mobilní hospicová jednotka (Ostrava)

<http://www.ostrava.caritas.cz>, cho.chos@caritas.cz

Nadační fond Umění doprovázet

<http://www.umenidoprovazet.cz>, info@umenidoprovazet.cz

OPORA

<http://www.opora-os.cz>, opora.ul@centrum.cz, 777704221

SDÍLENÍ o.s.

<http://www.os-sdileni.wz.cz>, os.sdileni@centrum.cz

<http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>

OBECNÉ ZÁSADY LÉČBY BOLESTI

Hodnocení a základní typologie bolesti

Bolest je jedním z nejčastějších symptomů pokročilých stádií onemocnění, kterými se paliativní medicína zabývá. Má zásadní vliv na momentální komfort a náladu, ale také na radost ze života, naději, motivace pacienta k životu a spolupráci při léčbě. Neléčená bolest vede k snížené hybnosti až imobilitě, nechutenství, malnutrici až kachexii, k sociální dysfunkci až izolaci. Bolest tedy nelze vnímat pouze jako somatický vjem. Bolest je jednou ze složek utrpení v závěru života.

Řadu aspektů celkové (totální) bolesti nevyčitelně nemocných neumíme zcela odstranit. Některé její aspekty však umíme účinně mírnit. Somatické aspekty bolesti jsme schopni u většiny pacientů zmírnit na dobře snesitelnou míru, a to obvykle za použití poměrně jednoduchých léčebných postupů.

V textu se zabýváme především nádorovou bolestí. Většina doporučených postupů v diagnostice i léčbě je stejně dobře použitelná i v léčbě chronické nenádorové bolesti.

Vyšetření bolesti u onkologického pacienta

Objasnění příčiny bolesti (teda zjištění, co pacienta bolí) je základním předpokladem úspěšné léčby. V kontextu onkologie je především třeba u každého bolestivého stavu zhodnotit jeho vztah k nádorovému onemocnění a pravděpodobnou příčinu. Základní dělení bolesti podle vztahu k nádorovému onemocnění – bolest vyvolaná nádorem, bolest vyvolaná diagnostikou a protinádorovou léčbou, bolest bez přímé souvislosti s nádorovým onemocněním a bolest spojená s pokročilým onemocněním.

Pacienti někdy současně trpí více typy bolesti, kdy každý typ vyžaduje specifický přístup. Správné zhodnocení nádorové bolesti předpokládá podrobná klinická vyšetření. Jeho součástí je komplexní anamnéza (základní otázky k objasnění možné příčiny bolesti uvádí tabulka 1.), fyzikální a neurologické vyšetření a v případě potřeby laboratorní, elektrofyziologická a zobrazovací vyšetření.

| Tab. 1: Užitečné otázky pro anamnézu bolesti |
|-----------------------------------------------------|
| Kde to bolí? |
| Jak moc to bolí? |
| Jaká bolest je, jak vypadá? |
| Od kdy to bolí, objevuje se bolest pravidelně? |
| Co myslíte, že vaše bolesti způsobuje? |
| Co bolesti vyvolává? |
| Co bolest utlumuje? |

Klasifikace nádorové bolesti podle časového průběhu

Z hlediska trvání bývá bolest tradičně dělena na akutní a chronickou. Jako chronickou označujeme obvykle bolest trvající déle než 3 měsíce. Více než samotná délka trvání jsou však pro chronickou bolest charakteristické některé změny ve struktuře a funkci v periferním a centrálním nervovém systému souhrnně označované jako senzitivace, jež vedou k změnám ve zpracování nociceptivní stimulace. V souvislosti s dlouhotrvající bolestí dochází také k typickým změnám vegetativním a psychickým. Mnoho bolestivých stavů v onkologii má rysy typické akutní bolesti. Jedná se především o bolesti vyvolané protinádorovou léčbou (např. pooperační bolesti, mukozitida po chemoterapii a radioterapii). Po zhojení tkáňového poškození bolest většinou zcela ustupuje. V případě bolesti vyvolaných přímo nádorem (infiltrace, komprese, expanze, obstrukce) průběh bolesti závisí na výsledcích léčby základního onemocnění.

Nádorovou bolest lze charakterizovat jako akutní bolest (je vyvolána tkáňovým poškozením), která však trvá v čase (nejednou v řadu měsíců a let) a může způsobit změny v nervovém systému typické pro bolest chronickou.

POZNÁMKY

POZNÁMKY

Tisk podpořen společnostmi



Nycomed: a Takeda Company

Doporučený postup byl vytvořen s podporou Nadačního fondu Praktik

NADAČNÍ FOND
PRAKTIK

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře

U Hranic 16, 100 00 Praha 10

e-mail: svl@cls.cz

<http://www.svl.cz>

ISBN: 978-80-86998-51-0

ISBN 978-80-86998-51-0



© 2011, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP