



Životní bilance ve stáří

Sborník z Odborné konference u příležitosti
Mezinárodního dne seniorů

pod záštitou Miloslava Čermáka,
náměstka hejtmana Karlovarského kraje
a ve spolupráci s městem Ostrov

Ostrov 2. října 2009

Idea uspořádat odbornou konferenci pro pracovníky a pracovnice v přímé péči o seniory vznikla 31. března 2009, když se rozcházel účastníci lékařského semináře o paliativní péči, který rovněž organizoval Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové. Chtěli jsme jim sdělit, jak významná je jejich práce, kterou vykonávají pro starší lidi. Karlovarský kraj – jak jsme se dozvěděli – nemá zatím žádný hospic, ani mobilní hospicovou péči. Léčebna dlouhodobě nemocných v Nejdku, zřízená Karlovarským krajem, v letošním roce rozběhla projekt transformace péče o dlouhodobě nemocné. Přesto se svými 90 lůžky odrazuje pacienty, kteří v el-dé-ence spatřují jen čekárnu na smrt.

„Sestřičko, cítím, že už brzo umřu“, svěřuje se pacientka. „Ale co byste myslěla na nejhorší“, odpovídá sestra, „za chvíli bude oběd, tak se máte na co těšit.“ Přístup personálu obvykle nelze změnit jednou dvěma přednáškami. Ale přesto stojí za to přivést do prostředí, kde smrt člověka je na denním pořádku, odborníky, s nimiž je možné mluvit o optimálním využití času umírajících.

Spolu s vedením Oblastní charity jsme sezvali do Ostrova profesionály v geriatрии, psychologii, pastoraci, ošetrovatelské péči i medicíně. Dejme jim slovo, poslouchejme a dívejme se jejich očima. To, co jsme se od nich dozvěděli, Vám předkládáme.

MUDr. Milena Černá

Výbor dobré vůle - Nadace Olgy Havlové

Ano ke svému životu – duchovní podpora

Mgr. Et Mgr. Miroslav Erdinger

Farní sbor Českobratrské církve evangelické v Kobyliších

Vážené dámy, vážení pánové, je mi ctí promluvit na této konferenci, pořádané Výborem dobré vůle – Nadací Olgy Havlové a Oblastní charitou Ostrov, která nese téma Životní bilance ve stáří. Vždyť je to téma, které se týká každého z nás. Bilancujeme samozřejmě nejen ve stáří a nejen v době, kdy se dny našeho života nachylují. Bilancujeme při životních meznících, významných narozeninách, bilancujeme, když se nás dotýkají nemoci a slabosti našeho života. Bilance ve stáří je ovšem nejzávažnější, vyrovnává se s prožitým životem, není již příliš šance něco k životu přidat a již vůbec žádná od prožitého něco ubrat. Je to jakási pokud ne poslední, tak jedna z posledních životních bilancí. Je závažná, na jejím výsledku, na její rovnováze, na rovnováze těch pomyslných misek s názvy má dáti – dal, záleží závěr života, kvalita toho závěru skutečně posledního a definitivního, přitakání k životu, ono ANO ke svému životu. Pokusím se nahlédnout na tuto problematiku pod úhlem spirituální nebo také duchovní péče.

Komenský ve své škole stáří říká: „Poslední skutky vyžadují největší pozornost, aby všechno předešlé nebylo bez užitku a nepřišlo nazmar. Ale stáří je dovršením životních skutků. Tedy je třeba zabránit tomu, aby všechno z předešlého života nepřišlo nazmar a je třeba znát i důvody této opatrnosti. Cokoliv je slabé, to musí být řízeno a podepíráno. Ale stáří se považuje za nejslabší z věkových stupňů. Nesmí tedy být opouštěno a zbaveno podpor“. Tato Komenského slova jsou jakýmsi pomyslným imperativem pro ty, kteří se podpoře seniorů – všimněme si Komenského slova „podpora“ věnují. V čem taková podpora spočívá? Jak může být nabízena? Komu?

Zásadní je nabízet podporu tomu, kdo o ni stojí, kdo o ni projeví zájem. Hovořím na tomto místě o podpoře v životním bilancování, kde jejím jádrem je snaha ne život hodnotit, ne ho „opravovat“, radit, ale podporovat v jeho přijetí ve skutečné podobě, tedy v tom podařeném, tedy dobrém i v tom nepodařeném, tedy špatném. Přičemž obě polohy, dobrý a špatný, jsou právě ve vztahu k bilancování prožitého života, veličiny velmi relativní. Co však bylo dobré nebo špatné, o tom rozhoduje bilancující, nikoliv podporující. A podporující bere vážně Komenského a ví, že stáří je dovršením životních skutků, které vyžadují největší pozornost, aby nic z předešlého života nepřišlo nazmar. Říci ano ke svému životu vůbec neznamená, že by bilancující nenazval prohru prohrů, zklamání zklamáním, zradu zradou a tak bych mohl pokračovat. Že by zlé nepojmenoval zlým ve zvláštní obavě, že mu to bude na nebesích

