

Paliativní medicína v geriatрии

Zdeněk Kalvach

Paliativní medicína (PM) se obvykle člení na onkologickou a neonkologickou, která zahrnuje terminální péči (end-of-life care, EOL) především o nemocné s pokročilým selháváním srdečním, respiračním, jaterním, případně ledvinným (výrazně modifikováno chronickým dialyzačním programem) a také o nemocné se závažným imunodeficitem (především AIDS). O neurologických pacientech především s progredující neurodegenerací, s myopatiemi či stavy po cévních mozkových příhodách (CMP) pojednávalo předcházející sdělení. Obdobně samostatnou problematiku představují traumatická postižení včetně popálenin, nemocní v dlouhodobém bezvědomí, v permanentním vegetativním stavu (vigilní koma) či dokonce na dlouhodobém řízeném dýchání. Kromě tohoto „orgánového“ přístupu na podkladě dominantního smrtícího onemocnění či poranění se vyčleňují ještě problémové okruhy podmíněné okolnostmi souvisejícími s věkem (age-related) - paliativní péče o děti a o určité skupiny seniorů, o geriatrické pacienty.

Geriatrická paliativní péče (GPP) nesmí být, stejně jako celá geriatrická medicína, chápána jako projev segregace, exkluze, diskriminace. Nesmí jít v žádném případě o levnou náhradu účinné léčby mladších nemocných, o odstoupení od účinné ale nákladnější péče u domněle neperspektivního starého člověka. Eticky nepřijatelné jsou rozvahy o změně benefit/ cost ratio (poměru prospěchu a nákladů) v důsledku domnělého poklesu hodnoty života ve stáří, zvláště v pokročilém stáří. Jak známo proměnlivá je kvalita života nikoli jeho hodnota, která podle současného konceptu západní společnosti je neměnná. Tím, co indikuje geriatrickou modifikaci péče, není také samotný věk, ale specifická, s věkem často související problematika. Není-li u daného seniora přítomna, pak pouhé překročení určité arbitrární věkové hranice (75 let?, 80 let?, 65 let?) není důvodem k jeho „vytrhování“ ze zvyklostí péče o umírající např. se srdečním či respiračním selháváním, po CMP či s nádorovým onemocněním.

K indikátorům a prioritám GPP patří např.:

- multimorbidita s rozvojem tzv. geriatrických syndromů (GS)
- involuční deteriorace a křehkost, rovněž s podílem na GS, s problematikou dlouhověkosti a zvažování existence/ neexistence přirozené smrti stářím
- psychosociální a existenciální konsekvence umírání ve stáří - např. osamělost, změna vztahu ke smrti, ztráta smyslu života, rezignace,

právo odmítnout bolestivou konečnou fázi (senectus molesta) neobvykle dlouhého života

- některá s věkem významně související onemocnění - především Alzheimerova nemoc a jiné formy syndromu demence

Multimorbidita může být nahlížena zaprvé jako tzv. komorbidita, problematika přidružených onemocnění, která závažně modulují a modifikují prognózu, diagnostické i léčebné postupy. To se výrazně projevuje např. v onkologii, která chápe geriatrickou křehkost jako „vetchost“, nezpůsobilost ke standardním protokolům onkologické léčby. Zadruhé může být multimorbidita nahlížena jako kombinace vzájemně se potencujících chorob, které tak vytvářejí novou chorobnou situaci, funkčně i prognosticky závažnější než pouhý součet jejich projevů. Involuční deteriorace a křehkost (frailty) patří k dominantám geriatrické medicíny. Ukazuje se, že se rozvíjí dříve, rychleji a závažněji u žen než u mužů, že může být predikována z určitých rysů již ve středním věku, že má multidimenzionální charakter (odlišný od onoho onkologického pojetí) a že se rozvíjí později a pomaleji u lidí dlouhověkých, resp. s dispozicí k dlouhověkosti.

Kombinací funkčně významné multimorbidity a křehkosti vznikají tzv. geriatrické syndromy jako specifická závažná forma nemocnosti starých lidí. Oproti běžnému pojetí pojmu syndrom (typický soubor projevů a příznaků vyvolaný jednou společnou příčinou), mají GS několik či mnoho vzájemně se potencujících příčin, které vyvolávají jeden či více typických projevů (např. inkontinenci či pády). Mnoho seniorů umírá a vyžaduje paliativní péči právě v souvislosti s progredujícími GS. Patří k nim např. sy. imobility (imobilizační syndrom), sy. instability s pády, sy. dekadence a hypomobility, sy. inkontinence, sy. kognitivního deficitu, sy. maladaptace a psychosomatické dekompenzace, sy. anorexie a malnutrice, sy. smíšeného smyslového a komunikačního postižení apod.

