
Manuál paliativní péče o umírající pacienty

Zdeněk Kalvach a kolektiv

Manuál paliativní péče o umírající pacienty

Pomoc při rozhodování
v paliativní nejistotě

Praha 2010

**Nikdo nesmí zavírat oči a myslet si, že utrpení,
od něhož se odvrátil, vlastně neexistuje.**

Albert Schweitzer

OBSAH

| | |
|--|----|
| Předmluva | 9 |
| Úvod | II |
| 1. Pojetí a cíle paliativní péče | 12 |
| 2. Východiska paliativní péče | 18 |
| 2.1 Východiska eticko-filozofická | 18 |
| 2.1.1 <i>Ochrana lidského života</i> | 18 |
| 2.1.2 <i>Nepřijatelnost eutanazie</i> | 20 |
| 2.1.3 <i>Více než odstupování od léčby a pouhé tlumení bolesti</i> | 21 |
| 2.1.4 <i>Paliativní péče mezi tlumením obtíží a invazivními intervencemi</i> | 24 |
| 2.1.5 <i>Důstojnost a dignitogeneze</i> | 25 |
| 2.1.6 <i>Podpora autonomie a respektování vůle klienta</i> | 28 |
| 2.2 Základní principy poskytování paliativní péče v zařízeních domácí, následné a dlouhodobé péče | 29 |
| 3. Složky paliativní péče a organizace péče | 32 |
| 3.1 Lékař v domácí paliativní péči | 34 |
| 3.2 Ošetřovatelství | 35 |
| 3.3 Sociální práce | 36 |
| 3.4 Psychoterapie a krizová intervence | 37 |
| 3.5 Rehabilitační péče | 37 |
| 3.5.1 <i>Fyzioterapie</i> | 38 |
| 3.5.2 <i>Ergoterapie</i> | 40 |
| 3.6 Pečovatelská služba | 40 |
| 3.7 Spirituální podpora | 41 |
| 3.8 Osobní asistence | 42 |
| 3.9 Tísňová péče | 43 |
| 3.10 Laická péče rodiny a respitní služby na její podporu | 44 |
| 3.11 Dobrovolníci | 46 |

| | |
|---|-----------|
| 4. Základní formalizované postupy v domácí paliativní péči | 47 |
| 4.1 Přijetí pacienta do domácí paliativní péče | 47 |
| 4.1.1 První kontakt s rodinou | 48 |
| 4.1.2 První návštěva u pacienta a vstupní vyšetření | 50 |
| 4.1.3 Příjmová dokumentace | 56 |
| 4.2 Vizity v rámci domácí paliativní péče | 61 |
| 4.3 Etapové epikrízy | 62 |
| 4.4 Plán SOS intervencí | 62 |
| 4.5 Úmrtí pacienta | 63 |
| 4.6 Závěrečná zpráva (uzavření chorobopisu) | 64 |
| | |
| 5. Vybrané úkony, jevy a problémy v paliativní péči | 65 |
| 5.1 Úkony lékařské | 65 |
| i. Bolest | 65 |
| ii. Dušnost | 68 |
| iii. Nauzea | 71 |
| iv. Zvracení (emesis, vomitus) | 72 |
| v. Delirium | 74 |
| vi. Horečka | 77 |
| vii. Anorexie a malnutrice | 78 |
| viii. Dehydratace | 82 |
| ix. Otoky a retence tekutin | 84 |
| x. Retence moči | 87 |
| xi. Krvácení do horní části trávicího traktu | 88 |
| xii. Hemoptýza | 90 |
| xiii. Průjmy | 92 |
| xiv. Obstipace | 94 |
| xv. Syndrom demence | 97 |
| xvi. Srdeční selhání | 100 |
| xvii. Tromboembolická nemoc | 103 |
| 5.2 Úkony ošetřovatelské | 105 |
| 5.2.1 Stav nemocného. Vybrané problémy paliativně ošetřovatelského monitorování a ovlivňování stavu | 106 |
| i. Vědomí | 106 |
| ii. Psychický stav | 109 |
| iii. Bolest | 110 |
| iv. Dýchání | 112 |
| v. Tlak krevní | 113 |

| | | |
|-------|--|-----|
| vi. | Puls | 114 |
| vii. | Tělesná teplota | 115 |
| viii. | Spánek | 116 |
| ix. | Chuť k jídlu, příjem potravy a výživa | 117 |
| x. | Hydratace a příjem tekutin | 118 |
| xi. | Vyměšování a sledování stolice | 119 |
| xii. | Vylučování, sledování močení a moči | 121 |
| xiii. | Barva pokožky a její změny | 123 |
| 5.2.2 | <i>Lokální nález</i> | 124 |
| i. | Ošetřování chronické rány (MUDr. I. Bureš) | 124 |
| ii. | Antidekubitální režim | 130 |
| iii. | Polohování | 131 |
| 5.3 | Úkony rehabilitační | 132 |
| 6. | Doporučená a použitá literatura | 134 |

PŘEDMLUVA

Publikace, kterou držíte v ruce, přispívá svým pohledem k tématu paliativní péče a jejím medicínským a organizačním standardům v naší zemi. Editor autorského kolektivu, MUDr. Zdeněk Kalvach, je náš přední geriatr a vedle své geriatrické praxe úzce spolupracuje již 10 let s pražským mobilním hospicem Cesta domů, který poskytuje specializovanou paliativní péči v domácnostech pacientů. Praxe jej denně vystavuje zkušenosti křehké hranice, na níž se tyto dva obory, geriatric a paliativní medicína, setkávají a prostupují. Ve svých četných přednáškách i zde v tomto Manuálu se autoři snaží zprostředkovat odborníkům obou oborů rizika, která hrozí i při velmi poučeném a moudrém uvažování, natož tehdy, když profesionálové v pečujících profesích „jedou ve vyjetých kolejích“.

V uplynulých 20 letech vznikala v naší zemi kvalitní hospicová zařízení. Ta jsou ale kapacitně schopna postarat se o pouhých 4 % našich umírajících. Většina zemřelých, asi 75 %, umírala a často stále umírá v nemocnicích, standardních léčebnách dlouhodobě nemocných a v jiných zařízeních dlouhodobé péče, kde chybí kvalitní péče o umírající (umírají na vícelůžkových pokojích, osaměle, bez uklidňující přítomnosti blízkých lidí, s nevhodnou léčbou bolesti a dalších symptomů umírání). Nyní se tato situace začíná pozvolna měnit k lepšímu. Na vysoko nastavenou latku kvalitní péče našich lůžkových i mobilních hospiců začínají sahat i agentury domácí péče (home care), oddělení LDN a domovy důchodců. Je to chvályhodná snaha zlepšit kvalitu péče pro řádově větší množství pacientů.

Spolu s rostoucím počtem zařízení nově nabízejících paliativní péči roste ale i riziko, že poskytovaná péče nebude vždy kvalitní a nebude dosahovat evropských paliativních standardů. Existují totiž i méně chvályhodné pohnutky pro deklaraci „paliativní péče“, jakkoli při nevyřešených platbách za péči pochopitelné: snaha ušetřit (i tam, kde je to nesprávné či neetické), snaha vydělat si (tam, kde to je problematické), případně snaha se pouze ukázat navenek („i my jdeme s dobou“) bez potřebné kvality.

Naše kniha na tuto situaci reaguje: chce podat pomocnou ruku těm, kteří mají upřímnou snahu zlepšit péči o umírající, ať už lékařům a sestřám v nemocnicích, domovech důchodců, odděleních LDN, nebo praktickým a rodinným lékařům a sestřám v agenturách domácí péče. Autoři reflektují každodenní nejistotu lékařů a dalších zdravotníků, jejichž umu se křehký pacient svěřil, a nabízejí podporu tam, kde to je možné. Za tím vším je naděje, že i když nejistota rozhodování přítomna zůstane, existují způsoby, jak minimalizovat rizika špatných rozhodnutí a poskytovat umírajícím lidem kvalitní péči, ať už se na konci života nacházejí v pokoji svém nebo v pokoji lůžkového zařízení.

Martina Špínková

ÚVOD

Tento *Manuál* navazuje na publikaci *Hospic do kapsy* (Cesta domů, 2009), k níž se snaží vytvořit jakési širší, obecnější zázemí úvah, východisek, rámců a souvislostí na podporu ucelenosti a bezpečnosti nejen domácí paliativní péče. Aby nedocházelo k dublování, nejsou konkrétní postupy, podrobně rozvedené v *Hospici do kapsy*, v tomto *Manuálu* znovu opakovány. Manuál by zároveň měl sloužit i tam, kde se začíná s hospicovou péčí na půdě jiného zařízení: LDN, domova pro seniory atd. I zde je třeba nastavit službu nově a pečlivě sledovat podmínky, které je potřeba dodržet, aby péče byla opravdu tou, jakou se nazývá.

1. POJETÍ A CÍLE PALIATIVNÍ PÉČE

**Nechť každý usiluje v tom prostředí, v němž žije,
aby projevil svému bližnímu opravdovou lidskost,
na níž záleží budoucnost lidstva.**

Albert Schweitzer

Paliativní péčí se rozumí cílevědomá, ucelená (komplexní) kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním (zdravotním stavem) a také rodin těchto lidí.

Obvykle jde o pokročilá stádia infaustních onemocnění spějících ke smrti, tedy o podporu a péči v délce několika týdnů až měsíců.

- Někdy se ale nemocný dostane ke kvalifikovanému poskytovateli paliativní péče až ve fázi bezprostředního umírání (agonální fáze).
- Jindy, zvláště u neonkologických onemocnění s obtížným odhadem životní prognózy, jde o podporu a péči podstatně delší, někdy jen přechodnou při zhoršení stavu či v krizích.

Uceleností se rozumí podpora při obtížích jak tělesných, tak duševních, sociálních i spirituálních.

Hlavními tématy v jednotlivých oblastech jsou

- u obtíží tělesných – bolest, dušnost, nauzea, nechutenství, poruchy výživy a hydratace, slabost, chronické rány, problémy s močením a vyměšováním, krvácivé projevy, hygiena
- u obtíží psychických – úzkost, strach, deprese, osamělost, adaptace/maladaptace na životní prognózu, zmatenost
- u obtíží sociálních – zabezpečení, hmotná nouze, příspěvky na péči, zabezpečení rodiny, vztahy v rodině, převody vlastnictví a dispozičních práv, poslední vůle
- u obtíží spirituálních – život a jeho smysl a validace, smíření, posvátné hodnoty, rituály, u věřících lidí komunikace s duchovním a náboženské úkony

Vymezení a povahu paliativní (hospicové) péče zásadním způsobem nastínila zakladatelka novodobého hospicového hnutí C. Saundersová (1918–2005) v memoárové reflexi svého přístupu a svých motivací:

„Uvědomila jsem si, že potřebujeme lepší nejen kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem ‚celková bolest‘ (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní či sociální, které všechny se musí léčit. A od té chvíle jsem na tom pracovala.“

Technokratickému, odborně lékařskému či ošetrovatelskému zvládnání umírání, tlumení jeho obtíží, je nadřazena podpora umírajícího člověka a jeho končícího života – podpora důstojnosti, smysluplnosti, osobnosti. Tak také koncipovala hospicové hnutí v ČR jeho průkopnice Marie Svatošová – jako umění doprovázet.

I tlumení obtíží, je-li to jen trochu možné, má umožnit aktivity a prožívání života pokud možno naplno. Paliativní péče má vytvářet onen saundersovský chráněný prostor, kde i umírající lidé s omezenými možnostmi, s funkčními deficity a značnými obtížemi mohou zůstat sami sebou a v kontaktu s komunikujícími členy svých rodin či jiných, jim nejbližších sociálních skupin.

Paliativní péče je odborným a podpůrným doprovázením těchto lidí, zachováváním jejich možností, usnadňováním realizace jejich přání. Neměla by být hegemonem, který umírajícího pohlcuje, odděluje jej prostorově či tlumením od rodiny a zkracuje s jeho utrpením i jeho život. **Krédem paliativní medicíny by mělo být: umenšit utrpení, ctít život a naději, posílit smysl života a jistotu kontaktu s nejbližšími lidmi.**

Paliativní péče nemůže koncepčně nevyházet z humanistické psychologie. Jde zvláště o

- ucelené pojetí lidských potřeb, jak je zformuloval A. Maslow (1908–1970)
- vědomé chápání pacientů, jejich stonání, léčení a podporování v kontextu jejich životů, zkušeností, identit, sociálních rolí, jak zdůrazňoval A. Antonovský (1923–1994)
- podporu odvahy, naděje a smyslu bytí omezeného, trpícího života, jak zdůrazňoval V. E. Frankl (1905–1997)
- bezvýhradnou a vstřícnou akceptaci umírajícího člověka v aktivně vytvářeném empatickém vztahu, jak jej psychoterapeuticky postuloval C. R. Rogers (1902–1987)

Paliativní lékaři i ostatní pracovníci paliativního týmu musejí pochopitelně vědět, jak nejlépe a neúčinněji vyšetřovat, léčit, ošetřovat, provádět výkony svého odborného řemesla, např. jak tlumit (jakými preparáty, v jakých dávkách a v jakém časovém rozpisu) chronickou tělesnou

bolest, ale stejně přesně musejí vědět, v jakém kontextu a k jakému smyslu tuto bolest tlumí: Táž bolest vyžaduje jiné léky i dávky, pokud si pacient přeje komunikovat s návštěvou či sledovat televizní pořad, na nějž se těší, nebo pokud si přeje „spát“, nevnímat, neboť je bolestmi unaven a ten den jej nic zajímavého nečeká.

Lékaři i ostatní zdravotníci si musejí být zcela jednoznačně vědomi, že jejich partnerem ani úkolem není nemoc či příznak, které je třeba zkrotit, nýbrž pacient, kterého choroba či příznak trápí a jehož je třeba podpořit.

Znalostem toho, co, jak a kdy máme v paliativní péči odborně učinit, jsou a musejí být nadřazeny znalosti toho, co, jak, kdy a k čemu smíme a můžeme učinit – eticky, právně i individuálně medicínsky – právě u daného pacienta.

V pojetí péče o umírající lidi se prolínají a někdy střetávají dva přístupy:

- přístup humanistický
 - usiluje o optimální péči a podporu pacientů a jejich rodin
 - vychází z vědomí celkového utrpení pacientů, některých specifických potřeb a ohrožení umírajících lidí i jejich rodin a také z vědomí neuspokojivosti běžného nemocničního umírání
 - usiluje o smysluplnost zbývajících času
- přístup fiskální
 - usiluje o stabilitu veřejných rozpočtů včetně zdravotní péče a o její zlevnění
 - usiluje o snížení neúčelných nákladů na marnou léčbu v posledních měsících života
 - vychází z vědomí, že nejvyšší náklady na zdravotní péči se obvykle vynakládají v posledním roce pacientova života – zdánlivě tedy marně

Paliativní péče, včetně mobilní hospicové péče, by měla být ve srovnání se stávající obvyklou úrovní péče o umírající „účelným nadstandardem“. Cílem je kvalitní péče o každého umírajícího člověka. Je správné, aby byla i méně nákladná než marná léčba neúměrně zatěžující pacienta, ale snížení nákladů na léčbu a péči nesmí být nikdy primárním cílem.

Okruhy onemocnění a zdravotních stavů vyžadujících paliativní péči
Právo na kvalitní paliativní péči by měli mít všichni lidé, kteří očekávaně a neodvratně umírají – paliativní péče by měla být obecně dostupná. V zásadě jde o 3 okruhy pacientů:

- Lidé s onkologickým onemocněním – jde o nejtypičtější paliativní problematiku, na níž se hospicové hnutí profilovalo. Časová prognóza a průběh umírání (tzv. trajektorie umírání) jsou relativně přesně odhadnutelné.
- Lidé v konečných fázích nenádorových onemocnění – jde zvláště o orgánová selhání: srdeční, respirační, jaterní, ledvinné (nelze-li využít hemodialýzu nebo transplantaci). Trajektorie umírání je odlišná, hůře odhadnutelná, zhoršení stavu jsou opakovaně zvrátaná, reversibilní.
- Lidé v dlouhodobě nepříznivém a zásadně nezlepšitelném stavu, který se zhoršuje (deterioruje), ale jehož časová prognóza je nejistá – pokročilá stádia syndromu demence, neurodegenerativních onemocnění, myopatií, AIDS, terminální geriatrické deteriorace či pokročilá stádia imobilizačního syndromu, zvláště s poruchou vědomí a rozvojem dekubitů (proleženin) např. po cévních mozkových příhodách. Především u těchto lidí jde o dlouhodobou péči s kolísáním mezi animací a paliací, mezi podporou ke zlepšení funkčního i zdravotního stavu, ke zvýšení aktivity a mezi poskytnutím paliativní úlevné péče ustupující od marných snah a soustředící se na splnění „posledních přání“ – např. kontinuálního kontaktu s rodinou.

Kde se paliativní péče poskytuje

Paliativní péče, alespoň její obecná forma, by se měla poskytovat (měla by být dostupná) všude tam, kde se umírající lidé vyskytují a kde si přejí být ošetřováni, jsou-li pro to splněny základní podmínky. Existuje tak

- paliativní péče v domácím prostředí, na níž se podílejí kromě pečující rodiny
 - mobilní hospice – kvalifikované multidisciplinární týmy odborníků specializovaných na paliativní péči
 - agentury domácí péče (home care) řízené praktickým lékařem
- paliativní péče v pobytových zařízeních, např. v domovech pro seniory

- paliativní péče v lůžkových zdravotnických zařízeních, kterými mohou být:
 - hospice – zařízení specializovaná na paliativní péči
 - nemocnice
 - zařízení tzv. následné péče – např. léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN), nemocnice následné péče (NNP), psychiatrické léčebny

Priority umírajících lidí

Priority umírajících lidí jsou pochopitelně variabilní – liší se podle jednotlivých lidí, jejich osobní situace, adaptace na infaustní prognózu i podle onemocnění. Přesto některé potřeby jsou velmi časté a uvádí je ve výzkumech většina klientů paliativní péče:

- nestrádání – tlumení bolesti a utrpení
- neprodulžování bolestné předsmrtné fáze, nezadržování smrti, odmítnutí dystanázie
- neodloučenost, umírání v kontaktu a komunikaci s blízkými lidmi, v domácím prostředí či s neomezenými návštěvami v nemocnici či jiném zařízení
- kontrola nad děním, autonomie
- soběstačnost či alespoň sebeobslužnost
- sebeúcta a důstojnost – „zachovat si tvář“, identitu, kontinuitu životního příběhu, nestat se přítěží, břemenem
- bezpečnost – důvěra v kvalitu, podpůrnost a vstřícnost poskytované péče

K hlavním specifickým potřebám umírajících lidí a jejich rodin tak patří:

- kvalifikovaná paliativní zdravotní péče s kvalitním tlumením bolesti a jiného utrpení, a to pokud možno tam, kde si to umírající přeje (např. doma)
- jistota bezpečné zdravotní péče konzultující s pacientem a respektující jeho vůli
- empatická (vcítivá) a otevřená komunikace s rodinou i pečujícími profesemi
- rozloučení a smíření – umožnění kontaktu s relevantními lidmi
- spirituální podpora – u věřících lidí komunikace s duchovním, přijetí svátostí
- neomezený kontakt s blízkými lidmi

- podpora umírání v domácím prostředí, pokud si tak umírající přeje, či v hospicovém režimu
- důstojné zabezpečení s individualizovaným přístupem – kvalitní sociální služby
- pružná dostupnost krizové intervence a jiné psychoterapeutické podpory
- respitní (odlehčovací) podpora pečujících rodin a podpora pozůstalých v době zármutku po úmrtí
- pomoc s uspořádáním osobních záležitostí včetně poslední vůle

2. VÝCHODISKA PALIATIVNÍ PÉČE

**Jediné, co bude důležité, až odejdeme, budou stopy lásky,
které tu po nás zůstanou.**

Albert Schweitzer

Paliativní péče vychází z několika zdrojů, z nichž žádný nesmí být opominut – jde minimálně o východiska etická (eticko-filozofická), právní, medicínská, ekonomická, organizační.

2.1 VÝCHODISKA ETICKO-FILOZOFICKÁ

**Někdy si myslíme, že chudoba je jenom být hladový,
nahý a bez domova. Chudoba těch, kdo jsou nechtění,
nemilovaní a zanedbávaní, je ta největší chudoba.**

Tento druh chudoby musíme léčit ve svých domovech.

Matka Tereza

Východiska eticko-filozofická vymezují základní rámec paliativní péče, jejíž rozsah v něm je pak dán ekonomickými možnostmi.

2.1.1 Ochrana lidského života

Úcta k životu je nejvyšší instance.

Albert Schweitzer

Základním etickým východiskem paliativní péče je absolutní hodnota a bezpodmínečná ochrana lidského života v duchu Alberta Schweitzera (1875-1965), a to i ve specifických podmínkách umírání.

Přístup k dlouhodobě umírajícímu člověku může být z hlediska zdravotní péče teoreticky několikery:

- bez reflexe umírání a jeho specifických potřeb – přístup k umírajícímu člověku se v zásadě neliší od přístupu k jiným nemocným lidem, zájem zůstává soustředěn na oborově příslušnou odbornou problematiku (např. neurologickou, chirurgickou, onkologickou, ošetrovatelskou), dominuje boj s chorobou, odvracení či alespoň zadržování smrti, provádění diagnostických, léčebných, rehabilitačních i ošetrovatelských úkonů (mnohdy samoučelných). Přes „standardní přístup“ je častá nízká úroveň tlumení obtíží, především jiných než tělesných, někdy však kupodivu i tělesných, chybějící zásadnější změny režimové a komunikační – pacient často umírá na vícelůžkovém nemocničním pokoji bez možnosti kontinuálního kontaktu s rodinou. Problematika umírání a smrti se často „pro zjednodušení“ vytěsňuje a tabuizuje.
- aplikace paliativní péče
- zkracování života s utrpením – v ČR nelegální!
 - eutanazie – vědomé ukončení bolestného trpícího života lékařem na přání pacienta
 - asistovaná sebevražda (physician assisted suicide)
 - zanedbání péče s neúměrným odstupováním od potřebné podpory. V této souvislosti je třeba kromě jiného důsledně odlišovat při uplatnění kritéria tzv. *marnosti* k modulaci léčebného plánu
 - oprávněné odstoupení od *marné* (neúčinné) příčinné léčby smrtícího onemocnění, které se vymklo kontrole a nemůže být příznivě ovlivněno žádným známým způsobem („lčba“ často přináší jen nežádoucí účinky a neúčelné finanční výdaje)
 - neoprávněné odstoupení od účinné léčby komplikací či přidružených onemocnění u domněle *marného* života, který tak jako tak v krátké době skončí nebo který z pohledu hodnotitele nemá valnou cenu ani pro pacienta ani pro okolí (lidé v bezvědomí, s pokročilou demencí, imobilní, křehcí staří lidé) – **ze zcela zásadních důvodů je však pro paliativní péči nezbytná důsledná absolutní úcta k životu a principiální odmítnutí představ o jakýchsi jeho méněcenných formách**

Umírání tak může probíhat ve třech podobách jako

- dystanazie – nezájem či vědomé nerefluktování fáze umírání, neposkytnutí ucelené podpory, samoučelné zadržování smrti s prodlu-

žováním trýznivých obtíží – toto pojetí je eticky nevhodné, právně problematické

- paliativní péče – cílevědomé kvalifikované zmírňování celkového utrpení s podporou smysluplné důstojné existence a s odstoupením od marné kauzální léčby smrtící choroby, nikoli však od účelných intervencí obtíží a komplikací
- eutanazie anebo nepřiměřené odstoupení od léčby – aktivní zkrácení života či neposkytnutí péče, která by mohla život smysluplně prodloužit – viz kap. 2.1.2.

2.1.2 **Nepřijatelnost eutanazie**

**Etika se musí vypořádat se třemi protivníky:
s bezmyšlenkovitostí, s egoistickou sebezáchovou
a se společností.**

Albert Schweitzer

Pro paliativní péči je zásadně důležité jednoznačné odmítnutí eutanazie, všech forem zkracování života umírajících lidí. Kromě jiných důvodů si musejí být právě v paliativní péči pacienti naprosto jisti, že k nim, jak zdůrazňoval V. E. Frankl, vždy a za všech okolností přichází lékař či jiný podpůrný zdravotník, a nikoliv kat ani ten, kdo nad nimi „zlomil hůl“.

Zvláště lidé v křehkém stavu, s nejistou prognózou, s přechodnými zhoršeními, komplikacemi či náhodnými dalšími chorobami (třeba hořčnatou banální infekcí komplikující pokročilou fázi onkologického onemocnění) musejí mít jistotu, že paliativní tým učiní vše pro zachování jejich šancí, nejen pro „úlevné doprovázení v nevyhnutelném“, ale také pro „zvládnutí zvládnutelného, odvrácení odvrátitelného a zachování zachovatelného“ – nejen že úlevně pomůže symptomatickou léčbou obtíží, ale že také zabojuje účinnou léčbou léčitelných komplikací.

V souvislosti s odmítnutím eutanazie je třeba důsledně odlišovat

- podání léků s cílem bezprostředně ukončit či opakovaným podáním významně zkrátit život umírajícího člověka – eticky i právně nepřijatelné eutanatické jednání
- podání léků v dávce nezbytné k tlumení závažných obtíží, zvláště opioidů k léčení bolesti, které např. utlumením stresové reakce, mobilizace zbyteků sil, může teoreticky zkrátit agónii

Ve 23. vydání jedné z nejprestižnějších lékařských monografií Cecil Medicine (2008) se uvádí: „*Lékaři by neměli být zdrženliví v podávání takového množství opioidů, jaké je potřebné (k utlumení závažné bolesti u umírajících pacientů), a to bez ohledu na možnost, že vysoké dávky mohou zpomalit dýchání a uspišit o hodiny, zřídka o dny, úmrtí. Kontrolní instituce, lékařské společnosti a etici jsou ve svých stanoviscích jednomyslní v tom, že v péči na konci života je úleva od bolesti hlavní starostí a lékaři by neměli být kritizováni či postihováni, pokud by smrt byla uspišena jako vedlejší efekt tohoto úsilí.*“

Dnešní vymezení skutečné eutanazie „lze demonstrovat“, jak uvádí J. Prokop, „na pojetí Holandské královské lékařské společnosti, neboť v Nizozemí je eutanazie umožněna. Eutanazie je úmyslné usmrcení člověka někým jiným než pacientem samotným na jeho explicitní opakovanou žádost. Každé slovo použité v definici vymezují tzv. *Rotterdamská kritéria*:

- pacient musí být kompetentní a jeho žádost plně dobrovolná
- žádost musí být plně uvážena, jasná a opakovaná
- pacient musí nesnesitelně trpět (fyzicky, psychicky, sociálně nebo duchovně)
- eutanazie musí být poslední možností, ostatní byly vyzkoušeny a shledány neúčinnými
- eutanazii musí provést pouze a jedině lékař
- lékař musí vše konzultovat s jiným lékařem majícím s prováděním eutanazie zkušenosti

Každá eutanazie musí být v Nizozemí evidována a provedena přesně podle těchto kritérií. Lékař, který usmrcení pacienta provedl, vše hlásí místní instituci pro dohled nad těmito zákroky. Ta prověří všechny postupy a dokumenty. Pokud shledá, že usmrcení bylo provedeno podle výše stanovených pravidel, není na lékaře podáno trestní oznámení. Svým způsobem tak nejde o plnou legalizaci, ale spíše o regulaci a beztrestnost pro ty, kdo ji vykonávají.“

2.1.3 Více než odstupování od léčby a pouhé tlumení bolesti

**Nejhorším hříchem proti našim bližním není nenávisť,
ale lhostejnost; to je podstata nelidskosti.**
George Bernard Shaw

Co má být tedy cílem paliativního úsilí, pokud jím nesmí být ani zkrácení života pacienta, ani ekonomicky úsporná minimalizace léčby?

V užším pojetí jde jistě o zmírnění utrpení. V rozhodujícím širším pojetí jde však o víc – o maximální možné naplnění obecných lidských (existenciálních) potřeb, a to u člověka ve specifické situaci končícího života, blížící se smrti, kumulovaného utrpení i omezení soběstačnosti, možností sebeobsluhy a kompetentnosti rozhodovat o dění i o sobě samém.

Americký humanistický psycholog Abraham Maslow (1908–1970) zformuloval ve 40. letech 20. století hierarchii lidských potřeb:

1. Biologické a fyziologické potřeby – potřeba potravy, nápojů, spánku, odpočinku, přístřeší.
2. Potřeba jistoty a bezpečí, ochrany, péče, pomoci.
3. Potřeba přátelských vztahů, lidské sounáležitosti a lásky, pozitivního přijímání.
4. Potřeba úcty (respektu), posilující „já“, zvyšující sociální hodnotu – potřeba uznání a kladného ocenění.
5. Potřeba seberealizace (sebeaktualizace) – potřeba realizovat plně svůj produktivní a tvůrčí potenciál, splnit svůj životní úkol a zanechat tím, co udělám, po sobě stopu.

Vycházejí z Maslowovy pyramidy univerzálních lidských potřeb označil M. R. Leary za základní potřebu „**být někým**“ – **být považován za člověka, který má svou důstojnost, hodnotu, kterému se proto dostává potřebné pozornosti, ohledu a úcty od druhých lidí.**

Právě to je také základní úkol paliativních týmů – pomoci umírajícím lidem, aby si až do konce zachovali svou tvář, sebeúctu a pozitivitu svého života. K nástrojům patří zvláště:

- tlumení krutých obtíží, strachu a úzkosti, které člověka zbavují jeho osobnosti
- zabezpečení biologických potřeb, pomoc při sebeobsluze
- lidská blízkost, neopuštěnost, zvláště důvěrná blízkost blízkého člověka
- komunikace včetně empatického naslouchání
- soukromí bez osamělosti (zvláště v ústavním prostředí vícelůžkových pokojů)
- **dignitogeneze** – aktivní ochrana a obnova důstojnosti včetně důsledného respektování osobnosti umírajícího člověka a podpory vědomí, že svými potřebami, svou závislostí, svým komunikováním neobtěžuje a nezdržuje
- podpora smířeného pozitivního pohledu na končící život s jeho validací

- splnění „posledních přání“ a urovnání osobních záležitostí
- smysluplná náplň času
- spiritualita ve smyslu duchovního zaopatření a uspokojení potřeb věřících lidí

K největším zdrojům utrpení umírajícího člověka patří vedle bolesti a strachu opuštěnost (včetně zdravotnický navozené odloučenosti) a prázdnota (umírání jako studená prázdná „čekárna na smrt“).

Optimální uspořádání paliativní péče je takové, kdy tlumivá léčba ani nechybí, ani nenahrazuje, nýbrž doplňuje a umožňuje doprovázení a smysluplnost. Názorně to vyjádřil spisovatel T. Wilder na konci známé novely *Most svatého Ludvíka krále*, kdy představená odlehlého špitálu v Andách (hospice v někdejší slova smyslu) se omlouvá své návštěvnici slovy: *„A nyní mi laskavě prominete, dcero, musím k těžce nemocným a říci jim několik slov, aby v noci měli o čem přemýšlet, když nemohou spát.“* Ano – pacienta lze ponechat opuštěného napospas nočním můrám, nebo jej lze přetlumit hypnotiky či opioidy, nebo mu lze poskytnout kombinaci tlumivých léků podporujících spánek s komunikací a smysluplným přemýšlením.