přičteno jako minus. Ale – ano to jsem já. I to jsem také já. Celek. A podporující pomáhá hledat bilancujícímu smysl prožitého a je-li podporující nebo také doprovázející duchovním a senior křesťanem, pak ona podpora může být v tom, že předkládá celý život, to dobré i to zlé, Kristu Pánu a jeho milosti. Co víc může dělat?

Je také důležité uvědomit si, že máme před sebou hotový, celý nedělený a nedělitelný život. Exupéry píše v Citadele: „Neboť tak jako o stromu, ani o člověku se nic nedozvíš, pokud ho rozložíš v jeho trvání. Strom není nejprve semeno, pak stvol, pak pružný kmen a nakonec mrtvé dřevo. Máš-li ho poznat, nesmíš ho dělit. Strom je síla, která se postupně snoubí s nebem. A tak je to i s tebou, můj človíčku. Bůh ti dal život, dává ti růst, plní tě postupně touhami, smutky, radostmi, bolestmi, hněvem a odpuštěním a pak tě vrací v sebe. Ty ale nejsi jednou školák, pak manžel, jednou dítě, pak stařec. Jsi ten, kdo se naplňuje“. A tak když hovoříme, milí přátelé, o starém člověku, pak hovoříme zcela zásadně o člověku, který je starý a jehož život se naplňuje. Nemůžeme mít před sebou právě jen ten okamžik, tu dobu našeho společného setkání, kde mu poskytujeme podporu v jeho bilancování života. Nemáme před sebou jen jakýsi časový výsek života člověka. Máme před sebou vždy celého, konkrétního člověka, který má svoji historii, který je v závěru svého životního příběhu, je poznamenán prožitým životem, v srdci má jizvy nikoliv jen po infarktu, duši má poznamenanou přestátými bolestmi, zápasy a v nich nejen vítězstvími, ale také prohrami, láskou i nenávistí, tvrdostí i milosrdenstvím. A který se naplňuje. Naše podpora a duchovní obzvlášť také spočívá v tom, že podporujeme onu ideu stromu, síly, která se snoubí s nebem. Odpuštíme Exupérymu infantilní přivlastňující obrat „můj človíčku“, který ať zůstane v Malém princí, a přijmeme tu fascinující tezi: jsi ten, kdo se naplňuje. Nemusíš se, člověče, obávat, že „tam nahoře“ tě budou soudit pro chvíle, kdy jsi byl jako pružná kmen schopný nejen dobrého, ale přijmou tě tam jako celek a jak to tam vlastně bude, to neví ani duchovní doprovázející. Pánu Bohu, který hledí k srdce, poručeno.

Další, co vnímám jako podstatné pro přijetí svého života, pro to závěrečné ANO, toto jsem žil, to byl můj život, to bych neměnil, je svobodný prostor nejen vnější, ale především vnitřní. Pomůžeme si dalším citátem, tentokrát z Anselma Grüna a jeho knížky Kdybych měl už jen jeden den života. Píše zde: „Rád bych umíral ve svobodě, oproštěn od nutkání bát srozumitelný všem, všem se ospravedlnit a vysvětlit, co jsem snad mínil tímhle jednáním a onou řečí. Nemusím být pochopen všemi. Nemusím po sobě zanechat obraz bez jediné šmouhy. Je dobré, zůstane-li ještě mnohé nedokonalé, hranaté. Smrt je velký transformátor. Přivede k dokonalosti vše, co je ve mně neúplné a chatrné. Doplní torzo. Slepí vše nakráplé. Pospojuje všechno

Ano ke svému životu – duchovní podpora

nalomené a rozlomené a vytvoří z toho obraz, který si o mě od věčnosti vymaloval Bůh“. Duchovní podpora v bilancování spočívá tedy mimo jiné v pomoci hledat a vytvářet prostor vnitřní svobody, který člověku umožní sebezpřijetí a přijetí svého života jako celku, aniž by se snažil cokoliv napravovat. Onen transformátor zvaný smrt si již poradí.