Multimorbidita, křehkost a progredující funkční deteriorace vytvářejí u podstatné části geriatrických pacientů specifickou trajektorii jejich umírání:

- u onkologických pacientů lze v terminální fázi onemocnění hovořit o „přímém spěsí ke smrti“
- u nemocných se selháváním životně důležitých orgánů jsou typické relapsy selhání (srdečního, respiračního, jaterního s portální hypertenzí apod.)
- u křehkých geriatrických pacientů je příznačné postupné „chátrání“ s opakovanými dekompenzacemi funkčního stavu a jinými komplikacemi, často řetězenými, kdy jedna vyvolává další v důsledku

neschopnosti zvládnout i běžné stresory (banální choroby, např. virózy, zátěž prostředí, větší výkyvy počasí, psychické konflikty) - jde o projev kritického, involučně podmíněného zhoršení potenciálu zdraví, a to ve všech jeho složkách: zdatnosti, odolnosti i kreativní adaptabilitě. Ke smrti pak dochází buď náhle (pacient umírá po několika dnech banální virozy či anorexie, nebo je nalezen mrtev, aniž by předcházelo zjevné akutní zhoršení), nebo po obtížně odhadnutelné době „skomírání“ (eufemického „dohořívání svíce života“) obvykle s rozvojem imobility, inkontinence, psychické alterace, anorexie, malnutrice.

Paliativní medicíně, resp. GPP často chybí přiměřený indikátor jejího zavedení, objektivní marker reálně se blížící neodvratné smrti. Často nezbyvá než klinický odhad, dojem zkušeného personálu (např. v dlouhodobé ústavní péči), což je však nesrovnatelně horší situace oproti např. exaktnímu stagingu generalizovaného nádorového onemocnění nereagujícího na kauzální léčbu. Závažná je tak hrozba chybného indikování PP u léčitelných a zlepšitelných pacientů v duchu lidové pseudomoudrosti, že „mladý může, ale starý musí zemřít“. Zavedení GPP u deteriorujících, chátrajících křehkých seniorů proto vždy musí předcházet aktivní pečlivá diferenciatně diagnostická rozvaha a na ni navazující aktivní posouzení kurability. K projevům terminální geriatrické deteriorace patří především následující příznaky bez zjevné chorobné příčiny:

- únava s omezováním pohybové aktivity (klesá rozsah chůze, zužuje se akční radius, zhoršuje se walking behaviour, převládá posedávání, polehávání)
- apatie, ztráta zájmu, vypadnutí z běžného denního režimu, pospávání
- nechutenství s hmotnostním úbytkem a posléze s rozvojem malnutrice a svalové slabosti
- instabilita s pády
- nástup, zhoršení či demaskování inkontinence
- stavy zmatenosti (delirantní stavy)

Diferenciatně diagnosticky je třeba pomýšlet především na následující choroby:

- zánětlivé onemocnění (projevy systémové zánětlivé reakce)
- nádorové onemocnění
- nežádoucí účinky léků zvláště při polypragmasii
- malnutrice jako příčina, nikoli jako důsledek
- deprese
- decondice a sarkopenie (svalová slabost atrofie) z inaktivity

- psychosomatická dekompenzace (např. maladaptace na nástup do ústavní péče)
- hypotyreóza, méně často tzv. apatetická (oligo- a mikrosymptomatická) forma hypertyreózy
- anemický syndrom
- hypokortisolismus (Addisonova nemoc)
- metabolické poruchy (např. dekompenzovaný diabetes mellitus, uremický syndrom)

Souhrnně jde o závažnou a dosud nejasněnou problematiku, kdy hrubou chybou (odbornou, etickou i právní) je jak „odepsání“ geriatrického pacienta s léčitelným onemocněním a možná s mnohaletou životní prognózou, tak nedopřání kultivované paliativní péče umírajícímu člověku, mnohdy s trýznivým vyšetřováním, poléčováním a násilným aktivizováním. Tím důležitější je zachovávat v geriatrické péči individualizaci s důrazem na důstojnost, zachování pacientových kompetencí, smysl života a jeho animaci, což kvalifikuje dobrou péči, ať již se zpětně ukáže, že šlo o péči předsmrtně paliativní či o péči dlouhodobou (long-term care, LTC).

