Палијативно збрињавање и хоспис

В. Глишовић¹, Д. Савић²

Palliative Care and Hospice

V. Glišović, D. Savić

Сажетак: Концепт палијативног збрињавања зачет је у Великој Британији као одговор на немоћ у лечењу малигних болести. Палијативно збрињавање представља активну, свеобухватну бригу о болесницима чија је болест неизлечива. Основни принцип палијативног збрињавања јесте да оно треба пацијентима да буде доступно у времену и у окружењу који су у складу са њиховим клиничким потребама и личним жељама. У суштини, палијативно збрињавање требало би да буде на располагању свим пацијентима, било где да се они налазе. Различите земље су се определиле за различите норме збрињавања ових болесника. У Европи су у великој експанзији установе типа хосписа. Хоспис не представљају азилну установу.

Еволуција модерног хосписа и палијативног збрињавања дуго је много визији, доброты и преданости Cicely Saunders. Медицинска сестра, социјални радник и лекар, она се сматра и проглашава пиониром модерног хоспис покрета. Након што је извршила број година радила у St. Joseph's Hospice у Лондону, Cicely Saunders је 1967. године отворила „St. Christopher's” хоспис у Лондону. Просечно трајање боравка у хосписима је 10 до 15 дана и то представља период ублажавања симптома болести. Многи хосписи имају центре за истраживање и едукацију, као и тимове који пружају психолошку подршку здравственом тиму, а радно време и годишњи одмори су прилагођени условима рада.

Кључне речи: палијативно збрињавање, хоспис, медицинске сестре.

Summary: The concept of palliative care was conceived in the UK in response to weakness in the treatment of malignant disease. Palliative care is an active, comprehensive care of patients whose disease is incurable. The basic principle of palliative care is that patients should be available in time and in the environment that are consistent with their clinical needs and personal wishes. In fact, palliative care should be available to all patients, wherever they are. Different countries have opted for different standards of care in these patients. In Europe, a large expansion of hospice-type institutions. Hospice does not construe azill institution.

The evolution of the modern hospice and palliative care owed a lot of vision, kindness and devotion Cicely Saunders. Nurse, social worker and doctor, it is considered the pioneer of the modern hospice declared movement. After, a number of years worked at the St. Joseph's Hospice, in London, Cicely Saunders in 1967. opened “St. Christopher's” hospice in London. The average length of stay in hospice is 10 to 15 days and this is a period of easing symptoms. Many hospice have center for research and education, as well as teams that provide psychological support to the health team, and working hours and holidays are tailored to working conditions.

Key words: paliative care, hospice, nurse.

1 Владимир Глишовић, виши медицински техничар, Градски завод за јавно здравље, Београд.

2 Данијела Савић, виша медицинска сестра, Градски завод за јавно здравље, Београд.

Увод

У многим земљама већи део здравственог буџета троши се на људе у последњим годинама живота, они нису увек збринути на начин који највише одговара њиховим потребама.

Палијативно збрињавање није усмерено на специфичну болест и обухвата период од дијагнозе одмакле болести до краја периода жалости због болног губитка. Овај период може варирати од година до недеља или (ретко) дана. То не представља само бригу у последњим тренуцима живота, већ ту бригу и обухвата.

Јавност, укључујући и саме пацијенте и чланове породице, треба да знају важност палијативног збрињавања и шта оно значи и може да пружи.

Неколико студија у земаљама широм Европе указало је на разлике међу њима у погледу палијативног збрињавања, које обухватају, на пример, варијације у погледу надокнаде (где је то применљиво), у организацији здравственог система и месту палијативног збрињавања у оквиру система; разликујући етичке и културолошке факторе; улогу националних организација и међународне сарадње у развоју палијативног збрињавања; расположивост лековима; питање едукације и усавршавања особља које ради.

Политика палијативног збрињавања требало би да се базира на вредностима које је предложио Савет Европе: људским правима и правима пацијената, људском достојанству, социјалној кохезији, демократији, правичности, солидарности, једнаким правима полова, на праву учешћа у доношењу одлука и праву слободног избора.

Подаци Светске здравствене организације говоре да у свету сваке године умре око шест милиона људи од малигних болести, а открије се око девет милиона нових случајева оболевања, или приближно око 15 милиона људи тренутно болује од неке врсте малигнитета. Сам напредак медицине донео је побољшања на неким пољима лечења ових болесника, мада код одређеног броја болесника, најчешћи једини реалан и хуман приступ јесте палијативно збрињавање.

Палијативно збрињавање – појам, дефиниције и принципи

Палијативно збрињавање као концепт зачет је у Великој Британији почетком шездесетих година као немоћ у лечењу малигних болести.