V nemocnicích se večer roznášejí po pokojích hypnotika – co jiného, když není s kým v noci hovořit a leckde se stále nesmí na vícelůžkovém pokoji ani poslouchat rádio ani rozsvítit světlo ke čtení. V paliativní péči by mělo být nejprve k dispozici puštění televize či rozhlasu, čtení, hovor, držení za ruku – teprve pak hypnotikum či opioid. Význam prosté lidské blízkosti pro těžce nemocného či umírajícího člověka vystihl Karel Čapek ve fejetonu *Sestry* z roku 1929:

„... Muž dovede být muži bratrem v církvi nebo v boji, ale zřídka dovede být bratrem nemocného. Dovedl by ho léčit nebo alespoň povyřáčet, ale neumí ho tiše a jemně doprovázet tou cestou bolesti, aby nebyl sám. Je hrubě aktivní, neumí tak dobře svou činnost rozložit v droboučké a trpělivé skutky. ... Viděl jsem dva typy (sester): jedna, dosud trochu novicka té samaritánské řehole, drobná a plachá; seděla u hlav lože po celé hodiny, po celé noci a neodvrátila oči od tváře nemocného. Nevím, nač myslela, ale jistě na nic těžkého a smutného, neboť její tvář byla jasná a klidná, a oči nemocného se vždy potěšily, když procitly ze spánku, který už neměl konce. Nic se nedělo v té přidušené světnici; bylo slyšet jen pravidelný dech nemocného a pravidelný krok vterin; ale ty tiché zvuky plynuly na něčem ještě tišším, na pokojném bdění malé a růžové diakonisky, která ani nečetla, ani se nemodlila, ani nešila, ale jen se světle dívala na tvář spícího. Podobala se horící lampě, která nezabliká a nehnutě, tiše zatlačuje tmu, jež se na nás řítí. A tu nemocný otevřel oči a upokojil se, neboť viděl nad sebou svítit to jasné lidské světélko.“

Druhá byla starý veterán samaritánské služby, těžká, poloosleplá třiatřiceti lety bdění; seděla nakloněna nad nemocným, s rukou na jeho puls, a naslouchala, číhala na každý šelest se zkušenou a bezpečnou pozorností starého ohaře. Nic jí neušlo, žádné zachvění dechu, žádný pokus vysílené ruky o pohyb; ještě než nemocný nadzvedl ruku, byla tu se svými silnými, jistými a přeci tak lehkými rukama a pomohla mu vykonat pohyb nebo uložit ruku pohodlněji. A těmi zkušenými dlaněmi provázela celý ten poslední zápas; pomáhala ruce ještě se bránit, hrudníku dýchat, hlavě spočívat; a dosloužila hasnoucímú tělu do posledního zadržetí dechu. Pak si utřela oči a byla pohotově umýt a urovnat tělo mrtvého.“

Formy doprovázení, stejně jako tlumení obtíží se mohou a musejí měnit s časem, pokrokem i s kulturními okruhy. To nejpodstatnější však zůstává: důležitá je jistota pacienta, že může vzít někoho blízkého či alespoň vstřícného za ruku. A je lhostejné, zda ten někdo si u lůžka čte, nebo sleduje televizi, zda čte literaturu zbožnou, nebo beletrii, zda si svítí svíčkou, nebo zářivkou. Je to stejně důležité, jako pacientova jistota, že dosáhne úlevy od trýznivých obtíží; přičemž je lhostejné, zda se tak stane opiem, injekcí morfinu, náplastí fentanylu nebo pomocí epidurálního katétru.

2.1.4 **Paliativní péče mezi tlumením obtíží a invazivními intervencemi**

**Řeč o nemocech je svým způsobem vyprávění
z Tisíce a jedné noci.**

William Osler

Paliativní péče je typicky medicínské „rozhodování za nejistoty“. Standardy a odborná doporučení mohou poskytnout vodítka a podporu, jejich působnost je však omezená. A protože se paliativní péče bezprostředně týká „života a smrti“, patří paliativní nejistota k nejtíživějším v celé medicíně: kdy ještě punkce, antibiotika a jiné podpůrné intervence ano, a kdy již ne, kdy je nahradit symptomatickým tlumením obtíží.

Paliativní medicína zahrnuje jak výkony invazivní (např. pleurální punkci), tak analgesodaci a kolísá mezi nimi. Mnohdy jde o lavírování v úzkém prostoru, o fenomén Skyilly a Charybdy – kdo se vyhne jednomu úskalí, může ztroskotat na druhém; hrozí vybočení optimální paliativní péče do relativní dystanazie i do relativního zanedbání podpůrných intervencí. K možnostem prevence těchto pochybení patří zvláště:

- samotné vědomí nebezpečného úskalí, fenoménu Skylly a Charybdy
- týmový přístup s multidisciplinárním hodnocením situace a modulováním postupu
- odborná supervize
- kvalitní komunikace s pacientem umožňující průběžnou úpravu postupu podle jeho přání a potřeb
- důsledné pojmání paliativní péče jako doprovázení v kontextu pacientova života, nikoliv jako hegemonie, odborné vlády nad jeho umíráním
- evaluace každého jednotlivého případu (pacienta) se zpětným hodnocením a poučením

2.1.5 **Důstojnost a dignitogeneze**

**Člověka je třeba si vážit pro poklad, jež v sobě chrání,
jako si vážíme sami sebe.**

Antoine de Saint-Exupery

Důstojnost patří k základním hodnotám lidské existence a považuje se za nejvyšší hodnotu související s kvalitou života podmíněnou zdravotním stavem, zdravotním postižením a poskytováním zdravotnických či sociálních služeb.

Pojem důstojnosti je různě nahlížen i definován. Podle projektu „*Důstojnost a starší Evropané*“ z roku 2003 existují 4 formy důstojnosti:

- důstojnost zásluh souvisí se sociálním postavením, se zastávanou funkcí; se ztrátou společenského postavení a významu často pomíjí
- důstojnost mravní síly je podmíněna mravní integritou, souladem s mravními zásadami, i tato forma je mnohdy dočasná, daná proměnlivým chováním člověka v různých situacích, pod různými formami nátlaku
- důstojnost osobní identity souvisí s dlouhodobou celoživotní identitou člověka, s přijímanou zodpovědností, se sebeúctou, pevným vědomím vlastního já, se začleněním do společnosti a s naplněním smysluplnosti vlastního života
- důstojnost lidské bytosti, označovaná německým pojmem „*Menschenwürde*“, je nezczitelná, nepozbytná důstojnost vážící se k obecnému lidství a k jeho nadosobním hodnotám: k univerzální hodnotě lidských bytostí, k nesmrtné lidské duši,

k náboženskému pojetí člověka stvořeného k obrazu božímu,
k univerzalitě základních lidských práv

Důstojnost zásluh by se měla v paliativní péči promítnout v podpůrném přijímání klientů v jejich „nejlepším světle“, na nejlepší společenské (pracovní, osobní) úrovni, které dosáhli ve svém životě – praktickým příkladem je oslovování či volba validačních, podpůrných konverzačních témat.

Koncept „Menschenwürde“ je apriorním zdůvodněním důsledné ochrany důstojnosti i těch lidských bytostí, které si etický kontext dění vůbec či z podstatné části neuvědomují – např. lidí v bezvědomí, s těžkou demencí či mentální retardací. Ochrana důstojnosti těchto nejbezbrannějších, případně nevnímajících klientů je významná i pro jejich rodiny, spolupacienty a v neposlední řadě pro ošetřující personál, u něhož kultivuje úroveň péče i vlastní sebehodnocení.

Z hlediska poskytování zdravotních a sociálních služeb – a tedy i paliativní péče – má největší význam ochrana, či naopak narušování důstojnosti osobní identity. Služby buď potvrdí klientovi, že přes svá zdravotní postižení a funkční omezení zůstává respektován jako svébytný, kompetentní partner, nebo v něm vzbudí pocit, že se stal „pasivním objektem, bezmocnou závislou hříčkou“, někdy „obtížným břemenem“. Tím je dána i míra sebeúcty.

K nerespektování studu dochází např. obnažováním, prováděním hygieny či zdravotnických úkonů v přítomnosti jiných osob, nevhodným oblečením (polonahé nemocniční úbory, tzv. „anděly“), převážením polonahých klientů přes společné prostory. Závažné je necitlivé řešení inkontinence, např. vynucované močení do plen, obvykle proto, aby ústavní personál nemusel u ležících lidí podkládat mísy.

Nerespektování osobní vůle zahrnuje i nemožnost odmítnout určitý výkon včetně úkonů ošetrovatelských. K extrémním případům patří nerespektování lidské důstojnosti, základních práv i právních garancí patří zneužití či hrubě nekorektní užívání omezovacích prostředků – fyzických pomůcek (poutání k lůžku, klecová lůžka) či tlumivých léků – např. u nemocných s delirantními stavy či s demencí.

Nevhodné oslovování zahrnuje nevyžádané familiárnosti, např. pověstné „babi, dědo“ u seniorů či tzv. elderspeak (nevhodný způsob mluvení se starými lidmi jako s malými dětmi). Čím křehčí je klient, tím citlivěji a podpůrněji by měla oslovení vycházet z jeho osobní identity a životního příběhu.

Závažně negativním prvkem je despekt, nízké očekávání ze strany personálu, kterým se roztáčí „spirála neúspěšnosti“ – čím nižší očekávání a horší podceňování ze strany personálu, bez snahy o stimulaci a optimalizaci podmínek k aktivitám, s akcentací každého neúspěchu a selhání, tím horší motivace, výkon, apatie či zloba pacientů/klientů, což utvrzuje personál v despektu a zhoršuje jeho chování i sebehodnocení. Tak se vytvářejí podmínky pro nevhodné zacházení.

Důstojnost je třeba nejen chránit, ale také rozvíjet. Proces cílevědomého chránění, obnovování a posilování důstojnosti, především u lidí znevýhodněných zdravotním postižením, v rámci zdravotních a sociálních služeb, lze označit jako *dignitogenezi*, od latinského „*dignitas*“, respektive anglického „*dignity*“ = důstojnost.

Existuje kontinuální přechod od plné důstojnosti přes její oslabení a narušení (neúctu) až po ponižování a různé formy násilí. Neresepektování důstojnosti přechází do závažných projevů domácího či ústavního násilí, zanedbávání a zneužívání, označovaného u seniorů anglicky jako „*elder abuse*“, případně „*elder abuse and neglect*“ (zneužívání a zanedbávání seniorů). Včleněním důstojnosti, míry jejího respektování či naopak porušování vzniká koncept EDAN: *elder dignity, abuse and neglect*.

Nerespektování důstojnosti, především důstojnosti osobní identity, je trýznivé a má závažné důsledky. Právě ztráta respektu a sebeúcty, „ztráta tváře“, závažné narušení životního a hodnotového konceptu může vést u závažně chronicky nemocných lidí až k sebevraždě.

Ani ve stáří nejsou hlavní příčinou sebevražednosti samotné choroby, bolest, úbytek soběstačnosti, osamělost ani ovdovění, nýbrž nedůstojná ztráta vlivu na nakládání se sebou, zhroucení životního konceptu a především pocit, že se člověk stal nedůstojně obtížným břemenem pro okolí – pro rodinu či pro ošetrovatelský personál. Téma důstojnosti se v těchto aspektech do značné míry prolíná s problematikou autonomie.

2.1.6 Podpora autonomie a respektování vůle klienta

**Neexistuje větší nespravedlnost než rovný přístup
k nerovným lidem.**

Thomas Jefferson

Podle D. Sýkorové „je osobní autonomie složitý jev zahrnující nezávislost a svobodu, tj. soběstačnost jedince ve vztahu k vlastním zdrojům, jeho možnosti, schopnost a vůli využít šancí a voleb, které se mu nabízejí, samostatně se rozhodovat a svá rozhodnutí v daném sociálním prostředí prosadit či realizovat. Jinak řečeno, autonomní jedinec by měl řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí pomoci, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát si za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost a emocionální podporu a neměl by být zatížen přílišným strachem z druhých lidí ani pocity viny vůči nim. Autonomie má dimenzi funkcionální, tělesnou a smyslovou, postojovou, emocionální a konfliktní. S osobní autonomií se pojí soukromí, důstojnost jedinců, již je autonomie základem, integrita osobnosti, individuální odpovědnost.“

Ztráta či ohrožení autonomie patří k nejčastějším a nejzávažnějším problémům umírajících lidí a tím i k nejzávažnějším úkolům pro paliativní péči. Ústavní pobyty autonomii omezují ze samé své podstaty, terénní služby, včetně domácího hospice, by ji měly naopak podporovat. Samotný „pobyt doma“ však pochopitelně není zárukou autonomie – naopak paternalistické ovládnutí a podřízení klienta či rodinného příslušníka může být větší než v ústavní péči.

Nejde tedy o to, aby klient zůstal za každou cenu a za všech okolností „doma“, ale aby o sobě mohl co nejvíce rozhodovat včetně toho, zda a jak a kde bude ošetřován – doma, nebo v ústavu. Kompetence se mohou týkat např. aktivit, načasování a rozsahu zdravotní péče a hygieny či příjmu potravy. Eticky a právně závažná je problematika rozhodnutí učiněných předem pro případ ztráty kompetentnosti (progrese syndromu demence, bezvědomí, klinická smrt) – jde např. o přání nebýt resuscitován (DNR – do not resuscitate), nebýt napojen na umělou parenterální výživu či na řízené dýchání, nemít založenu vyživovací gastrostomii (tzv. PEG). V naší zemi zatím není situace uspokojivě právně vyřešena, ale je předmětem odborných diskusí.

S ohledem na posilování autonomie má přednost podpora k sebeobsluze a k prožívání alespoň relativní soběstačnosti, dopomoc při

běžných aktivitách denního života (mytí, jídlo, oblékání) před jejich pasivním prováděním ošetřovateli (např. nakrmení). Pacient by také měl být opakovaně tázán na názor a povzbuzován k činění rozhodnutí a k úpravám péče podle svých přání.

Nicméně, jak uvádí D. Sýkorová, „ani v prostředí vlastního domova, ani v kontaktu s příbuznými, ani v ústavních zařízeních nelze prosazovat „zlatý standard individualistické autonomie“ vždy, za všech okolností, vůči každému. Rezignace jedinců na osobní autonomii je může zbavit tíživého břemene vlastního rozhodování a obav z jeho důsledků, závislé chování zpravidla zvyšuje pozornost druhých a „odměňuje“ četnějšími fyzickými a sociálními kontakty. Svobodně zvolená závislost patří nepochybně mezi adaptační, „coping“ strategie. V některých situacích pozitivní důsledky zásahu do svobody jedince převažují nad negativními konsekvencemi její redukce či ztráty. Zřejmě jen tehdy je paternalismus ospravedlnitelný.“

2.2 ZÁKLADNÍ PRINCIPY POSKYTOVÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V ZAŘÍZENÍCH DOMÁCÍ, NÁSLEDNÉ A DLOUHODOBÉ PÉČE

**Humanita spočívá v tom, že žádný člověk není
obětován pro žádný cíl.**

Albert Schweitzer

Při zavádění paliativních programů (implementaci paliativní péče) do činnosti dosud nepaliativních zařízení je užitečné formulovat a dodržovat určité základní principy, s nimiž by se měl personál ztotožnit dříve, než si začne osvojoval dílčí odborné paliativní dovednosti. K těmto principům řadíme především následující:

1. Smyslem paliativní péče je i v zařízeních domácí, následné a dlouhodobé péče zkvalitnit závěr života, nikoliv zkrátit umírání.
2. Umírající lidé potřebují chráněný prostor, aby byli sami sebou.
3. Vysokou prioritou je empatická komunikace a kontakt s rodinou.
4. Umírání nevylučuje kauzální léčebné intervence komplikací a náhodných zdravotních problémů.
5. Očekávané umírání a paliativní péče nevylučují zanedbání péče.

6. Eutanazie je nelegální, nepřijatelná a trestná.
7. U kompetentního člověka nesmí být paliativní péče s odstupováním od některých intervencí aplikována bez jeho souhlasu (nutný je informovaný souhlas).
8. Každý pacient v paliativní péči musí mít svého odborně, eticky a právně zodpovědného ošetřujícího lékaře.
9. V zařízeních dlouhodobé/následné péče ani v ústavech sociální péče ani při poskytování domácí péče nesmějí vzniknout „bezlékařská gheta“, kde by umírající pacienti v „paliativním režimu“ byli v primární zodpovědnosti nelékařského personálu, který by určoval strategii přístupu včetně potřeby kontaktu s lékařem a lékařské intervence obtíží. (Byla by to nepřijatelná diskriminační demedicinace, která nemá nic společného se žádoucí demedicinací ve smyslu podřízení dlouhodobé zdravotní péče kvalitě života a přirozeným životním rolím i podmínkám.)
10. Mimořádnou pozornost a opatrnost vyžaduje indikace paliativní péče u jiných než onkologických pacientů.
11. Zvláště u křehkých geriatrických pacientů péče kolísá mezi paliací a animací.
12. Vysokou prioritou jsou důstojnost a přání umírajícího člověka a jejich plnění i spokojenost s náplní bdělého času.
13. Lidé v bezvědomí, ve vegetativním stavu mají právo na dlouhodobou kvalitní péči.
14. Je nutno rozlišovat mezi dlouhodobým ošetrovatelstvím a paliativní péčí nezadržující přirozený průběh závěrečné fáze neléčitelné choroby.
15. Informace o pacientech v paliativním režimu musejí být alespoň 1 × týdně probírány na sezení multidisciplinárního týmu.
16. O pacientech v paliativním režimu musí být v ústavu či v agentuře domácí péče veden samostatný přehled.
17. Program zavádění paliativní péče v LDN, v jiných ústavních zařízeních i v domácí péči musí být konstruován, vysvětlován a „jištěn“ tak, aby byl bezpečný i v nejhorším ještě přijatelném zařízení daného typu s minimálním povědomím personálu o povaze paliativní medicíny (nepodkročitelné minimum kvality péče) – nesmí optimisticky předpokládat obecně optimální znalosti personálu ani optimální provozní a kontrolní mechanismy.
18. Paliativní péče v LDN vyžaduje úhradovou podporu paliativního (hospicového) lůžka s navýšenou režii a paušálem.

19. Cílevědomá paliativní péče v LDN či v rámci home care není totéž, co náhodné umírání v LDN či v rámci home care.
20. Nezbytnou podmínkou paliativní péče je pečlivá paliativní dokumentace s etapovými analyticko-syntetickými epikrízami a s pravidelnými záznamy lékaře.

3. SLOŽKY PALIATIVNÍ PÉČE A ORGANIZACE PÉČE

**Být člověkem znamená být podroben moci strašného pána,
jehož jméno je Bolest... Kdo zůstal ušetřen vlastního utrpení,
nechtě se cítí být povolán mírnit utrpení jiných.**

Albert Schweitzer

Kvalitní, respektive opravdová paliativní péče je vždy týmová, multioborová. To platí i pro její domácí (mobilní) formu, jejíž postavení je mimořádné zvláště proto, že se může týkat největšího počtu lidí, je velmi flexibilní, účelná a může sloužit i k zavádění paliativní péče do pobytových ústavů sociální péče.

Vzhledem k preferencím většiny pacientů, kteří upřednostňují strávení závěru života doma nebo v domovu co nejpodobnějším prostředí, budeme v následujících uvažováních vycházet z praxe mobilního hospice jakožto zařízení, které charakterem své péče odpovídá výše zmíněným přáním pacientů. Složení týmu, vedení dokumentace, spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu, kvalifikace členů týmu, jejich vzdělávání, práce s dobrovolníky – to vše je však společné všem paliativním multidisciplinárním týmům, ať už péči poskytují v přirozeném prostředí pacienta, nebo v některém z typů zdravotnických či sociálních zařízení.

Služby specializované paliativní péče vyžadují týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Členové týmu musejí být vysoce kvalifikovaní a paliativní péče by měla být jejich hlavním profesionálním zaměřením.

Jádro týmu poskytujícího paliativní péči by mělo sestávat ze zdravotních sester a lékařů se speciálním výcvikem a mělo by být doplněno psychology, sociálními pracovníky a fyzioterapeuty. Ostatní pracovníci mohou být členy základního týmu, ale častěji asi bude spolupráce s nimi fungovat na základě konsiliárních kontaktů.

Paliativní tým mobilního hospice nebo paliativního oddělení by měl ideálně hrát také roli konzultanta či koordinátora péče pro odborníky,

kteří poskytují obecnou paliativní péči nebo ošetrovatelskou péči (praktičtí lékaři, agentury home care apod). Spolupráce s praktickými a ošetrujícími lékaři pacientů by měla být samozřejmostí.

Hlavními složkami paliativního týmu mobilního hospice jsou

- pečující rodina poskytující laickou zdravotní péči, trvalou přítomnost a zabezpečení v základních biologických potřebách (kap. 3.10)
- lékaři (kap. 3.1)
- zdravotní sestry (kap. 3.2) – ošetrovatelskou činnost lze chápat ve dvou úrovních
 - specializovaná paliativní péče ve formě pravidelných vstupů sester domácího hospice a ošetrujících lékařů s kontrolami stavu a specializovanými výkony
 - obecná péče ošetrovatelská jako součást domácí péče (home care)
- psychoterapeutická podpora (kap. 3.4)
- sociální práce (kap. 3.3)
- pečovatelská služba (kap. 3.6)
- spirituální podpora (kap. 3.7)
- osobní asistence (kap. 3.8)
- tíšňová péče (kap. 3.9)
- rehabilitační péče, především fyzioterapie (kap. 3.5)
- dobrovolníci (kap. 3.11)

Je žádoucí až nezbytné, aby jednotlivé pečující profese dobře chápaly své kompetence, znaly zásady péče ostatních profesí a byly schopny se alespoň v elementární podobě vzájemně zastupovat, což zvyšuje flexibilitu systému i zabezpečení klientů, ale aby také dobře věděly, kdy a proč je možné či dokonce nezbytné konzultovat či povolání příslušnou další profesi (službu), což zvyšuje kvalitu, bezpečnost a ucelenost paliativní péče.

3.1 LÉKAŘ V DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČI

Apollon byl bohem lékařství i průvodcem nemocemi.

To obojí bylo zprvu jedno řemeslo a je jím dosud.

Jonathan Swift

Role lékařů v domácí paliativní péči může být v podstatě trojí:

- specializovaný ošetřující lékař – lékař domácího hospice či lékař z paliativní ambulance, algeziolog (poskytuje specializovanou paliativní péči)
- praktický lékař daného pacienta spolupracující s agenturou domácí péče, případně s dalšími terénními službami, které obvykle přímo neřídí, ale pouze aktivizuje a rámcově úkoluje (poskytuje zpravidla obecnou paliativní péči)
- lékař konsiliář, který péči o umírajícího člověka nevede (není ošetřujícím lékařem), ale do péče vstupuje na požádání svou konzultací či dílčím výkonem
 - odborník v paliativní medicíně jako konzultant praktického lékaře
 - odborník v jiném oboru, např. onkolog, psychiatr, geriatr, kardiolog, urolog, neurolog; je žádoucí, i když nikoliv nezbytné, aby tito konsiliáři měli znalosti i paliativních principů, což je dobře možné např. u stálého okruhu konsiliářů domácího hospice

Činnost praktického lékaře zůstává dosud často na nedostatečné úrovni „praktického lékaře umírajícího pacienta“ – to by se mělo postupně měnit, zkvalitňovat rozsáhlým vzděláním praktických lékařů v paliativní péči.

Specializovaný lékař (zpravidla člen týmu mobilního hospice) je oproti tomu schopen zajistit

- odbornější zvládnání paliativních problémů a komplikací (kap. 5)
- vedení formalizované paliativní dokumentace (kap. 4)
- přímé řízení týmu spolupracovníků
- dostupnost konzultací během celých 24 hodin a 7 dní v týdnu, aby se minimalizovaly obvykle málo paliativně poučené vstupy lékařské služby první pomoci či destabilizující převozy do nemocnic při zhoršení stavu „mimo ordinanční hodiny“ – v tom je jedna z velkých

předností mobilního hospice, který si zajišťuje vlastní pohotovostní služby v úzkém okruhu erudovaných a o pacientech informovaných lékařů

Příklady konkrétních paliativních problémů v lékařské kompetenci jsou stručně uvedeny v kapitole 5.1.

3.2 OŠETŘOVATELSTVÍ

Každý si může zřídit své Lambarene.

Albert Schweitzer

Ošetřovatelská (sesterská) složka paliativní péče v přirozeném, domácím či je nahrazujícím prostředí je velmi důležitá. Sama však především komplikovanější případy umírání zvládnout nestačí – hrozí prodlení až zanedbání péče, nezvládnutí či vůbec nepochopení některých komplikací, případně alibistické odesílání za lékaři do nemocnic – souhrnně zbytečně nízká kvalita života umírajícího člověka. **Umírající lidé, klienti paliativní péče s mnohočetnými zdravotními obtížemi, funkčními deficity a s potřebou řady zdravotnických intervencí sice vesměs vyžadují rozsáhlou ošetřovatelskou péči, ale péči o umírající na pouhé ošetřovatelsví omezit nelze – ošetřovatelsví samo dnes nenaplňuje ucelenou paliativní péči, proto ani dnešní hospice nejsou a nesmějí být ošetřovatelskými hospici bazální péče, jak je známe z minulosti.** I zkušené a paliativně kvalifikované zdravotní sestry musejí akceptovat týmový způsob péče a chápat péči o multidimenzionální obtíže svých klientů – jinak hrozí nepřijatelná simplifikace hospicové péče. **Zvláště je třeba zdůraznit nepřijatelnost de facto výlučné ošetřovatelské péče bez lékařského sledování stavu u klientů různých typů pobytových zařízení, sociálních ústavů či ošetřovatelských agentur.**

Jednotlivé ošetřovatelské úkony mohou provádět zdravotní sestry jednotlivých ošetřujících či konsiliárních lékařů, ucelenou ošetřovatelskou péči (což neznamená automaticky kvalitní paliativní péči) by měly zajišťovat agentury domácí péče (home care). Nedílnou součástí ucelené ošetřovatelské péče je rehabilitační ošetřovatelsví.

Domácí péče se chápe jako „nelékařská zdravotní péče, převážně ošetřovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním

sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo, při propuštění z nemocnice, ošetřujícího lékaře příslušného oddělení (nemocniční doporučení má platnost maximálně 14 dní)“. Indikace ošetrovatelské péče o pacienta v terminálním stavu náleží i ošetřujícímu lékaři poskytujícímu ambulantní specializovanou zdravotní péči. Synonymy domácí péče jsou pojmy *domácí zdravotní péče* a *domácí komplexní péče*, vžitý je i anglický výraz „*home care*“. Nevhodný je naopak pojem domácí ošetrovatelská péče, neboť rozsah péče je širší než ošetrovatelství. V ne zcela ustáleném názvosloví se jako *komplexní domácí péče* někdy označují agentury, které poskytují nejen „home care“, ale také pečovatelskou službu, osobní asistenci, rozsáhlejší rehabilitaci, případně další služby (tísňovou péči, nutriční nelékařské poradenství apod.); **právě tyto komplexní agentury by mohly sehrát v paliativní péči významnou roli tím, že výrazně podpoří rodinu v její schopnosti se o umírajícího pacienta starat.**

Příklady konkrétních paliativních problémů v ošetrovatelské kompetenci jsou stručně uvedeny v kapitole 5.2.

3.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Mě nezajímá dav. Kdybych viděla davy ubožáků, nikdy bych nemohla svoji práci začít. Zajímá mě jen můj bližní, jednotlivec. Tomu mohu pomoci, a tak pomáhám.

Matka Tereza

Pro sociální práci je v paliativní péči velký prostor. U pacientů s delší prognózou je třeba např. pomoci zařídit příspěvky na péči, podpořit pečující rodinu, podat potřebné informace, nabídnout a rozvrhnout možné sociální služby, přemýšlet o možné další podpoře dalšími profesemi, pravidelně komunikovat s rodinou a vyhodnocovat, zda využívá nabízených možností podpory v péči o těžce nemocného blízkého. Významnou roli také hraje aktivizace širšího rodinného okruhu a přátel nemocného tak, aby péče mohla být dlouhodobá a neležela pouze na jednom členu rodiny. V ústavech často právě sociální pracovník podporuje kvalitu času, kdy je pacient bdělý, zajišťuje drobná přání a animaci života.

3.4 PSYCHOTERAPIE A KRIZOVÁ INTERVENCE

Ve světě je větší hlad po lásce a ocenění než po chlebu.

Matka Tereza

Psychoterapie se u umírajících pacientů nesoustředí pouze na ně samotné: vedle práce s pacientem je často velmi naléhavá práce s pečující rodinou, která může být jak zaskočena rychlým či náhlým zhoršením nemoci (především u onkologicky nemocných pacientů), tak vyčerpána dlouho trvající péčí (nejčastěji u geriatrických pacientů). Psychoterapeut, který by měl být každému paliativnímu týmu nablízku, nejlépe jeho členem, by měl pracovat také se členy týmu, být jim k dispozici při řešení situací, které jsou v jejich kompetenci, ale potřebují v nich podporu, případně by měl být tím, kdo je učí takové situace rozpoznávat a podporu v nich aktivně vyhledávat. V neposlední řadě by měl psychoterapeut pracovat s pozůstalými a po určitou dobu je provázet v době, kdy se vyrovnávají se ztrátou. Důležité jsou pomoc v komunikaci, krizová intervence a objasnění (dešifrování) postojů či rodinných vztahů členům týmu.

3.5 REHABILITAČNÍ PÉČE

**Moji pacienti mě přivádějí k dalším a dalším otázkám,
které mě přivádějí k dalším a dalším pacientům.**

Oliver Sacks

Rehabilitace bývá v paliativní péči často podceňována a zanedbávána – vždyť znovunabytí původních schopností ani obecné „způsobilosti“ už není možné. Často se proto mylně řadí již apriorně u paliativních pacientů do množiny „marné léčby“ a patří k prvním opatřením, která se z léčebného programu při přechodu na paliativní režim „škrtají“. Mnohé rehabilitační postupy ovšem mají významný úlevný efekt, a proto i své nesporné místo v hospicové péči. Nesmí se však aplikovat paušálně a zjednodušeně, nýbrž individuálně a se sledováním konkrétního jasného cíle. Některé úkony musí provádět specialista fyzioterapeut či ergoterapeut (případně rehabilitační lékař), jiné jsou součástí

obecného rehabilitačního ošetřovatelství prováděného zdravotními sestrami.

Příklady konkrétních paliativních problémů v rehabilitační kompetenci jsou stručně uvedeny v kapitole 5.4.

3.5.1 Fyzioterapie

Fyzioterapie se – zjednodušeně řečeno – zabývá zachováním, obnovou či zlepšením funkce muskulo-skeletálního aparátu. Pro paliativní péči mají význam zvláště:

- analgetické procedury ovlivňující bolestivé svalové dysbalance, funkční bloky, případně fyzikálními procedurami bolest jako takovou
- udržování svalové síly dolních končetin
- udržování a reedukace chůze
- dechová rehabilitace k ovlivnění dušnosti a k prevenci zahlenění s bakteriálními zánětlivými komplikacemi
- účelná prevence a ovlivnění flekčních kontraktur a optimální polohování na lůžku

Bolest, dušnost a instabilita jsou u pokročile nemocných lidí mnohdy automaticky považovány za kauzálně neovlivnitelné projevy základního onemocnění a jako takové indikovány k symptomatické léčbě – v případě bolesti a dušnosti často k farmakoterapii opioidy. Příčiny uvedených obtíží však mohou být i jiné etiologie, mnohdy benigní, banální a ovlivnitelné. **Je sice pravda, že např. u onkologických pacientů je třeba vždy podezírat „bolest v zádech“ z nádorové povahy, dokud se tato pečlivě nevyloučí, ale také naopak i u onkologických pacientů a v paliativní péči jsou benigní vertebrogenní obtíže časté a je správné ověřit bezpečné možnosti fyzioterapeutické úlevy.**

Bolest mohou způsobit svalové dysbalance, kontraktury či jiné poruchy měkkých tkání, případně funkční bloky obratlů či žeber. Příčiny mohou být reflexní, vyplývající z asymetrického zatěžování, z vynucené polohy, z imobilizace na lůžku, ze svalové atrofie (sarkopenie) či nesouvisející se základním onemocněním. Známé je např. časté bolestivé postižení měkkých tkání kolem ramenního kloubu (tzv. zamrzlé rameno – frozen shoulder, periarthritis humeroscapularis) u pacientek po ablaci prsu, zvláště s lymfedémem a omezením hybnosti horní končetiny.

I nádorová bolest může být příznivě ovlivněna (spoluovlivněna) fyzikální terapií – např. magnetoterapií, případně akupunkturou či akupresurou.

„Ztuhlý“, omezeně pohyblivý hrudník s bloky a rotacemi žeber, zvláště v kombinaci s vysokým stavem bránice např. při hepatomegalii či ascitu, snadno vede k poruše stereotypu dýchání s pocitem dušnosti. Známé je fyzioterapeutické nacvičování abdominálního dýchání.

Mnozí kachektičtí pacienti nedokáží odkašlat zvláště větší množství hlenu, který vytváří až bronchiální zátky – dechová rehabilitace s polohovou drenáží (odkašláváním v různých polohách – na jednom boku, na druhém boku, v předklonu) může situaci podstatně zlepšit. Možné je i použití jednoduchých pomůcek – flutterů, chirurgických rukavic – k nácvičku dýchání a uvolnění hlenu. Užitečná bývá příprava k dechové rehabilitaci podáním mukolytik.

Ztráta svalové hmoty a síly (sarkopenie) na dolních končetinách je funkčně velmi závažnou součástí nádorové, ale také kardiální, hepatální či geriatrické kachexie. Často je spolupodmíněna malnutricí a poruchou proteosyntézy. **Především u pacientů s delší životní prognózou (měsíce) patří zachování svalové síly dolních končetin, stability, mobility a tím i základních aktivit k nejdůležitějším úkolům paliativní péče.** Základem profylaxe je dostatečný příjem bílkovin + fyzioterapeutem vedené odporové posilování svalů dolních končetin + suplementace vitamínu D, který je významný pro svalovou činnost + případné podání anabolik, pokud to dovolí povaha základního onemocnění (anabolika bez dostatečného příjmu bílkovin a odporového tréninku nejsou účinná).

Reedukace chůze řeší především problémy s ortostatickým syndromem, poruchami propiocepce, závratěmi, extrapyramidovým syndromem (včetně nežádoucích účinků neuroleptik!), apraxií při mozkových atrofiích (astasia-abasia) či nádorech. Jde jak o nácviček stoje a chůze s dopomocí, tak o nácviček chůze s kompenzačními pomůckami – holemi, berlemi či chodítky.

