

Role lůžkového hospice v paliativní péči

Lucie Světláková^{1, 2, 3}, Miroslav Světlák⁴, Markéta Hanušová¹

¹Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Rajhrad

²Masarykův onkologický ústav, Ambulance paliativní medicíny, Brno

³Fakultní nemocnice u svaté Anny, Konziliární tým paliativní péče, Brno

⁴Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky, Brno

V současnosti je hospic definován jako zdravotnické zařízení, které poskytuje komplexní zdravotně-sociální péči pacientům v terminální fázi onemocnění a jejich příbuzným, s cílem učinit tuto fázi života všem zúčastněným co nejvíce pohodlnou a naplněnou, jak je to jen možné, přičemž doba péče obvykle nepřesahuje tři měsíce. Hospicová péče představuje klíčový pilíř paliativní péče a je nezbytnou součástí moderní medicíny. Znalost fungování, možností a organizace hospicové péče představuje nutnou podmínku její včasné indikace u vhodných pacientů. Přijetí vize a mise hospicové péče lékaři všech odborností představuje také nutné pozadí včasné, otevřené, efektivní, nepoškozující a motivující komunikace s pacientem a jeho rodinou.

Klíčová slova: paliativní medicína, hospicová péče, paliativní péče.

The inpatient hospice role in palliative care

Currently, hospice is defined as a medical facility that provides a comprehensive health and social care to patients in the terminal phase of the disease and their relatives, to help them to live as fully and comfortably as possible, while the duration of care usually does not exceed three months. Hospice care is a key pillar of palliative care and is an essential part of modern medicine. Knowledge of the functioning, possibilities and organization of hospice care is a necessary condition for its early and adequate indication in suitable patients. The acceptance of the vision and mission of hospice care by doctors of all specialities also represents the necessary background for early, open, effective, non-harmful and motivating communication with the patient and his family.

Key words: palliative medicine, hospice care, palliative care.

Historický kontext hospicové péče

První doklady o tom, že lidé pečovali o své nemocné a umírající, spadají až do doby 70 tisíc let před naším letopočtem (1). Díky kognitivní revoluci našich předků, kdy došlo ke změně fungování našeho vědomí a uvědomování si, řeší lidstvo otázku, jak se postarat o nemocné a umírající svého druhu, a přitom dále žít a adaptovat se na proměnlivý svět. Zatímco podmínky lidstva se od té doby ekonomicky, kulturně a sociálně změnily, otázka související s koncem života každého z nás je stále stejná. Konec života a důstojný odchod je tak univer-

zálním lidským tématem, které nás propojuje nejen napříč kulturami, ale také napříč rolemi ve společnosti. Jeho univerzálnost spojuje lékaře, sestry, stejně jako politiky a krajské a ministerské úředníky. Společné sdílení touhy v klidu a důstojně ze života odejít nás spojuje ve společném úsilí, které lze v této éře vývoje lidské společnosti nazvat jako hospicové hnutí a paliativní medicína.

Slovo hospic pochází z latinského *hospitium* („útulek“). Existuje celá řada dokladů, ať už z dob starého Říma a následně pak středověku, že existovaly přístřešky či útulky při cestách, kde mohli poutníci odpočívat,

těhotné ženy porodit a nemocní nabrat síly, nebo v klidu zemřít. Z těchto skromných útulků se pak ve středověku stávaly dobročinné církevní nemocnice či přesněji špitály (2). Nejstarší charitativní útulky ve východní Asii, které bychom mohli nazvat hospici, vznikaly při buddhistických klášterech už v prvním století po Kristu (2).

Obdobím rozvoje špitálů byl právě středověk. Například londýnská nemocnice svatého Bartoloměje vznikla v roce 1123. Velké špitály v té době byly také v Miláně, Sieně a Paříži. Při rozvoji špitálů sehrála značnou úlohu křížácká tažení, neboť příslušníci křížá-

kých řádů – jako například řád špitálu sv. Jana Křtitele Jeruzalémského – johanité (později maltézští rytíři), templáři nebo němečtí rytíři budovali tato zařízení v celé oblasti kolem Středozemního moře, a i ve všech německy mluvících zemích (2). Křesťanský étos byl ve všech těchto zařízeních všudypřítomný (2), což přetrvává do značné míry i v dnešní době.