Последњих деценија збрињавању на крају живота поклања се пажња коју оно и заслужује. Покренути су посебни научни часописи, основане организације, како за професионалце тако и за непрофесионалце (као што је Европска асоцијација за палијативно збрињавање - *European Association for Palliative Care-EAPC*), објављене су препоруке националне политике.

Однос између живљења и умирања је нешто што постоји у континуитету од рођења до смрти. Живећи – ми умиremo; умирући – ми имамо прилику да живимо. Програми о здравственој и социјалној заштити широм света направљени су тако да пруже подршку појединцима, породицама и заједницама у њиховом настојању да постигну и одрже оптималан квалитет живљења. У контексту палијативног збрињавања, где су очекивања везана за живот очигледно ограничена, проблеми постају још хитнији јер се свим снагама боримо да на најбољи могући начин употребимо време које нам стоји на располагању.

Од најстаријих времена друштва су настојала да понуде одговарајући ниво бриге и подршке својим болесним и умирућим члановима. Све до средине прошлог века медицинска наука је била немоћна у смислу ефикасне контроле бола и других симптома тешких болести. Развој медикаментозне терапије, у комбинацији са већим разумевањем психолошких и духовних потреба умирућих пацијената, отвара се пут за развој служби за палијативно збрињавање. Принципи палијативног збрињавања постали су шире схваћени и примењени током друге половине прошлог века.

Израз *палијативно* потиче од латинске речи *pallium* што значи “маска” или “огртач”. Етимолошки гледано ово указује суштину бављења палијативним збрињавањем: маскирање ефеката неизлечиве болести где куративна медицина није имала ефекта.

Дефиниција палијативног збрињавања се мењала током година, како се медицина развијала у различитим земљама. Палијативно збрињавање није ограничено на орган, доба старости, врсту болести или патологију, већ је пре у вези са проценом прогнозе и специфичних потреба појединог пацијента и његове/њене породице (СЗО).

Према дефиницији Светске здравствене организације „палијативно збрињавање је активна, свеобухватна брига о болесницима чија је болест неизлечива”. Контрола бола, других симптома и психолошких, социјалних и духовних проблема је од врхунског значаја. „Циљ палијативног збрињавања је достизање највишег могућег квалитета живљења за пацијенте и њихове породице” (СЗО, 1990).

Новија дефиниција палијативног збрињавања, коју је понудила Светска здравствена организација, ставља већи нагласак на превенцију патње: „Палијативно збрињавање је приступ који побољшава квалитет живљења пацијената и њихових породица, суочавајући се са проблемима који прате болести које угрожавају живот, кроз превенцију и олакшавање патњи путем ране идентификације и непогрешиве процене и лечење бола и других проблема, физичких, психолошких и духовних”.

Принципи палијативног збрињавања

СЗО је поставила следеће основне принципе, према којима палијативно збрињавање:

- пружа ублажавање бола и других симптома,
- афирмише живот и гледа на смрт као на нормалан процес,
- нема намеру нити да убрза нити да одложи смрт,
- интегрише психолошке и духовне аспекте збрињавања пацијента,
- нуди подршку пацијентима како би до тренутка смрти могли да живе што је могуће активније,
- нуди систем подршке како би се помогло породици да се суочи са ситуацијом у току пацијентове болести и у периоду њихове сопствене жалости због губитка вољене особе,
- користи тимски приступ у препознавању пот-

реба пацијената и њихових породица, укључујући и саветовања током периода жалости, уколико је то потребно,

- побољшава квалитет живљења, а може такође позитивно да утиче на ток саме болести,
- може да се примени већ у раној фази болести, упоредо са низом других терапија чији је циљ да продуже живот.

Палијативно збрињавање се одвија у следећим окружењима:

- пацијентовом дому,
- дому за негу,
- старачком дому,
- болници,
- хоспису.

У далеко највећем броју случајева палијативно збрињавање се одвија у дому пацијента; чак и ако пацијенти евентуално умру у некој институцији, обично су током збрињавања провели највећи део времена у својој кући.

Основни принцип палијативног збрињавања јесте да оно треба пацијентима да буде доступно у времену и у окружењу који су у складу са њиховим клиничким потребама и личним жељама. У суштини, палијативно збрињавање требало би да буде на располагању свим пацијентима, било где да се они налазе. Дужност свих здравствених радника јесте да се ближе упознају са основним принципима палијативног збрињавања. Да би постигли овај циљ биће неопходно да палијативно збрињавање постане део обавезног образовног програма за професионалце из области медицине и сродних области. Такође, професионални здравствени радници морају имати прилику да осавремене своје вештине и знања настављајући професионално усавршавање кроз континуиране програме едукације. Уколико се пацијент консултује са здравственим радником у болничкој амбуланти, у ординацији лекара опште праксе, старачком дому или у било ком другом месту збрињавања, он треба да буде сигуран да ће му, у складу са његовим потребама, бити понуђен основни ниво палијативног збрињавања.