Z existenciálních a psychosociálních aspektů umírání se ve stáří uplatňuje především osamělost a často ztráta strachu ze smrti obvykle související s pocitem naplněnosti, uzavřenosti života. Mnozí staří lidé (nikoli však všichni) říkají: „moje smrt nikomu neublíží, nikoho nebude bolet, nenechám tady nikoho, kdo by se trápil, kdo by byl nezaopatřený, kdo by mě potřeboval.“ Právě proto se nesmí podcenit opačná situace - pocit závažného úkolu v péči o závislého člověka, obvykle o nemocného partnera, případně o handicapované dítě. V rozvahách o vedení GPP jsou tyto aspekty velmi závažné, i když v praxi se často hledí na geriatrického pacienta automaticky jen jako na objekt péče, nikoli jako na možného aktéra péče, na pečující osobu. Je třeba v souvislosti s pohledem zdravotníků na seniory také zdůraznit, že s výjimkou pokročilých fází syndromu demence zůstává i v pokročilém stáří zachován koncept života. Přes všechny deformované pocity o „závislých, apatických, neperspektivních“ starcích se naprostá většina i velmi starých seniorů snaží „zachovat si tvář“, důstojnost, lidský respekt, sebeúctu. Jde o tak vysokou hodnotu, že zalomení životního příběhu, ztráta jeho kontinuity („to už nejsem já“), ztráta sebeúcty, pocit, že se člověk stal přítěží vede k tomu, že věkově specifická sebevražednost je nejvyšší v nejstarších věkových skupinách, především nad 75 let a s dalším nárůstem do nejvyššího věku. Ochrana důstojnosti a pomoc při validaci života proto patří k základním úkolům GPP a obecně geriatrické

medicíny („Váš život měl smysl a stál zato a smysl má i vše, o čem nyní chcete hovořit“)

Přitom zvláště umírajícím starým lidem v pokročilé fázi funkční deteriorace a s rozvinutými syndromy imobility, inkontinence a demence se dostává mimořádného nepochopení a tvrdosti zacházení ze strany ošetřovatelského personálu. Ten se často soustředí na odborné úkony (včetně mytí, stlaní, krmení), ale bez zájmu a bez znalostí týkajících se důstojnosti a vyšších psychosociálních potřeb. Povaha péče může vytvořit z umírající staré ženy buď upravenou dámu (je, či není přiměřené upravovat v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných či v domově důchodců v rámci GPP kadeřnický vlasý?), nebo zvěcnělou (na úroveň neživé věci poníženu) „trosku“, s níž zdánlivě nemá smysl komunikovat.

U umírajících lidí s pokročilým syndromem demence může být oslabena spiritualita paliativní péče (nejen v náboženském slova smyslu, ale také ve vztahu k životní smysluplnosti) v souvislosti s degradací paměti, abstraktního myšlení, soudnosti. Ani tito lidé však neztrácejí schopnost vnímat, prožívat libost či nelibost, trpět (mnohdy o to drastičtěji, že nesrozumitelně), komunikovat, byť třeba nonverbálně. I u nich lze dosáhnout uklidnění vstřícnou lidskou blízkostí, lidským dotekem či hlasem. I paliativní péče může využívat reminiscenční postupy.

Problematika geriatrické multimorbidity, deteriorace, křehkosti má i svůj aspekt euthanatický. Jistým precedentem pro země, které umožňují euthanazii, se stal případ 94 letého pacienta B., který v Nizozemí požádal o euthanasii, neboť jeho život nejen že nemá smysl (je zcela osamělý a ze zdravotních důvodů neschopný mnoha aktivit), ale je také naplněn bolestí, ztrátou soběstačnosti a jinými závažnými obtížemi. Proto požádal o zkrácení trýznivého čekání na smrt. Jeho žádost však byla odmítnuta - multimorbidita, deteriorace, disabilita a existenciální krize pokročilého stáří nebyly shledány přijatelným zdůvodněním. Tento výrok v euthanaticky liberální zemi posiluje pozici asistované sebevraždy mimo zdravotní péči, jak ji nabízí např. společnost Dignitas ve Švýcarsku. Rozhodnutí oné nizozemské komise naznačuje, že do paliativního a euthanatického rozhodování tehdy ještě (a možná dosud) nevstoupilo geriatrické uvažování, které je vlastně součástí avizované změny paradigmatu: přesunu těžiště z biomedicínského modelu orientovaného na choroby (disease-specific outcomes) na problematiku kvality života, stavu organismu, zdraví a jeho funkčních souvislostí. Pak i ztráta soběstačnosti či smrt je možná bez přítomnosti „velké“ vysvětlující choroby, např. v důsledku zdánlivě banální multimorbidity a involuce. Ani paliativní péče (případně euthanasie) by pak neměla být zdůvodňována

pouze přítomností „vražedné choroby“, ale také umíráním organismu vedoucím ke stejnému předsmrtnému utrpení (total pain).