Účelné polohování může přinést výraznou úlevu a prevenci komplikací – flekčních kontraktur, otoků končetin, svalových křečí, dušnosti. Podrobněji kap. 5.3.

3.5.2 Ergoterapie

Ergoterapie se zabývá obnovou či zachováním soběstačnosti (případně práceschopnosti) při neovlivnitelném funkčním deficitu. Jde např. o nácvik všedních činností či používání kompenzačních pomůcek.

V paliativní péči jde především o poradenství v oblasti kompenzačních a ošetrovatelských pomůcek včetně jejich půjčování a případných úprav domácího prostředí. I pro paliativní péči v rozsahu týdnů, tím spíše měsíců má smysl provést některé nenáročné změny v domácím prostředí k zachování pohyblivosti a sebeobsluhy nemocných včetně prevence pádů, např.

- instalaci madel
- odstranění prahů
- úpravu koupelen (sprchový kout, madla)
- úpravu WC (madla, nástavce na klozet)
- zapůjčení polohovacího lůžka, toaletního křesla (tzv. gramofonu) či křesla pro kardiaky (křeslo usnadňuje dýchání při ortopnoické dušnosti a pacient v něm může i relativně pohodlně v noci spát)

3.6 PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

Nevím, jaký osud koho z vás čeká, ale jedno vím jistě: skutečně šťastní budou z vás jen ti, kdo budou hledat a nalézat, jak sloužit.
Albert Schweitzer

Pečovatelská služba je určena osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, a to zejména z důvodu dlouhodobě zhoršeného zdravotního stavu (stav by měl podle předpokladů lékaře trvat minimálně 1 rok), nebo krizové životní situace – za tu lze považovat i přechod choroby do závěrečné fáze s převzetím do paliativní péče. Pečovatelská služba se poskytuje přímo v domácnostech uživatelů služby. K základním činnostem pečovatelské služby patří:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu – např. oblékání, přesuny v rámci bytu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu – např. pomoc při ranní či večerní hygieně včetně holení, pomoc při koupání/sprchování, příprava koupele

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy – např. dovoz oběda, pomoc při vaření či přípravě jídla, pomoc při podávání jídla, dohled nad podáváním jídla
- pomoc při zajištění chodu domácnosti – např. úklid bytu, donáška nákupu nebo doprovod při nákupu, vyřízení pochůzek (pošta, úřady), praní a žehlení prádla, topení v kamnech či donáška vody
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – např. doprovody k lékaři

Jednotlivé úkony pečovatelské služby taxativně vymezuje vyhláška 505/2006 Sb. **Co do obsahu jsou úkony pečovatelské služby téměř shodné s úkony osobní asistence (kap. 3.8). Hlavní rozdíl mezi oběma službami tkví v době jejich poskytování – pečovatelská služba se poskytuje v určené době, osobní asistence je ze zákona nepřetržitá.**

Stává se, že lidé chybně zaměňují pečovatelskou službu s ošetrovatelskou nebo dokonce kompletní zdravotní péčí. Jakékoliv zdravotní úkony v domácnosti (včetně manipulace s léky) však smí vykonávat pouze kvalifikované zdravotní sestry, a to na základě indikace lékaře. Někdy ovšem není zcela jasné, co je ještě sociální a co už zdravotní úkon – jde např. o hygienu u těžce nemocných lidí.

3.7 SPIRITUÁLNÍ PODPORA

Na konci svého života nebudeme souzeni podle toho, kolik jsme získali diplomů, kolik jsme vydělali peněz nebo kolik jsme vykonali velikých věcí. Budeme souzeni podle: „Byl jsem hladový a dali jste mi najíst. Byl jsem bez domova a ujali jste se mě.“

Matka Tereza

Paliativní tým pečuje nejen o pacienta na konci života, ale i o jeho nejbližší, kteří jej mají rádi. V tomto konceptu je nezbytné sledovat všechny potřeby pacienta a jeho blízkých, rozpoznat je včas a nabídnout adekvátní podporu i v oblasti spirituální. Duchovní podpora a doprovázení mohou nabývat mnoha podob, které jsou určeny kulturním a náboženským prostředím pacienta a jeho blízkých, jejich zvyky, chápáním smyslu života atd. V této oblasti snad ještě více než v jiných je třeba respektovat výslovná přání pacienta, doprovázet

jej v jeho tázání, nechat jej rozhodovat a dbát na zachování jeho důstojnosti. Je žádoucí, aby každý paliativní tým měl duchovní různých církví v dosahu, případně aby duchovní byl přímo členem týmu.

K významným tématům spirituální podpory, kterou nemusí poskytovat pouze duchovní, patří validace končícího života (váš život měl smysl, stál za to, dosáhl poznání, poučil se z chyb), smíření, krizová intervence např. v zoufalství, při strachu ze smrti.

3.8 OSOBNÍ ASISTENCE

Budte věrní v malých věcech, protože v nich spočívá vaše síla.

Matka Tereza

Osobní asistence je podle zákona o sociálních službách terénní sociální služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Poskytuje se bez časového omezení (mnohdy po převážnou část dne), v přirozeném sociálním prostředí klientů a při činnostech, které klienti potřebují – uživatelé si sami určují, jakou péči a v jakém rozsahu potřebují. Asistence je hrazená klientem.

V domácí paliativní péči může osobní asistence podpořit či zastoupit rodinu – její zajištění tak umožňuje, aby byl mobilním hospicem přijat do péče i člověk, jehož rodina na péči zcela nestačí, a do budoucna i člověk, který žije osaměle a spolu s domácím hospicem angažuje i osobní asistenci. Opačně řečeno: ideálním cílem je, aby osobní asistence umožnila člověku se závažným zdravotním postižením nejen žít doma ve vlastní domácnosti takovým životem, který se blíží běžnému standardu, ale také – včetně vzniku funkčního postižení teprve v závěrečné fázi smrtící choroby – zemřít doma s využitím domácí hospicové péče, aniž by musel být z důvodu nesoběstačnosti a osamělosti odvezen k umírání do ústavu. Osobní asistence však nenahrazuje ani domácí péči (home care), ani pečovatelskou službu!

Osobní asistent vykonává či podporuje ty činnosti, které by klient vykonával sám, kdyby mu v tom nebránilo jeho zdravotní postižení, respektive které by prováděla rodina, kdyby byla k dispozici. Osobní asistent pomáhá naplňovat především dva okruhy životních potřeb:

- biologické – např. jídlo, pití, toaletu, hygienu, úpravu prostředí, polohování
- pohyb
- sociální a kulturní – v rámci paliativní péče např. společenství, komunikaci, předčítání a jinou animaci života

Paliativní problematika není dosud obvyklou oblastí činnosti osobních asistentů – s rozvojem domácí hospicové péče se však situace může změnit. Osobní asistenti pro paliativní klienty by měli být odborně vyškoleni.

Dostupnost osobní asistence se postupně zvyšuje. Zajišťují ji různé organizace – některé se specializují jen na ni, jiné poskytují širší spektrum služeb. Kontakty lze získat např. na internetových stránkách Asociace pro osobní asistenci APOA – www.apoa.cz.

3.9 TÍŠŇOVÁ PÉČE

Nevěřím v osud, který člověka ovládá, ať udělá cokoli.

Věřím však v osud, který ho ovládne, když nedělá nic.

Gilbert Keith Chesterton

Tísňová péče je podle zákona o sociálních službách terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

Nejstarším a největším poskytovatelem tísňové péče v ČR je občanské sdružení Život 90 – www.zivot90.cz. Podle jeho zkušeností „jde z technického hlediska o dva komunikační body propojené buď pevnou telefonní sítí, nebo sítí mobilních operátorů:

- dispečink tísňové péče – jeho software obsahuje veškerá data všech uživatelů služby; vzhledem k důvěrnému charakteru služby jsou jako operátorky dispečinku vhodné především zdravotní sestry s akreditací a víceletou praxí ve zdravotnických lůžkových zařízeních nebo v zařízeních rychlé zdravotnické záchranné služby a pochopitelně s uživatelskou počítačovou gramotností
- terminální uživatelská stanice v bytě uživatele

Tísňové tlačítko nosí uživatel neustále u sebe, obvykle zavěšené na krku. Hlavními klienty tísňové péče jsou osaměle žijící lidé s labilním zdravotním stavem, funkčními deficity a křehkostí. V paliativní péči jde o doplňkovou službu především u klientů s delší životní prognózou a alespoň částečně zachovanou pohyblivostí (pohyb po bytě) – kromě obecného „zhoršení stavu“ jsou hlavní indikací k použití tísňového tlačítka pády či nemožnost vystoupit z vany. Vzhledem k tomu, že u klientů mobilních hospiců se vyžaduje trvalá péče jiné osoby – rodiny či osobní asistence – představuje tísňová péče opravdu jen dopomoc pro krátká období nepřítomnosti pečujících osob.

3.10 LAICKÁ PÉČE RODINY A RESPITNÍ SLUŽBY NA JEJÍ PODPORU

Být znamená být vnímán.

George Berkeley

Rodina či jiná základní sociální skupina paliativního pacienta je klíčovým prvkem domácí paliativní péče. Je nejen „doma s nemocným“, což je nezbytný předpoklad převzetí do domácí paliativní péče, ale je též rovnocenným členem paliativního týmu zajišťujícím významný podíl péče – k té ovšem musí být vyškolená a podporována. A svým způsobem především rodina naplňuje podstatně smyslem čas a prostor vytvořený domácím hospicem – pro pozitivní emoce, hovoření, vzpomínání, pro vzájemnou blízkost, vysvětlení, odpuštění, smíření, rozloučení, pro vyslovení oněch základních slov domácí hospicové péče: **děkuji, odpusť, odpouštím, mám tě rád/a, propouštím tě.**

Aby rodiny přejímaly péči o své závažně nemocné členy, musejí nejen chtít (mravní závazek), ale také umět a moci (mít reálné podmínky a předpoklady – zdravotní, mentální, psychické, finanční, bytové, vztahové). Je nespravedlivé vynucovat převzetí do rodinné paliativní péče jako samozřejmou povinnost, „přece ho nenecháte ve špitále, to by od vás bylo ošklivé ba nemravné“. Rodina se musí sama rozhodnout a být motivována, protože na ní bude pak velký díl péče záviset. Naše zkušenosti říkají, že čím přiměřenější podpory, spolupráce a také uznání se pečujícími rodinám dostává, tím ochotněji se péče ujímají. Častým důvodem naléhání na poskytování péče v nemocnici či jiném ústavním

zařízení je obava z nezvládnutí ošetřování doma včetně aspektů vztahových či bezpečnostních („abychom mu neublížili, my přece nevíme, jak jej uchopit, posunout, zvednout“). Nesmíme též zapomínat na to, že péče o terminálně nemocného blízkého člověka představuje zpravidla obrovský psychický stres i fyzickou zátěž, ani na to, že dlouhodobější péče způsobuje vážné problémy v zaměstnání a má závažné souvislosti ekonomické, což dále zhoršuje stres a podmiňuje úzkost, pocity viny či konfrontační jednání.

Rodině je tedy třeba

- vytvořit podmínky pro domácí ošetřování včetně obstarání ošetřovatelských pomůcek
- poskytnout podrobnou instruktáž a podrobný nácvik ošetřovatelských, rehabilitačních i jiných úkonů – zvláště fyzioterapeuti a zdravotní sestry by měli být do značné míry nejen „provedeči výkonů“, ale také instruktory a supervizory laické domácí péče
- zajistit „jistotu kontaktu“ v případě komplikací, průběžné poradenství, akutní návštěvu a „SOS manuál“ – co dělat v případě očekávatelných komplikací
- otevřít prostor pro vzájemnou komunikaci uvnitř rodiny, pro detaubizaci tématu umírání, pro volné a konstruktivní hovoření s umírajícím a kolem něho
- poskytnout informace o podpůrných službách (home care, pečovatelská služba, osobní asistence, tíšňová péče) i sociálních dávkách a jiných podpůrných opatřeních a pomoci rodině v jejich získání, což je úkol především pro sociálního pracovníka
- nabídnout odlehčovací a respitní služby, především v podobě dobrovolnické pomoci, osobní asistence, dohledu, případně krátkodobých ústavních pobytů
- přislíbit pomoc při přijetí pacienta k ústavní péči (nejčastěji lůžkový hospic), pokud by se ukázalo, že rodina není schopna potřebnou péči zvládnout (např. pro náročnost ošetřování, změnu stavu, zdravotní či psychickou dekompenzaci pečujících)
- poskytnout aktivní sledování zdravotního a psychického stavu pečujících laiků s včasnou potřebnou intervencí (např. psychologická podpora v krizi či fyzioterapeutická podpora při muskulo-skeletálních obtížích z polohování, zdvihání a přenášení pacienta) – je třeba se starat o pečující rodinu, aby se ona mohla starat o svého umírajícího člena

- poskytnout morální podporu, odborné i společenské ocenění za péči, kterou poskytuje

Samostatným negativním jevem je aktivní odrazování rodin od přijímání pacientů do domácí péče, jak se toho opakovaně dopouštějí zvláště nemocniční lékaři neznalí možností mobilního hospice.

3.11 DOBROVOLNÍCI

Hledej, zda není prostor, kde můžeš uplatnit svou lidskost.

Albert Schweitzer

Dobrovolníci jsou velmi významnou složkou činnosti domácí paliativní péče. Posilují její „lidský aspekt“, zvyšují počet lidí, kteří jsou k dispozici pro komunikaci, animaci života, ale také pro respitní služby odlehčující pečujícím rodinám, „zahušťují“ sociální síť kolem klienta a jeho rodiny.

Hlavními činnostmi dobrovolníků jsou aktivity spadající do působnosti osobní asistence včetně společenství, pečovatelské služby, respitní podpory, především dohledu nad nemocným v době nepřítomnosti rodiny, pomoci při bdění u pacienta v době, kdy se pečující potřebuje vyspat, ale také „lidské podpory“ rodiny, např. ve smyslu vyprávění s partnerem umírajícího člověka, který tak má možnost dovyprávět a odventilovat svůj smutek, úzkost, ale také třeba ukázat fotografie ze společného života, ukázat, jaký byl ten nyní umírající a slabý pacient dříve zajímavý člověk.

V rodinách mladých umírajících lidí mohou dobrovolníci účinně pomáhat rodině např. v péči o děti, v dvoučlenných rodinách umírajících starých lidí je řada činností, v nichž uvítá dobrovolnickou pomoc partner paliativního klienta, který je již sám rovněž v pokročilém věku a trpí různými zdravotními a funkčními problémy.

Dobrovolnická činnost, řazená mezi občanské činnosti, má také závažný osobnostní dopad na samotné dobrovolníky, zvláště mladé lidi, a mnohdy jim přináší pocit životní smysluplnosti.

O rozvoji dobrovolnické činnosti, získávání dobrovolníků a práci s nimi viz např. internetové stránky Hospicového občanského sdružení Cesta domů – <http://www.cestadomu.cz/dobrovolnici>, nebo Národního dobrovolnického centra Hestia – www.hest.cz.

4. ZÁKLADNÍ FORMALIZOVANÉ POSTUPY V DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČI

Dobry příklad není jednou z možností jak ovlivnit jiné lidi.

Je to možnost jediná.

Albert Schweitzer

Jako celá medicína má i paliativní péče své prvky formalizované, jakési milníky, a prvky variabilní, reagující na konkrétní situace a události, reflektující přání a chování pacientů i zvyklosti zdravotníků. Oba spolu vytvářejí dobrou klinickou praxi a kvalitu péče.

Tato kapitola se věnuje formalizovaným postupům, které se vyskytují vždy, v péči o každého pacienta/klienta a které lze do značné míry standardizovat.

4.1 PŘIJETÍ PACIENTA DO DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Přijetí pacienta do zdravotní péče je závažný závazek, projev vzájemné důvěry a specifická smlouva. Až na výjimky krajní nouze či ustanovení zákona, které se však netýkají hospicové péče, by vždy mělo jít o oboustranně dobrovolný a uvážený akt. Pacient, případně celá jeho rodina jím především projevuje svou důvěru, zdravotník (nejen lékař) jím především přijímá zodpovědnost, jejíž nedílnou součástí je jistá míra osobního zájmu a advokacie, ochranného vztahu ke „svému“ pacientovi. Při přijetí pacienta do péče domácího hospice je vždy stěžejní role lékaře, který posuzuje indikaci pro tuto péči.

Pacient má právo očekávat nejen kvalitní provedení odborných úkonů, jimž mnohdy nerozumí, a jejich zdárný výsledek bez komplikací, jejichž pravděpodobnost mnohdy správně nechápe, ale také lidský zájem o sebe jako o člověka. Bez toho nelze léčit v životním kontextu a nelze poskytovat personalizovanou (individualizovanou) péči. V zásadě právě nezájem o pacienta jako o lidskou bytost,

o „nepacientského člověka“ je nejzávažnějším kořenem tzv. dehumanizace medicíny, odcizení mezi technokratickou medicínou a lidskými pacienty, nahrazení vztahu pacienta se „svými zdravotníky“, respektive zdravotníků se „svým pacientem“ kontaktem pacienta s různými a měnícími se odborníky ve zdravotnických centrech či v měnících se zdravotnických zařízeních. To je ještě případně možné u banálních akutních stavů, nikoli však u chronického stonání či umírání.

Vědomé, byť neformální „uzavření smlouvy“, převzetí závazku vyžaduje oboustranně zájem, dobrou vůli, čas a informace. I u lidí s omezenou kompetentností, např. u lidí dementních či mentálně retardovaných, se mají zdravotníci vždy ucházet o jejich důvěru. Je tedy zcela zásadně nevhodné, ba nepřijatelné, aby někdo byl k péči, zvláště k závažné, dlouhodobé či terminální péči, nucen či odvezen bez jasného souhlasu.

Jakkoliv do vzájemného vztahu vkládá zdravotník především zodpovědnost, zatímco pacient (pečující rodina) důvěru, je tomu i naopak. I zdravotník vkládá důvěru – má právo očekávat korektní chování svého pacienta, který také přijímá svou míru zodpovědnosti za kvalitu vzájemného vztahu, za úspěšnost a účelnost zdravotnických i sociálních služeb.

Pacient musí mít právo péči daného zdravotníka či celého týmu či zařízení odmítnout. Ostatně i zdravotník či zařízení (např. mobilní hospice) mají možnost odmítnout převzetí konkrétního člověka do své péče, pochopitelně pokud nehrozí nebezpečí z prodlení, není-li odmítnutím bezprostředně ohrožen jeho život či závažně zdravotní stav. Mají též právo od péče odstoupit při neplnění dohodnutých podmínek spolupráce.

4.1.1 První kontakt s rodinou

Na paliativní zařízení se obvykle obrací se žádostí o pomoc pečující rodina. Někdy má od lékaře či laického doporučovatele podrobné znalosti o povaze a průběhu paliativní péče. Mnohdy však konkrétní představy nemá či ji má hrubě zkreslenou.

Orientační „předkontakt“ může proběhnout telefonicky či mailem, ale vlastní jednání při vážně míněném zájmu o převzetí do péče by pokud možno mělo proběhnout osobně nebo v soustředěném telefonickém rozhovoru. I při jednání o přijetí do lůžkového paliativního zařízení (např. hospice) je vhodné, aby rodina zařízení navštívila, případně aby pracovníci hospice navštívili pacienta v jeho domácím

prostředí či v nemocnici (nebrání-li tomu velké vzdálenosti). Je to mnohem lepší než pouhé zaslání dokumentace s následným „příjezdem do neznáma“. Pro první setkání je třeba zajistit soukromí v samostatné místnosti a dostatečný časový prostor – obvykle 1 hodinu.

Mobilní hospic při setkání ve svých prostorách poskytuje o sobě řadu informací, k nimž patří upravenost a zařízenost prostředí, zaběhanost řádu v jednání, spolehlivost, např. dochvilnost v domluveném termínu setkání, důvěrnost jednání a nerušená koncentrace na klienta, dostatek času, osobnost a profesionalita komunikujících zaměstnanců či jejich způsob jednání. Cílem setkání je ze strany hospice nejen poskytnutí informací o průběhu a podmínkách péče, ale také získání důvěry návštěvníků. Konzultující hospicový pracovník si musí být vědom, že rozhovor s rodinou umírajícího člověka, stejně jako s pacientem samotným, není vesměs neutrální – je buď podpůrně psychotherapeutický, nebo psychotraumatizující. Většina blízkých příbuzných prožívá úzkost, pocity viny, nejistotu o nejvhodnějších možnostech podpory či „zázračné záchrany“ pacienta. K obecným pravidlům podpůrné komunikace patří:

- chápající vstřícnost – „vím, že závažné onemocnění blízkého člověka je velký stres a také námaha a nejistota, co je vlastně nejlepší udělat – myslím, že si už potřebujete odpočinout a hlavně se podělit o rozhodování co a jak dělat“
- klidná jistota – „máme se závažnými stavy hodně zkušeností, věřím, že i Vám a Vašemu blízkému dokážeme pomoci“
- nepotírání naděje – „jak líčíte zdravotnické nálezy, tak jde o pokročilou fázi závažného onemocnění, ale nikdo nevíme, jak konkrétně bude průběh vypadat, leckdy se může vylepšit, určitě podpoříme všechny šance“
- partnerský vztah – „pokusíme se to společně zvládnout“, „rádi budeme spolupracovat s vašimi dalšími lékaři a zdravotníky“

Rodina přináší zpravidla dokumentaci o zdravotním stavu pacienta a prezentuje svá přání, své představy o péči i své možnosti se na ní podílet.

Během setkání se může ukázat, že povaha a rozsah nabízené péče neodpovídají představám či možnostem rodiny, že nejde o paliativního pacienta (ale např. o potřebu dlouhodobé domácí péče), že rodina nesouhlasí s informováním pacienta o neblahé prognóze apod.

- Ke konkrétním výstupům prvního setkání s rodinou patří zvláště:
- domluvení rozsahu a podmínek péče včetně finančních a plné informovanosti pacienta
 - uklidnění rodiny, že nalezla kvalifikovanou, vstřícnou a bezpečnou (důvěryhodnou) pomoc
 - předání informačních hospicových materiálů pro domácí nové prošetření a informování ostatních členů rodiny včetně pacienta
 - doporučení postupů, na nichž lze pracovat ještě před zahájením vlastní péče – např. podání žádosti o sociální pomoc, zapůjčení či zakoupení ošetrovatelských pomůcek, úprava bytu
 - domluvení termínu převzetí do péče, resp. první návštěvy u pacienta
 - uložení pacientovy zdravotnické dokumentace do nově založeného chorobopisu (karty)

4.1.2 První návštěva u pacienta a vstupní vyšetření

První kontakt s pacientem by měl uskutečnit lékař, obvykle v doprovodu zdravotní sestry. K návštěvě dochází obvykle v domácím prostředí. Pokud k ní dochází v nemocnici, měl by lékař domluvit předem soukromí ke vstupnímu vyšetření, např. na vyšetřovně.

Lékař by měl pacientovi nabídnout pomoc při společném řešení problémů souvisejících s jeho chorobou s tím, že paliativní péče neprovádí vyšetřování a léčení základní choroby, ale hodnocení a ovlivňování obtíží, které způsobuje, a také ovlivňování případných komplikací tak, aby život ohrožený a znepríjemňovaný neléčitelnou chorobou byl co nejkvalitnější a aby nebyl zbytečně zkrácen nějakou řešitelnou komplikací.

První kontakt může mít dvojí podobu:

- Stručné seznamovací setkání – cílem je vzájemné seznámení, potvrzení vůle pacienta k paliativní péči, jeho informovaný souhlas, získání pacientovy důvěry, ověření jeho zdravotního, funkčního, psychického stavu a tím indikovanosti domácí paliativní péče, identifikování případného specifického problému, např. stomie, paraplegie, rozsáhlé chronické rány.
- Kompletní vstupní vyšetření – cílem je ucelené multidimenzionální posouzení pacienta (comprehensive palliative assessment), jeho cílevědomá psychoterapeutická podpora, stanovení individuálního

paliativního (léčebného a ošetrovatelského) plánu. Toto kompletní vyšetření pochopitelně do značné míry odpovídá obvyklému klinickému vyšetření, má však některé zvláštnosti včetně důrazu na funkční stav, subjektivní obtíže a multidimenzionální podporu. Základními metodami vstupního vyšetření jsou:

- anamnestický rozhovor – interaktivní psychoterapeutický proces, který nesmí být redukován na tzv. odběr anamnézy, někdy dokonce provedený výpisem z dokumentace bez kontaktu s pacientem; cílem je totiž nejen získat faktografické informace (ty jsou mnohdy opravdu přesnější ve zdravotnické dokumentaci), ale také zjistit postoje pacienta k nim, míru jeho informovanosti, adaptovanosti, spolupráce na léčení (compliance), zjistit pacientova očekávání, jeho subjektivní obtíže, obavy, naděje, vztahy ke členům rodiny apod. Nedílnou součástí anamnestického rozhovoru jsou psychoterapeutická podpora pacienta a získání jeho důvěry
- základní klinické vyšetření, zjištění tzv. status praesens (aktuálního stavu) v rozsahu obvyklého vyšetření internistou či praktickým lékařem rozšířeného o
 - ▶ podrobnější kvalifikovaný popis chorobných projevů základního onemocnění
 - ▶ podrobnější kvalitní (neformální) hodnocení psychického stavu se zaměřením zvláště na úzkost, depresi, psychické projevy (bludy, halucinace – např. v rámci mozkových nádorů a metastáz či delirantních stavů), případně kognitivní deficit (demenci) a poruchy chování
 - ▶ podrobnější hodnocení nutričního stavu, alespoň uvedení body mass indexu (BMI), u pacientů s delší životní prognózou provedení mini-nutritional assessment (MNA)
- posouzení funkčního stavu (pohyblivosti, stability, sebeobsluhy), zabezpečení, vyjádřené pokud možno standardizovaným způsobem, např. pomocí ICF, FIM, ADL, multikauzálních syndromů – viz 4.1.2.1
- prostudování zdravotnické dokumentace, především týkající se základního infaustního onemocnění, pro něž je pacient přijmán k paliativní péči, včetně jasné identifikace, kdo, kdy a jakými metodami stanovil infaustní diagnózu a její přechod do závěrečné fáze indikované k paliativní péči

- zhodnocení domácího prostředí, sociální sítě, rodinných vztahů a míry zátěže, stresovanosti pečující rodiny – viz 4.1.2.2

4.1.2.1 *Hodnocení funkčního stavu pacienta*

Akutní klinické obory se ve svém klinickém vyšetření zaměřují především na patognomické, diagnosticky cenné projevy důležité z hlediska rozpoznání nemoci, diferenciální diagnostiky a hodnocení efektu kauzální léčby.

Medicína chronických a kauzálně neléčitelných stavů, jíž se zabývají zvláště léčebná rehabilitace, geriatrické, medicína dlouhodobé péče, paliativní medicína, případně psychiatrie či neurologie, však pro svou účinnost a účelnost potřebuje také – a mnohdy především – kvalitní zhodnocení funkčního stavu pacienta. Význam přesné identifikace vyvolávající příčiny je často malý (je lhostejné, zda jde o paliativní péči při karcinomu tračnicku, karcinomu plic nebo při jaterní cirhóze) či dokonce indexová choroba chybí (geriatrická křehkost a multimorbidita). Rozhodující jsou obtíže, funkční limity, soběstačnost, sebeobsluha, míra zabezpečení a spokojenosti, kvalita života a možnosti jejich zlepšení, kompenzace, rehabilitace či substituce.

Klíčovým pojmem se stává soběstačnost, v paliativní péči obvykle jen základní sebeobsluha.

Soběstačnost je schopnost uspokojovat samostatně obvyklé potřeby a to v daném konkrétním prostředí. Je tedy dána dvěma faktory:

- **funkční zdatností organismu** včetně potřebných dovedností a znalostí, které chybějí např. nemocným se syndromem demence
- **náročností prostředí**

V úvahu je třeba brát vždy oba faktory. Náročnost konkrétního domácího prostředí daného pacienta určuje zaměření a rozsah rehabilitace, podílí se na potřebě a spotřebě ústavní péče ať nemocniční, nebo dlouhodobé. Soběstačnost lze zachovat či obnovit často spíše úpravami prostředí než normalizací funkční zdatnosti nemocného. Mnozí nemocní jsou přes své postižení plně soběstační při kvalitním bydlení vyšší kategorie či dokonce v bezbariérovém prostředí, ale významně závislí v prostředí náročném a bariérovém. **Stejně závažná jako handicap je handicapující situace. Posoudit možnosti a účelnost kompenzačních pomůcek lze pouze se znalostí jak funkčního deficitu**

a kompenzačních schopností nemocného, tak náročnosti a povahy prostředí, v němž se pohybuje.

Základ funkčního popisu pacienta by měl být standardizovaný, vycházející z některého z ucelených systémů. Používají se především:

- Rankinova škála pohyblivosti, vypracovaná původně pro hodnocení závažnosti (důsledků) cévní mozkové příhody
- hodnocení aktivit každodenního (všedního) života (ADL, IADL)
 - základní aktivity denního života (ADL, activities of daily living) popisují sebeobsluhu – jídlo, mytí, oblékání, užívání toalety, mobilitu (pohyb po místnosti či alespoň přemísťování z lůžka na židli a zpět), komunikaci
 - instrumentální aktivity denního života (IADL, instrumental activities of daily living) zajišťují soběstačnost – nakupování, vaření, úklid a vedení domácnosti, nakládání s penězi, používání dopravních prostředků

Existují různé modifikace těchto sestav a jejich hodnocení – vesměs jsou odvozeny od Katzova indexu. K nejpoužívanějším patří index Barthelové a Lawtonova škála. V psychiatrii se používají např.

- škála DAD (the disability assesment for dementia) shrnuje položky ADL i IADL a je určena pro vyšetření demenčních pacientů
- škála funkčního hodnocení pacienta FAQ (functional activities questionnaire) je dotazník o 10 položkách (např. vyplňování úředních dokumentů, zapamatování si současných událostí, schopnost ohrát si vodu, uvařit kávu, vypnout sporák.)

Hodnocení funkční zdatnosti (FIM)

Functional independence measure (FIM) je v Evropě široce užíván, např. při předávání pacientů z akutní do následné péče. Umožňuje přehledné vyjádření konkrétní závislosti a jejích postupných změn v hlavních oblastech sebeobsluhy a to jak v tabulkové, tak v grafické podobě.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)

International classification of functioning, disability and health (ICF, česká zkratka MKF) je nejsofistikovanější funkční hodnocení. Jde o doplněk či jistou protiváhu Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) a o východisko ucelené rehabilitace. V ČR by se měla povinně používat při hodnocení nesoběstačných pacientů od 1. 7. 2010, což se však neděje.

ICF používá tři základní komponenty, které se dělí na kapitoly a ty dále na domény, které se hodnotí. První komponentu tvoří pohled funkční a strukturální – hodnotí se hlavní systémy člověka, celkem 8 kapitol, z nichž každá se dále dělí na zmíněné domény. Komponenty mají dvě části, funkční a strukturální, které se označují malými písmeny: b = body (tělesné funkce) a s = structure (struktura). Druhá komponenta hodnotí aktivity a participaci. Třetí komponenta hodnotí prostředí, v němž klient žije a v němž překonává limity svých aktivit.

Lze předpokládat, že v krátké době se ICF (MKF) prosadí i ve vykazování a sledování náročnosti paliativní péče.

Syndromologické hodnocení

Pro běžnou každodenní praxi může být systém ICF (MKF) příliš složitý. Lze proto využít popis pomocí multikauzálních syndromů, které dobře vystihují povahu pacientových limitací, rizik a potřeb. Existují např.

- syndrom instability s pády
- syndrom imobilizační
- syndrom hypomobility se sarkopenií (svalovou atrofií a slabostí) a dekondicí
- syndrom inkontinence
- syndrom kognitivního deficitu s poruchami chování

Blíže viz kap. 5.1

Výkonové testy

Výkonové testy k objektivizaci mobility a aktivit všedního života se v paliativní péči nepoužívají.

4.1.2.2 *Hodnocení domácího prostředí, sociálního zázemí, sociální sítě, ošetrovatelské zátěže*

Domácí prostředí

Protokoly domácích návštěv vznikly především ve druhé polovině 80. let. Od počátku se soustředily především na riziko pádů. Přes 50% nalezených problémů a možných zlepšení se opakovaně týká koupelen. Souhrnně však jde o obecnou míru rizikovosti v souvislosti s kolísáním funkčního stavu i chování klientů. Často jde o souběh několika okolností, které vedou k pádu. Prevence pádů a úpravy bytů vycházejí z povahy a míry disability daného člověka. Pozornost se věnuje

především schodištím, protiskluzné úpravě podlahy, bariérám, vybavení koupelny, instalaci madel, osvětlení, výšce sedaček.

Sociální síť

Hodnocení prostředí zahrnuje také posouzení sociální sítě, rozsahu a povahy vztahů, lidí a služeb kolem nemocného člověka.