Палијативно збрињавање афирмише живот и гледа на смрт као на нормалан процес. Овај основни принцип настоји да укаже на неке

тешкоће које су последица става везаног за палијативно збрињавање. У основи, једна једина ствар која нам је свима заједничка јесте неизбежна реалност наше сопствене смрти. Пацијенти којима је потребно палијативно збрињавање не смеју се сматрати медицинским неуспехом. Палијативно збрињавање настоји да охрабри пацијенте и помогне им да буду у стању да живе свој живот на користан, продуктиван и испуњен начин до самог тренутка смрти и да буду охрабривани.

Хоспис

Један од концепата бриге за пацијенте који имају неизлечиву болест јесте установа типа хоспис (hospice), која представља, како Енглези често говоре, “a safe place to suffer” или “безбедно место за патњу”. Када нема више могућности за терапију, хоспис пружа оболелој особи могућност доброг ублажавања симптома болести, а породици омогућава предах од неговања.

У средњем веку термин “хоспис” (*hospice*) коришћен је да опише место где могу добити заклон ходочасници и путници. У Европи, повезаност хосписа са збрињавањем умирућих пацијената датира из 1824. године и веже се за рад госпође *Jeanne Garnier* из Лиона, Француска. У Ирској, Ирске милосрдне сестре, које је основала Мајка *Mary Aikenhead*, отвориле су хосписе у Даблину и Корку 1870. године, а затим и следећи у Лондону 1905. године. Ове институције биле су тесно повезане са збрињавањем пацијената који су патили од неизлечивих болести. Напори да се постигне контрола бола и других симптома изостали су због неразумевања природе ових симптома и још више услед недостатка ефикасних лекова.

Еволуција модерног хосписа и палијативног збрињавања дугује много визији, доброты и преданости *Cicely Saunders*. Медицинска сестра, социјални радник и лекар, она се сматра и проглашава пиониром модерног хоспис покрета. Након што је изванредан број година радила у *St. Joseph's* хоспису, у Лондону, *Cicely Saunders* је 1967. године отворила „*St. Christopher's*” хоспис у Лондону. Ово је био први модерни хоспис

који се бавио едукацијом и истраживањем. *Cicely Saunders* је посветила свој професионални и лични живот бризи и проучавању пацијената који пате од одмакле и прогресивне болести. Указала је и реаговала на поразну чињеницу колико се изузетно мало пажње обраћа на потребе умирућих пацијената и њихових породица. Увек се концентрисала на посебне потребе сваког пацијента и породице. *Cicely Saunders* истицала је да је неопходна тотална брига за пацијента, брига о породици, брига у периоду жалости и потреби истинског, интердисциплинарног тимског рада. У изузетно кратком временском периоду трансформисала је ову област здравствене заштите и подвргла преиспитивању многе установљене негативне ставове и предрасуде. Она је револуционарно изменила начин на који гледамо на различите потребе умирућих пацијената и њихових породица.

St. Christopher's хоспис је одувек настојао да промовише принципе палијативног збрињавања у свим окружењима у којима се оно пружа. Овај ентузијазам за ширењем знања и вештина није се ограничавао само на Велику Британију, већ је примењиван широм света. Професионални здравствени радници са свих континената студирали су у *St. Christopher's* хоспису, а затим примењивали новостечена знања и вештине у својим земљама. Нема ниједног модела пружања палијативног збрињавања који се може применити у свим ситуацијама. Основни принципи палијативног збрињавања, који наглашавају да се мора обраћати пажња на посебне потребе сваког појединачног пацијента и његове породице, универзални су. Начин на који се постижу ови циљеви варираће од једне земље до друге, па чак и од једног региона до другог.

Хоспис не представља азилну установу. Просечно трајање боравка у хоспису је од 10 до 14 дана. Типични хосписи садрже лежеће болеснике, дневну болницу, амбуланту са саветовалиштем, тимове за кућну негу, саветовалишта за ожалостане и неки хосписи садрже и капелу. Хосписи не подсећају на болницу, обично су смештени у издвојеним зградама, које подсећају више на дом, са пријатним окружењем где болесници могу проводити време.

