

Nastavení paliativní péče praktikem v domově pro seniory

30. 10. 2023 Vyšlo v titulu [Medical Tribune](#)



Zleva: vedoucí Domova pro seniory a zástupkyně ředitelky Bc. Jarmila Dolejšová, ředitelka organizace PhDr. Renata Auterská, praktická lékařka a paliatr MUDr. Kateřina Nová, vedoucí zdravotní péče a koordinátorka Mgr. Eliška Kubalíková, sociální pracovnice Mgr. Andrea Vetráková Foto archiv Domova pro seniory Sušice

Příkladem toho, že paliativní péče může výborně fungovat i v oblastech, kde ostatní lékařská péče naráží na četné problémy, je Domov pro seniory v Sušici, kde je dnes díky proaktivnímu přístupu MUDr. Kateřiny Nové, která zde působí jako praktický lékař a paliatr, tato péče samozřejmostí. O tom, že její přínos v této oblasti nezůstal bez povšimnutí a může být motivující i pro praktické lékaře napříč celou ČR, svědčí skutečnost, že své zkušenosti mohla prezentovat v rámci letošní 14. celostátní konference paliativní medicíny, která se konala v polovině září v Praze.

Potřeba geriatrické paliativní péče bude do budoucna významně narůstat. Každý domov pro seniory má k jejímu poskytování jiný přístup, je-li v zařízení zavedena, je často směřována jen na konečnou terminální fázi. Současná praxe ale ukazuje, že je třeba s paliativní péčí začít dříve. Proto se stále častěji mluví o potřebě plánování budoucí péče, která by měla být komunikována u geriatrických pacientů již s mnohaměsíčním předstihem.

O tom, že i to je možné, a to i ve městě, které muselo mimo jiné pro nedostatek lékařů zrušit nemocniční chirurgické oddělení a následně i internu, svědčí příklad sušického Domova pro seniory.

Toto zařízení má 123 lůžek, z toho 34 lůžek se zvláštním režimem (DZR), tři lůžka odlehčovací včetně jednoho lůžka v hospicovém pokoji. K srpnu 2023 byl průměrný věk klientů 84,5 roku s výraznou převahou žen (101 vs. 21 mužů). Klientů úplně závislých na péči (příspěvek na péči IV. stupně) bylo 48 (39 %) a klientů s těžkou závislostí (příspěvek na péči III. stupně) bylo 42 (34 %). „To ukazuje, že obyvatel domova, kteří budou profitovat z plánování budoucí péče, je mnoho. V současnosti máme u 16 z nich nastaven paliativní plán péče,“ říká MUDr. Nová, která nepracuje v žádné organizaci paliativní péče, ale tuto péči poskytuje v mezích možností praktického lékaře svým registrovaným pacientům a klientům Domova pro seniory, kde na jejím rozvoji pracuje od roku 2015.

„Na poskytování paliativní péče myslíme již při přijímání klienta. Vzhledem k tomu, že těch, kteří z paliativního přístupu profitují, je velmi mnoho, osvědčilo se nám již při příjmu začít budoucí péči plánovat,“ říká lékařka s tím, že již v rámci vstupního vyšetření si zjišťují veškeré dostupné informace o zdravotním stavu ze zdravotní dokumentace, z překladových zpráv, od rodiny – což je úkolem zdravotní sestry – koordinátorky. Dále evidují informace sociální, jako jsou zvyklosti, zázemí, víra, schopnosti sebezpěče, mobilita atd. Tuto oblast má na starosti sociální pracovnice ve spolupráci s pečovateli. V neposlední řadě proaktivně nastavují komunikaci s rodinou, zajišťovanou opět sestrou – koordinátorkou, která je pro tyto účely speciálně vyškolená.



Zhruba do 14 dnů od příjmu klienta, poté, kdy dojde k jeho částečné adaptaci na nové prostředí, lékařka za přítomnosti zdravotní sestry – koordinátorky, která je následně zodpovědná za přenos informací dál do zařízení (sestrám a pečovateli) a zpětně k lékaři, provede vstupní vyšetření. Jeho součástí je vyhodnocení zdravotního stavu se zaměřením na život limitující nemoci, dominující symptomy a jejich intenzitu, určení aktuálního stupně soběstačnosti, orientačně se vyšetří mentální stav, funkční rezervy a je-li vhodná atmosféra, otevře se téma představ klienta ohledně závěru jeho života.