Povaha, hustota i kvalita fungování sociální sítě mají klíčový význam pro osamělost, izolaci a nezabezpečenost klienta. Síť poskytuje podporu fyzickou (služby), materiální, informační, afektivně emoční a intervenční. Sociální síť je závažný koncept, který je nadřazen rodině. Zvláště při delší životní prognóze má pochopení sítě význam i v paliativní péči. Může např. ukázat, s kým by se imobilní či omezeně mobilní klient ještě rád setkal, s kým by rád hovořil, či návštěva by jej potěšila a rozptýlila. Tito přátelé a známí se často ostýchají aktivně vstupovat do rodiny či jsou rodinou, mnohdy nevědomě a neúmyslně, blokováni.

Ošetrovatelská zátěž pečujících osob

Koncem 80. let 20. století se rozvinul cílený zájem o charakter a důsledky pečování v rodinách, především o nemocné s demencí. Vznikly baterie testů k hodnocení pečovatelské zátěže, konfliktu pečování s ostatními sociálními rolami či rodinných konfliktů. Kvantifikace úrovně rodinného pečování, míry zátěže a objektivizace potřeb pečujících se stala východiskem pro účelné respitní služby i odhadování rizika syndromu vyhoření či zanedbávání a týrání. Příkladem novějšího nástroje k hodnocení ošetrovatelské zátěže je Zaritův dotazník (Zarit burden interview).

Subjektivní prospívání (životní satisfakce)

Subjektivní prospívání se považuje za významný ukazatel nejen kvality života, ale také účinnosti různých programů a režimů. Od 60. let 20. století se např. používá life satisfaction index - A (LSI-A) původně o 20 položkách v pěti dimenzích: potěšení versus apatie, nálada, kongruence mezi očekávanými a dosaženými cíli, pozitivní koncept sebe sama, odhodlanost a mravní síla. Ve zkrácené podobě má 11 položek. Prožívanou smysluplnost, existenciální zakotvenost či naopak existenciální frustraci hodnotí v duchu Franklovy logoterapie logo-test, který je k dispozici i v českém překladu a může být vhodně využit i v paliativní péči.

Hodnotový systém, priority, preference

Údaje se obvykle volně zaznamenávají bez standardizace. Významné je zaznamenání a respektování vůle klienta právě v otázkách péče na konci života.

Sociální zdroje

Myšleny jsou např. příjmy ve vztahu k výdajům, přiměřenost bydlení, přiznání sociální pomoci či dávek v bezmocnosti, dostupnost automobilu apod.

4.1.3 Příjmová dokumentace

Příjmová dokumentace zahrnuje především informovaný souhlas pacienta s poskytováním paliativní péče, vstupní vyšetření a paliativní léčebný plán.

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas má dokumentovat souhlas pacienta s poskytováním paliativní (hospicové) péče, nemá však pacienta děsit ani navozovat atmosféru, že „není cesty zpátky“. Informovaný souhlas je v paliativní péči více než v jiných oborech nejen vyjádření respektu k vůli pacienta, ale také **právní dokumentování, že pacient souhlasí s léčebným postupem, konkrétně s omezením kauzální terapie zaměřené na potlačení choroby, která ohrožuje jeho život, i některých dalších postupů. Bez informovaného souhlasu nelze takto léčbu omezovat, respektive mohlo by být vzneseno obvinění ze zanedbání péče. Je např. nepřijatelné, aby se lékař smluvil s rodinou, že odstoupí od kauzální léčby základní choroby či komorbidit, a pacient žil v představě, že je léčen s plnou razancí.**

Vstupní vyšetření

Záznam vstupního vyšetření má několik částí, na něž navazuje souhrnný závěr a návrh postupu. Dokument lze označit jako *Paliativní příjmový chorobopis*:

- anamnéza
 - anamnéza rodinná – pro paliativní péči může být významná osobní zkušenost pacienta s umíráním blízkých příbuzných,

Příklad formulace informovaného souhlasu:

Informovaný souhlas s péčí

Souhlasím s paliativní péčí a s podmínkami pro přijetí do zde uvedené hospice/paliativního zařízení:

.....

.....

Podmínky pro přijetí jsou součástí patientské dokumentace a byl/a jsem s nimi seznámen/a.

Jsem si vědom/a, že péče poskytovaná paliativním týmem bude zaměřena především na zmírnění průvodních příznaků mé nemoci.

Jsem obeznámen/a s tím, že cílem péče paliativního týmu je udržet co nejlepší možnou kvalitu mého života v mezích, které jsou dány povahou a stadiem mé nemoci.

Používány budou ty léčebné postupy, které mi uleví od nepříjemných projevů nemoci a poskytnou maximální možné pohodlí.

V případě takového zhoršení mého zdravotního stavu, které by mi neumožnilo podílet se na rozhodování o další péči, si přeji, aby mě v důležitých otázkách o rozsahu a intenzitě péče zastupoval/a , který/á je obeznámen/á s tímto Informovaným souhlasem s paliativní péčí.

Souhlasím s tím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup i nezdravotničtí pracovníci multidisciplinárního týmu tohoto hospice/paliativního zařízení.

Datum, místo

Podpis pacienta

Pokud souhlas získat nelze (pacient není schopen vyjádřit svou vůli a nemá soudem jmenovaného opatrovníka), je povinností všech zúčastněných zdravotníků postupovat při péči v pacientově nejlepším zájmu a v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy.

zvláště s umíráním na stejnou či obdobnou (např. nádorovou) chorobu

- anamnéza osobní – především
 - stručný výčet onemocnění a léčebných výkonů (např. operací), zvláště funkčně a prognosticky významných
 - užívaná medikace s důrazem na symptomatické léky, jejich dávkování (opioidy!), intoleranci léků a jejich závažné nežádoucí účinky, aby bylo možno se jim vyhnout
 - alergie
- anamnéza sociální – včetně identifikace hlavní životní role, identity, na níž si pacient nejvíce zakládá, jako východiska pro validaci života či pro oslovování, identifikace sociální sítě, sociálních vztahů a vazeb, v nichž se pacient pohybuje
- nynější onemocnění – podrobný popis onemocnění, pro něž se zavádí paliativní péče včetně všech stávajících subjektivních obtíží
- anamnéza nutriční – objem přijímané potravy, potravinové preference, problémy s příjmem potravy (kousání, polykání), zvracení, průjemy, vývoj tělesné hmotnosti, příjem tekutin, zavedená či dříve zkoušená nutriční podpora (sipping, nasogastrální sonda, PEG aj.), případně formalizovaný nutriční protokol, např. mini nutritional assessment (MNA)
- anamnéza paliativní – jakým způsobem a v jakém rozsahu je pacient o základní chorobě a prognóze informován, jak je adaptován (stádia adaptace dle Kübler-Rossové), jaká má přání. Příklady paliativních dotazů: „Trpíte relativně závažným onemocněním. Hovořili jsme o zdravotních obtížích, které Vás trápí. Máte i nějaké jiné problémy, jiná přání, která bychom Vám mohli pomoci vyřešit?“ „S kým z příbuzných si přejete, abychom o Vašem zdravotním stavu hovořili?“ „Potřebujete něco od naší sociální pracovnice nebo od našeho psychologa/psychoterapeuta?“
- fyzikální vyšetření, tzv. status praesens (přítomný, aktuální stav)
- funkční hodnocení – pokud možno vyjádřené, jak uvedeno výše, standardizovaným způsobem pomocí ICF, FIM, ADL, multikauzálních syndromů apod. (toto hodnocení je např. nezbytné pro porovnatelnost, pro hodnocení nákladnosti, náročnosti a účelnosti poskytované péče)

- závěr – obvykle (stejně jako v případě geriatricke či dlouhodobé péče) podstatně rozsáhlejší, než jak je běžné v dokumentaci akutních oborů:
 - hlavní diagnóza, pro niž je zavedena paliativní péče s podrobným upřesněním stádia, generalizace apod. včetně stádia adaptace (dle Kübler-Rossové)
 - komorbidita – další významné choroby s důrazem na funkční stav
 - paliativní indikátory – bolest, dušnost, svalová síla, výživa, nauzea, zvracení, úzkost, deprese, kognice
 - funkční stav zhodnocený a vyjádřený, jak uvedeno, standardizovaně pomocí např. ICF, FIM, ADL/IADL či multikauzálních syndromů
 - paliativní perignóza, tedy ostatní skutečnosti významné pro paliativní péči, např. sociální síť, osobní přání, spirituální aspekty, zátěž a adaptace pečující rodiny
- individuální paliativní plán:
 - hlavní cíl a časový horizont zaváděné paliativní péče – může jít např. o
 - pravděpodobně dočasnou intervenci při přechodné dekompenzaci stavu pacienta či při komplikacích – cílem je stabilizace a zlepšení zdravotního stavu s důrazem na léčebné intervence, např. algeziologické
 - pravděpodobně krátkodobou dočasnou respitní pomoc rodině – cílem je zachování stávajícího stavu s léčebnými intervencemi případných komplikací
 - pravděpodobně dlouhodobou péči o pacienta s nejistou, obtížně stanovitelnou časovou prognózou (např. nemocní s demencí) – cílem je podpora smyslu a kvality „života s omezením a ohrožením“, kolísání mezi animací a paliací, kvalitní ošetrovatelská i lékařská péče s prevencí a léčením komplikací, např. imobilizačního syndromu či akutních zánětů
 - pravděpodobně typickou paliativní péči s krátkou časovou prognózou v týdnech či několika měsících, např. u pokročilých onkologických onemocnění (klasické jádro paliativní péče) – cílem je ucelená paliativní péče
 - pravděpodobně krátkou péči o bezprostředně umírající pacienty v „agonální“ fázi s prognózou dní, maximálně několika týdnů. Cílem je tlumení obtíží včetně případné analgosedace

Čím častěji se budou hospicové/paliativní služby - jak ústavní, tak domácí - ujímat i křehkých neoncologických pacientů s nejistou prognózou, tím důsledněji musejí akceptovat léčebné intervence nad rámec symptomatického tlumení obtíží. Hospicová služba musí být zvláště u těchto pacientů schopna kvalifikovaně posoudit celkový zdravotní stav, poskytovat diagnosticko-terapeutickou péči, nejen tlumit paliativně obtíže. Musí zajistit nejen maximálně klidné a důstojné umírání těm, kdo skutečně neodvratně umírají, ale také bezpečné přežití těm, kdo se pouze neterminálně zhoršili či kteří byli za umírající chybně označeni. Je možné, že čím častěji se „akutní medicína“ bude dopouštět chybného despektu a terapeutického nihilismu především ke starým a chronicky nemocným lidem s omezenou soběstačností, tím více bude muset paliativní medicína pěstovat podpůrnou, zvláště geriatrickou činnost diagnosticko-terapeutickou. Jen tak si může udržet důvěru nemocných a bezpečnost svých služeb. V žádném případě nesmí přijmout roli těch, kdo se u pacientů s nejistou prognózou nekriticky ztotožní se sporným názorem jiného zdravotníka a nepřiměřeně ukončí potřebné podpůrné medicínské aktivity! Eticky i právně jde zřejmě o ještě závažnější problém, než jaký přináší neschopnost „akutní medicíny“ přejít od heroických výkonů k úlevné paliativní péči.

- farmakoterapie - výběr a dávkovací schéma léků, především symptomatických
- dietoterapie - stručné doporučení výběru a úprav stravy, případně nutriční podpory (např. sipping, popíjení)
- pohybový režim a režimová opatření - klid na lůžku s polohováním, dopomoc při základním přemísťování z lůžka do křesla, dopomoc při pohybu po místnosti, výběr opěrných pomůcek, instalace madel apod.
- ošetřovatelské úkony
 - monitorování - např. krevního tlaku, pulzu, tělesné teploty, bolesti, saturace kyslíku
 - ošetřování - např. převazy chronických ran, krmení, aplikace léků, infuzí
 - ošetřovatelské pomůcky - např. absorpční při inkontinenci
- rehabilitace
 - fyzioterapie - analgetické úkony, dechová rehabilitace, nácvik odkašlávání, aplikace fyzikální analgetické léčby

- ergoterapie – využití kompenzačních pomůcek a bezbariérové úpravy prostředí
- pečovatelská služba a osobní asistence – např. mytí a holení, zajištění dohledu během celých 24 hodin, přestýlání lůžka, zajištění potavy (vaření či dovoz jídla), zapojení dobrovolníků, „sezení u lůžka“ – zvláštní forma paliativního společenství (konverzace, držení za ruku, předčítání, modlení)
- psychoterapie – empatické (vcítivé) naslouchání, validace života, podpora v krizi, při úzkosti a strachu
- spirituální podpora
- sociální práce – podání žádosti o příspěvek na péči, zajištění poslední vůle apod.
- podpora pečující rodiny
- jiné

4.2 VIZITY V RÁMCI DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Domácí hospicová péče má charakter „domácí hospitalizace“. Její součástí jsou proto nejen akutní intervence na zavolání pečující rodiny, ale také vizity dle rozhodnutí lékaře a zdravotní sestry. Typické pro tento typ péče je to, že výrazný podíl na řízení návštěv má rodina. Zdravotníci nechodí jako v nemocnici pravidelně každé ráno na vizitu, ale přicházejí dle stavu a potřeb nemocného i rodiny: někdy párkrát do týdne, jindy několikrát denně. Dokumentace by měla být pro zdravotnické odbornosti hospicového týmu společná – zápisy se řadí chronologicky bez ohledu na odbornost.

Forenzně nezbytné je, aby v dokumentaci bylo neprodleně zapsáno vše, co se s pacientem a kolem něho děje, včetně významných rozhovorů s příbuznými.

Zápisy musejí být čitelné, nepřepisované – opravovaný údaj se škrtně a nový se nadepíše – s uvedením času a s čitelným podpisem.

Věcný průběh lékařské i ošetřovatelské vizity je obdobný jako v jiných oborech. Vždy by se měla zaznamenat monitorace hlavních pacientových obtíží, kterými jsou nejčastěji bolest, dušnost, úzkost či zvracení. Lékařská vizita (návštěva) zahrnuje i revizi (aktualizaci) plánu péče na základě vývoje nemoci a účinku léčebných opatření.

4.3 ETAPOVÉ EPIKRÍZY

Průběžné (etapové) epikrízy jsou velmi významnou, bohužel však často podceňovanou složkou kontinuální zdravotní péče. Jde o víc než o formální prvek řádné dokumentace. **Epikríza má závažný význam forenzní (právní) a především je nástrojem lékařského (zdravotnického) myšlení, průběžného vyhodnocování a modulování léčebného (ošetřovacího) plánu.** Chybou není jen epikrízy nepsat. Chybou je i hrubý formalismus – opakované kopírování vstupních informací (v době počítačů kopírování „Ctrl+C, Ctrl+V“). Průběžné epikrízy se zpracovávají jednak při mimořádných událostech (dramatické změny stavu, nakupené události), jednak periodicky – při ústavních pobytech a v režimech „domácích hospitalizací“ obvykle 1 × týdně, při ambulantní péči např. praktického lékaře by byly užitečné v intervalu několika týdnů.

Smyslem epikrízy je shrnout dění s pacientem a kolem pacienta, zamyslet se nad ním, vyhodnotit správnost léčebného plánu, modulovat jej, zdůvodnit a dokumentovat, proč se na změny zdravotního stavu reagovalo zvoleným způsobem či proč se na ně nereagovalo. Co není zapísáno a zdůvodněno v epikrízách, to se obtížně zdůvodňuje a obhájí při případných stížnostech a znaleckých posudcích.

4.4 PLÁN SOS INTERVENCÍ

Plán SOS intervencí je individuálně zpracovaný algoritmus postupu a stručný rozpis opatření („kuchařka“) pro případ komplikací reálně očekávatelných vzhledem k povaze pacientova onemocnění. Jde např. o průlomovou bolest, zhoršení dušnosti, závažné krvácení, úporné zvracení.

Plán SOS intervencí je určen především pečující rodině, zvyšuje její jistotu, do značné míry snižuje míru tíživého stresu a nejistoty, které prožívají v podobných situacích nepřipravené rodiny. Snižuje také míru utrpení pacienta před příjezdem zdravotníků mobilního hospice, případně snižuje potřebu urgentních hospitalizací a výjezdů rychlé záchranné pomoci.

Doporučená opatření nesmějí překročit kompetence laické zdravotní péče, nesmějí být v rozporu s platnými právními normami (např. o nakládání s omamnými látkami) a nesmějí ohrozit pacienta při chybném zhodnocení situace laiky.

4.5 ÚMRTÍ PACIENTA

Očekávané úmrtí pacienta představuje v ústavní péči obvykle rutinní situaci vyžadující konstatování smrti lékařem, vyplnění Listu o prohlídce mrtvého (tzv. šterbky), standardní nakládání s tělem, sepsání pozůstalosti, vyrozumění rodiny. V domácím prostředí jde o emočně akcentovanou osudovou událost, v níž dominují rozloučení a rituál. Dnešní rodiny jsou obvykle nepoučené a bezradné. Často se dopouštějí chyb, které si pak dlouho vyčítají – např. příliš časně zavolání pohřební služby ještě před příjezdem a rozloučením dalších příbuzných. I v tom může domácí hospic velmi pomoci.

O „posledních věcech“, o tom, co a jak udělat při úmrtí, obvykle nechtějí rodiny rozsáhleji předem s pracovníky hospice hovořit, neboť to považují za jakési nevkusné „pohřbívání živých“. Nejčastěji se proto domluví, že rodina zavolá, pokud se stav závažně zhorší nebo pokud podle jejího laického posouzení dojde k úmrtí. Obvyklý postup, který po příjezdu nabízí či organizuje hospicová zdravotní sestra, zahrnuje především:

- sesterské posouzení úmrtí
- vyslovení soustrasti, případně uklidnění přítomných členů rodiny a ocenění toho, jak pomohli zmírnit umírajícímu jeho utrpení
- uložení těla do rovné polohy, zavření očí, podvázání brady
- povolání lékaře kompetentního ke stanovení smrti, ohledání těla a vyplnění příslušné dokumentace – nejspíše by mělo jít o registrujícího praktického lékaře, případně o lékařskou službu první pomoci nebo rychlou záchrannou službu
- informování dalších příbuzných a blízkých osob o úmrtí a domluva s nimi, zda a do kdy přijedou k domácímu rozloučení
- poskytnutí dokumentace a dalších informací ohledávajícímu lékaři tak, aby pokud možno mohl vyhovět obvyklému přání rodiny o neprovádění pitvy (není-li k tomu mimořádný důvod)

- umytí těla, přestlání lůžka, pokud bylo znečištěno, oblečení zemřelého (před nástupem posmrtné ztuhlosti!) podle přání rodiny: rodina může učinit sama, s pomocí sestry či dobrovolníka, případně oblečení a umytí nechá na sestře či dobrovolníkovi – měli bychom respektovat přání nejbližších, být k dispozici, ale neřídit je
- zapálení svíčky, vyzdobení místnosti květinami, případně další slavnostní úkony podle přání blízkých zemřelého
- doporučení pro rodinné rozloučení – mnohé rodiny nevědí, co mají či mohou dělat – např. sedět kolem lůžka, vyprávět o zážitcích se zemřelým, vzít jej za ruku, poděkovat, rozloučit se, modlit se
- zavolání pohřební služby (pracovníci hospice by měli rodině doporučit několik pohřebních služeb, aby neupadli do podezření, že s některou spolupracují za provizi) – pohřební služba nemusí být volána ihned po ohledání těla a vyplnění formulářů lékařem, měla by být zavolána tak, aby bylo umožněno rozloučení i příbuzným žijícím v jiné lokalitě
- zapsání okolností úmrtí do hospicové dokumentace
- nabídnutí pomoci pozůstalým v době truchlení

4.6 ZÁVĚREČNÁ ZPRÁVA (UZAVŘENÍ CHOROBOPISU)

Každý chorobopis by měl být formálně a formalizovaně uzavřen – *Propouštěcí zprávou o ošetřování v domácí hospicové péči* (v případě předání klienta do péče jiného zdravotnického zařízení – např. praktického lékaře či hospice), nebo *Závěrečnou zprávou* (v případě úmrtí pacienta).

Závěrečná zpráva je vlastně rozsáhlejší epikríza, která popisuje důvod přijetí do péče a její průběh se souhrnem provedených intervencí a s komentářem závažných okolností včetně okolností úmrtí. Připojuje se k *Přijímací zprávě*.

Propouštěcí zpráva o ošetřování obsahuje navíc aktualizovaný diagnostický závěr a doporučení – přehled stávající farmakoterapie včetně dávek, ošetrovatelských postupů, rozjednaných sociálních opatření, forem spolupráce s rodinou apod., aby se zajistila kontinuita péče.

5. VYBRANÉ ÚKONY, JEVY A PROBLÉMY V PALIATIVNÍ PÉČI

**Na dobro, které vykonáte dnes, lidé zítra zapomenou.
Přesto dobro konejte dál. Dávejte světu to nejlepší, co je ve vás,
a i když to nemusí stačit, dávejte dál.**

Matka Tereza

5.1 ÚKONY LÉKAŘSKÉ

**Dnes není nejhorší nemocí malomocenství nebo tuberkulóza,
ale pocit, že člověk je nechtěný.**

Matka Tereza

1. Bolest

Základní informace

Bolest je varovný příznak poškození tkání či hrozby takového poškození, který je spojen s negativní emoční reakcí. Pocit bolesti vzniká přirozeně drážděním volných nervových zakončení různými působky (např. histaminem, prostaglandiny, substancí P), případně drážděním sensorických receptorů nadlimitně silnými podněty. Patologicky může vznikat bolest přímo v převodních drahách, tedy v nervech (bolest neuralgická či neuropatická) nebo v mozkových centrech (bolest thalamická). Vnímání bolesti je dvojí povahy – algognozie znamená vnímání bolesti (co, kde a jak bolí), algothermie znamená prožívání bolesti (co bolest pro mne znamená, jak ji prožívám, jaký význam jí přisuzuji, jak se jí bojím, jak trpím). Meditace, poškození některých mozkových struktur a některé léky dokáží algothermii utlumit, takže bolest ztrácí svůj trýznivý náboj. Poškození nervových drah může vést ke sníženému vnímání bolesti – např. neuropatie (tiché ischemie diabetiků, neuropatické vředy) či syringomyelie. Vnímání a prožívání bolesti jsou

záležitosti individuální a interindividuálně problematicky srovnatelné. Snášení bolesti je ovlivněno různými faktory – produkcí endogenních opioidů (endorfinů), tlumivou činností míšních drah a receptorů, geneticky, výchovou i situačně (motivace a zkušenost snášení bolesti zlepšují, strach, úzkost, deprese či osamělost zhoršují).

Chronická bolest, obvykle vymežovaná trváním delším než 3 měsíce, se stává samostatným problémem (syndrom chronické bolesti) se závažnými psychosociálními konsekvencemi – psychické a sociální změny a problémy jsou buď spolupříčinami vzniku chronické bolesti, či jejími důsledky. Chronickou bolest je proto nezbytné vždy řešit komplexně, včetně psychosociálních příčin či důsledků. Zdá se, že geneticky je k chronické bolesti (a obecně k horšímu snášení bolesti) disponováno kolem 25 % populace. Studium a léčením bolesti se zabývá obor algeziologie.

V paliativní péči se setkáváme kromě náhodných bolestí u neonkologických pacientů především s intenzivní bolestí nádorovou (chronickou, či akutní průlomovou, prolamující chronickou léčbu) i s chronickou bolestí jiného původu, např. u neurologických a muskulárních postižení.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

V paliativní péči jde především o úvahy nad zhoršením chronických obtíží. V úvahu přichází především

- progresse či komplikace známé příčiny, obvykle základního onemocnění
- psychická dekompenzace pacienta (bolest je vlastně stále „stejná“, ale pacient ji přestal snášet)
- přidružení bolesti jiného původu
 - bolesti z vynucené polohy a chybného polohování
 - vertebrogenní algický syndrom, blok žeber či jiné muskulo-skeletální bolesti
 - neuropatie navozená léky či základním onemocněním
 - herpes zoster imunodeficitních pacientů
 - interkurentní onemocnění, např. biliární či renální kolika

Diagnostické úkony

- každodenní sledování intenzity bolesti u klientů paliativní péče, nejlépe standardizovaným způsobem, např. pomocí vizuální analogové škály (grafické vyznačení míry bolesti na rocm úsečce,

obvykle ve sklonu 45 stupňů) nebo číselným označením intenzity v rozmezí 0-10

- pečlivý rozbor povahy zhoršené bolesti na základě rozhovoru s pacientem a klinického vyšetření – **nespokojit se automatickým předpokladem, že jde o zhoršení základní bolesti**
- další „pomocná“ vyšetření dle klinického nálezu

Terapeutická intervence

Základem léčby chronické bolesti v paliativní péči je podávání analgetik „podle hodin“, tedy tak, aby se intenzivní bolest nestačila rozvinout. Intenzitu opioidové analgetické dávky lze v případě potřeby pružně modulovat. U nemocných, kteří jsou po podání opioidů spaví, lze dávky podávané během dne snížit i za cenu vyšší hladiny bolesti, pokud například nemocný čeká návštěvu nebo chce během dne komunikovat s rodinou. Pokud je toho nemocný schopen, lze využít i self-management – korigování dávek samotným pacientem.

Léčbu bolesti řídíme v zásadě stále podle žebříčku WHO.

- I. stupeň představují neopiooidová analgetika, např. paracetamol, který podáváme v jednotlivé dávce 500-1000 mg do celkové denní dávky 4000 mg, případně potencovaný kodeinem – např. Korylan, nebo nesteroidní antirevmatika, např. ibuprofen (Ibalgin 400 či 600 mg) či diclofenac (Dolmina, Veral, Voltaren, Olfen), při pravidelném podávání je zvláště u rizikových pacientů (warfarinizace, peptický vřed v anamnéze) vhodné krýt žaludeční sliznici 20 mg omeprazolu denně jako při podávání kortikoidů.

U břišních bolestí lze podat spasmolytika: kombinovaný preparát s metamizolem a pitofenonem (Algifen Neo či Analgin), drotaverin (No-Spa), butylscopolamin (Buscopan) – všechny lze podat i i.m.

- II. stupeň WHO představují opioidy na středně silnou bolest: tramadol (např. Tramal, Tralgit) – u vnímavých, zvláště starších pacientů může způsobit útlum, závratě, pády – dihydrokodein (např. DHC cont.) a kodein; existuje též kombinace tramadolu s paracetamolem (Zaldiar). Nověji někteří užívají nízké dávky opioidů určených k léčbě silné bolesti – např. oxykodon. Je třeba mít na paměti, že nízká dávka morfinu je méně účinná než vysoká dávka kodeinu.

III. stupeň představují opioidy určené k léčbě středně silné až silné bolesti, jejichž standardem je morfin. Lze je podávat jako tablety (např. MST, Vendal, Sevredol), rektální čípky, kapky, parenterálně s.c., i.m., i.v., jako bolus i v kontinuální infuzi. O dalších opioidech včetně výhodných transdermálních náplastových aplikací fentanylu (Durogesic) či buprenorfinu (Transtec) viz samostatné publikace včetně *Hospice do kapsy*.

Připomínáme nevhodnost pethidinu (Dolsin), a to i u geriatrických pacientů, u nichž je někdy dosud aplikován. Hrozí vyšší výskyt delirií a zvracení bez toho, že by méně tlumil dechové centrum.

Kromě analgetik je třeba v paliativní péči zvažovat i další postupy, k nimž patří zvláště:

- adjuvantní farmakoterapie
 - antidepressiva
 - někdy anxiolytika – pokud není vhodnější při kombinaci bolesti s úzkostí posílit léčbu opioidy
 - antiepileptika u neuropatické bolesti
 - kortikoidy
- fyzioterapie u muskulo-skeletálních bolestí
- správné polohování
- invazivní metody, např. epidurální anestezie (např. u nádorů malé pánve) či neurolyza
- radioterapie (kostní či mozkové metastázy)

II. Dušnost

Základní informace

Dušnost je subjektivní pocit ztíženého dýchání, nedostatku vzduchu. Rozlišuje se dušnost námahová, klidová a záchvatovitá. Jako dušnost ortopnoická se označuje dušnost s vynucenou polohou těla – vsedě s fixovanými pažemi, což umožňuje zapojení pomocných svalů dýchacích upínajících se jednak na hrudník, jednak na pažní kost.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Diferenciálně diagnosticky upřesňujeme, zda se dušnost rozvíjí postupně, či zda vznikla náhle, zda je provázena jinými příznaky (bolest na hrudi či v zádech, kašel, bušení srdce), zda přináší úlevu sed či po-

loha na jednom boku. K hlavním příčinám dušnosti v paliativní péči patří:

- srdeční selhání – úleva při posazení, obvykle tachykardie (podrobně viz kapitola „srdeční selhání“)
 - chronické srdeční selhání především v rámci ICHS, dilatační kardiomyopatie, chlopní vady
 - akutní srdeční selhání např. při akutním srdečním infarktu, hypertenzní špičce (krizi), hemodynamicky významné tachykardii či bradykardii, přetížení rychlou infuzí
- stenóza hrtanu či trachey (např. nádory hrtanu, štítné žlázy, mediastina) – obvyklým příznakem je stridor, chrčivý nádech, při postižení hrtanu je častá i dysfonie z parézy n. laryngeus recurrens, někdy Hornerova trias (ptoza, mioza, enoftalmus)
- stenóza velkých bronchů (např. stenozující nádor či obstrukce hlenovou zátkou u vyčerpaných pacientů)
- rozsáhlá pneumonie, zvláště oboustranná
- plicní embolie
 - masivní – náhle vzniklá závažná klidová dušnost či šokový stav (někdy náhlá smrt) s naplněním krčních žil, tachykardií a poklesem TK, přicházející často po zvýšení břišního tlaku či změně polohy (postavení, defekace)
 - sukcesivní (opakovaná s postupně narůstajícím postižením plicního řečiště) – postupně narůstající dušnost s tachykardií, bez úlevy vsedě (pacient tzv. toleruje horizontálu, polohu vleže)
- „nepravá dušnost“
 - úzkost, úzkostný pocit nedonadechnutí – často hrozí hyperventilační tetanie, kdy hyperventilace vede k respirační alkalóze z vydýchání CO₂ a tím k poklesu ionizovaného kalcia v séru s parestéziemi (brnění rtů, jazyka, prstů) až s křečemi (tzv. porodnická ruka s prsty do špetky a karpopedální spasmy nohou)
 - chrčivé dýchání s distančními vlhkými poslechovými fenomény (chropy) – zvláště u obluzených (agonálních, delirujících) či bezvědomých pacientů vzbuzuje dojem dušnosti – příčinou je hlen v dýchacích cestách, saturace kyslíku není snížena
- porucha rozvíjení hrudníku – rotace a funkční blok žeber, blok hrudních obratlů
- vysoký stav bránice s poruchou abdominálního dýchání např. u obemného ascitu, velké hepatomegalie či při výrazné pneumatóze tračníku

- fluidothorax - tekutina v pohrudniční dutině se stlačením plíce (příčinou je např. nádorový výpotek, zánět plic či pohrudnice včetně TBC, srdeční selhání, hypoproteinemie)
- pneumothorax - vzduch v pohrudniční dutině s kolapsem plíce (např. při poranění plíce kanylací velkých žil)
- alergická reakce
- závažná anémie - např. aplastická po chemoterapii či při myelodysplastickém syndromu, nebo posthemoragická
- plicní fibróza (např. postiradiační)
- plicní nádorová lymfangiopatie
- chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) včetně astmatu
- primární plicní hypertenze (v terminální fázi jedna z možných indikací paliativní péče)
- hyperemie až edém plic při větším příjmu tekutin u oligurických či anurických pacientů
- tzv. uremická plíce v terminálním stadiu renálního selhání

Diagnostické úkony

Základní diagnostickou metodou zůstává klinické vyšetření - anamnéza, pohled, poslech a poklep hrudníku. Zásadním přínosem tzv. „bedside“ diagnostiky u lůžka nemocného je hodnocení saturace kyslíku pulzním oxymetrem (nelze použít u pacientů v šokovém stavu, s arteriální hypotenzí, centralizací krevního oběhu či jinou periferní vazokonstrikcí) - lze tak objektivizovat závažnost řady příčin dušnosti. Někdy může být užitečné EKG, vyšetření krevního obrazu.

K dalším metodám, vyžadujícím převoz dušného pacienta do zdravotnického zařízení, patří zvláště RTG hrudníku, případně horní hrudní apertury či rovnou CT hrudníku, echokardiografie, spirometrie, bronchoskopie, ORL vyšetření, vyšetření krevních plynů, při podezření na plicní embolii CT angiografie.