Карактеристика ових установа јесте висок број медицинских сестара у односу на број

лежећих пацијената. То јасно говори о високом квалитету неге. Број лекара је мали, уз многобројне консултанте, јер је рад у хоспису мултидисциплинаран и тимски.

Четири су области понашања сестара хосписа: приступачност, ефикасна комуникација, клиничка компетенција, неосуђивачки ставови.

Образовање професионалаца и јавности је свуда апсолутно од суштинског значаја за развој палијативног збрињавања. У многим земљама ближе су утврђена три нивоа образовања: основни ниво, који треба да савладају сви здравствени радници; средњи ниво, намењен онима у оквиру професије који желе да постигну одређена стручна знања на пољу палијативног збрињавања, без жеље да постану специјалисти у овој области; и виши ниво, намењен онима који желе да стекну специјализацију за овакав рад.

Програм у току студија намењен професионалцима је први период у коме студенти могу да науче нешто о палијативном збрињавању. Многе професионалне организације, као што су Краљевски колеџ лекара (*Royal College of Physician*) у Великој Британији, Европска асоцијација за палијативно збрињавање (EAPC), развиле су програмске пропозиције за те програме. Искуство са обучавањем студената медицине током студија, иако ограничено, показује да је могуће студентима предавати основне аспекте палијативног збрињавања. Мање се зна о ефикасности и изводљивости наставних програма за ученике медицинских школа и оне који се припремају за друге а немедицинске професије.

У свим образовним и наставним плановима и програмима из области палијативног збрињавања даје се важно место етичким дилемама, и начину на који такве проблеме третирају лица укључена у збрињавање пацијената, како професионалци тако и непрофесионалци. У тим програмима обраћа се пажња на свест о својој личној вредности коју има један студент, на пример у односу на проблеме везане за крај живота, или о утицају који ови проблеми могу имати на ситуацију збрињавања. Охрабрује се отвореност у погледу оваквих питања.

У многим земљама, основни ниво едукације у области палијативног збрињавања се спроводи кроз програме континуиране медицинске едукације. Неке од националних медицинских асоцијација обезбеђују или подржавају такве курсеве намењене лекарима и медицинским сестрама.

Неке земље развиле су образовање на много вишем нивоу, али и оно је још увек намењено онима који нису специјалисти (средњи ниво). Један такав пример је дописни курс из палијативног збрињавања организован у оквиру Велшког универзитета (*University of Wales*), или курс обуке за различите видове опште праксе, који је развио Холандски колеџ медицине опште праксе (*Dutch College of General Practitioners*). Сврха такве едукације јесте да полазницима пружи прилику да постану експерти за палијативно збрињавање, а да истовремено наставе да обављају своју првобитну специјалност. Други пример вишег универзитетског образовања јесте интер-универзитетска диплома (DES), која се стиче у Белгији а што је иницирао *Université Libre de Bruxelles*. Нагласак је на континуитету збрињавања, без догматске границе између куративних третмана и палијативног збрињавања.

Многи хосписи имају центре за истраживање и едукацију, као и тимове који пружају психолошку подршку здравственом тиму, а радно време и годишњи одмори су прилагођени условима рада. Студије су показале да је најисплативији хоспис који има од 20 до 30 постеља. То је и са психолошког аспекта најоптималнији број, како за саме кориснике услуга, тако и за здравствени тим. Свако повећање броја лежећих болесника води психолошком исцрпљењу, како болесника, тако и здравственог тима.

Уместо закључка

“Хоспис је преокренуо вечиту тајну у животном принципу – оно што је заиста важно је живот проживљен потпуно, дубоко и значајно, докле год живот траје. Достојанство, породица, удобност и брига су хоспис – идеја чије време долази”.

Литература

1. Barzansky B: Education in end-of-life care during medical school and residency training. Acad. Med. 1999; 74 (10 Suppl): 102–104.
2. Billings JA, Block S: Palliative care in undergraduate medical education. Status report and future directions. London, 2007.
3. Doyle D, Hanks GW, N. eds MacDonald: Oxford Textbook of Palliative Care. 2nd ed. Oxford / New York / Tokyo: Oxford University Press, 1998.
4. Elsey B, McIntyre J: Assessing a support and learning network for palliative care workers in a country area of South Australia. Aust.J.Rural.Health. 2008.
5. Fürst CJ: Perspectives on palliative care. Sweden, Support Cancer Care, 2000.
6. World Health Organization: Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization, 1990.
7. Киблер-Рос Е.: Разговори са умирућима. Загреб, 1983.
8. Министарство здравља Републике Србије: Национална стратегија за палијативно збрињавање. Београд, 2008.