

Paliativní medicína – otázky dalšího vzdělávání lékařů i pacientů

E.-G. Loch, Bad Nauheim (Akademie pro další vzdělávání lékařů při zemské lékařské komoře Hesenska)

S rostoucí střední délkou života, která již u mužů a žen ve střední Evropě činí přes 82 let, vznikají pro ošetřující lékaře nové problémy.

Choroby, které se rozvíjejí na základě spotřeby energie se budou objevovat čím dál tím častěji. Právě při péči o těžce nemocné pacienty musí lékaři a lékařky dbát na to, aby měli co největší lékařskou kompetenci. Pokud chceme zachovat koncepci uspokojivé lékařské péče je pro nás, kteří působíme v oblasti dalšího vzdělávání zdravotníků nutné nejen zohlednit nové zásadní principy, nýbrž rovněž přizpůsobit stávající lékařské znalosti celostnímu modelu paliativní medicíny. Je totiž potřeba obecně zohlednit, že právě ve vzdělávání zdravotníků se s otázkou péče o těžce nemocné pacienty zachází macešsky. Obdobně je tomu i při vzdělávání v oblasti všeobecného, klinického lékařství. Jedním z hlavních cílů naší Akademie je překlenout tyto mezery. Cílem výuky jsou přitom odpovědi na následující otázky:

Co je to paliativní medicína?

Co zahrnuje paliativně zaměřená lékařská péče?

Jedním z hlavních bodů při řešení tohoto úkolu je to, aby kolegové uznali, že je třeba zachovávat interdisciplinární přístup, společně vytvářet multiprofesionalitu a tyto dva aspekty spojit. Právě multiprofesionalita se odráží i v tématech referátů na této konferenci. Zohledňují etické, právní i sociálně lékařské problémy a je třeba na ně myslet i při dalším vzdělávání lékařů. Jsou totiž rovněž integrální součástí péče o naše pacienty. U našich kolegů předpokládáme interdisciplinárnost – tedy znalost různých odborných disciplín – a neustále ji vyžadujeme.

Co je tedy paliativní medicína?

Chceme-li tuto otázku zodpovědět, musíme se na jedné straně vycházet ze znalostí znalosti ošetřujícího lékaře a na straně druhé rovněž z čím dál tím větších požadavků, které na něj klade pacient v důsledku podpory své autonomie. Tento lékař je většinou konfrontován s těžce nemocnými pacienty trpícími poruchami v oblasti metabolismu, vážnými neurologickými onemocněními s eventuálními změnami mozkové tkáně a maligními projevy. Polymorbidita na konci života je známý jev. Pro lékaře zde s ohledem na zachování akceptabilní kvality života platí výzva vzdát se eventuálně speciální terapie. Anglická kolegyně Cicely Saundersová to vyjádřila takto: **Nemůžeme životu přidat více dnů, ale můžeme dnům přidat více života.**

I zde jsme konfrontováni s našim dosavadním lékařským vzděláním. To je totiž založeno na hippokratově přísaze: **Zachovávat život.**

Pro paliativní medicínu ovšem tato výzva znamená, že nejde o to zohledňovat výhradně lékařská kritéria, nýbrž je potřeba pečlivě zvážit i právní, etická a sociální hlediska. Proto dnes již nestačí redukovat ji na pouhou onkologickou terapii nebo terapii bolestí. Musí ovládána ve všech případech a musí se stát součástí celkové péče.

Umírající pacient či pacientka totiž v každém případě potřebuje péči. A to byla a je vždy pro každého lékaře velká výzva. Vše lze samozřejmě vyjádřit pomocí věcných argumentů jako je důstojné ubytování, péče, tělesná hygiena, tlumení bolestí, dušnosti a nevolnosti, i utišení hladu a žízně. To platí zvláště pro kachektické pacienty. Jsou zde samozřejmě i významné impulzy pro další vzdělávání nalézt zvláště s ohledem na možnosti medikace vhodné formy péče. Aby bylo možné rozhodnout, že bude prováděna terapie udržující život včetně umělé výživy a přísunu tekutin, je potřeba mít specifické lékařské znalosti. A to vše při propagování autonomie pacienta v oblasti péče o umírající. A právě zde čekají na lékaře nové úkoly, které musí rozpoznat a přizpůsobit aktuální situaci. A další vzdělávání musí na tato změněná rozhraní reagovat. I když je těžké rozhodovat o terapii interdisciplinárně, nesmí se ze zřetele ztratit ani multiprofesionální úvahy.

Současná praxe:

Jak vypadá většinou současná praxe? Pokud při péči o takto nemocného pacienta nastanou problémy, řeší se většinou jeho převozem do nemocnice. A to i často na žádost příbuzných nemocného. Přitom si zúčastnění uvědomují, že většina umírajících by chtěla zemřít právě doma.