Základem paliativního přístupu je plán péče

Následně dochází k sestavení plánu péče, kdy jsou klienti rozděleni do dvou skupin. Tou první jsou ti, kteří mají život limitující onemocnění, což jsou podle MUDr. Nové prakticky všichni klienti domova, nicméně onemocnění je ve fázi dobré kompenzace, mají dostatečnou mentální kapacitu a funkční rezervy. V tomto případě sestavují plán péče, který mimo jiné zahrnuje:

- revizi farmakoterapie,

- nastavení period jednotlivých kontrol, včetně kontrol u specialistů a laboratoře,
- pokyny týkající se fyzioterapie a nutriční k zachování funkčních rezerv, aktivizace klienta,
- proaktivní zahájení rozhovorů s klientem a jeho rodinou ohledně představ o závěru života.

V praxi to znamená, že v podstatě již na samém začátku u každého obyvatele domova uplatňují paliativní přístup.

Druhou skupinou jsou klienti s život limitujícím onemocněním, které je však ve fázi terminálního stadia, kde je plná ztráta sebeobsluhy či výrazná symptomová zátěž. U těchto nemocných, pokud je jejich přáním nebo přáním rodiny (opatrovníka), aby strávili závěr života v domově, v rámci plánu péče revidují farmakoterapii s prvotním cílem zaléčení dominujících symptomů, komunikují s nemocným či s rodinou přání v závěru života a sestavují paliativní plán péče, jehož součástí je:

- popis aktuálního zdravotního stavu, tedy symptomy, jejich intenzita, dále popis mobility, závislost na péči, mentální stav a specifická přání,
- přiřazení PPS (paliativní škála funkční zdatnosti),
- výčet život limitujících onemocnění,
- důvod indikace k poskytování paliativní péče, limity péče,
- pravidelná medikace,
- SOS medikace pro případy nenadále akutní situace či při ztrátě schopnosti p.o. příjmu,
- podrobný popis, kdo z rodiny a v jaké výši je či má být informován,
- pokyn pro sestry, jak postupovat a na koho se obrátit mimo ordináční dobu, pokud dojde k nenadále situaci,
- součástí je i dokumentace duchovní a sociální, kde jsou uvedeny další důležité informace pro poskytování paliativní péče.

Jak MUDr. Nová upozorňuje, vše je proces. To, že je jednou nastaven plán péče či paliativní plán péče, neznamená, že již není měněn. K aktualizaci těchto plánů dochází vždy při jakékoli změně, například:

- po hospitalizaci,
- ve vazbě na postupné zhoršení zdravotního stavu, kde jsou klíčoví pečovatelé, kteří na měnící se zdravotní stav upozorní,
- při akutním zhoršení zdravotního stavu, jako je infekce, dekompenzace psychického stavu, rozvoj imobilizačního syndromu atd.,
- při změně názoru klienta či rodiny ve smyslu, kde chce dotyčný strávit konec života,
- ve vazbě na pravidelnou plánovanou kontrolu.

V Domově pro seniory v Sušici se o poskytování paliativního přístupu snaží celý tým pracovníků přicházejících do kontaktu s klientem. „Součástí jsou rozhovory o představách v závěru života, přičemž upřednostňujeme proaktivní přístup ke komunikaci. Sami se snažíme tyto rozhovory u nás vyvolávat buď s obyvatelem domova, či kontaktujeme rodinu, s níž chceme navázat vztah a domluvit se. Je to pro nás mnohem méně stresující, než když se klient dostane do fáze umírání a my nemáme s blízkými nic domluveno či naplánováno. Díky takto nastaveným postupům v organizaci kromě paliativního přístupu, který je přirozenou součástí zdravotní, sociální a duchovní péče, je zařízení schopno poskytovat i péči paliativní a umožňuje našim klientům důstojně strávit konec svého života u nás,“ dodává lékařka.

K rozšíření poskytování kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory či domovech se zvláštním režimem by podle ní pomohlo:

- aby se paliativní přístup stal standardem,
- aby ošetřující praktický lékař uměl u klienta vyhodnotit potřebnost paliativní péče a s tím související potřebu plánování péče v závěru života, neřešit až samotné umírání,
- kdyby u pacientů, kteří přicházejí do domovů pro seniory z lůžkových zařízení dlouhodobé péče, plánování budoucí péče začalo již tam.

Na úplný závěr dodává, že samotné poskytování paliativní péče v domově (tj. kde a kým) je závislé na velmi individuálních faktorech daného zařízení, na vzdělání lékaře, jeho odvaze, na možnostech daného zařízení, personálním obsazení, dostupnosti specializované paliativní péče atd.

Tři otázky pro...