Terapeutické intervence

Základními paliativně symptomatickými opatřeními jsou

- aplikace opioidu
- při úzkostné dušnosti může dostačovat podání anxiolytika
- polohování pacienta do úlevové polohy (např. vsedě v křesle s opěrkou pro paže - tzv. křeslo pro kardiaky)
- oxygenoterapie

Z kauzálních intervencí se v paliativní praxi uplatňují zvláště

- podání diuretika při srdečním selhání
- pleurální punkce objemného fluidothoraxu
- transfuze erytrocytů u závažné anémie
- podání bronchodilatancia u bronchiální obstrukce, odstranění hlenové bronchiální obstrukce – inhalace s mukolytikem + expectorans + dechová rehabilitace s polohovou drenáží, odkašlávání v různých polohách (bronchoskopické odstranění hlenové zátky není obvykle reálné)
- heparin u plicní embolie
- fyzioterapeutické uvolnění hrudníku
- dechová rehabilitace
- antibiotikum u pneumonie či purulentní bronchitidy
- tlumení sekrece hlenu u chrčivého dýchání agonálních pacientů
- Epinefrin a hydrokortison u alergické reakce

III. **Nauzea**

Základní informace

Nauzea je nepříjemný pocit nevolnosti, „zvedání žaludku“, nucení na zvracení, „žaludku na vodě“. Může, ale nemusí být provázena zvracením.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Nauzea je častá obtíž a může být způsobena řadou onemocnění a příčin. V paliativní péči se uplatňují zvláště:

- onemocnění trávicího traktu
 - všechna onemocnění žaludku a duodena včetně nádorů
 - poruchy střevní pasáže včetně nádorů tračnicku i prosté závažnější obstrukce
 - onemocnění jater, žlučových cest či pankreatu
- srdeční selhání s překrváním splachnické oblasti
- farmakoterapie – nauzea patří k nejčastějším nežádoucím účinkům léků
 - chemoterapie nádorových onemocnění
 - jiná farmakoterapie – např. antibiotika, kortikoidy, nesteroidní antirevmatika, opioidy, digoxin
- uremický syndrom – terminální fáze renálního selhání

- nitrolební hypertenze, edém mozku – tímto mechanismem i závažná hyponatremie
- roztroušená skleróza mozkomíšni a jiná demyelinizační onemocnění
- hyperkalcémie
- vegetativní reakce – např. na bolest
- vertigo – postižení mozečku, vnitřního ucha, blok krční páteře, vertebrální insuficience i jiná etiologie

Diagnostické úkony

Základní klinické vyšetření, v nejasných případech u pacientů s delší životní prognózou především

- základní biochemické vyšetření séra – natrium, kreatinin, kalcium, amyláza, jaterní biochemie
- gastrokopie

Terapeutická intervence

- vysazení zbytných léků
- symptomaticky thiethylperazin (Torecan), haloperidol, setrony
- prokinetika k podpoře peristaltiky horní části trávicí trubice – metoclopramid (Cerucal, Degan) – u křečkových geriatrických pacientů může provokovat delirium, domperidon (Motilium) či itoprid (Ganaton)
- ke zklidnění podrážděné žaludeční sliznice blokátor protonové pumpy – omeprazol (Helicid, Apo-Ome, Losec, Loseprazol, Ultop), pantoprazol (Controloc) či lansoprazol (Lanzul, Lansoprol)
- řešení obstipace projímadly či klysmatem
- kauzální postupy u léčitelných příčin – např. korekce hyperkalcémie či hyponatremie

IV. Zvracení (emesis, vomitus)

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Zvracení obvykle navazuje na nauzeu. Patří k typickým problémům paliativní péče. V jejím rámci jsou nejčastějšími příčinami

- poškození a podráždění žaludeční či duodenální sliznice
 - peptický vřed
 - erozivní gastropatie, akutní gastritida

- lokální efekt léků – kortikoidy, nesteroidní antirevmatika, kyselina acetylosalicylová, antibiotika
- porucha pasáže trávicí trubice
 - ileus – neprůchodnost střevní
 - pylorostenóza – zúžení či neprůchodnost vývodné části žaludku (pyloru)
 - obstipace (zácpa)
 - obleněná (zpomalená) peristaltika
- jiná onemocnění trávicího traktu – např. akutní pankreatitida, biliární kolika
- dráždění mozkového centra pro zvracení
 - nežádoucí účinky léků – např. protinádorová chemoterapie, opioidy
 - uremický syndrom při selhání ledvin
 - jiné poruchy vnitřního prostředí – hyponatrémie, hyperkalcémie
 - nitrolební hypertenze, mozkový edém, hypertenzní krize
 - demyelinizační onemocnění, zvláště roztroušená skleróza mozkomíšní
 - intoxikace

Zvracení je nejen příznakem určitého postižení, ale může být též příčinou závažných komplikací, k nimž patří např.

- aspirace
- dehydratace
- poruchy vnitřního prostředí – hyponatrémie, alkalóza (může docházet k tetanii)

Diagnostické úkony

Jako v jiných případech by se měl diagnostický proces řídit klinickým nálezem a pravděpodobností jednotlivých příčin.

Základem je vyšetření břicha včetně poslechu a indagace per rektum.

- při podezření na ileus: nativní RTG břicha „na hladinky“
- při podezření na postižení žaludku či duodena: gastroskopie
- při podezření na poruchu vnitřního prostředí: biochemické vyšetření séra – natrium, kalcium, urea, kreatinin, glykémie
- při podezření na postižení jater či podjaterní krajiny: sono břicha a biochemické vyšetření séra – amyláza, alkalická fosfatáza, bilirubin, aminotransferázy
- při podezření na nitrolební hypertenzi: případně CT hlavy

Terapeutické intervence

Terapeutická intervence závisí na intenzitě zvracení a na jeho příčině. U těžkého zvracení po chemoterapii se podávají již preventivně nákladné léky, antagonisté serotoninových receptorů, u zvracení z iritované žaludeční sliznice se podávají blokátory protonové pumpy snižující aciditu žaludečního obsahu, u obleněné peristaltiky mohou pomoci prokinetika, u pylorostenózy se zavádí nasogastrální sonda, u nitrolební hypertenze se podávají kortikoidy apod.

- nasogastrální sonda - zřejmě snižuje riziko aspirace u zvracení jakéhokoliv původu, ulevuje u pylorostenózy, ileu, pankreatitidy, v závěrečné fázi života však může sama představovat dyskomfort, který pacient odmítá
- antiemetika - především aplikovatelná parenterálně či formou rektálních čípků
 - antagonisté serotoninových receptorů - ondansetron (Zofran, Emeset, Ondansetron, Setronon), granisetron (Kytрил, Emegar, Granisetron), pelonosetron (Aloxi)
 - thiethylperazin (Torecan)
 - jiná neuroleptika - haloperidol, chlorpromazin (Plegomazin)
 - prokinetika - metoclopramid (Cerucal, Degan)
- blokátory protonové pumpy - omeprazol (Helicid, Losec, Ultop, Apo-Ome, Loseprazol), pantoprazol (Controloc) či lansoprazol (Lanzul, Lansoprol, Lansoprazol)
- parenterální úprava hydratace a vnitřního prostředí (infuze především fyziologického roztoku)
- v případě uremického syndromu, hyperkalcémie, nitrolební hypertenze či ileu závisí postup na prognóze základního onemocnění
 - při péči v bezprostředním umírání s krátkou životní prognózou se může postupovat symptomaticky
 - při delší prognóze je nezbytný invazivní postup v nemocnici

v. Delirium

Základní informace

Delirium je komplexní psychická porucha, kterou vyvolává působení různě intenzivní vyvolávající příčiny (spouštěče) na různě odolný mozek. Čím křehčí, zranitelnější je mozek (např. pokročilá atrofie, syndromy demence), tím menší intenzita spouštěče stačí k vyvolání

poruchy – deliria. Jako spouštěč se mohou uplatnit např. horečky a zánětlivá onemocnění (uroinfekce, pneumonie, erysipel a jiné), léky a jiné chemické látky (intoxikace), poruchy vnitřního prostředí, bolest, závažné psychosociální stresory. Časté jsou kombinace několika příčin. Laicky se deliria obvykle označují jako „blouznění“, ve stáří také jako „zmatenost“, často ovšem vysvětlovaná demencí – známé je blouznění horečnaté, agonální či pooperační.

Klinický obraz je pestrý a proměnlivý. Postiženy mohou být všechny složky psychiky. K běžným projevům patří dezorientace, poruchy koncentrace, paměti a soudnosti, halucinace, bludy, úzkost, neklid, agitovanost, cílené i necílené obranné reakce, jindy apatie, insomnie, inverze spánku, obvyklá je amnézie.

Delirium obvykle rychle nastupuje a rychle odeznívá, na rozdíl od demence je reversibilní. Nejčastěji trvá několik hodin či dní, ale může trvat i řadu týdnů. U geriatrických pacientů je častý nástup deliria za soumraku a typický je vznik deliria v časném pooperačním období, kdy se uplatňuje kumulace spouštěcích stresorů – vliv anestetik a opioidů, zánětová reakce, bolest, krevní ztráta, imobilizace, někdy hypoventilace.

Podle klinického obrazu se rozlišují deliria

- hyperaktivní – nápadná, s neklidem, agitovaností, vykřikováním, často s halucinacemi
- hypoaktivní – nenápadná, často přehlédnutá, s apatií, inkontinencí, disponující k rozvoji imobilizačního syndromu, dehydratace, malnutrice, a proto s horší prognózou
- smíšená

Diferenciálně diagnostická rozvaha

U geriatrických pacientů je zvláště důležité odlišit, zda je příčinou „zmatenosti“

- delirium
- demence, případně s poruchou chování
- delirium „naroubované na demenci“ – vzniklé v křehkém mozku dementního člověka

Přístup k demenci a deliriu je totiž podstatně odlišný: dezorientaci a poruchy chování u demence se snažíme akceptovat a kompenzovat, zatímco u deliria usilujeme o léčení vyvolávající příčiny a častěji tlumíme neklidové projevy.

Pokud jde o spouštěče, uplatňují se v paliativní péči při vzniku delirií zvláště

- horečka a systémová zánětová reakce (uroinfekce, pneumonie, dekubity, nádorové nekrózy)
- poruchy vnitřního prostředí – zvláště dehydratace, hyponatremie, hyperkalcemie, hypoglykemie
- nežádoucí účinky léků – opioidy, jiná analgetika, anticholinergika, kortikoidy, či vysazení návykové látky (alkohol, anxiolytika)
- malnutrice
- respirační insuficience – hypoxemie i často podceňovaná hyperkapnie při aplikaci opioidů a oxygenoterapie bez stimulace dechového centra
- závažná anémie
- hypoperfuze mozková – arteriální hypotenze, syndrom malého minutového volumu
- bolest, včetně retence moči
- imobilizace
- úzkost a strach

Často se více příčin kombinuje

- pooperační delirium
- agonální delirium

Diagnostické úkony

Především je třeba u starších pacientů odlišit delirium od demence.

Při diagnostice spouštěčů, je-li v paliativní péči indikována, se uplatňuje klinické vyšetření s posouzením základních laboratorních parametrů, jakými jsou zvláště krevní obraz, CRP, saturace kyslíku oxymetrem, urea, kreatinin, natrium, kalcium, případně osmolalita v séru.

Terapeutická intervence

Základem přístupu je lidská blízkost, komunikace – řadu delirií lze zvládnout sezením u lůžka, držením nemocného za ruku, konejšivým tónem hlasu.

Při horečnatém deliriu jde o snížení teploty – antipyretika, nesteroidní antirevmatika, vlažné zábaly.

Symptomaticky se podávají tlumivá neuroleptika v šetrných dávkách

- melperon (Buronil) – relativně bezpečný a s rychlým nástupem účinku
- haloperidol (Haloperidol) – větší riziko extrapyramidového syndromu
- tiaprid (Tiapridal, Tiapra) – pomalý nástup účinku, méně vhodný ke zvládnutí akutního deliria
- risperidon (Risperdal, Rispen, Rispera)

Intervence spouštěče – nasazení antibiotika, hydratace, další úpravy vnitřního prostředí atd.

VI. **Horečka**

Základní informace

Horečka je zvýšení tělesné teploty nad fyziologické rozmezí. Obvykle se rozlišuje subfebrilie (zvýšená teplota, 37–37,9 °C) a febrilie (horečka, 38 a více °C). Příčinou je dráždění teplotního centra v hypothalamu určitými působilky, tzv. pyrogeny. Ty jsou vesměs součástí zánětové reakce, která může být způsobena buď mikroby, nebo také asepticky, především rozpadem, nekrotizací tkání, jak bývá např. u nádorového rozpadu či rozsáhlé ischemie.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

K hlavním příčinám horečky v paliativní praxi patří

- bakteriální zánět – bývá vysoký marker CRP (C-reaktivní protein, jeden z proteinů akutní fáze zánětu), zvažovat je třeba zvláště
 - močové infekce
 - respirační infekce
 - kožní infekce
 - abscesy
 - endokarditidu – v paliativní péči včetně tzv. marantické endokarditidy
 - TBC
- virový zánět – CRP nízký, ATB neúčinná (jen ovlivnění sekundárně nasedající bakteriální superinfekce)
- mykotický zánět – např. u pacientů imunokompromitovaných po chemoterapii, na kortikoidní léčbě, kachektických, HIV pozitivních

- aseptický zánět z nekrotizujících nádorových i jiných – dekubity, ischemické defekty dolních končetin
- „revmatický“ zánět u systémových onemocnění, tzv. kolagenózy

Diagnostické úkony

Základním diagnostickým nástrojem je pečlivé klinické vyšetření. Důležitá je anamnéza i nenápadných obtíží zanikajících v dominující symptomatologii paliativního onemocnění (uroinfekce), pečlivý poslech plic i srdečních ozv (endokarditida, pneumonie), prohlídka pokožky (erysipela na DK, trofické defekty, dekubity).

V domácí péči lze odebrat krev na vyšetření CRP, KO, FW. CRP lze vyšetřit případně analyzátozem i přímo u lůžka, lze odebrat moč na vyšetření chemicky a sedimentu a zvláště kultivace. Lze v nejasných případech odebrat i krev na hemokulturu.

Terapeutické intervence u nemocných s delší životní prognózou

Při bakteriálních zánětech širokospektrá baktericidní antibiotika, neboť klienty paliativní péče je třeba považovat za imunokompromitované pacienty – např. cefalosporiny či amoksiklav ve vyšších dávkách, případně, např. u uroinfekce, fluorochinolony (ofloxacin, ciprofloxacín, norfloxacin, pefloxacin – Zanocin, Ofloxin, Nolicin, Gyralblock, Abaktal, Ciphin).

Při podezření na mykotickou infekci antimykotika.

Symptomaticky paracetamol či nesteroidní antirevmatika (event. v kombinaci) perorálně či jako čípky, parenterálně např. diclofenac (Dolmina) či metamizol (Novalgin). Použit lze i acetylosalicylovou kyselinu (Acylpyrin, Aspirin), která má však více nežádoucích účinků než paracetamol (alergie, iritace žaludeční sliznice) a řádově slabší účinek než obdobně působící nesteroidní antirevmatika. U vysokých aseptických horeček se podávají kortikoidy.

VII. Anorexie a malnutrice

Základní informace

Anorexie (nechutenství) a malnutrice (nedostatečná výživa) patří k nejčastějším obtížím pacientů v paliativní péči. Extrémní malnutrice se označuje jako kachexie. Malnutrice je mimořádně závažná především u pacientů s delší životní prognózou (měsíce), u nichž se mnohdy

stává hlavní příčinou sarkopenie (úbytku svalové hmoty a síly) a jí podmíněné poruchy funkce (slabosti) dolních končetin s instabilitou, pády, hypomobilitou a posléze imobilitou se ztrátou soběstačnosti.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

K hlavním příčinám anorexie patří

- základní onemocnění zvláště zhoubné nádory, pokročilé srdeční selhání s překrvením sliznice trávicího traktu, uremický syndrom u pokročilého selhání ledvin
- nežádoucí účinky léků – nejen cytostatik, ale i většiny ostatních léků
- deprese

K hlavním příčinám malnutrice patří

- nechutenství a odmítání potravy
- nauzea a zvracení
- problémy s perorálním příjmem potravy
 - problémy s kousáním – stav chrupu, nesedící zubní protéza
 - bolestivé afekce ústní sliznice zvláště u imunodeficitních pacientů – mukositida, aftózní stomatitida, mykóza (soor)
 - xerostomie, nedostatek slin se suchostí úst
- problémy s polykáním
 - odynofagie – bolestivé polykání např. při
 - zánětech – ezofagitida mykotická (imunodeficit, užívání cytostatik i antibiotik) či refluxní, případně komplikovaná vředem (např. užívání kortikoidů) mukositida
 - nádorech jícnu či prorůstajících z okolí
 - dysfagie při poruchách inervace či motility – vážnutí soust s hrozící aspirací
- malabsorpční syndrom s průjmy a steatoreou (objemná mastná páchnoucí stolice s nevstřebanými tuky) – např. při chronické pankreatitidě či při poškození sliznice tenkého střeva např. léky
- průjmy jiné etiologie s postižením tenkého střeva – např. postiradiační, dysmikrobiální po léčbě antibiotiky
- porucha proteosyntézy – např. u pokročilé cirhózy jaterní či pokročilé chronické městnavé slabosti srdeční s kongestivní hepatopatií (tzv. kardiální cirhóza jaterní)
- nezabezpečenost či zanedbání péče

Diagnostické úkony

Základem je objektivizace příjmu potravy a příčin jejího omezení - nutriční anamnéza, zahrnující i přehled užívaných léků.

U pacientů s delší životní prognózou je vhodné opakované vážení s hodnocením výško-hmotnostního indexu, obvykle tzv. BMI, pokud ovšem není zdrojem pacientovy úzkosti a deprese. Tělesná hmotnost může být také výrazně ovlivněna retencí tekutin (otoky, ascites) či naopak dehydratací (průjemy, zvracení, nedostatečný pitný režim).

Při krátké životní prognóze v rámci péče o terminálně nemocné po příčinách anorexie a kachektizace nepátráme, při delší prognóze přichází do úvahy především ezofagoskopie a gastrokopie, laboratorní posouzení malnutrice (vyšetření albuminu, kalcia v séru, KO).

Terapeutická intervence

Základem je chuťová a mechanická úprava stravy s respektováním pacientových preferencí - rodině je však třeba vysvětlit, že vyhovění přáním pacientů (např. chuť na určité jídlo obecně či na „palačinky o půlnoci“) je často provázeno zklamáním - pacient pozře jen několik soust.

Při nechutenství i poruchách polykání je vhodné podat měkkou stravu s velkým obsahem kalorií v malém objemu - vhodné jsou např. chlazené smetanové krémy - Lipánek, Pacholík, či připravené doma z tučného tvarohu s mlékem, případně s cukrem a vaječným žloutkem, případně kalorický puding. Vhodné jsou i chladivé mražené smetanové výrobky, smetanové zmrzliny. Z tekutin plnotučné mléko (pokud pacient netrpí poruchou vstřebávání tuků se steatoreou či intolerancí mléka), bujóny, kalorické nápoje včetně obvykle dobře tolerované sladké Coca-Coly.

Při poruchách polykání (dysfagii) tekutin lze použít potravinové zahušťovaadlo Nutilis.

Při poruchách kousání volíme pochopitelně měkkou stravu s masem mletým, mixovaným či posekaným nadrobno. Při suchosti úst a vážnutí soust je vhodné připíjení tekutin. Při bolestivé stomatitidě je třeba dbát na neutralitu tekutin - nevhodné jsou např. kyselé džusy.

Druhým krokem je vysazení potenciálně anorektických léků a všech léků zbytných.

Orexigenní efekt (podpora chuti k jídlu) byl prokázán u

- kortikoidů (např. Prednison 20–30 mg denně rozděleně v ranní a polední dávce, obvykle v kombinaci s omeprazolem)

- gestagenů (megestrol – Megace, Megaplex), které prokazatelně zvyšují i svalovou hmotu (lean body mass) a jsou zřejmě nejúčinnějším orexigenním lékem (z nežádoucích účinků je zvláště třeba u kardiaků sledovat retenci tekutin) – není však prokázáno odstranění únavy ani prodloužení života

Při nedostatečném příjmu potravy s hubnutím je vhodná nutriční podpora formou tzv. sippingu (popíjení). Používá se především Nutridrink či proteinově bohatší Nutridrink Protein (lepší ochrana svalů), u diabetiků Diasip; vesměs jde o lahvičky s objemem 200 ml (Nutridrink Compact 125 ml) o různé chuti. Mnozí pacienti však tyto výrobky chuťově nesnášejí. Účinné je podání 2–3 lahviček denně, a to zásadně po jídle či mezi hlavními jídly, aby nedošlo k zasycení a následně odmítnutí oběda či večeře!

Při dysfagii a zvláště odynofagii je vždy třeba pomýšlet na léčitelnou ezofagitidu včetně mykotické či na peptický vřed – případně i bez endoskopického ověření lze provést terapeutický test podáním např. omeprazolu, při závažném podezření na mykotickou ezofagitidu (u paliativních pacientů častou!) je nutno podat již z úlevných (symptomatických) důvodů perorální antimykotikum (např. ketokonazol – Nizoral).

Při jinak neřešitelné dysfagii/odynofagii je nutričně indikováno zavedení speciální tenké nutriční sondy nasogastrální či nasojejunální (podávání nutričních přípravků za Treitzovu řasu vyžaduje jejich farmaceutickou přípravu) či založení PEG (perkutánní endoskopické gastrostomie). U těchto výkonů je vždy třeba pečlivě uvážit prognózu onemocnění a přání pacienta, aby nešlo o dystanatické zadržování smrti. Podle současných odborných i etických doporučení v rámci Evropské unie se nepovažuje za vhodné zavádění sondy, PEG ani parenterální výživy v rámci péče na konci života včetně pokročile dementních imobilních pacientů. Zvláště při naléhání rodiny však může jít o choulostivé etické dilema – soudíme, že rozhodování o nutriční podpoře v závěrečné fázi onemocnění by mělo být vždy činěno při komplexním zvážení všech okolností, tedy v kontextu pacientova života, jeho vyslovených přání i sociálního prostředí.

U pacientů s delší paliativní prognózou je nutriční podpora jedním ze základních a univerzálních opatření, prevencí závažných komplikací i odvrátitelného poklesu kvality života. Je třeba s ní začít co nejdříve od vzniku poruchy příjmu potravy (pokud možno do 48–72 hodin) a podávat účinné, nikoliv jen symbolické dávky!

Podrobnější rozvedení nutriční podpory včetně zásad parenterální výživy překračuje rámec této publikace. Kromě rozsáhlé literatury lze využít i poradenskou kapacitu nutričních ambulancí – www.skvimp.cz.

VIII. Dehydratace

Základní informace

Dehydratace je obecně používaný, v zásadě však nesprávný pojem, kterým se označuje deficit tekutin. Problém vzniká tím, že je vždy třeba hodnotit vztah vody a iontů, především sodíku, tedy osmolalitu. Různé typy dehydratace – hypertonická, isotonická, hypotonická – se poněkud liší rozvojem, klinickým obrazem i terapeutickou korekcí. V podmínkách domácí hospicové péče je však lze pojednat souhrnně.

V klinickém obraze se objevuje žízeň (může chybět zvláště u starších pacientů), únava, cefalea, oschlost sliznic (jazyka, bukalní sliznice), pokles kožního turgoru, zmatenost, pokles TK se závratěmi, pády, tachykardií, palpitacemi, poklesem diurézy s koncentrovanou močí (není-li porucha koncentrační schopnosti ledvin) a poklesem hmotnosti. V extrémních případech dochází k závažné neurologické symptomatologii s nauzeou, zvracením, křečemi, bezvědomím a k selhání ledvin s anurií. Laboratorní obraz je ovlivněn tím, zda dochází k deficitu „čisté vody“, či vody s obsahem soli odpovídajícím vnitřnímu prostředí. Obvyklý je vzestup urey v séru disproporčně vyšší ve srovnání s kreatininem, hyperosmolalita, při deficitu čisté vody hypernatremie, při nekorektním hrazení ztrát izotonické tekutiny s natriem (pocení, průjemy) čistou vodou vzniká hyponatremie hrožící v extrému edémem mozku. Ke komplikacím dehydratace s delší oligurií koncentrované moči patří exacerbace uroinfekce a urolitiáza s rizikem renální koliky.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Obvykle jde o

- hrubý deficit příjmu tekutin při jejich fyziologických ztrátách
 - bezvědomí
 - osamělý člověk ležící po pádu několik dní na zemi
 - zanedbání ošetrovatelské péče u pacientů
 - imobilních

- psychicky alterovaných s poruchou pocitu žízně (demence, delirium, psychóza)
 - s poruchou polykání (dysfagie, odynofagie)
- nedostatečně a nekvalitně (podíl soli) hrazené zvýšené ztráty tekutin
 - průjmy
 - opakované zvracení
 - pocení a perspirace
 - při horečce
 - v horkém prostředí (tropické dny)
 - polyurie při osmotické diuréze
 - glykosurie při dekompenzaci diabetes mellitus
 - hyperkalciurie
 - polyurie při diabetes insipidus
 - polyurie při diuretické léčbě
 - píštěle
 - ztráty tekutin sekvestrací do 3. prostoru (např. ascites)

Diagnostické úkony

- průběžné cílevědomé klinické kontroly hydratace u rizikových pacientů včetně kontrol TK a tepové frekvence
- u rizikových pacientů sledování a zapisování příjmu tekutin
- u rizikových pacientů, pokud je to možné (spolupráce pacienta), sledování diurézy (objemu moči za 24 hodin), která kromě bezprostředně umírajících pacientů nesmí klesat do pásma oligurie, tedy pod 500 ml/den – v paliativní péči však není sledování diurézy indikací k zavedení permanentního močového katétru!
- z laboratorních hodnot kontroly urey, kreatininu, natria, kalia, osmolality, glukózy v séru

Terapeutické intervence

Základním opatřením je dodržování „pitného režimu“ – příjmu tekutin přiměřeně stavu a potřebám pacienta, tedy zvyšovaného při zvýšených ztrátách (pocení, průjmy).

Příjem tekutin je nutno zachovat i při nauzece či mírném zvracení (chlazené nápoje po malých objemech).

Je třeba dbát na vyvážený příjem iontů – perorálně minerální vody, iontové roztoky, např. Kulíšek.

Pokud pacient s delší životní prognózou není schopen potřebný objem upít po dobu delší než 1–2 dny, jsou nutné infuze.

V péči o bezprostředně umírající lze omezený příjem tekutin chápat jako přirozený průběh choroby a pacienta není třeba obtěžovat nucením k pití při nauze, dysfagii, somnolenci:

- tekutiny nabízíme, ale nevnucujeme
- svlažujeme ústní sliznice
- pokud pacient aktivně neodmítá infuze, podává se obvykle při nulovém perorálním příjmu do 1000 ml fyziologického roztoku infuzně do žíly či podkožně (hypodermoklýza) – infuze však nezlepšuje pocit suchosti v ústech (ústní dutinu je třeba ošetřovat účinnějšími způsoby) a často spíše zmírňuje úzkost rodiny

Ze specifických opatření přichází do úvahy např.

- antiduretický hormon u diabetes insipidus centralis.
- mechanické ochlazování při horečce (zábaly) či v horkých dnech (ventilátor) s pocením
- obstipancia u průjmů

IX. Otoky a retence tekutin

Základní informace

Jako otok označujeme prosáknutí podkoží. Může jít o postižení lokální, symetrické (např. na obou dolních končetinách) či celkové – tzv. anasarka („vodnatelnost“). Kombinuje se zadržetí tekutin, usnadněný přestup vody do intersticiálního prostoru při narušení rovnováhy onkotického (nasávacího) a hydrostatického (filtračního) tlaku v kapilárách, aktivní sekrece tekutin např. při lokálním zánětu. Symetrické otoky či anasarka obvykle souvisejí se sekvestrací vody do třetího prostoru, tedy se vznikem ascitu a fludiothoraxu.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

U asymetrických místních otoků se zvažuje především

- lokální zánět – obvykle klasické známky: rubor, calor, dolor, tumor, functio laesa
- alergická reakce
- paravenózní aplikace infuze na paži
- ztížení žilního odtoku se zvýšením hydrostatického tlaku, např.
 - špatné polohování

- svěšená paže z lůžka
 - ležení na jednom boku
 - ztížený žilní odtok - např.
 - chronická žilní insuficience, obvykle s výraznějšími varixy dolních končetin
 - tlak paketu uzlin v axile či třísele
 - posttrombotický syndrom
 - recentní flebotrombóza!
 - lymfedém - např. na paži po ablaci prsu či na dolní končetině po erysipelu
 - lokální vasodilatace
 - plegická končetina
 - radikulární a pseudoradikulární syndromy
- U symetrických otoků se zvažuje zvláště
- trombóza či komprese velkých žil
 - horní duté žíly - otok hlavy, krku, rozšíření podkožních žil na hrudi
 - dolní duté žíly - víceméně symetrické otoky obou DK, případně podbřišku, skrota
 - retence tekutin
 - otoky hypoproteinemické s hypalbuminemií
 - nefrotický syndrom s masivní proteinurií
 - malnutrice s kachexií
 - porucha proteosyntézy u pokročilé jaterní cirhózy
 - masivní ztráty bílkovin do stolice
 - otoky renální při renální insuficienci s anurií či oligurií a nadměrným příjmem tekutin
 - otoky kardiální
 - cor pulmonale - selhání pravého srdce při plicní hypertenzi - např.
 - plicní embolie
 - primární plicní hypertenze
 - obstrukční plicní nemoc s aktivním omezováním perfuze (a tím navozování plicní hypertenze) úměrně snížené ventilaci
 - plicní fibróza a jiné příčiny restriční insuficience
 - městnavá slabost srdeční - selhání původně levé komory srdeční
 - ICHS

- kardiomyopatie
- arteriální hypertenze
- chlopenní vady levého srdce
- srdeční vady pravého srdce a levopravé zkraty s přetížením pravého srdce
- otoky jaterní při cirhóze jaterní se syndromem portální hypertenze – uplatňuje se žilní přetlak, sekundární hyperaldosteronismus, hypoproteinemie při poruše proteosyntézy

Diagnostické výkony

Diagnostická aktivita se řídí základním fyzikálním vyšetřením a prognózou pacienta. Vyšetřování zahrnuje běžné internistické postupy.

Terapeutické intervence

Léčba otoků musí být uvážlivá a opatrná. Otoky samy obvykle pacienta bezprostředně neohrožují a příliš razantní léčba diuretiky může způsobit více škody než užitku! V paliativní péči proto nijak neřešíme např. mírné otoky dolních končetin, které neztěžují pohyblivost a nejsou spojeny s dušností ani podezřením na flebotrombózu – lépe, aby měl pacient oteklé nohy, než aby byl dehydratovaný, hypotenzní a padal.

- U kardiálních otoků je základem akutní intervence podání kličkového diuretika (furosemid). V dlouhodobém léčení hrají klíčovou roli inhibitory ACE (např. perindopril – Prestarium), angiotenzinových receptorů či aldosteronu (spironolakton – Verospiron), obvykle v kombinacích.
- U cor pulmonale jde rovněž o ovlivnění sekundárního hyperaldosteronismu (spironolakton – Verospiron), v případě CHOPN v kombinaci se snížením plicní hypertenze zlepšením ventilace (bronchodilatancia, mukolytika).
- U hypoproteinemických otoků je nutno upravit hypalbuminemii, jinak je podávání diuretik neúčinné a zatížené řadou závažných nežádoucích účinků (dehydratace, arteriální hypotenze, iontové změny).
- U renálních otoků se indikují vysoké dávky diuretik (Furosemid forte), případně hemodialýza.
- U flebotrombózy je řešením podání nízkomolekulárního heparinu.

x. Retence moči

Základní informace

Zadržení moči především v močovém měchýři, z něhož vůbec či z podstatné části neodtéká. Zvláštním případem je tzv. paradoxní ischurie, kdy přeplněný měchýř nekontrolovatelně „přetéká“, ale vymočení není možné. Pacient tedy imponuje jako inkontinentní a retence může být přehlédnuta. Základními příznaky jsou tlaková bolest v břiše, především v podbřišku, a u lucidních pacientů údaj o nemožnosti vymočení. Při úplné obstrukci pacient vůbec nemočí. U geriatrických pacientů a pacientů s poruchou vědomí či syndromem demence se může retence manifestovat jako neklid, necílené obranné reakce; retence se může podílet na vzniku deliria. Délétrvající retence, respektive velké postmikční reziduum, je dispozicí k rozvoji uroinfekce, mnohdy pod obrazem sepse. Delší retence vede k dilataci močovodů, k hydronefróze a k selhání renálních funkcí. Pokud překážka brání odtoku moči nad močovým měchýřem, hovoří se o subrenální obstrukci s dilatací močvodu a hydronefrózou – při oboustranném postižení (např. fibróza retroperitonea či tumor zaujímající oba močovody) je močový měchýř prázdný, moč neodtéká, je přítomna oboustranná hydronefróza a dochází postupně k selhání ledvin.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

- Při nemočení či malém objemu moči nutno rozlišit, zda pacientovy ledviny tvoří málo moči (oligurie, méně než 500 ml/den) či ji netvoří vůbec (anurie), nebo zda jde o neprůchodnost vývodných cest močových se zadržením moči (retence).
- Při bolesti břicha je nutno zvažovat retenci moči.
- Při zhoršení neklidu či nástupu deliria je třeba zvažovat retenci moči.
- Jako příčiny retence moči je třeba zvažovat především (často v kombinaci) – benigní zvětšení prostaty, maligní zvětšení prostaty, stenózu uretry, nádor malé pánve (u žen především děložní), retroperitoneální fibrozu, obturující močová krevní koagula, nežádoucí účinek léků (spasmolytika, anticholinergika, obecně léky oslabující činnost detruzoru močového měchýře).