Nemocnice pak hledá svoji spásu v důkladné diagnostice pomocí zobrazovacích metod a laboratorních parametrů, kterým je často prisuzována větší váha než diagnostice pomocí zraku, doteku a hmatu. Po relativně krátké době jsou pak pacienti propuštěni domů s trochu pozměněným, ale náročnějším návrhem terapie. Rozhraní ordinace a nemocnice zde musí být nutně doplněno, například o hospice, jejichž počet se neustále zvyšuje

Ty ale musí být natolik flexibilní, aby nepůsobily pouze stacionárně, ale i ambulantně. Péči a lékařskou péči je třeba koordinovat. Je důležité, abychom si posun rozhraní i různé úrovně péče nejen uvědomovali, ale rovněž využívali v praxi. Vzniká také nová, velmi zodpovědná a časově náročná úloha pro domácího lékaře. Žádá si to pochopitelně velké finanční prostředky, čímž se nutně ke slovu dostává politika. Neboť situaci je možné zlepšit pouze plošným zajištěním péče, protože počet takto postižených osob, a tedy i počet osob konfrontovaných s tímto procesem stoupá s rostoucí očekávanou délkou života.

Jak bude vypadat budoucnost?

Různé roviny této problematiky je třeba rozpoznat a naši kolegové si je musí uvědomit. Vhodným způsobem dalšího vzdělávání lékařů může

přítom být neutrální diskuse všech osob zapojených do tohoto procesu u kulatého stolu.

Společnou komunikaci se člověk musí naučit stejně jako sebereflexi, aby mohl přehodnotit své postoje, například způsob, jakým zachází s umíráním a se smrtí. Ještě více než dosud je třeba se naučit regulovat blízkost/distancovanost a umět poznat, kdy je třeba se chránit před vlastním přetížením. Bezděčně přitom člověk požádá o pomoc duchovní a sociální pracovníky a pomoc u nich skutečně nalezne. Je třeba zorganizovat pomůcky, ať už je to dýchací přístroj nebo například pomůcky pro koupání nemocného a je nutné přes zdravotní pojišťovny získat potřebné finanční prostředky. Tím, že se doba hospitalizace neustále zkracuje, je zákonitě o to více zatížena domácí péče. Naši kolegové musí být schopni tuto skutečnost poznat, aby se nejslabší článek řetězu – pacient či pacientka nestal horkým bramborem, který si jednotlivé instituce mezi sebou přehazují. Víme, že největší podíl péče v takových případech stále ještě spočívá na rodinách doma. Demografický vývoj však zároveň vede k tomu, že tím, že se rodí méně dětí a stoupá počet jednočlenných domácností vzniknou nové výzvy, které bude třeba řešit. A kdo se postará o osamělé osoby?

Spojování protikladů

Podíváme-li se na naši dosavadní činnost, mohli bychom možná to, co zde bylo řečeno shrnout slovy, že tyto věci přece již prováděl, provádí a asi i v budoucnu bude provádět všeobecný či domácí lékař. To je však do jisté míry omyl.

V rámci naší konference se například hovořilo o speciální paliativní medicíně v oblasti neurologie. A toho se právě do budoucna musíme vzdát, protože počet nemocných na sklonku života bude s měnící se věkovou strukturou přibývat. Samotná neurologická klinika nebude moci natrvalo pečovat pouze o chronicky nemocné, protože i akutní případy si žádají pečlivou diagnostiku a terapii. Většinou existuje pouze krátkodobé řešení, ovšem věk chronicky nemocných se bude zvyšovat a často budou současně trpět i dalšími nemocemi, které bude třeba léčit. Proto je nutné, aby i neurologická klinika byla interdisciplinární. Jenom počet úmrtí způsobených rakovinou se za posledních 50 let téměř ztrojnásobil. Úmrtnost se však prakticky nezměnila.

Další konflikt spočívá v tom, že většina populace si myslí, že medicína má téměř neomezené možnosti. Tím pochopitelně nastala větší autonomie pacientů a vznikly patientské dispozice. Každý má mít možnost rozhodnout sám o sobě, tím ale vzniká další konflikt mezi lékařem a pacientem. Sebeurčení pacienta ale nesmí anulovat nebo omezit povinnost lékaře poskytnout lékařskou péči.

I zde je třeba, aby obě strany dospěly k novým poznatkům, situace by ale měla být vždy řešena ve prospěch postižených pacientů a pacientek.

A zde vidíme úkol pro naši Akademii poskytovat nejen našim kolegům, ale i zdravotnickému personálu a všem ostatním sociálním pracovníkům informace pro jejich každodenní práci s tímto typem pacientů. A to nezávisle na tom, zda jsou pacienti ošetřováni stacionárně nebo ambulantně.

To vše se děje pod mottem naší Akademie
„Kdo se přestane zlepšovat, přestane být dobrý“.