Hospicová péče

Moderním lůžkovým zařízením hospicového typu položila základ doktorka Cecilie Saundersová v Londýně v roce 1967. Hospic sv. Kryštofa (St. Christopher's Hospice) byl otevřen v roce 1967. Inspiroval statisíce profesionálů po celém světě. Cicely Saunders poprvé formulovala koncept tzv. „total pain“ (celková bolest) – říká, že tělesná bolest je komplexně spjata s bolestí či utrpením v oblasti psychosociální a spirituální (hodnotové). Moderní neurovědecký výzkum ostatně tento koncept opakovaně dokládá zjištěním, že psychická/sociální bolest a somatická bolest mají překrývající se neuronální koreláty (3).

Vize hospice vychází ze stavu, kdy kurativní medicína říká – „nemůžeme nic dělat“ – oproti paliativní péči – „můžeme udělat mnoho, aby člověku a jeho blízkým bylo co nejlépe, i když samotnou nemoc neumíme vyléčit, zajímá nás život s těžkou nemocí a podpora života blízkých po úmrtí pacienta“.

V současnosti je hospic definován jako zdravotnické zařízení, které poskytuje komplexní zdravotně-sociální péči pacientům v terminální fázi onemocnění – předpokládaná doba péče zpravidla nepřesahuje 3 měsíce. Péče je poskytována ve „speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“ (§22a zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění, v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách, §2. písm. a), §ř, odst. 2, písm. h), §9 písm. d). Aktuálně doporučený stav zajištění dostupnosti lůžkové hospicové péče (Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, EAPC) je 5 lůžek na 100 000 obyvatel. S rozvojem paliativní péče se ukazuje, že vedle lůžkového hospice je alternativou také reprofiliace lůžek následné péče směrem ke komplexním lůžkovým jednotkám, hospicového typu: nejlépe přímo v areálu regionálních nemocnic a současně řešení pomocí sítě terénních služeb mobilní specializované paliativní péče.

Hospicová péče je realizována prostřednictvím multidisciplinárního přístupu lékařů (v ideálním případě je vedoucím týmu lékař se specializací Paliativní medicína), zdravotních sester, pracovníků v přímé péči, sociálních pracovníků, duchovních (kaplan, pastorační asistent, kněz) a psychologů.

Indikace přijetí pacienta do hospice

Indikace pacienta k přijetí do hospice představuje v celém procesu paliativní péče zcela zásadní moment. Vždy je třeba posoudit celkový stav pacienta, jeho prognózu a samozřejmě věk. Kromě znalostí a klinické zkušenosti lékaře, vyžaduje tento proces také schopnost lékaře otevřeně, jasně a včas komunikovat o stavu pacienta a jeho vývoji s pacientem a jeho rodinou. Nutnou podmínkou je také odvaha lékaře včas rozhodnout a moudrost nestát v cestě přirozeného procesu umírání. Strach, že vezmeme pacientům naději v objektivně beznadějně situaci, lze přerámovat tak, že včasná paliativní péče a navazující hospicová péče, dávají pacientům, jejich rodinám a vlastně i lékařům samotným naději na dobré umírání.

Do hospice jsou přijímáni dospělí i dětské pacienti v terminální fázi (prognóza v řádu týdnů až měsíců života) onkologického i neonkologického onemocnění. Nejčastěji se jedná o následující skupiny onemocnění:

- pokročilá onkologická onemocnění – ukončena aktivní protinádorová léčba; lokálně pokročilé nebo diseminované onemocnění
- pokročilá interní onemocnění – polymorbidita, opakovaná orgánová selhání s následnou progresí stavu
- pokročilé geriatrické syndromy – „frailty“ syndrom, kachexie, malnutrice
- pokročilá neurologická onemocnění – finální fáze ALS, CMP apod.

Jakým způsobem indikovaný pacient přichází do hospice

Indikace je provedena ošetřujícím lékařem na akutním lůžku nemocnice, v ambulanci nebo praktickým lékařem v sociálním zařízení či v domácí péči.