Diagnostické úkony

Základním vyšetřením je poklep a pohmat břicha - retence někdy zvětšuje močový měchýř až k pupku. Ověřujícím vyšetřením, zvláště u menších retencí, je sonografie břicha.

Terapeutické intervence

Především katetrizace močového měchýře či epicystostomie. Ostatní úkony dle urologa.

xi. Krvácení do horní části trávicího traktu

Základní informace

Krvácení do horní části trávicího traktu je relativně častou událostí, která může v těžší podobě vést k šokovému stavu a bezprostřednímu ohrožení života. K základním příznakům patří

- hematemesa - zvracení krve čerstvé či natrávené („kávová sedlina“)
- melena - specifická stolice změněná natrávenou krví, popisuje se jako dehtová stolice - černá, mazlavá, páchnoucí, nejprve průjmovitá, při odeznívání formovaná
- enteroragie - čerstvá krev ve stolici, při masivním krvácení projde krev do tračníku bez natrávení
- příznaky krevních ztrát (nemusí být hematemesa, enteroragie ani melena!):
 - akutních při masivním krvácení - pokles TK, závratě, palpitace, tachykardie, pocení, u pacientů s ICHS stenokardie, hrozí šokový stav (hemoragický šok) a úmrtí
 - chronických při nenápadném drobném, ale setrvalém krvácení (mikroskopické, okultní = skryté krvácení) - anémie (mikrocytární), únava, dušnost, závratě, palpitace, tachykardie, sideropenie

Diferenciálně diagnostická rozvaha - nejvýznamnější možnosti

1. karcinom jícnu či žaludku
2. karcinom jiného úseku horní části trávicího traktu - např. ampulom v oblasti Vaterské papily
3. jícnové varixy při portální hypertenzi (jaterní cirhóza, trombóza portální žíly)
4. peptický vřed žaludku či duodena

5. těžká ezofagitida, obvykle refluxní
6. erozivní gastropatie (např. při léčbě nesteroidními antiflogistiky)
7. Mallory-Weissův syndrom – krvácení z ragád sliznice v gastroezofageální jункci při úporném zvracení (chemoterapie, intoxikace včetně alkoholu)
8. hematemesis spuria (falešná hematemesa) – zvracení spolykané krve při krvácení z ústní dutiny či z nosu – epistaxe)
9. potencující faktory
 - nežádoucí účinky farmakoterapie
 - antikoagulační léčba – Warfarin, Heparin
 - antiagregační léčba – kyselina acetylosalicylová (Anopyrin, Godasal)
 - nesteroidní antirevmatika – ibuprofen (Ibalgin), diclofenac (Veral, Voltaren, Uno, Dolmina, Olfen, Diclofenac) a řada dalších
 - steroidy – Prednison, Medrol, Triamcinolon
 - krvácivé stavy
 - trombocytopenie
 - jaterní cirhóza
 - DIC – diseminovaná intravaskulární koagulopatie
 - hemofilie a jiné

Diagnostické úkony

Základními diagnostickými úkony jsou gastrokopie (esofagogastroskopie), vyšetření krevního obrazu a sledování TK a TF. Při hrozbě šokového stavu a kurativním přístupu jsou nezbytné monitorování TK a TF, sledování diurézy, případně centrálního žilního tlaku, příprava krevní konzervy, provedení urgentní endoskopie – vše v nemocnici.

Terapeutické intervence odvisí od prognózy pacienta, masivnosti krvácení a celkového stavu:

- paliativní přístup bez terapeutických intervencí (např. krvácení z karcinomu žaludku v terminální fázi)
 - při masivním krvácení s hematemezou
 - zklidnění pacienta a rodiny
 - případně zavedení nasogastrální sondy (odvod žaludečního obsahu bez zvracení a tím i rizika aspirace – sonda se však často ucpává krevními koaguly a sama může představovat dyskomfort pro pacienta)

- obložení pacienta tmavými ručníky (eliminace stresujících krvavých skvrn)
- tlumení případné dušnosti (opioidy)
- při masivním krvácení bez hematemy
 - tlumení případné dušnosti (opioidy)
- terapeutický přístup (např. krvácení z interkurentního peptického vředu)
 - zajištění žilní linky s rychlým doplněním intravaskulárního objemu (fyziologický roztok, želatinové roztoky apod.)
 - zajištění krevní transfuze
 - gastroscopická intervence s ošetřením krvácejícího zdroje
 - blokátor protonové pumpy v infuzi (omeprazol – Helicid, Losec)

XII. Hemoptýza

Základní informace

Hemoptýza znamená vykašlávání krve. Dřívější rozlišování podle intenzity na hemoptýzu a hemoptoe postupně zaniklo.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

- akutní záněty dýchacích cest (tracheitida, bronchitida) – přechodná nevelká příměs krve ve sputu (častý příznak)
- pneumonie
- plicní embolie, především plicní infarkt – vykašlání nevelkého množství krve, současně pleurální respirační bolest a dráždivý kašel
- zhoubný nádor dýchacích cest, především bronchogenní karcinom – při arodování tepny může jít o masivní i smrtící krvácení
- plicní tuberkulóza – při arodování tepny může jít o masivní i smrtící krvácení, u kachektických pacientů s imunodeficitem v paliativní péči v závěrečné fázi života se riziko rozvoje TBC zvyšuje!

Diagnostické úkony

V péči o prokázaný zhoubný nádor v závěrečné fázi života postupujeme symptomaticky bez diagnostického upřesňování.

Při masivní hemoptýze u pacientů s delší životní prognózou je vhodné akutní diagnostické upřesnění a terapeutické řešení v nemocnici.

V případě drobnější hemoptýzy u pacientů s delší životní prognózou

- fyzikální vyšetření hrudníku (poslech, poklep)
- nativní RTG hrudníku zadopřední a boční
- při podezření na zánět dýchacích cest, zvláště recidivující, kultivace sputa, případně posouzení zánětové aktivity pomocí CRP (může být zvýšen základním onemocněním) a ORL vyšetření
- při podezření na plicní embolii CT angiografie, fibrin degradační produkty v séru (D-diméry)
- při nejasnostech bronchoskopie – nutno uvážit účelnost tohoto výkonu vzhledem k zátěži pro pacienta
- při podezření na TBC (i s ohledem na epidemiologickou situaci) – opakované vyšetření sputa na BK, eventuelně PCR

Terapeutická intervence

- drobnou hemoptýzu při akutních zánětech dýchacích cest není třeba léčebně řešit, je-li spojena s dráždivým kašlem, podávají se dle kontextu antitusika (codein), mukolytika (ACC, Mucosolvan, Erdomed), případně při purulentním žlutozeleném sputu s febriliemi antibiotika
- při pneumonii antibiotika a expektorancia, jejichž účinek je však obecně velmi omezený
- při podezření na plicní embolii nízkomolekulární heparin
- při masivní hemoptýze indikované k nemocničnímu řešení – poloha vsedě či polosedě, chladný obklad na hrudník, urgentní převoz RZP se založenou žilní linkou, infuze k doplnění intravaskulárního objemu, hemostyptika, při dušnosti kyslík a morfin
- při masivní hemoptýze indikované k symptomatickému postupu (terminální fáze infaustního zhoubného nádoru) – poloha vsedě či polosedě, chladný obklad na hrudník, kyslík, při dušnosti a úzkosti morfin, dle celkového stavu hemostyptika, vykašlavanou (chrhlenou) krev nechat vsakovat do tmavší látky (kapesníky, ručník), klidnění rodiny

XIII. Průjmy

Základní informace

Průjmy patří k příznakům, u nichž poměrně často dochází k nedorozumění mezi pacientem a lékařem. Pacient či pečující rodina může jako „průjem“ označovat zvláště také

- častější odchod i tuhé stolice během dne
- pouhou změnu konzistence stolice (vodovitá či jen kašovitá) i bez změny frekvence
- časté imperativní nucení na stolicí – tenesmy, rektální syndrom
- inkontinenci stolice

Jako průjmy nepravé se označuje obtékání tuého obsahu (koprolitu) v ampule rekta – stolice nad touto „zátkou“ měštná, pak se rozkládá, dráždí sliznici a posléze se vyprazdňuje jako řídký průjem, často s inkontinencí při distenzi ampuly koprolitem.

Průjmy jsou především nepříjemným příznakem onemocnění trávicí trubice, akutní hrozbu představují dehydratace a další změny vnitřního prostředí (hypokalemie).

Diferenciálně diagnostická rozvaha

V paliativní péči se nejčastěji setkáváme s následujícími příčinami průjmů:

- nádor tračníku, především jeho levé poloviny (lienální flexura, sigmoideum, descendens, rectum) – obvykle známé onemocnění, pro něž byla zavedena paliativní péče
- nespecifický zánět tračníku (kolitida) a postiradiační kolitida – obvykle známá diagnóza při přebírání pacienta do paliativní péče
- ischemická kolitida – zvláště u pacientů s povšechnou aterosklerózou
- dysmikrobiální průjmy po léčbě antibiotiky
- klostridiová pseudomembranózní kolitida obvykle u nemocných léčených antibiotiky či u imunodeficitních pacientů s kachexií a léčbou imunosupresivy – závažné akutní onemocnění obvykle s celkovou prostrací, život ohrožující
- náhodné interkurentní průjmy, např. virová gastroenteritida, salmonelóza (epidemiologická situace)
- intolerance enterální výživy – např. průjmy po Nutrisonu či koncentrovaných roztocích glukózy podaných sondou či do PEGu
- jiné příčiny: uremický syndrom, jaterní cirhóza

- rektální syndrom s tenesmy – častý imperativní odchod malého množství stolice či jen hleny, případně krve – příčinou jsou nádory rekta či proktitidy

Diagnostické úkony

Především je třeba anamnesticky ujasnit, co má pacient či jeho rodina pojmem „průjem“ na mysli, jaká je konsistence (formovaná, kašovitá, vodovitá) a barva stolice, kolikrát denně dochází k jejímu odchodu. Současně ověřujeme výskyt dalších možných projevů, jimiž jsou zvláště

- bolesti břicha, především vzniklé současně s průjmem
- nauzea a zvracení
- schopnost přijímat potravu a zvláště tekutiny
- horečka
- patologické příměsi ve stolici – krev (i melena), hlen, hnís

Základním vyšetřením je fyzikální vyšetření břicha a současně posouzení hydratace, diurézy, TK a tepové frekvence.

Z ostatních vyšetření:

- při podezření na klostridiovou kolitidu, při horečnatých průjmech s příměsí krve či při nejasných průjmech – kultivace stolice, vyšetření na klostridiový toxin
- při nejasných průjmech či zhoršení nespecifické kolitidy – kolonoskopie či alespoň rektosigmoideoskopie
- z hlediska dehydratace a změn vnitřního prostředí se sledují zvláště urea, kreatinin, natrium a kalium v séru

Terapeutická intervence

Základními opatřeními u všech průjmů jsou

- hydratace – pacient potřebuje přijmout obvyklý objem tekutin (přibližně 1,5 litru) navýšený o střevní ztráty, které mohou činit i několik litrů denně; vhodné jsou solné roztoky (perorálně minerální vody, iontové roztoky – např. Kulíšek, parenterálně fyziologický roztok), suplementace kalia; perorálně kromě minerální vody silnější černý čaj (naopak nevhodné je mléko, případně ovocná šťáva)
- dietní režim
 - u akutních průjmů (např. náhodná virová gastroenteritida) se doporučuje obvykle 1–2 dny dietní pauza (jen výše uvedené tekutiny), pak 2–3 dny ve vodě vařená rýže, ve vodě vařená mrkev,

banány, starší bílé pečivo, pak 2–3 dny vodová bramborová kaše, vařené bílé maso. Dietní režimy ale ne vždy situaci řeší, lze přihlídnout k preferencím nemocného, aby se tak předešlo nutričnímu deficitu a úbytku na váze

- u chronických průjmů bezzbytková či málozbytková strava, především rýže, bílá masa, bílé pečivo, banány, vařené brambory
- farmakoterapie
 - symptomaticky obecně obstipancia – Imodium, dříve Reasec, Codein, tinctura opii
 - u dysmikrobiálních či náhodných akutních průjmů a po nich k úpravě střevní flory probiotika (např. Hylak) a kultury laktobacila včetně tzv. živých jogurtů
 - u nespecifických a ischemických kolitid střevní antiflogistika sulfasalazin, mesalazin (Asacol, Pentasa, Salofalk) perorálně, případně v malých klysmatech
 - u klostridiové kolitidy antibiotika
- další možná opatření
 - u falešných průjmů odstranění obturujícího rektálního obsahu (klysmata, manuální vybavení stolice často v analgosedaci)
 - u těžkých kolitid či nádoru (včetně obtěžujícího rektálního syndromu) odlehčovací kolostomie
 - u akutních průjmů kontaminujících dekubity či jiné defekty v okolí je možností, ovšem finančně nákladnou, „utěsnění“ konečníku systémem plug s odvodnou cévkou (obdoba permanentního močového katétru)

xiv. **Obstipace**

Základní informace

Obstipace (zácpa) patří stejně jako průjem k pojmům, v nichž si pacient s lékařem často nerozumí. Pacient může jako obstipaci označovat především

- obtížnou defekaci tuhé stolice
- malý objem tuhé stolice, zvláště bobkovité či pentlicovité
- odchod stolice po více dnech, než si pacient přeje, případně jen s použitím projímadla
- bolestivé nadýmání (meteorismus)
- zástavu odchodu stolice

Důležitá bývá rodinná tradice, co je ještě „normální“, a změna vyprazdňování proti pacientovým zvyklostem.

Řada pacientů je z různých důvodů na vyprazdňování velmi fixována a jejich představy o častosti a pravidelnosti „očišťování“ mohou být až bizarní.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

V paliativní péči se nejčastěji uplatňují:

- ileozní stavy (neprůchodnost střevní) – zástava odchodu stolice i plynů, zvláště při vysokém ileu i zvracení
 - obstrukční ileus – obvykle provázený křečovitými (kolikovitými) bolestmi – obstrukce tumorem, pooperační či postiradiační srůsty, stomické stenózy
 - paralytický ileus – pooperační, navozený léky
 - cévní – ischemie střeva s jeho „ochrnutím“ – zástava pasáže, zvracení a rozvoj krutých bolestí
- efekt léků – opioidy, kodein, symptomatická léčba průjmů
- dehydratace
- malý objem potravy a/nebo její bezzbytkový charakter včetně sipingu (popíjení)
- habituální zácpa, případně zhoršená stresem, nemocničním pobytem
- spastická forma dráždivého tračníku, případně situačně zhoršená
- tuhé rektální koprolyty (skybala)
- rozvinutá hypotyreóza (např. při mylném vysazení substituce u pacientů po strumektomii)
- těžší hypokalémie
- u geriatrických pacientů tzv. Ogilvieho syndrom – porucha motility tračníku (spasmus) s jeho proximální distenzí (jakýsi funkční, spastický ileus)

Diagnostické úkony

K základním diagnostickým úkonům patří

- ujasnění pojmu „zácpa“
- základní klinické vyšetření – anamnéza a fyzikální vyšetření břicha včetně vyšetření per rectum, případně průchodnosti stomie
- při podezření na ileus, pokud nejde o agonální fázi neodvratného umírání, nativní RTG břicha „na hladinky“

- u nově vzniklé či výrazně zhoršené obstipace u pacientů s delší životní prognózou kolonoskopie
- laboratorní vyšetření séra – kalium, TSH, urea, kreatinin

Terapeutické intervence

V případě nereálných představ o vyprazdňování či úzkosti z jeho nepravidelnosti uklidnění pacienta a jeho rodiny – vysvětlení důsledků malého příjmu potravy i normálnosti odchodu stolice jen jednou za několik dní.

U ileu konzultace s chirurgem o odborných i etických aspektech urgentní operační intervence – pokud je odmítnuta, je obvykle prognóza urgentně infaustní a nezbytné je tlumení bolestí opioidy, zvláště u cévního ileu ve vysokých dávkách!

U funkční zácpy, včetně efektu léků a zhoršené průchodnosti traktu bez ileu:

- zlepšení hydratace
- projímadla
 - nemocným léčeným opioidy včetně vyšších dávek kodeinu by měla být paušálně podávána laxativa; často je třeba kombinace laxativ, včetně stimulačních (Guttalax)
 - v ostatních případech jen laxativa salinická či osmotická (lactuloza)
 - v úporných případech lze použít frakcionovaně makrogol (Fortrans)

U rektálního koproлізу změkčující klysmata případně s následným šetrným (!!!) manuálním vybavením stolice, eventuálně v analgosedaci.

U symptomatické zácpy korekce vyvolávající či zhoršující příčiny (hypotyreózy, hypokalemie).

U podceňovaného Ogilvieho syndromu větvých starých lidí bývá účinné zavedení katétru (jakési prodloužené „rektální rourky“) nad spasmus se zrušením střevní distenze.

U bolestivého nadýmání může pomoci kromě deflatulans (simeticon – Espumisan, Sab) i rektální rourka.

xv. Syndrom demence

Základní informace

Demencí se rozumí organicky podmíněná, obvykle progredující, ireversibilní porucha kognitivních schopností, a to porucha takového stupně, který interferuje s běžnými aktivitami života a sociálními rolemi.

Syndrom demence se vyskytuje u několika desítek onemocnění. K nejčastějším příčinám patří

- vaskulární demence
 - multiinfarktová demence – tromboembolická, především u pacientů s aterosklerózou či s chronickou fibrilací síní (pokud nejsou účinně warfarinizováni)
 - Binswangerova nemoc – vaskulární postižení podkorové oblasti
 - velmi rozsáhlé a strategicky uložené cévní mozkové příhody
- neurodegenerativní onemocnění
 - Alzheimerova choroba – nejčastější příčina syndromu demence
 - Parkinsonova nemoc – demence se vyvine asi u 20 % nemocných, tyto stavy se často zahrnují do označení „Parkinson Plus“ (kombinace Parkinsona s dalším degenerativním postižením, např. s demencí, poruchou vegetativních funkcí či okohybných nervů)
 - Pickova nemoc
 - frontotemporální demence – časné změny osobnosti a poruchy chování ještě před výraznějšími poruchami paměti
- mozkové nádory
- mozková poranění
- protrahované mozkové hypoxie – např. stavy po pozdní kardiopulmonální resuscitaci

Postiženy jsou různé psychické funkce a to s velkou interindividuální variabilitou. K hlavním projevům patří

- poruchy paměti – obvykle nejprve všípivosti (nelze sledovat děj filmu ani číst delší příběh), novopaměti a s postupem choroby mizení údajů a celých událostí (epizodická paměť) do stále mladšího věku
- poruchy soudnosti a intelektu
- poruchy exekutivních funkcí – neschopnost plánovat činnosti i provádět činnosti zahrnující několik kroků
- poruchy chování
 - bloudění

- hypobulie, apatie
- agitovanost
- vzdorovitost, rezonérství
- nedodržování sociálních návyků
- poruchy příjmu potravy – anorexie i bulimie
- psychotické projevy
 - bludy
 - paranoidní (vztahovačné) – okrádání, žárlivecký blud
 - Capgrasův syndrom – „tady nejsem doma“, „můj manžel není můj manžel“
 - halucinace
- emoční poruchy – úzkost, deprese, emoční plochost
- poruchy fatických a gnostických funkcí – apraxie, dysgrafie, dyslexie, dyskalkulie, poruchy vnímání prostoru, afázie včetně prostého chudnutí slovníku
- poruchy osobnosti
- poruchy spánku (spánková inverze, denní pospávání)
- poruchy orientace a poznávání obličejů

Projevy demence se mění, kolísají v čase, u nejčastějších forem zvolna progredují. K somatickým komplikacím především pokročilých stádií patří neurologické projevy, u multiinfarktové demence často extrapyramidový syndrom, hypomobilita, pády, dysfagie s aspirací, terminálně často imobilizační syndrom (obvykle akcentovaný zklidňujícími psychofarmaky), pneumonie.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Kromě diferenciální diagnózy vyvolávající příčiny je třeba především odlišit demenci od:

- pseudodemence – deprese (poruchy koncentrace, vůle a spánku), hypotyreóza, lékový útlum, závažná nedoslýchavost, přirozený mírný kognitivní deficit v pokročilém stáří
- deliria – je reversibilní, vyžaduje intervenci dekompenzujícího stresoru, může být také tzv. naroubované na demenci

Diagnostické úkony

V rámci paliativní péče se uplatňuje především orientační objektivizace demence a její závažnosti – např.:

- test kreslení hodin s nastavením ručiček na určitý čas
- Folsteinův test (MMSE, Mini mental state examination)

Při poruchách chování, psychotických projevech, výrazné úzkosti či depresi je namísto psychiatrické konzultace.

U pacientů s delší životní prognózou a nečekaným rozvojem příznaků demence lze zvažovat

- vyloučení pseudodemence, zvláště deprese
- ověření možnosti mozkových metastáz u onkologických pacientů - vyšetření hlavy pomocí CT či magnetickou rezonancí

Terapeutické intervence

V paliativní péči lze obvykle považovat za marnou léčbu podávání tzv. kognitiv, k nimž se řadí zvláště donezepil - Aricept, Donpethon, rivastigmin - Exelon, galantamin - Reminyl, memantin - Ebixa, ginkgo biloba - Tanakan, Tebokan, Gingio. Tyto léky lze obvykle vysadit u pacientů dezorientovaných, smysluplně nekomunikujících, nepoznávajících blízké osoby.

Léčení se farmakologicky soustředí na tlumení úzkosti, deprese a zvláště poruch chování s bludy, agitovaností či naroubovaným deliriem. Podává se obvykle především haloperidol, melperon (Buronil), tiaprid (Tiapridal, Tiapra), risperidon (Rispedal, Risperen), případně olanzapin (Zyprexa).

Základem ošetřování ovšem není farmakoterapie, nýbrž laskavý přístup, pomoc při orientaci v realitě, tlumení úzkosti, zprostředkování libých pocitů lidem, kteří se často „stali cizinci ve vlastním světě“ - nechápou souvislosti, nepoznávají své blízké, nedokáží realizovat a mnohdy ani formulovat svoje přání, jsou vystaveni jim nesrozumitelným omezením a kritikám. Prioritou není léčení, ale kvalita života se závažným zdravotním postižením, hrubě narušenou komunikací, „změněným stavem vědomí“, kdy se mnohdy zdá, že pod nesrozumitelným drmoláním běží ve vnitřním světě a vnitřní řeči jakési příběhy. Důležité je proto ponechat nemocným přiměřenou míru bezpečné volnosti, vytvořit chráněné prostředí pro jejich podivnou seberealizaci prokládanou ospáváním, nadměrně je neomezovat, nemanipulovat a především farmakologicky nepřetlumovat; pokud tím úzkostně netrpí a nejsou nebezpeční sobě či jiným, respektovat jejich změněnou identitu, osobnost.

U méně pokročilých stádií (paliativní péče zavedena pro jiné onemocnění, např. onkologické) je základem trávení času jistý „návrat do minulosti“ - prohlížení fotografií, probírání starších událostí pacientova života, vybavování starších vzpomínek (reminiscenční terapie),

mnohdy poslech hudby či sledování nedějových pořadů v televizi (dokumentární pořady, příroda, život zvířat).

Nezbytné je zpomalení tempa, nevystavování pacienta změnám, zjednodušené rozhodování (nejlépe výběr ze dvou možností, odpovědi ano/ne), „nepředojmování“ (početné návštěvy, mnoho vjemů současně), udržování rytmu noc/den s dostatečným osvětlením ve dne.

XVI. **Srdeční selhání**

Základní informace

Srdečním selháním se rozumí selhání funkce srdce jako pumpy. Rozlišuje se selhání levostranné, pravostranné a oboustranné, z časového hlediska pak selhání akutní, či chronické. Dnes již existují vypracované doporučené postupy pro paliativní léčbu nemocných v konečných stadiích chronického srdečního selhání.

Základními projevy levostranného selhání jsou:

- dušnost – u chronického selhání nejprve progredující námahová, posléze klidová, může být ortopnoická (astma cardiale), extrémním případem jsou projevy plicního edému – ortopnoická dušnost, dráždivý kašel s expektorací pěny, někdy hemoragické, distanční vlhké fenomény – chrůpky
- poslechově chrůpky na plicích
- únava
- cyanóza (může chybět u závažné anémie)
- obvykle tachykardie s palpitacemi
- často pokles TK, u geriatrických pacientů často se závratěmi
- extrémním případem srdečního selhání je kardiogenní šok

Základními projevy pravostranného selhání jsou:

- hepatomegalie, zvláště v akutní fázi s tlakovou bolestí v pravém podžebří
- retence tekutin
 - kardiální otoky – dle gravitace
 - u chodících pacientů symetrické, postupně narůstající otoky dolních končetin
 - u ležících pacientů prosáknutí podkoží zad, beder, hýždí
 - posléze v extrému anasarka včetně ascitu a fluidothoraxu

- kongesce trávicího traktu – nechutenství, nadýmání, poruchy vstřebávání léků

Při rozvoji akutního srdečního selhání je třeba zvažovat nejen základní příčinu (např. ICHS), ale u chronických kardiaků také příčinu vyvolávající – proč se chronický stav nízké ejekční frakce (EF) levé komory srdeční akutně dekompenzoval.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Hlavní příčiny chronického srdečního selhání:

- ischemická choroba srdeční (ICHS)
- arteriální hypertenze
- kardiomyopatie dilatační
- chlopní vady
- cor pulmonale – pravostranné selhání

Hlavní příčiny akutního srdečního selhání:

- akutní infarkt myokardu – u diabetiků, geriatrických pacientů či u pacientů léčených opioidy (!) může proběhnout bezbolestně, pouze jako srdeční selhání
- akutní myokarditida
- hypertenzní krize, u nemocných s nízkou EF levé komory i pouhá dekompenzace arteriální hypertenze – tlakové přetížení
- nepřiměřeně velký a/nebo rychle podaný objem infuzních roztoků – objemové přetížení
- hemodynamicky významná arytmie
 - bradykardie
 - tachykardie včetně symptomatické – hypertyreóza, anémie, nežádoucí efekt léků – např. sympatomimetik
- nepřiměřená fyzická zátěž
- plicní embolie – akutní cor pulmonale

Protože hlavním příznakem akutního srdečního selhání je dušnost, je třeba často vést diferenciálně diagnostickou rozvahu mezi jednostranným srdečním selháním a jinou příčinou akutně vzniklé dušnosti, především proti

- plicní embolii
- astma bronchiale – u pacientů s CHOPN dochází nezářídka k projevům astma mixtum, smíšené dušnosti bronchiální i kardiální
- ostatní příčiny viz kapitola „Dušnost“

Diagnostické úkony

Základem je fyzikální vyšetření hrudníku – poklep a poslech plic a srdce, hodnocení krevního tlaku a pulzu.

Z pomocných metod u lůžka saturace kyslíku pulzním oxymetrem a EKG.

U pacientů s delší životní prognózou a nejasnou příčinou srdečních obtíží echokardiografie, při podezření na plicní embolii CT angiografie.

Terapeutické intervence

Základní symptomatickou léčbou akutního srdečního selhání v paliativní péči je:

- podání kličkového diuretika parenterálně (furosemid)
- podání opioidu (morfin)
- podání kyslíku
- ortopnoická poloha vsedě s oporou paží

Další opatření se řídí klinickým stavem, dekompenzující příčinou a prognózou nemocného. V úvahu přichází zvláště:

- korekce arteriální hypertenze – především podání ACE inhibitoru (např. captopril – Tensiomin)
- korekce tachykardie, pokud nejde o kompenzační projev srdečního selhání – především podání betablokátoru (u tachyfibrilace síní eventuálně digoxinu)
- řešení závažné bradykardie – při delší životní prognóze (měsíce) může být i v paliativní péči indikována kardiostimulace
- při akutním infarktu myokardu a delší životní prognóze akutně hospitalizace, léčba se tady neliší od běžné populace
- při plicní embolii a delší životní prognóze antikoagulační terapie zahájená heparinem
- při akutní dekompenzaci chronického cor pulmonale řešení dekompenzující příčiny, obvykle akutní bronchitidy – antibiotikum, expectorans, bronchodilatans

Řešení chronického srdečního selhání přesahuje rámec této publikace.

Základní informace

Tromboembolickou nemocí se myslí vznik trombů v žilním řečišti, především v pánvi a v hlubokých žilách dolních končetin, s jejich oddolením a zanesením do plicního řečiště (plicní embolie), případně vznik trombů přímo v plicním řečišti arteria pulmonalis. Důsledkem postižení plicní perfuze je její nepoměr s ventilací, možný vznik nekróz plicní tkáně a při větším rozsahu také vznik cor pulmonale, šokový stav, náhlá smrt. Příčinou vzniku trombů jsou vyplavení tkáňových spouštěčů krevní koagulace např. při operacích či poškození tkání včetně nádorových nekróz, hyperkoagulační stavy např. v rámci systémové zánětové reakce a oblenění (zpomalení) průtoku, jak tomu bývá u dlouhodobě ležících (imobilních) lidí, v paretických (ochrnutých) či fixací znehybněných končetinách, u genetické dispozice. V paliativní péči se uplatňuje kombinace více faktorů, např. imobilizace, nádorových nekróz, přidružených zánětů a dekubitů.

Klinicky se můžeme setkat s následujícími projevy:

- Flebotrombóza hlubokých žil dolních končetin – asymetrický bolestivý otok či jen pocit napětí v jedné končetině – lýtko (trombóza v. poplita) či celá končetina (ileofemorální trombóza); možný je však také asymptomatický průběh s nálezem flebotrombózy při vyšetření (např. dopplerovskou sonografií) či s nečekanou plicní embolií.
- Flebotrombóza dolní duté žíly – otok obou dolních končetin, případně skrota.
- Sukcesivní embolizace – opakované drobné embolizace do řečiště art. pulmonalis či opakovaný vznik trombů v něm; klinickým obrazem je narůstající dušnost bez úlevy vsedě (pacient může bez zhoršení obtíží ležet na rovném lůžku), tachykardie.
- Plicní infarkt – uzávěr menší periferní větve art. pulmonalis embolem či trombem se vznikem subpleurální nekrózy a jí indukované lokální pleuritidy; klinickým obrazem je pleurální bolest na hrudi či v zádech při hlubším dýchání (pacient dýchá mělce, a proto rychleji) s dráždivým bolestivým kašlem a případně s nevelkou hemoptýzou, poslechově bývá v místě bolesti slyšet krepitus.
- Masivní plicní embolie – náhlý uzávěr velké větve art. pulmonalis s významnou plicní hypertenzí a přetížením pravé komory srdeční;

klinickým obrazem je v typickém případě náhle vzniklá dušnost s tachykardií, art. hypotenzí, přeplněním krčních žil a zvětšením jater. Může se rozvinout šokový stav či může dojít indukci komorové fibrilace k náhlé smrti (masivní plicní embolie jako tzv. milosrdná vykupitelka umírajících a nevyлéčitelně nemocných); typickou vyvolávající situací je defekace (zvýšení nitrobřišního tlaku), případně mobilizace dlouhodobě ležícího člověka.

Diferenciálně diagnostická rozvaha

Diferenciálně diagnostické rozvahy se týkají např.

- bolesti na hrudi
 - plicní infarkt
 - pleuropneumonie či virová pleuritida (pleuritis sicca)
 - muskulo-skeletální bolest zhoršovaná hlubokým nádechem (ale obvykle také rotací či jiným pohybem trupu) – vertebrogenní algický syndrom, blok žeber aj.
- otoků DK, které i v jiných případech mohou být asymetrické – např. při kombinaci s asymetrickou žilní insuficiencí či při zaujímání stereotypní polohy na lůžku setrvale na jednom boku
 - flebotrombóza hlubokých žil
 - chronická žilní insuficience
 - větší objem („otok“) ochrnuté či operované končetiny
 - posttrombotický syndrom po starší flebotrombóze
 - malnutrické otoky z hypoproteinemie
 - lymfedém
 - srdeční selhání – městnavá slabost srdeční včetně cor pulmonale chronicum decompensatum u chronických plicních onemocnění
 - renální selhání s oligurií
 - cirhóza jaterní
- dušnosti – viz příslušný odstavec

Diagnostické úkony

Fyzikální vyšetření – pohmat lýtek (záchyt flebotrombózy dolních končetin palpací je však nízký a pozdní), TK, TF, poslech plic + hodnocení saturace kyslíku pulzním oxymetrem.

Dopplerovské vyšetření žil dolních končetin, které lze provádět rutinně u lůžka.

V krvi vyšetření počtu trombocytů, fibrinogenu a jeho štěpných produktů, tzv. D-dimérů.