MUDr. Kateřina Nová,

praktická lékařka a paliatr, Domov pro seniory, Sušice

- **Co by pomohlo dalšímu rozvoji paliativní péče ve vašem regionu?**

Napadá mne mnoho věcí na všech úrovních. Například cílená edukace pečujících osob, kontinuální a systémová nabídka vzdělávání lékařů všech segmentů – praktických lékařů, ambulantních specialistů i lékařů lůžkových zařízení, která by byla dostupná v našem regionu, podpora vzniku a rozvoje týmu praktický lékař – sestra pro domácí péči a péči o pacienty v závěru života. Rozšíření mobilní specializované paliativní péče pro pacienty v klatovském a sušickém regionu. Pomohlo by i otevření další paliativní ambulance blíž k nám (nejen v Plzni), jelikož mnoho našich pacientů cestu na takovou vzdálenost již není schopno absolvovat. Nicméně nevzdáváme se. V našem kraji je spousta lidí, kteří paliativní péči chtějí rozvíjet, jen o sobě moc nevíme, jsme takoví solitéři. Alespoň to bychom chtěli změnit. Ve spolupráci s Hospicem sv. Lazara chceme na jaře v Plzni uspořádat první regionální konferenci paliativní péče, kde kromě možnosti dozvědět se mnoho odborných a zajímavých věcí především z oblasti obecné paliativní péče bude hlavním cílem možnost se vzájemně poznat a snad začít více spolupracovat.

- **S jakými překážkami se nejčastěji ve své práci setkáváte?**

Odpověď bych rozdělila na dvě části. Jedná-li se o poskytování péče v závěru života u nás v domově, v podstatě moc překážek, které by byly nepřekonatelné v jejím poskytování, nemáme. Je řada věcí, které se musíte naučit, zavést do praxe, musíte mít tým, a ten my máme – a skvělý. Domov má úžasnou ředitelku, která nás v poskytování této péče podporuje, například kontinuálně umožňuje vzdělání svým zaměstnancům – zdravotním sestřím a pečovatelům. Vytvořila pracovní pozici koordinátorky zdravotní a paliativní péče, která je v domově mojí pravou rukou. Též se snaží paliativní péči rozvíjet i s pomocí grantových výzev. Na zdravotní sestřičky v domově se mohou spolehnout, máme nastavené postupy „co dělat, když“, takže konzultace mimo pracovní dobu jsou spíše výjimečné. Díky tomu všemu se nám daří více než 70 procent klientů dohovát u nás v zařízení. Nyní i díky účasti v projektu Paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory za podpory Nadačního fondu Abakus máme možnost své zkušenosti sdílet s jinými zařízeními a třeba

pro ně být inspirací, že i v současném ne zcela ideálně nastaveném zdravotním a sociálním prostředí lze kvalitní paliativní péči v domovech poskytovat.

Jedná-li se však o poskytování péče v závěru života u pacientů v terénu, tam je to složitější. Z mého pohledu je největší překážkou neschopnost zajistit kvalitní dostupnou domácí zdravotní péči zaměřenou na pacienty v terminálním stadiu v režimu 24/7. Nejbližší mobilní domácí hospic je v Plzni a ve Strakonících, ani jeden z nich k nám nedosahuje dojezdovou vzdáleností. Při péči o klienty domova pro seniory a dalších 2 000 registrovaných pacientů nemohu ale na návštěvy jezdit tak často, jak by potřebovali. I přes dobře nastavený paliativní plán péče nastanou situace, typicky mimo ordináční dobu, kdy dojde ke zhoršení (a ne vždy tento vývoj předpokládáte), pak je mnohdy volána RZS a bohužel někteří pacienti jsou následně odvezeni do lůžkového zařízení a zde umírají.

- **Jak reagují pacienti a jejich rodiny, když otevíráte téma smrti?**

Někdy až překvapivě dobře. Je vidět, že mnozí nad svou smrtí přemýšlejí, zabývají se tím, kde zemřou, zda nebudou trpět, zda nezůstanou sami... Pečující, pokud přijmou, že jejich člen rodiny umírá, zajímá v podstatě to samé – hlavně aby jejich blízcí netrpěli a aby umírali důstojně. Myslím, že řada z nich nad těmito otázkami přemýšlí, ale nemá odvahu být první, kdo téma nahlas otevře, a tím, že jsme to my, kdo udělá první krok, jim pomáháme a umožníme začít toto téma komunikovat. Nicméně to není úplně jednoduché, každý klient, pacient či rodina je něčím výjimečný, jiný a vždy je potřebný velmi citlivý individuální přístup.