Je nutné podat žádost do hospice – často dostačuje elektronická, ev. papírová forma

s popsáním aktuálního zdravotního stavu, a jasným vyjádřením o terminální fázi nemoci. Vhodná je také přiložená dokumentace o ukončení terapie, a navazující indikaci symptomatické terapie. Žádost je většinou dostupná na webových stránkách daného hospice, při nejasnostech je vhodné kontaktovat koordinátora či sociálního pracovníka hospice, případně vedoucího lékaře zařízení.

Nezbytný je souhlas pacienta s hospicovou péčí, který by měl být podepisován po předchozím rozhovoru s primárním ošetřujícím lékařem, eventuelně blízkých osob, a to ve specifických situacích, jako je například změna stavu vědomí.

Co lůžkový hospic poskytuje

Lékaři všech odborností by měli být obeznámeni s tím, co zahrnuje hospicová péče. Jedině tak se mohou včas rozhodovat při péči o své pacienty a vše kompetentně vysvětlit právě pacientům a jejich rodinám. Péče zahrnuje:

- komplexní paliativní péči poskytovanou multidisciplinárním týmem
- péči 24 hod denně ve zdravotnickém zařízení
- podpůrnou péči pro rodiny pacientů
- péči o pozůstalé
- sociální poradenství

Co lůžkový hospic neposkytuje

Je třeba také vědět, jaká péče není v hospicích poskytována. Tato znalost opět představuje nutný výchozí bod indikace a realistické komunikace s pacientem a rodinou. Neznalost limitů hospicové péče může vést ke zklamání všech zúčastněných a nejednou je příčinou stížností a nedorozumění v komunikaci mezi rodinami a zdravotníky v hospici. Nereálná očekávání pacientů a rodin jsou velmi často právě výsledkem nedostatečného vysvětlení lékařů, které může mít v pozadí právě nedostatečnou znalost nebo je jejich nejasná komunikace motivována strachem z přílišné konfrontace zúčastněných s infaustním stavem blízké osoby.

Medicínské úkony, které nejsou pacientům v terminální fázi nemoci v hospici v současné době nabízeny:

- parenterální výživa (tzv. plná parenterální výživa „all in one“ vaky apod.)
- substituce krevními deriváty

- rozsáhlejší operační zákroky (např. debriedment dekubitu v terminální fázi je naopak samozřejmostí)
- kardiopulmonární resuscitace (z principu charakteru onemocnění není indikována)
- intenzivní „rehabilitace“ (rehabilitace v kontextu aktuálního zdravotního stavu je součástí hospicové péče)

Nutno však doplnit, že některé prvky této péče jsou v terminální fázi pokročilých

onemocnění výjimečně smysluplné, pokud mohou zlepšit kvalitu života pacienta.

Následná péče v hospici

Přestože jsou do hospice indikováni pacienti v terminální fázi nemoci, často se laskavou péčí, zejména ošetrovatelskou, a i úpravou nezbytné medikace, jejich zdravotní stav stabilizuje, dokonce někdy i zlepší. Dobře nastavená komplexní péče zvyšuje kvalitu života a umožní často i zpomalit průběh nevyléčitelného onemocnění.

Současně může být péče v lůžkovém hospici pro rodiny pacientů možností, jak se naučit o pacienta pečovat, a následně pacienta převzít za dopomoci mobilního hospice do domácí péče. Pokud se toto děje, pak je možno pacienta z lůžkového hospice předat do péče sociálního zařízení, domácí péče s dopomocí různých služeb (pečovatelská péče, home-care nebo mobilní hospic). Kontaktní informace na služby paliativní péče lze získat např. na www.umirani.cz.

LITERATURA

1. Harari YN. Sapiens. Stručné dějiny lidstva. Praha: LEDA; 2018.
2. Porter R. Dějiny medicíny. Od starověku po současnost.

Praha: Prostor; 2015.

3. Eisenberger NI. The pain of social disconnection: Examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(6):421-434.

ning the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat Rev Neurosci*. 2012;13(6):421-434.