Při podezření na plicní embolii u pacientů s delší životní prognózou angiografie plicního řečiště (obvykle CT angiografie).

Terapeutická intervence

Kauzálně i úlevově podání nízkomolekulárního heparinu. Symptomaticky podání opioidu tlumícího dušnost, úzkost i pleurální bolest, oxygenoterapie. Dlouhodobě se podává Warfarin.

5.2 ÚKONY OŠETŘOVATELSKÉ

Hlavní věcí v životě je nebát se být lidský.

Pablo Casals

Paliativní ošetrovatelská péče je jednak součástí ucelené multidisciplinární týmové péče, jednak je sama vícerozměrná. Zahrnuje především, schematicky vyjádřeno:

- lidskou (existenciální) podporu umírajícího člověka ke smyslu, naději, kvalitě a validaci života, k jistotě kontaktu proti osamělosti – zde navazuje na univerzální lidskost, krizovou intervenci, psychoterapii, spirituální podporu a základně se s nimi překrývá
- zabezpečenost základních (biologických) potřeb včetně hygieny – zde navazuje na pečovatelsví, osobní asistenci a základně se s nimi překrývá
- vlastní ošetrovatelské aktivity – zde navazuje na lékařství a základně se s ním překrývá
 - ošetrovatelské plnění lékařských pokynů, např. aplikaci léků, především v souvislosti se základním paliativním onemocněním
 - komplexní ošetrovatelskou péčí ve smyslu samostatného sledování a vyhodnocování stavu pacienta s intervencemi týkajícími se jak základního paliativního onemocnění, tak celkového stavu

Paliativní ošetrovatelsví je tedy široce rozkročeno od spirituality a psychotherapie přes „biologickou“ medicínu k laickému pečovatelsví. Z vlastního ošetrovatelského hlediska musí kvalitní paliativní péče zahrnovat jak speciální postupy a úkony (např. monitorování bolesti a zkušenost v jejím tlumení v intencích lékařských pokynů), tak aktivní

řešení řady obecných problémů a drobných komplikací. O kvalitě a mnohdy i délce života bezprostředně umírajících lidí rozhodují nenápadné, ale často se kupící komplikace – záněty, zdánlivě drobné otlaky, drobná poranění (pády, zakopnutí při nejisté chůzi), lokální reakce na zdravotnický materiál aj.

5.2.1 **Stav nemocného. Vybrané problémy paliativně ošetrovatelského monitorování a ovlivňování stavu**

i. Vědomí

Stav vědomí se hodnotí kvantitativně a kvalitativně.

Kvalitativní poruchy vědomí viz odstavec o psychickém stavu.

Kvantitativní normou vědomí jsou bdělý (lucidní) stav, nebo fyziologický spánek, z něhož lze pacienta probudit běžnými podněty; pacient je bdělý (lucidní), nebo spí. Kvantitativní poruchy vědomí se hodnotí a vyjadřují standardizovaným způsobem, např. jako Glasgow coma scale (Glasgowská škála poruchy vědomí) či taxativním lékařským popisem pacienta (reakce na oslovení, výbavnost reflexů apod.). Cílem je zajistit maximální srozumitelnost a objektivitu při popisu, aby nedocházelo k nedorozumění při předávání pacienta a aby bylo možno jemně hodnotit vývoj stavu. To je důležité zvláště v akutní péči např. u poranění hlavy, náhlých bezvědomí apod. V paliativní péči je taková přesnost nezbytná při zkomplikování stavu pacienta s delší životní prognózou. U lidí umírajících lze často v běžné praxi nadále vystačit s dřívějším semikvantitativním popisem:

- bdělý stav/ spánek
- somnolence – spavost, pacient spí neobvykle dlouho, pospává během dne, opakovaně upadá do spánku při čtení či jiných činnostech, je však snadno probuditelný a po probuzení orientovaný; k příčinám somnolence patří např.
 - únava, vyčerpanost
 - spánkový deficit – pacient několik nocí nespál dostatečně, např. pro bolest, dušnost, spánkovou apnoei, jiné obtíže či neklid v okolí, např. na nemocničním pokoji
 - vliv léků – hypnotika, anxiolytika, neuroleptika, analgetika – zvláště opioidy
 - neléková intoxikace – např. alkoholem, ebrieta (prostá opilost)

- hypoperfuze mozková – arteriální hypotenze, hemodynamicky významné arytmie, především výrazná bradykardie (tzv. syndrom malého minutového volumu)
- výrazná anémie
- hyperkapnie – vzestup kysličníku uhličitého v krvi při respirační insuficienci včetně tzv. Pickwickova syndromu, hypoventilace a spánkových apnoe morbidně obézních pacientů (obvykle bývá cyanóza)
- hypoaktivní delirium
- syndrom demence s apatií a hypobulií
- jiná mozková onemocnění včetně encefalitidy

Somnoletního pacienta je vždy třeba sledovat, zda se porucha vědomí neprohlubuje do dalších fází a zda nedochází k poruchám dýchání. Intervenci vyžaduje především respirační insuficience (hyperkapnie), syndrom malého minutového volumu a hypoaktivní delirium.

- Sopor – chorobný spánek, pacient hluboce spí, lze jej probudit jen intenzivními podněty (např. štípnutím) a to na krátkou dobu a jen k orientačnímu kontaktu – řeč bývá často setřelá, odpovědi jen orientační, heslovité; k hlavním příčinám soporu patří např.
 - extrémní vyčerpanost
 - extrémní spánkový deficit
 - vliv léků
 - nelékové intoxikace
 - hyperkapnie
 - metabolické encefalopatie – např. jaterní, uremická, diabetická hyperosmolární či při hyperkalcemii
 - nitrolební postižení – nádory, metastázy do CNS, atrofie, krvácení, poranění (kontuze, subdurální hematom – pozor na forenzní souvislosti při pádech!), encefalitidy

Pacient v soporu vyžaduje setrvalé sledování, především pro možné poruchy dýchání (standardem by měla být pulsní oxymetrie!), a v případě delší životní prognózy – pokud nejde o vyčerpanost, spánkový deficit, případně vyvanující efekt léků – lékařskou intervencí s upřesněním a případným ovlivněním vyvolávající příčiny.

- bezvědomí, kóma – pacienta nelze „probudit“, nelze s ním komunikovat
 - tzv. mělké kóma – jsou zachovány reflexy (kašlací, polykací, korneální – mrknutí při dotyku rohovky např. vatovou špetkou, okosticové) a necílené obranné reakce

- tzv. hluboké kóma – vyhasínají obranné reakce i reflexy, výrazně hrozí aspirace, apnoe, defekt rohovky z osychání
- tzv. vigilní kóma, permanentní vegetativní stav – jsou zachovány vegetativní funkce při vyhaslé či utlumené korové aktivitě; pacient střídá fáze spánku a „bdění“, při němž však nevnímá (alespoň nikoliv obvyklým způsobem), i když má otevřené oči a necíleně reaguje na silné podněty (světlo, hluk, dotek)

Diferenciální diagnostika bezvědomí je velmi rozsáhlá a zahrnuje např.:

- metabolické příčiny
 - hyperkapnie při globální respirační insuficienci (obvykle cyanóza, vlhká pokožka)
 - jaterní encefalopatie (často ikterus, ascites, krvácivé projevy, třes, celkový neklid)
 - uremický syndrom
 - hypoglykemie (často nápadné pocení)
 - diabetické hyperosmolární kóma (dehydratace)
 - diabetické kóma s ketoacidózou (diabetes 1. typu, acetonový zápach – foetor ex ore, hyperventilace – mohutné, hlučné Kussmaulovo dýchání)
 - intoxikace
 - lékové
 - nelékové
 - nitrolební úrazy – subdurální hematom, kontuze mozková (často anisokorie)
 - edém mozku různé etiologie (včetně hyponatremie)
 - nitrolební nádory
 - nitrolební záněty – encefalitidy a meningoencefalitidy (často meningeální syndrom tuhé šíje)
 - cévní mozkové příhody (často hemiparéza, zvláště u krvácení meningeální syndrom tuhé šíje)
 - stavy po protrahované mozkové hypoxii
 - neurodegenerativní onemocnění
 - epilepsie (často typické křeče, pokousání jazyka a rtů, pomočení)
- Péče o bezvědomé pacienty vyžaduje specifický režim, zvláště
- sledování vitálních funkcí, zejména dýchání (včetně pulsní oxymetrie) – hrozí hypoventilace, apnoické pauzy, periodické či Cheynne-Stokesovo undulující dýchání, pozor na chrčivé dýchání

ze zapadání jazyka (zvláště při poloze na zádech) a na aspiraci žaludečního obsahu při zvracení!

- stabilizovanou polohu na boku
- prevenci osychání oční rohovky
- prevenci hypotermie (podchlazení), výjimečně v horkých dnech hypertermie
- antidekubitální péči s polohováním, antidekubitální podložkou a péčí o čistotu lůžka i pokožky
- zajištění hydratace - i u pacientů s krátkou životní prognózou obvykle alespoň 500–1000 ml tekutin denně parenterálně
- dle příčiny bezvědomí a prognózy základního paliativního onemocnění případně nutriční podporu (infuze glukózy nejsou nutriční podporou!)
- péče o vylučování - pozor na retenci moči
- při zvracení nasogastrální sondu
- zvláštní péči o pacienty ve vigilním kómatu (v permanentním vegetativním stavu), jejíž popis přesahuje rozsah této publikace

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při rozvoji bezvědomí v úvahu především

- udržování průchodnosti dýchacích cest
- lékařská konzultace - např. zvážení možnosti nitrolební hypertenze u mozkových nádorů či metastáz s nasazením vysokých dávek kortikoidů

II. **Psychický stav**

Z kvalitativního hlediska hodnotíme u pacienta obligátně alespoň

- základní orientaci - osobou, místem, časem
- přítomnost psychotických projevů - bludů, halucinací, agitovanosti
- přítomnost závažných změn emocí - úzkost či strach (posouzení i vegetativního doprovodu - tachykardie, pocení, vzestup TK), deprese (posouzení eventuálních suicidálních tendencí), apatie, emoční labilita
- přítomnost poruch chování, zvláště agresivity
- jiné změny - např. zastřené, mráкотné vědomí (obnubilace), např. po epileptickém záchvatu, při hypoglykémii či jaterní encefalopatii

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při rozvoji kvalitativní poruchy vědomí (např. deliria) v úvahu především

- zklidnění pacienta verbální i nonverbální (dotek ruky, tón hlasu)
- zajištění bezpečnosti (pády, suicidium, bloudění)
 - pozor na nepřiměřené, bezohledné, neopatrné a nedůstojné používání omezovacích prostředků jak chemických (nekorrektně používaná psychofarmaka), tak mechanických (poutání k lůžku, tzv. ohrádky u lůžka)!
- lékařská konzultace - např. o podání anxiolytika (např. Neurol na den, Lexaurin či Diazepam na noc, případně akutně Apaurin i.m.), neuroleptika (akutně např. Buronil či Haloperidol) či o zavedení antidepressiva u pacientů s delší životní prognózou (např. Cipralex, Seropram, Apo-Parox, Trittico); anxiolytický účinek má u nemocných se závažnou bolestí či dušností také podání analgetického opioidu

III. Bolest

Bolest by měla být u pacientů užívajících analgetika (nemocní s chronickou bolestí, např. nádorovou) hodnocena rutinně při každé návštěvě a standardizovaně zaznamenávána v dokumentaci. V jednoduchých případech, při příznivém stavu lze vystačit se slovním komentářem (pacient se cítí dobře, spal klidně, bolesti v zádech jsou mírné, nebrání změnám polohy apod.), v úporných případech lze pacientovi nabídnout hodnocení pomocí stupnic (bolest 0-10), vizuálních analogových škál (vyznačení intenzity a obtěžujcnosti bolesti - vždy jde o kombinaci jejího vnímání a prožívání - na úseče v délce 10 cm), případně škál výrazů obličeje.

Verbální údaj pacienta má být doplněn posouzením nonverbálních projevů (chování, grimasy, zaujímaná poloha, pohybové omezení, vegetativní projevy - pocení, suchost v ústech, tachykardie).

Součástí monitorování chronické bolesti a tedy i efektu její léčby je sledování nežádoucích účinků silných analgetik - opioidů, k nimž v paliativní péči patří především

- útlum dechového centra s hypoventilací, případně apnoickými pauzami - podezření na hypoventilaci či naopak dojem dostatečné ventilace lze potvrdit u lůžka pulsní oxymetrií!
- úporná obstipace - dotaz na odchod stolice a jeho zaznamenání do dokumentace patří stejně jako záznam o kontrole ventilace ke standardní péči o pacienty léčené opioidy - při opioidové obstipaci se

kromě laktulózy či salinických projímadel podávají stimulační laxativa (Guttalax)

- nauzea, zvracení – obvykle pouze přechodně při zavádění terapie
- zmatenost, delirium

Pozor: součástí ošetrovatelské péče je také zajištění kontinuity opioidové léčby:

- opioidy se dlouhodobě podávají v přesném časovém schématu („podle hodin“), tedy tak, aby k rozvoji silnější bolesti nedošlo, nikoliv teprve k řešení jejího nástupu (pozdní podání) – pacient nesmí s narůstající bolestí čekat na nedochvilnou aplikaci!
- opakovaně (dlouhodobě) podávané opioidy se nesmějí náhle vysadit (např. nedorozumění při předávání pacienta z nemocniční do domácí péče) – hrozí abstinenční syndrom s intenzivní bolestí, úzkostí, neklidem!

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při bolesti v úvahu především

- při drobných bolestech podání běžného analgetika, např.
 - paracetamol, ovšem v dávce 1000 mg (2 tbl Paralenu „pro dospělé“) – možno opakovat po 4 hodinách
 - nesteroidní antirevmatika, např. ibalgin (Ibuprofen, Brufen), diclofenac (Dolmina – možno aplikovat i i.m., Olfen, Veral, Voltaren) – při pravidelném podávání u rizikových nemocných je vhodné krýt žaludeční sliznici inhibitorem protonové pumpy (např. omeprazol – Helicid, Apo-Ome, 20 mg ráno)
 - metamizol (Novalgin – možno aplikovat i i.m.)
 - spasmolytikum při břišních kolikovitých bolestech – např. kombinovaný preparát s metamizolem a pitofenonem (Algifen Neo či Analgin), drotaverin (No-Spa), butylscopolamin (Buscopan) – všechny lze podat i i.m.
- podání silného analgetika dle lékařské indikace včetně SOS intervencí u průlomové nádorové bolesti
- lékařská konzultace o změně nedostatečně účinné analgetické léčby – častější aplikace, zvýšení dávky, změna lékové formy či preparátu
- konzultace ve specializovaném centru pro léčení bolesti

IV. Dýchání

Hodnotí se

- subjektivní údaj pacienta o dušnosti, o tom, jak se mu dýchá
- objektivní projevy dechové tísně - ortopnoická poloha (vsedě s fixováním paží, aby se zapojily pomocné dechové svaly) či jiná vynucená poloha (např. na boku při pleurální bolesti či objemném fluidothoraxu), chrčivé dýchání včetně „chrápání“ při ležení na zádech zvláště u bezvědomých pacientů, jiné distanční (na dálku slyšitelné) vedlejší dechové fenomény - pískoty při bronchospasmu, vlhké chrůpky např. při srdečním selhání, zvláště při plicním edému, cyanóza, zvýšené dechové úsilí, tzv. zatahování mezižebří a nadklíčkových prostorů, úzkost, obluzené vědomí se spavostí a pocením u respirační insuficience
- mechanismus dýchání a jeho poruchy - frekvence (zrychlená - tachypnoe, zpomalená - bradypnoe), mělké povrchní dýchání (např. při pleurální bolesti), nápadně „velké“ Kussmaulovo dýchání (hyperpnoe a tachypnoe - např. při metabolické acidóze), undulující Cheynne-Stokesovo dýchání s apnoickými pauzami či Biotovo periodické dýchání, tzv. strojové dýchání (poruchy funkce dechového centra, časté v terminálních stavech), lapavé terminální dechy, zástava dýchání (apnoe)
- objektivní dostatečnost dýchání - saturace kyslíku pulzním oxymetrem
- kašel - jeho intenzita a charakter
 - suchý dráždivý (bez vykašlávání, často bolestivý) - tlumí se kodeinem či jinými antitusiky
 - produktivní (s vykašláváním) - je třeba popsat vykašlavaný hlen (sputum), který může být v zásadě bílý či šedobílý, žlutozelený (bakteriální zánět s úvahou o případném podání antibiotika dle celkového stavu), s příměsí krve (hemoptýza) - vykašlávání usnadňují mukolytika (ACC, Mucosolvan, Erdomed, Bromhexin) a nebulizace

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při dušnosti a poruchách dýchání v úvahu především

- polohování, zajištění úlevové polohy - obvykle ortopnoické vsedě či polosedě, u pleurální bolesti či fluidothoraxu na boku postižené strany
- oxygenoterapie

- při produktivním kašli a zahlenění pomoc při odkašlání – polohová drenáž, nebulizace (inhalace)
- dechová rehabilitace
- lékařská konzultace o farmakoterapii – např. opioidy při těžké dušnosti, diuretika při srdečním selhání, bronchodilatancia při bronchospasmu (astmatické obtíže – akutně např. salbutamol – Ventolin spray či ipratropid – Atrovent spray, Berodual), bronchodilatační theophyllin ke stimulaci dechového centra při hypoventilaci, Cheynne-Stokesově dýchání či apnoických pauzách (např. Euphyllin, Spophyllin)

Informace k podpoře pacientů s dechovými problémy lze získat www.dychani.cz, www.copn.cz, www.peceodychani.cz.

v. **Tlak krevní**

TK se hodnotí klasickými či elektronickými tonometry na paži (elektronické měření na zápěstí je méně spolehlivé).

Horní hranicí normy je TK 130/80 mm Hg, dolní hranice normy je méně přesně stanovena, má velké interindividuální rozdíly, mnoho pacientů vykazuje celoživotní habituální hypotenzi, zvláště u drobných žen může být jejich „normou“ TK 90/60. Proto je vhodné TK pravidelně u pacienta měřit, abychom poznali jeho obvyklé hodnoty – významné jsou pak výkyvy od této „individuální obvyklosti“.

Při vzestupu TK (dekompenzace arteriální hypertenze, hypertenzní špička např. při úzkosti, bolesti, stresu) se hodnotí jeho symptomaticnost – bolest hlavy (cefalea), závratě (vertigo), poruchy zraku, tlak na hrudi, dušnost, u kardiaků projevy levostranného srdečního selhání z tlakového přetížení či syndrom anginy pectoris (stenokardie).

Při poklesu TK (efekt léků, hypovolemie – dehydratace či krvácení, srdeční selhání, plicní embolie, rozvoj šokového stavu) se hodnotí jako symptomaticnost – „slabost“, zimomřivost, spavost, závratě, pády, zhoršení chronických projevů mozkové hypoperfuze (např. manifestace frustní staré hemiparézy), pokles diurézy. Pokles TK pod 100 mm Hg systoly s tachykardií (tzv. křížení klesajícího systolického TK a stoupající tepové frekvence na hodnotě 90) u normotonia při krvácení, dehydrataci, horečce, srdečním selhání apod. může znamenat rozvoj šoku (zhroucení oběhu s poškozením ledvin a neudržením perfuze životně důležitých orgánů).

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přicházejí v úvahu v paliativní péči při výkyvech TK po konzultaci s lékařem především

- při poklesu TK
 - vysazení či omezení dávky diuretik a antihypertenziv
 - při dehydrataci zvýšení příjmu tekutin včetně infuzí
- při hypertenzní špičce
 - rozkousání tablety captoprilu (např. Tensiomin 25 mg) či amlodipinu (např. Zorem, Agen), nifedipinu (Cordipin)
 - podání diuretika (furosemid)

vi. Puls

Teplota frekvence se hodnotí palpací na arteria radialis (zápěstí), u pacientů s poklesem TK či s obliterující aterosklerózou případně na velkých tepnách (karotidy na krku či arteria femoralis v třísele). Při nepravidelném či jinak abnormálním pulzu je vhodná konfrontace s poslechovým nálezem na srdci – může jít o tzv. periferní deficit, centrální puls je např. 130/min., ale na periférii hmatáme jen 90/min., část srdečních stahů nevyvolá dostatečnou pulsovou vlnu (např. při fibrilaci síní či časných extrasystolách).

Hodnotí se zvláště

- rychlost tepové frekvence – za normu se orientačně považuje 60–90/min., ale stejně jako u TK záleží na individuální obvyklosti u daného pacienta (urychlení z obvyklých 60/min. na 84/min. má vyvolat otázku, co se děje)
 - pomalejší TF se označuje jako bradykardie – závažná je při
 - symptomatickosti (tzv. syndrom malého minutového volumu – slabost, závratě, pády, dušnost, u geriatrických pacientů zmatenost, u kardiaků srdeční selhání)
 - podezření na závažnou poruchu převodního systému srdečního (a-v blok vyššího stupně) – zpomalení TF pod 50/min. a zvláště ke 40/min.
 - rychlejší TF se označuje jako tachykardie – běžně se objevuje v mírné podobě u rozrušení či při horečce (urychlení asi o 10 tepů/min. na každý stupeň zvýšení teploty), závažná je při
 - symptomatickosti – palpitace (subjektivní bušení srdce), u kardiaků bolest na hrudi (stenokardie jako projev anginy

pectoris, nedokrevnosti myokardu), dušnost, známky srdečního selhání, případně pokles TK

▸ vysoké hodnotě nad 120–130/min.

- pravidelnost pulsu – normou je puls pravidelný (pulsus regularis), odchylky od normy (pulsus irregularis, arytmie) se objektivizují pomocí EKG, palpačně (případně poslechově) lze pomyslet především na:
 - fibrilaci síní – zcela nepravidelný puls (nepravidelně nepravidelný)
 - extrasystoly (předčasné či uniklé stahy) – „občasná nepravidelnost“, často periodická

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při poruchách srdečního rytmu v úvahu po konzultaci s lékařem především

- při tachykardii a tachyarytmiích
 - podání betablokátoru (např. metoprolol – Vasocardin, Egilok, Betaloc) nebo bradykardizujících kalciových blokátorů
 - omezení tachykardizujících léků – např. sympatomimetik podávaných u astmatické dušnosti
- při bradykardii
 - vysazení bradykardizujících léků, především betablokátorů
 - prevence pádů

VII. Tělesná teplota

Za normální tělesnou teplotu se obligátně považuje 36–37 °C v axile (v rektu asi o 0,5 vyšší), vybočení z tohoto rozmezí se označuje jako

- hypotermie (podchlazení) – teplota nižší než 36 °C, často uniká pozornosti i proto, že teploměr není sklepan či není vůbec kalibrován na nízké hodnoty
- hypertermie – teplota vyšší než 37 °C
 - subfebrilie (zvýšená teplota) 37–38 °C
 - febrilie (horečka) nad 38 °C

V paliativní péči dochází ke zvýšení tělesné teploty poměrně často, zvláště u onkologických pacientů. Příčiny lze schematicky rozdělit do 3 okruhů:

- teploty související s povahou základního onemocnění – např. vlnovité horečky (febris undulans) u lymfomu, horečky u nádorů (např.

- Grawitzův nádor ledviny) a jejich nekroz – indikována je léčba symptomatická antipyretiky, antibiotika jsou zcela neúčinná
- teploty způsobené bakteriálními komplikacemi paliativního onemocnění
 - často jde o pneumonie – např. za stenózou způsobenou bronchogenním karcinomem, při aspiraci (např. u neurodegenerativních onemocnění a demencí), při imunosupresivní léčbě, u kachektických, imobilních pacientů
 - z ostatních příčin např. uroinfekce při retenci moči u karcinomu prostaty či nádorů malé pánve, abscesy při břišních nádorech
 - teploty nesouvisející se základním onemocněním – virózy, kožní erysipel apod.

U horeček zapisujeme i doprovodné projevy, které se případně objevily s horečkou

- související přímo s termoregulací – zimnice s třesavkou (předchází vzestupu teploty) a pocení (předchází poklesu horečky)
- související s vyvolávající příčinou – kašel, bolest břicha, bolest hlavy, močové obtíže (dysurie – pálení, řezání při močení, polakisurie – časté nucení na močení, retence), průjmy, kožní změny, změna chronické rány

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při horečce v úvahu především

- symptomatické podání antipyretika – např. paracetamol (Paralen), kyselina acetylsalicylová (např. Acylpyrin, Aspirin) – pozor na alergické reakce, nesteroidní antirevmatika, např. ibuprofen (Ibalgin, Brufen, Nurofen) či diclofenac (Dolmina – možno aplikovat i i.m., Veral, Voltaren, Olfen), případně metamizol (Novalgin, možno aplikovat i i.m.)
- vlažné zábaly horní poloviny těla
- zvýšení příjmu tekutin proti rozvoji dehydratace při pocení
- konzultace s lékařem o případné vhodnosti nasazení např. antibiotika či kortikoidu (např. Prednisonu) u některých typů nádorových horeček

VIII. Spánek

Dostatečný spánek a klidné noci jsou jedním z významných faktorů kvality života paliativních pacientů a tím i úkolů paliativní péče!

Obávané jsou bezesné noci s bolestí, dušností, úzkostí a často s nedostupností pomoci („zavolejte až ráno“).

Ve standardním dopoledním zápisu by se měla objevit věta typu „pacient v noci klidně spal“, nebo naopak „unavený, v noci špatně spal, nemohl usnout (opakovaně se budil, časně se probudil), spal jen asi 4 hodiny“. Zapisuje se i příčina nespavosti a probouzení, např. bolest, dušnost, kašel, tenesmy, noční močení (nykturie), děsivé sny, nemožnost usnout. Při časném ranním probouzení kolem 5.-6. hodiny je třeba pomýšlet na významnou depresi a posoudit i její možné projevy.

Údaje paliativních pacientů o nespavosti (insomnií) jsou často nepřesné. Je proto vhodné je konfrontovat s údaji rodinných příslušníků.

Zvláště u geriatrických pacientů se objevují spánkové inverze – pacient spí ve dne, v noci bdí a je často neklidný, případně má spánek rozdrobený na kratší úseky během dne i noci. Pak je třeba odhadnout celkovou dobu spánku za 24 hodin.

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při nespavosti v úvahu především

- podpora pacienta a jeho rodiny, aby i v paliativní péči při noční nespavosti pokud možno zachovávali běžný rytmus spánku a bdění s aktivitami během dne včetně vysazování do křesla, výrazného denního osvětlení (šero, přitmě podporují denní pospávání a časovou dezorientaci) a jen krátkého denního spánku, obvykle po obědě
- konzultace s lékařem o případné farmakologické intervenci (hypnotika, analgetika, anxiolytika, antidepresiva)

IX. **Chuť k jídlu, příjem potravy a výživa**

Bezprostředně umírajícím pacientům stravu nevnučujeme, jen nabízíme a vyhovujeme jejich přáním, proto není ani nutné sledovat podrobně příjem potravy. Ovšem u pacientů s delší životní prognózou je dostatečný příjem potravy jedním z předpokladů zachované aktivity a pohyblivosti. Proto jej alespoň semikvantitativně sledujeme a rychle reagujeme na jeho omezení. Vhodné je např. zakreslování porcí do předtíštěného schématu. Užitečné může být týdenní vážení, ale

- nesmí pacienta stresovat (nádorovou kachektizaci lze nutriční podporou jen zpomalovat)

- hmotnost výrazně „ze dne na den“ kolísá především zadržováním (otoky, ascites) či ztrátami (diuretika, průjmy, zvracení, pocení), případně nedostatečným příjmem tekutin

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při nechutenství a nedostatečném příjmu potravy v úvahu především

- dbát na vhodný výběr a vhodnou úpravu potravy
- podávat jídlo nikoliv striktně podle hodin, ale podle stavu a chuti pacienta
- u pacientů s delší životní prognózou podávat k zajištění příjmu bílkovin spíše mléčné výrobky a vaječný bílek než maso, k němuž bývá zvláště u onkologických pacientů výrazný odpor
- nutriční podpora formou popíjení nutričně definovaných nápojů (Nutridrink, Nutridrink Protein, u diabetiků Diasip) mezi jídly či po jídle (pokud možno nikoliv místo jídel)
- více viz v lékařské kapitole o výživě

x. Hydratace a příjem tekutin

O příjmu tekutin platí prakticky totéž, co o příjmu potravy – bezprostředně umírajícím pacientům nápoje nevnucujeme, jen nabízíme a vyhovujeme jejich přáním, proto není ani nutné sledovat podrobně příjem. Ovšem u pacientů s delší životní prognózou je dostatečný příjem tekutin nezbytností. Pokud jde o imobilního pacienta s nejistým příjmem tekutin, je vhodné sledovat a zapisovat alespoň orientačně denní množství. Užitečné bývá naučit rodinu, jaký objem má hluboký talíř či miska na polévku, šálek a sklenička, z nichž pacient pije. Základem pitného režimu u lidí s oslabením pocitu žízně (mnozí křehcí geriatričtí pacienti) je průběžné nabízení alespoň několika doušek všemi zdravotníky i laiky, kteří se podílejí na ošetrování, kdykoliv jsou v kontaktu s pacientem. U ležících pacientů se s výhodou užívají umělohmotná pítka, která nahradila dřívější infantilizující lahve s dudlíkem. Pro hrozící aspiraci se ovšem snažíme o pití převážně vsedě, nikoliv vleže. U pacientů s opakovanou aspirací tekutin do dýchacích cest lze zkusit ztužování tekutin do gelu přípravkem Nutilus.

Příjem tekutin je třeba vždy vztahovat k jejich ztrátám. Proto se musí věnovat pozornost (včetně zápisů do dokumentace) všem stavům, které ztráty zvyšují – pocení, průjmy, drenáž, zvracení. Pokud

má pacient z nějakého důvodu zaveden permanentní močový katétr či jinou derivaci moči, zapisuje se diuréza.