Z etického a právního hlediska se pro zdravotnictví včetně českého jeví jako velmi důležitý konsensus kolem respektování pacientova rozhodnutí o neprovádění určitých léčebných postupů, i když jsou „život zachraňující“, respektive „smrt zadržující“ a někdy i pro krátkodobé přežívání zcela nezbytné. Jde např. o odpojení z ventilátoru, o ukončení dialyzačního programu, o neresuscitování (do not resuscitate, DNR), o vysazení určité medikace (např. insulínu) či o nepodávání umělé výživy parenterální ani enterální. V souvislosti s GPP je navíc důležité ujasnění platnosti takového rozhodnutí učiněného předem (in advance), především v počáteční fázi syndromu demence. V ČR nejsou tyto záležitosti uspokojivě řešeny. Je třeba také připomenout, že laická veřejnost často deformuje paliativní medicínu a případnou legalizaci euthanasie do podoby vyhovění čísi žádosti (např. rodiny) o ukončení léčby u nekompetentního, bezvědomého či dementního pacienta. Tak tomu však být nemůže! Problematika ustanovování rozhodovacích zástupců, kteří by zajišťovali obhajobu zájmů nekompetentního pacienta při případném komisionálním rozhodování o ukončení život zachraňující léčby, přesahuje časové možnosti tohoto sdělení.

Samostatným problémem je humanizace dlouhodobé ústavní péče, využívané v naprosté většině seniory, a rozvoj paliativní péče v těchto zařízeních. Tato oblast je v ČR dlouhodobě velmi problematická. Nebyl dosud přijat koncept dlouhodobé péče (long-term care, LTC) z povahy věci komplexní a zdravotněsociální, jak byla projednávána např. v září t.r. na bruselské cross-atlantic“ konferenci zástupců USA a Evropské unie. V ČR přetrvává výrazná sektorializace, medicinalizace a přes rozvoj agentur domácí péče (home care, HC) i institucionalizace. Péče je uměle a se závažnými problémy rozdělena na zdravotní (léčebny pro dlouhodobě nemocné, LDN, někdy také označované jako nemocnice následné péče, NNP) a sociální - domovy důchodců (DD) jako ústavy sociální péče (ÚSP), případně ošetřovatelská centra (OC). Ani v jednom z těchto typů zařízení není obligátně poskytována paliativní péče, i když je zde vysoká úmrtnost a zvláště do LDN jsou mnozí pacienti vědomě překládáni „k umření“. Je nesporně závažnou chybou a vinou českého zdravotnického systému, že dlouhodobě nevytváří podmínky pro paliativní kultivaci péče v zařízeních dlouhodobé péče a že zvláště LDN vědomě provozuje jako zařízení „levného umírání“ podle představy, že je zbytečné, aby neperspektivní lidé umírali na drahých lůžkách akutní péče, že je třeba je přeložit k tzv. následné péči s velmi limitovanými náklady (financování je restriktivní a nepokrývá skutečné náklady). Není divu, že zpráva „Umírání a paliativní péče v ČR“ (hospicové hnutí Cesta

domů - www.cestadomu.cz - za podpory Open Society Fund Praha, 2004) odhalila, že veřejnost se nejvíce obává právě umírání v LDN. Systémové reakce jsme se však bohužel nedočkali - „okrajovost“ umírání, natož LDN nezaujala žádného z levicových ministrů zdravotnictví, naopak plošné ekonomické restriktce a vyhlášky posleního z nich situaci ještě zhoršily. Výjimkou potvrzující pravidlo, bohužel však zřejmě nikoliv „blýskáním na lepší časy“ je projekt Hospicového hnutí vysočina v Novém Městě na Moravě (www.hhv.nmnm.cz) s vytvořením nadstandardního „rodinného pokoje“ paliativní péče v místní LDN.

Problematika nemocných s pokročilým syndromem demence má některá svá specifika, její probrání nyní však překračuje časový rámeček této konference. Zdůraznit je však třeba alespoň jeden etický aspekt. Mělo by být nadále nepřijatelné, aby nikoli výjimečně umírali neklidní geriatrickí pacienti (delirantní stavy ať naroubované na demenci, či bez ní) přikurtovaní na lůžko. Je třeba takovou situaci identifikovat jako nepřijatelně nedůstojnou pro lidské bytosti. Přesto k tomu dochází jak v dlouhodobé tak v akutní nemocniční péči a příčinou není tak hrubý neklid pacientů, ale nedostatek personálu.

Souhrnně lze říci, že GPP přináší významné výzvy a apely. V ČR však dosud není pěstována, což vede k marginalizaci a ke zbytečnému utrpení mnoha starých lidí. Cestou vpřed je např.

- probuzení veřejného zájmu s tlakem na systémová politická řešení (což však v laxním Česku s utlumenou občanskou aktivitou nebude snadné),
- podpora obětavých pečujících rodin,
- edukace odborné veřejnosti se změnou výuky na fakultách a zdravotnických školách,
- změna pohledu na geriatrické pacienty,
- rozvoj diferencované geriatrické medicíny a v jejím rámci také geriatrické paliativní péče
- transformace LTC a vytvoření podmínek, zvláště personálních s využitím dobrovolníků, pro paliativní programy v LDN, NNP a DD.