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přichází v paliativní péči při dehydrataci či nedostatečném příjmu tekutin v úvahu především

- důsledný pitný režim s aktivním podáváním tekutin
- při větších ztrátách zahrnujících i soli (pocení, průjmy) zajištění příjmu minerální vody (např. Magnesia), případně u průjmů (se souhlasem lékaře) iontových roztoků (např. Kulíšek)
- při nemožnosti perorálního příjmu tekutin (zvracení, odmítání, poruchy polykání, bezvědomí) jsme u bezprostředně umírajících pacientů intervenčně zdrženliví, jinak obvykle podáváme alespoň 500-1000 ml denně v infuzi, případně podkožně (tzv. hypodermoklýza)

XI. Vyměšování a sledování stolice

Ošetrovatelské sledování a hodnocení zahrnuje především

- frekvenci defekace (odchodu stolice) – blíže k problematice zácpy a průjmů viz příslušné kapitoly lékařské, ošetrovatelsky vyžadují akutní pozornost a konzultaci s lékařem zvláště
 - průjmy mnohokrát denně s velkou ztrátou tekutin a tím s dehydratací
 - zácpa delší než 5 dní nebo spojená s bolestí břicha, nauzeou/ zvracením a zástavou odchodu plynů – u zácpy se vždy ptáme, zda odcházejí plyny (zástava odchodu stolice i plynů vzbuzuje podezření na ileus)
 - tenesmy (rektální syndrom) – velmi obtěžující nutkání na stolicí bez možnosti defekace či s odchodem malého množství stolice, někdy jen krve či hlenu
- chorobné příměsi ve stolici, především krev
 - enteroragie, červená krev, někdy s koaguly – krvácení z tračníku či rekta (nádory, záněty, někdy jen haemorhoidy)
 - melena, černá mazlavá (dehtovitá) páchnoucí stolice (krev je natrávená) – krvácení z horní části trávicího traktu (nádory zvláště žaludku a jícnu, jícnové varixy, vředy jícnu, žaludku či duodena) – pozor: černou barvu může způsobit i užívání preparátů železa (Aktiferrin, Sorbifer, Ferronat)
- bolestivost defekace – např. při anální ragádě, zánětu či trombóze haemorhoidů, odchodu velmi tuhé stolice (tzv. koprolitů)

- obtíže přidružené k průjmům, zácpě, patologickým příměsím ve stolici – především nauzea, zvracení, bolesti břicha, horečka
- u průjmů stav hydratace!!!, TK

Z podpůrných ošetřovatelských intervencí přichází v paliativní péči v úvahu především:

- při průjmech
 - zajištění zvýšeného příjmu tekutin včetně silného černého čaje a minerálních vod (např. Magnesia) či iontových nápojů (např. Kulíšek) – hlavním nebezpečím průjmů je dehydratace, ale mnozí pacienti se chybně domnívají, že průjmy zklidní omezením příjmu tekutin!
 - při akutních průjmech dietní režim – např. u akutní gastroenteritidy se doporučuje
 - ▶ 1 den jen tekutiny
 - ▶ 2–3 dny lehce vstřebatelné banány, starší bílé pečivo, ve vodě vařená rýže a mrkev
 - ▶ 2–3 dny přidat vodovou bramborovou kaši bez mléka a vařené bílé maso
 - při náhodných či dysmikrobiálních průjmech po léčbě antibiotiky probiotika (např. Hylak) či přímo kulturu laktobacilu
 - konzultace s lékařem o eventuální farmakologické intervenci dle povahy průjmů (symptomaticky např. kodein či loperamid – Imodium)
- při zácpě
 - zajištění dostatečné hydratace pacienta
 - uklidnění pacienta, že stolice nemusí odcházet každý den, zvláště je-li malý příjem potravy
 - u běžné zácpy zvýšení příjmu vlákniny v potravě, je-li to s ohledem na stav pacienta možné
 - konzultace s lékařem o eventuální farmakologické intervenci – např.
 - ▶ projímadla změkčující a zkapalňující střevní obsah – např. nevstřebatelné soli či lactulóza
 - ▶ u zácpy podmíněné opioidy podání projímadel stimulujících střevní stěnu (např. Guttalax), případně v kombinaci s osmoticky působícími projímadly

xii. **Vylučování, sledování močení a moči**

Ošetřovatelské sledování a hodnocení zahrnuje především

- volnost a ovládání močení a denní objem moči (diuréza)
 - anurie – zástava tvorby moči při selhání ledvin včetně šokových stavů
 - oligurie – malé množství moči, kvantitativně pod 500 ml/den – např. při dehydrataci (moč bývá obvykle tmavá, koncentrovaná)
 - polyurie – nadměrné množství moči, kvantitativně nad 2000 ml/den – např. polyurická fáze renálního selhání, dekompenzovaný diabetes mellitus (v moči je vysoká koncentrace cukru – glykosurie), diabetes insipidus (deficit antidiuretického hormonu např. při mozkových nádorech), efekt diuretik, zvláště ve vyšších dávkách (furosemid)
 - retence – zadržení moči v močových cestách, oboustranná hydronefróza a především retence moči v močovém měchýři např. při zvětšení prostaty (maligním i benigním), při nádorech malé pánve, neurologických postiženích či při ucpání permanentního močového katétru – zástava močení je spojena s bolestí, případně je zřejmý bolestivě přeplněný močový měchýř dosahující někdy až k pupku
 - paradoxní ischurie – retence moči v močovém měchýři kombinovaná s inkontinencí z přetékání
 - inkontinence – nekontrolovaný odchod moči (vždy zhoršovaný diuretiky), který může být podmíněn
 - dysfunkcí pánevního dna
 - nádory močového měchýře či prostaty
 - píštělemi
 - záněty močových cest
 - poruchou inervace (např. neurogení postižení měchýře, míšní poranění, Parkinsonova nemoc, demyelinizační onemocnění – sclerosis multiplex, amyotrofická laterální skleróza)
 - poruchou vědomí kvantitativní či kvalitativní (např. demence)
- patologické příměsi v moči
 - makroskopicky jde především o příměs krve (makroskopická hematurie), při mírné hematurii má moč růžovou barvu, při

masivní je sytě červená, někdy s koaguly (nádory ledvin či močového měchýře včetně prorůstání z okolí, hemoragické záněty močového měchýře, zbarvení necévkované moči při gynekologickém krvácení)

- diagnostickými proužky lze stanovovat kromě krve (i mikroskopické hematurie) také přítomnost cukru (glykosurie – dekompenzace cukrovky), žlučových barviv, ostatní hodnocení (proteinurie, ketolátky) nemají v paliativní péči větší význam

Z podpůrných ošetrovatelských intervencí přicházejí v paliativní péči v úvahu především zásahy při inkontinenci.

- dáváme zásadně přednost pomůckám při inkontinenci před zaváděním permanentního močového katétru
- snažíme se zásadně udržet přirozené močení např. vysazováním na toaletní křeslo (tzv. „gramofon“), případně užíváním podložní mísy (mnoho pacientů však močení vleže špatně zvládá) před automatickým močením do absorpčních plen, které pacienti vesměs považují za nedůstojné

Pomůcky pro inkontinentní pacienty jsou savé (absorpční), sběrné (urinál, sběrný sáček), obstrukční (penilní svorka pro muže). Mezi jednorázové absorpční pomůcky patří vložky, vložné pleny, plenkové kalhotky a podložky v různých velikostech podle velikosti pacienta, objemu unikající moči a stavu pacienta (převážně ležící, běžně pohyblivý). Pomůcky se ve stanoveném rozsahu hradí ze zdravotního pojištění. Výrobci, dovozci, prodejci i některé ošetrovatelské agentury nabízejí dovoz objemných balíčků s absorpčními pomůckami až do bytu klienta.

Optimální doba použití jednorázové pomůcky činí 4 hodiny, maximální 8 hodin. Při každé výměně je třeba nechat pokožku odvětrat, omýt, očistit a ošetřit vhodnými prostředky, např. Menalindem (pěna, pasta, krém). Na noc se volí pomůcky s větší absorpční kapacitou, aby se nerušil spánek. Pomůcky se označují indikační páskou s barevným kódováním, které signalizuje svou kapacitu na dobu 4 hodin. Barvy jsou

- žlutá – lehká inkontinence (100 ml moči), pomůcky této základní kapacity se obvykle slovně označují pouze názvem
- zelená – střední inkontinence (100–200 ml moči), obvykle označení „plus“
- světle modrá – těžká inkontinence (200–300 ml moči), obvykle označení „extra“

- tmavě modrá (fialová) - velmi těžká inkontinence (300 a více ml moči), obvykle označení „super“, pomůcky jsou vhodné i při inkontinenci stolice

Podle velikosti pacienta existují pomůcky v provedení malém - small S, středním - medium M, velkém - large L.

Firemní označování je však nekonstantní.

Inkontinentním pacientům lze nabídnout také jednorázové prostředradlo, podložku, povlak na příkrývku, pyžamo apod., např. podložky MoliNea Hartmann-Rico (E velmi tenká a L tenká s kódem žlutým, MoliNea Plus se zeleným a MoliNea Plus D s modrým).

Existují také absorpční nepropustné podložky k diskrétní ochraně lůžka a čalouněného nábytku (křesla) s nižší četností výměny a s opakovaným použitím (přes 300 pracích cyklů) - např. výrobky firmy Apos Brno (www.aposbrno.cz).

Více informací k ošetřování inkontinence např. na www.tenacz.cz, www.hartmann.info.

XIII. Barva pokožky a její změny

Fyziologické zbarvení se popisuje jako pokožka růžová, případně snědá (opálená, etnicky podmíněná). Z odchylek se v paliativní péči popisuje především

- ikterus - žluté zbarvení pokožky a sliznic (nejdříve bývá patrné na očním bělmu) při hyperbilirubinemii z poškození jater (hepatitida, cirhóza, toxické poškození), z obstrukce žlučových cest (kameny ve žlučovodu, stenóza Vaterské papily, tumor hlavy pankreatu, metastatické postižení jater aj.), či z hemolýzy červených krvinek; u sytých ikterů je barva až bronzová
- cyanóza - modrofialové zbarvení pokožky a sliznic (rty) při zvýšení redukováného hemoglobinu v krvi (respirační insuficience, jednostranné srdeční selhání, srdeční vady) - pozor: při anémii s výrazným poklesem hemoglobinu se cyanóza nevyvine ani při závažné respirační poruše
- bledost - nespolehlivý, obtížně interpretovatelný příznak především ve vztahu k anémii (špatně koreluje s krevním obrazem) - při anémii je spolehlivější bledost očních spojivek; samotná bledost může být způsobena též např. habituálně, delším pobytem

v uzavřeném prostoru či vasokonstrikcí při srdečním selhávání, při arteriální hypotenzi či oběhovém šoku

- erytém - lokální zarudnutí
- krvácivé projevy - drobné petechie (velikost špendlíkové hlavičky), plošné sufuze, podkožní hematomy

5.2.2 Lokální nález

Kromě celkového stavu by měl být vždy hodnocen a popsán i lokální nález (status localis), tedy stav ošetřovaného či chorobně změněného místa. **Je velmi vhodné, aby stav byl průběžně dokumentován obrazově, digitálními fotografiemi, a to i z forenzních důvodů pro případné obvinění ze zanedbání péče, prodlení, chybného ošetřování!**

Jde o sledování a ošetřování např.

- chronických ran s poruchou hojení - nádorových exulcerací, trofických defektů, dekubitů, bércových vředů, rozpadlých operačních ran, píštělí
- umělých vývodů - stomií, PEGu, permanentního močového katétru
- zevních nádorů

Z podpůrných ošetřovatelských intervencí přichází v paliativní péči v úvahu především:

- ošetřování chronické rány
- antidekubitální režim
- polohování

1. Ošetřování chronické rány (MUDr. I. Bureš)

Chronické rány v paliativní péči lze rozdělit na:

- nezhjitelné (např. exulcerace nádorů, rozsáhlé dekubity u terminálně nemocných) ošetřování zahrnuje především toaletu rány, při převazech výplachy dezinfekčními prostředky, odstraňování nekrotických odloučených částí, případně chirurgické odstranění nekrotizované tkáně; u zápachajících a hodně secernujících ran jsou důležité převazové materiály, které zápach a sekret absorbují, což je důležité s ohledem na pacienta, jeho rodinu i na ošetřující personál

- zhojitelné (např. bércové vředy či drobné dekubity u pacientů s delší životní prognózou) – zanedbání kvalitní péče, rezignace na účinné ošetřování by mohlo být zdrojem komplikací i obav pacienta z progresu rány

Léčba chronické rány má dva základní aspekty: terapii místní (lokální) a terapii celkovou – chronická rána je často odrazem celkového zdravotního stavu. Lze např. zlepšit prokrvení v oblasti rány či kompenzaci diabetu, odstranit otoky, podpořit hojení dostatečnou výživou doplněnou o bílkoviny a některé prvky. U defektů žilního původu se provádí kompresivní terapie pomocí bandáží či speciálních punčoch.

Žádoucí je péče vyškolených specialistů znalých převazových materiálů. Léčba odvisí od charakteru rány a fáze jejího hojení. Rozlišují se fáze

- čistící, zánětlivá – pro hojení se musí rána zbavit nekrotizované, avitální tkáně
- granulační – novotvorba tkáně, zpočátku křehké, postupně vyplňující ránu a umožňující její následné uzavření epitelem
- epitelizační – rána se uzavírá epitelem
- maturační, vyzrávání – jizva se kontrahuje a nový epitel se stává odolnější

V každé fázi může být přítomna infekce, rána má určitou sekreci, která se může měnit a také může bolet, někdy výrazně. Proto průběžně hodnotíme rannou infekci, sekreci a bolest.

Ranná infekce:

- kolonizace rány – přítomnost bakterií bez klinických známek infekce, tedy pozitivní stěry bez známek infekce, přítomnost bakterií neovlivňuje volbu materiálu
- kritická kolonizace – rána se mění, navyšují se okraje, změna barvy – většinou zarudnutí, často se objevuje bolest, k léčení se volí antiseptická krytí s obsahem stříbra
- infekce – jasné místní známky infektu provázené celkovou reakcí organismu (horečka, nechutenství), k léčení se volí lokálně krytí se stříbrem a celkově antibiotika

Sekrece:

Hodnotí se především množství, charakter a zápach exudátu:

- množství – velká, střední, malá sekrece – určení dle spotřeby krycího materiálu, odhad sekrece umožňuje dobře zvolit krycí materiál tak, aby nedošlo k vyčerpání jeho absorpčních schopností.
- charakter – čirý, hustý, bělavý, žlutavý – dle nálezu lze odhadnout potřeby rány a tím umožnit dobrou volbu krycího materiálu – např. při husté sekreci není vhodné krytí s malými otvory ve své struktuře.
- zápach
 - hnilobný – značí přítomnost infekce a volbu krytí s antimikrobiální látkou
 - kyselý – často po vyčerpání absorpčních schopností obvazu, nejčastěji pod koloidy či plošnými gely
- vlhko – rána hodně secernuje, vyžaduje častější výměny krytí či změnu materiálu

Bolest:

Hodnotí se charakter bolesti, doba trvání, intenzita bolesti (numerické či vizuální škály), vyvolávající či zesilující faktory. Bolest může svědčit o přítomnosti infekce, nevhodné volbě materiálu – vede k ní např. suchost rány, vyčerpání absorpčních schopností krytí, nadměrné hromadění sekretu.

Převazy a oplachy rány a ošetřování okolí

K čištění rány mezi převazy slouží oplachové a obkladové roztoky. Používají se takové, které nejsou cytotoxické (taková byla např. genciánová violet) – nejčastěji roztok fyziologický či Ringerův, lze použít i sprchování pitnou vodou. Existují i speciální roztoky s nižším pH a kosmetickými látkami přímo určené k oplachům.

Obklady se používají spíše v boji s infekcí. Aplikují se obvykle na 15–20 minut, např. roztok s povidonjodem (Betadine). Obklady však mají tendenci vysušovat, a proto se nepoužívají na granulující rány, pokud klinicky nejde o jasnou infekci. Při ní se používají zvláště roztoky s polyhexanidem (Prontosan, Lawanid) či superokysličené vody (Dermacyn).

Obvazová krytí rozlišujeme dle aplikace na

- primární krytí – materiál v přímém kontaktu se spodinou rány, např. mast, zvlhčená gáza, krycí materiál pro vlhké hojení
- sekundární krytí – materiál obvazový, který kryje primární, hlavním úkolem je absorbovat sekret unikající přes primární krytí

Metoda ošetřování ran je dvojitá

- Klasické postupy – většinou mastové základy s různými přidanými látkami, nejčastěji se používají magistraliter masti v mastové náplasti – např. 5% salicylová vazelína, 3% borová vazelína či pasta, masti s 1% argentum nitricum, případně masti a pasty s antibiotiky či kombinovaná externa. Klasické postupy vyžadují denní výměny a jako krytí se většinou používá gáza, při jejímž snímání se často poškodí nově se tvořící křehká tkáň, která má tendenci zarůstat do ok gázy, a dochází také k šíření infikovaného aerosolu z rány do okolí. Navíc je snímání takového zarostlého krytí bolestivé. **Zvláště v paliativní péči se nesmí zapomínat na analgetickou přípravu před bolestivým převazem!**
- Prostředky pro vlhké hojení ran – v přiměřeně vlhkém prostředí (na spodině rány nesmí ani zůstat více sekretu, ani tam být sucho) probíhají všechny fáze hojení rychleji. Jde o čištění rány, podporu tvorby granulační tkáně i o překrytí defektu buňkami pokožky. Postupně byla vyvinuta velká škála různých typů krytí – např. alginátová, koloidní, gelová, pěny, filmy, krytí s aktivním uhlím, krytí na bázi medu, hydrobalanční, která se liší svými fyzikálními vlastnostmi, např. schopností absorpce, což umožňuje udržet optimální vlhkost v ráně. Proto se v průběhu lokální léčby podle vývoje rány většinou vystřídá několik různých materiálů.

Ochrana pokožky v okolí rány

Také ochrana okolí ran může být dvojitá:

- klasická – např. pasty se zinkem, Imazol, Menalind – tyto ochrany nelze na sebe vrstvit, při každém převazu je nutno zbytky odstranit s pomocí oleje (slunečnicového, lněného)
- filmy – ve spreji (Cavilon, Opsite) či jako tampony (Cavilon) – vydrží na kůži až 3 dny, ochrání před macerací

Postup při převazu

Před odstraněním krytí se odhaduje sekrece posouzením stavu (pro-
sáknutí) sekundárního obvazu.

Po sejmutí primárního krytí se hodnotí, zda je jeho absorpční schopnost vyčerpána, při překročení absorpční schopnosti obvazu dojde k maceraci okolí, nebo zda by mohlo krytí zůstat na ráně déle. Dále se hodnotí případný zápach – kyselý pod koloidy či gely svědčí jen o kyselém prostředí a není důvodem k vysazení tohoto krytí, na rozdíl od zápachu putridního, který avizuje infekci a nutnost změny.

Po očištění hodnotíme spodinu – v jaké fázi se rána nachází, zda převládají nekrózy, či již granulace, případně provedeme debridement spodiny. Je třeba se podívat i na okraje rány, zda nejsou příliš mace-
rované a nepotřebují ochránit při dalších převazech. Vyhodnocení těchto faktorů rozhoduje o materiálu, který se použije, a o době další výměny krytí.

Uvedený postup se označuje jako odhad rány. Čím déle ránu známe, tím je náš odhad, hodnocení rány a krytí, přesnější. Proto zpočátku vždy volíme kratší intervaly mezi převazy – při špatném odhadu tak nedojde k většímu poškození rány ani ke zbytečnému plýtvání nevhodně voleným materiálem. Aby odhady rány, zhodnocení efektu a volba materiálu byly co nejpřesnější a tím i ekonomicky výhodné – nejlevnější, **je nezbytné, aby léčbu rány vedl jeden člověk**. Střídání vedení terapie prodlužuje čas hojení a tím postup prodražuje.

Volba materiálu – výběr vhodného obvazu

| RÁNA | | | | |
|---|---|---|--|---|
| Nekrotická | Granulující | Epitelizující | Infikovaná | Povleklá |
| <ul style="list-style-type: none">• hydrogely | <ul style="list-style-type: none">• polyuretany• hydropolymery• pěny• hydrokoloidy• hydrofibře• algináty• hydrogely | <ul style="list-style-type: none">• transparentní krytí• hydrokoloidy-thin• polyuretany | <ul style="list-style-type: none">• obvazy s aktivním uhlím• antiseptické obvazy• obvazy se stříbrem | <ul style="list-style-type: none">• hydrogely• algináty• hydrokoloidy !?• hydrofibře |

U defektu s nekrózou existuje řada postupů k jejímu odstranění – chirurgické, mechanické, enzymatické (např. IruXol Mono), larvoterapie aj. K vyčištění rány a podpoře granulační tkáně je od 90. let 20 století k dispozici také podtlakový uzávěr – v ráně se využívá negativní podtlak, při němž dochází k odsávání sekretu, lepšímu čištění a podpoře

granulací. Metoda je vhodná hlavně pro velké rozpadlé rány pooperační či dekubitální. V ČR je zatím nejrozšířenější systém V.A.C (Vacuum Assisted Closure).

Krycí materiály

U ran s minimální sekrecí se volí krytí, které zvlhčí nekrózu a pomůže ji odloučit. Podle typu rány lze použít

- speciální polštářek napuštěný určitým roztokem, který se pozvolna uvolňuje; takové krytí se musí měnit denně (např. TenderWet)
- plošný gel či gel v tubě; gel může zůstat na ráně 3-5 dní (např. Nugel)

Jako sekundární krytí se většinou používá film, koloid či polyuretan. Posledním dvěma se dává přednost, pokud je spodina rány současně ve více fázích - materiál totiž zároveň působí jako terapeutické krytí v místech, kde není nekróza.

U ran, které mají spodinu povleklou či s měkkou žlutou nekrosou, se volba materiálu řídí sekrecí. Pokud je malá, používají se opět gely. U hojně secernujících rány lze s výhodou použít algináty (obvazy z mořských řas, např. Sorbalgon). U střední a menší sekrece lze použít i koloidy.

U ran s projevy infekce či obrazem kritické kolonizace je hlavním cílem zlikvidovat tuto infekci. Podle sekrece volíme obvazy se stříbrem či antiseptické krytí. Je třeba si uvědomit, že stříbro je spojeno s různými nosiči, které určují fyzikální vlastnosti krytí (algináty, hydrofibery, pěny, nanokrystalická krytí atd.). Různé typy rány vyžadují proto různé typy obvazů se stříbrem (např. Actisorb Plus s aktivním uhlím a tím s výraznou absorpcí zápachu). Při jasných známkách infekce se zpočátku mění obvazy častěji - antiseptické krytí na infekční ráně je nutné měnit denně.

U granulující rány lze použít prakticky všechny skupiny krytí. Řídíme se lokalizací, tvarem rány a sekrecí: algináty se používají na rány hodně secernující, koloidy a polyuretany na středně a méně secernující, gely na málo secernující.

Pokud je třeba podpořit epitelizaci, volí se většinou tenké materiály, aby se kyslík dostal lépe k ráně - jde o tenké koloidy či polyuretany. V literatuře se uvádějí u epitelizujících ran i filmy, ale pokud rána jen trochu secernuje, musí se měnit denně, což je drahé. Na trhu jsou i dermoepidermální náhrady, které pomáhají defekt doepitelizovat.

Pokud defekt stagnuje, je třeba přístup přehodnotit – změnit postupy, využít nové metody, např. bioaktivní krytí.

Více informací např. na informačním portálu www.hojeni21.cz či na stránkách České společnosti pro léčbu rány www.cslr.cz, kde jsou vyvěšeny i poziční materiály mezinárodních asociací EWMA a WUWH (např. Minimalizace bolesti při převazech rány).

II. Antidekubitální režim

Antidekubitální režim je soubor opatření k prevenci dekubitů (otlaků, tlakových vředů). Ty vznikají především ischemií (nedokrevností) tkání při stlačení cév mezi tvrdý povrch a kostní tkáň, někdy také natažením a tím zúžením kožních cév při napínání kůže (např. tažení pacienta po drsnějším prostěradle nebo sjíždění po něm při nezapřené poloze v polosedě). Dekubity se tvoří především v určitých rizikových místech, např. na patách, kotnících, hlavě, v oblasti křížové kosti, lopatek, páteře – záleží na tom, jakou polohu pacient zaujímá. Rozvíjejí se rychle, řádově v hodinách. Dvě třetiny dekubitů se vytvoří do 14 dnů od upoutání na lůžko (např. po cévní mozkové příhodě, operaci či úrazu). Rozlišují se 4 stupně podle hloubky poškození tkáně:

- I. stupeň – zarudnutí kůže (erytém), které po uvolnění tlaku nemizí, kontinuita kůže však není porušena; člověk cítí bolest
- II. stupeň – poškození vrchního krytu kůže, tzv. epidermis, klinicky se projevuje bolestí, vznikem puchýře, který praská, rána secernuje, spodina ale není černá
- III. stupeň – dochází k poškození celé vrstvy kůže včetně podkoží, vznikají hlubší defekty (poškození hlubších tkání je vždy plošně větší než viditelný kožní defekt)
- IV. stupeň – defekt sahá až na povázky (fascie), do svaloviny, někdy až ke kosti, často se tvoří postranní kapsy.

Významnou roli při vzniku dekubitů sehrávají také stav tkání, jejich vitalita (snížená např. u kachektických, malnutrických pacientů) a nervové zásobení jak ve smyslu nevnímání tlaku, tak poruch vegetativních funkcí (neuropatické defekty u diabetiků či u některých neurologických onemocnění) – jde o komplexní děj. Základním rizikovým faktorem je imobilita s dlouhým neměněním polohy a tedy setrvalým tlakem na predilekční místa. Komplikujícími faktory jsou zapaření, macerace pokožky, zvláště u inkontinentních pacientů, špatná péče o pokožku

(mytí, promazávání), nečistoty a vlhkost v lůžku, poruchy výživy (kachexie i obezita).

Dekubity jsou nejčastější příčinou stížností na zanedbání péče, ale ani neoptimálnější péčí nelze zřejmě zabránit jejich vzniku u mimořádně rizikových pacientů.

Antidekubitální režim u rizikových, zvláště imobilních pacientů zahrnuje především

- použití měkkých antidekubitálních podložek (matrací) v lůžku, např. nafukovacích, kdy kompresor vhání vzduch střídavě do několika kompartmentů, takže se tlak střídá na různá místa
- použití odlehčovacích pomůcek do lůžka, které dále snižují tlak na riziková místa nad kostními prominencemi (paty, kotníky, lokty, lopatky, ramena apod.) – např. botičky či odlehčovací dlahy (zvláště u pacientů disponovaných ke vzniku neuropatických defektů)
- polohovací režim se změnami poloh alespoň po 2 hodinách a se skládáním polštářů mezi kolena a kotníky, zvláště při kontrakturách či při polohách na boku – viz následující odstavec o polohování
- péči o pokožku
 - pravidelné sledování kožních změn zvláště v predilekčních místech – prvním, ještě reversibilním příznakem hrozícího otlaku je zarudnutí, které po odlehčení mizí
 - pečlivé řešení inkontinence např. absorpčními pomůckami, aby pacient neležel ve vlhku
 - pravidelné mytí, sušení a promašťování pokožky
- péči o lůžko – čistota lůžka, průběžné odstraňování drobků, zbytků potravy apod.
- správnou manipulaci s pacientem v lůžku – zabránit sjíždění i vytažení pacienta po povlečení s přepínáním kůže a cév – podložení pacienta proti sjíždění, posouvání nadzvednutím a poponesením, nikoliv tahem

III. Polohování

Polohování patří k účinným, ale často podceňovaným a opomíjeným úlevným nástrojům zvyšujícím pohodu i bezpečnost imobilního či hypomobilního pacienta. Jde o polohování celého těla i jeho částí, např. paretických končetin. **Orientační polohovací interval jsou 2 hodiny.** Polohování zmírňuje či předchází bolest, otok, poruchy svalového

tonu, vznik otlaků, zhoršení funkce končetiny, vznik kontraktur, dušnost, zahlenění, rozvoj respirační infekce, poruchy příjmu potravy a tekutin. Uspadňuje pacientovi také kontakt s okolím.

Existuje několik základních poloh těla, jejichž přesný popis s fotodokumentací lze nalézt např. v knize P. Koláře a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*, z níž stručně vyjímáme:

- poloha supinační (na zádech) – riziko zahlenění, pneumonie i klasické lokalizace dekubitů (paty, kyčle, lopatky, lokty), potřebné je mírné podložení hlavy i ramen a také kyčlí a kolen (do semiflexe polštářem) a odlehčení pat v antidekubitálních botičkách
- poloha na boku – svrchní dolní končetina musí být stejně jako svrchní horní končetina podložena polštářem a flektována v kyčli i koleni do 90 stupňů, dochází k mobilizaci hlenu v dýchacích cestách
- poloha semisupinační (mezi polohami na zádech a na boku) – spodní rameno není stlačeno, trup je rotován dozadu a po celé délce podložen polštářem, dolní končetiny v kyčelní i kolenní semiflexi a s polštářem mezi kolena a bérce
- poloha na břiše – hlava je otočena do strany, distální bérce podloženy polštářem k odlehčení prstů nohou
- poloha semipronační (mezi polohami na boku a na břiše) – trup podložen polštářem, který objímá svrchní horní končetina, hlava mírně rotována a podložena polštářem, svrchní dolní končetina podložena polštářem, koleno i kyčel ve flexi 90 stupňů
- polosed – trup flektován do 30–40 stupňů, hlava, krk a ramena jsou podloženy polštářem, podložena jsou i předloktí

5.3 ÚKONY REHABILITAČNÍ

Lidé v nouzi nepotřebují až tak moc peníze.

Oni potřebují naše oči, ruce, nohy, srdce...

Matka Tereza

Rehabilitační úkony spadají v rámci domácí paliativní péče především do sféry rehabilitačního ošetřovatelství:

- podpora vertikalizace - nácvik posazování a postavování při progredující disabilitě, podpora chůze včetně zachování síly svalů dolních končetin u hubnoucích hypomobilních pacientů
- používání podpůrných pomůcek - např. chodítek
- základní dechová rehabilitace
- polohování
- ergoterapeutická (bezbariérová) úprava domácího prostředí s výběrem zdravotních pomůcek a nácvikem jejich používání pro pacienta i jeho rodinu

Hlavními úkoly pro kvalifikovaného fyzioterapeuta tak zůstávají především

- analgetické procedury
- kvalifikovaná dechová rehabilitace

Analgetické procedury se týkají buď základního paliativního onemocnění (především nádorová bolest), nebo obtíží tímto onemocněním jen sekundárně podmíněných či s ním vůbec nesouvisejících (muskulo-skeletální bolest). V domácí paliativní péči přicházejí nejčastěji do úvahy

- manuální techniky - mobilizační a měkkých tkání k uvolnění bolestivých kontraktur a funkčních bloků; zvláště při bolestech v zádech s pseudoradikulárním drážděním a bolestivou limitací změn polohy by měl být požádán fyzioterapeut o konzultaci, zda nelze manuální technikou dosáhnout úlevy, zda bolest není nikoliv nádorová, nýbrž ovlivnitelně muskulo-skeletální
- nízkofrekvenční elektroterapie ve formě transkutánní elektrické neurostimulace (TENS), kterou lze aplikovat i doma pomocí kapesních aplikátorů v délce 20-30 minut na jedno sezení

K rehabilitační problematice viz též kapitulu 3.4.

Další informace lze získat např. k dechové rehabilitaci na

www.dychani.cz, www.copn.cz, k ergoterapii na www.ergoterapie.cz.

6. DOPORUČENÁ A POUŽITÁ LITERATURA

1. BERNLEF, J. *Vyhasínání mozku Martina Kleina*. Beroun: Za tratí, 2010 (román).
2. FRANKL, V. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta, 2006, 240 s.
3. FRANKL, V. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 2006, 214.
4. FRANKL, V. *A přesto říci životu ano*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2. vyd., 2006, 176 s.
5. FRANKOVÁ, V., HORT, J., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., VYHNÁLEK, M. *Alzheimerova demence v praxi*. Praha: Mladá fronta, 2011, 70 s.
6. FRIČ, P., POSPÍŠILOVÁ, T. a kol. *Vzorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na počátku 21. století*. Praha: Agnes, 2010.
7. GENOVA, L. *Ještě jsem to já*. Praha: Práh, 2009 (román).
8. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti – komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009.
9. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ, I., WEBER, P. A KOL. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada Publishing, 2008.
10. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H. *Člověk v ohrožení*. Praha: Grada Publishing, v tisku.
11. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 117 s.
12. KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009.
13. KOLÉBALOVÁ, J., KRATOCHVÍLOVÁ, J. *Rehabilitujeme doma*. Brno, Moravskoslezský kruh, 2010. (www.pecujdoma.cz)
14. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Umění naslouchat*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2010.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence. Otázky na vrcholu života*. Praha: Grada Publishing, 2006.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Koncept lidských potřeb a jejich koncept*. In: KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H. *Člověk v ohrožení*. Praha: Grada Publishing, v tisku.
18. LINHARTOVÁ, V. *Komunikace v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2007.
19. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2. vydání, 2010.
20. MAX, M. B. PAIN. In: GOLDMAN, L., AUSIELLO, D. A. (EDS.) *Cecil Medicine (Textbook of Medicine)*. 23rd edition. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008, p. 151–158.
21. MISCONIOVÁ, B. Domácí péče. In: KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H. *Člověk v ohrožení*. Praha: Grada Publishing, v tisku.
22. MOORE, T. *Temné noci duše. Průvodce na cestě těžkými životními zkouškami*. Praha: Portál, 2009.
23. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 2005.

24. *Pečovatelská služba v České republice*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2010.
25. ONDERKOVÁ, A. *Ošetřovatelská abeceda*. Brno, Moravskoslezský kruh, 2008.
26. PELCOVÁ, N. *Vzorce lidství*. Praha: Portál, 2010, 264 s.
27. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009, 175 s.
28. PROKOP, J. *Eutanázie*. In: KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H. *Člověk v ohrožení*. Praha: Grada Publishing, v tisku.
29. *Respektování lidské důstojnosti*. Praha: Cesta domů, 2004.
30. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007.
31. SLÁMA, O., DRBAL, J., PLÁTOVÁ L. *Umřít doma – příručka pro laické pečující*. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008.
32. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*. Praha: Cesta domů, 2010.
33. STUDENT, J., MÜHLUM, A. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H&H, 2006.
34. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 2003.
35. SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří – kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2007.
36. ŠPATENKOVÁ, N. A KOL. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2004.
37. ŠPATENKOVÁ, N. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada Publishing, 2008.
38. ŠVEHLOVÁ, M., ŠVEHLOVÁ, E. *Plicní rehabilitace a respirační fyzioterapie v domácím prostředí*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Vltavín, 2009, 26 s.
39. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2006.
40. VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002.
41. VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996.
42. YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál, 2006, 527 s.
43. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003.

® Názvy produktů či firem použité v této knize mohou být ochrannými známkami či registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno. Postupy a příklady v knize, informace o lécích a jejich formách, aplikaci a dávkování jsou uvedeny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění ale nevyplývají pro autory ani vydavatele žádné právní důsledky.

Manuál paliativní péče o umírající pacienty

Pomoc při rozhodování
v paliativní nejistotě

Editor autorského kolektivu MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

1. vydání

Vydalo Hospicové občanské sdružení Cesta domů v Praze v roce 2010

Odborná spolupráce MUDr. Irena Závadová, MUDr. Ivo Bureš

Odpovědné redaktorky Štěpánka Ryšavá a Martina Špinková

Recenzent MUDr. Ladislav Kabelka, PhD.

Fotografie na obálce Štěpán Špinka

Design a sazba studio Designiq

Tisk Tiskárna Flora

© Cesta domů 2010

www.cestadomu.cz

ISBN 978-80-904516-4-3

Kniha vyšla díky finanční podpoře strukturálních fondů Evropské unie



OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA
ADAPTABILITA



EVROPSKÁ UNIE

Praha a EU: investujeme do vaší budoucnosti.



evropský sociální fond v ČR