Poslední citace bude z Bible. Apoštol Petr ve svém druhém dopise píše: “A vězte, že ve své trpělivosti vám Pán poskytuje čas ke spáse“. Všimněme si: ne k nápravě, ne k přehodnocování, ne k hledání omluv a výmluv. K záchraně, spáse jak je napsáno. A zde je pro křesťana veliká úleva. Ona záchrana, spása není závislá na tom, co ještě člověk stihne napravit, komu ještě stihne odpustit nebo jaký-li dobrý skutek se mu zadaří. Ten čas ke spáse je časem hledání cesty k přijetí záchranu, odpuštění bez zásluh člověka, jen z pouhého milosrdenství, pouhou milostí Boží, řečeno s Martinem Lutherem. Je to čas oné bilance, ve které, jsme-li k sobě poctiví, budeme mít miskou s názvem nedobré vždy dole, bude to závaží převažovat. A přece to není vstupenka do horoucích pekel. Jsou to naopak dveře, otevření k milosti. K plnému uvědomění si, že jsem, jsme milovanými bytostmi, na kterých pánu Bohu naprosto záleží a který nám to sděluje mimo jiné i tím, že nám občas někdo řekne, že my občas někomu řekneme: mám tě/vás, rád, zajímá mě, co cítíte, žijete, myslíte, čím se trápíte. Podáme ruku a pár kroků, mnohdy s ležícím starým člověkem pomyslých, jdeme.

Duchovní podpora není nějaké zaklínadlo. Jsou to ony kroky, které se starým, umírajícím člověkem jdeme, respektujeme jeho aktuální potřeby, respektujeme jeho čas a to podstatné v čase, a přicházíme mu sdělit, že láska se neptá proč a za co. Ona je, reálně přítomná, a řekne: milovaný člověče, misky vah jsou srovnány.

Děkuji Vám za pozornost.

Ohlédnutí na konci života aneb jak pomáhá mobilní hospic

Martina Špínková

Mobilní hospic Cesta domů Praha 7

V závěru našeho života, ať mladí či staří, jsme křehcí a potřebujeme pomoc svých nejbližších.

Potřebujeme, aby nám lékaři podali informace, aby nás podpořili zdravotníci i naši blízcí, aby nám říkali pravdu a abychom nezůstali osamoceni a v nejistotě.

Většina z nás si nepřeje končit svůj život v nemocnici. Ale většina z nás tam umírá. Naši blízcí, i když pilně chodí na návštěvy, si nevědí rady a často jsou v této situaci nejen bezradní, ale i smutní.

Řešením této situace není jednoduchý návrat o sto let zpět, kdy se umíralo i žilo jinak. Vyspělou medicínu můžeme využít, jen nesmíme zapomenout, že je třeba i ta obyčejná lidská blízkost a porozumění.

Nabízí se mobilní hospic: služba pro umírající lidi a jejich blízké, kteří se o ně doma starají a chtějí je do konce života doprovázet, rozumějí jim a mají je rádi. Potřebují ale pro svoji péči informace a podporu.

Tým mobilního hospice pracuje multidisciplinárně, jednotliví členové týmu navzájem konzultují a hledají tak způsob, jak pacientovi umožnit prožití jeho života důstojně, bez bolestí a co nejlépeji.

Pacientovi nabízí hospic služby zdravotníků a sociálních pracovníků, psychoterapeuta a dobrovolníků. Může využít půjčovnu pomůcek a odlehčovací služby pro pečující rodinu. Té je k dispozici také poradna, knihovna a webové stránky.

Pacient a rodina si pak podle svých potřeb řídí péči, sestřička či lékař přicházejí do rodiny podle potřeby, k dispozici jsou 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Pohotovost v noci a o víkendech je jedna z nejoceňovanějších služeb mobilního hospice: rodina i pacient získávají jistotu, že pokud se jim přitíží, nejsou na to sami.

Ohlédnutí na konci života aneb jak pomáhá mobilní hospic

Jednotliví členové týmu se věnují také rodině, která nezřídka potřebuje větší péči než sám pacient. Je třeba pomoci dořešit často nesnadné vztahy, na které nebyl celý život čas, podpořit a ulehčit v péči, pomoci vyřídit věci na úřadech.

Pacient takto v péči mobilního hospice může i v poměrně těžkém zdravotním stavu prožít svůj tolik důležitý poslední čas života dobře a se svými nejbližšími.

Péče mobilního hospice je někdy pacienti a jejich rodinami vnímána jako péče bezmála andělská. Je to pochopitelné, pacient získává jistotu, podporu, porozumění. Nesmíme ale usnout na vavřínech, ani nesmíme laskavou péčí pacienta udolat. Pořád platí to, že mobilní hospic je podporou pro rodinu proto, aby co nejlépe zvládla to, co zvládnout má, může a chce. Nechodíme držet za ruku a stírat pot z čela, ale chceme zajistit rodině a přátelům těžce nemocného člověka takové podmínky, aby to mohli dělat oni. Mimo jiné i proto, aby se mohli ohlédnout za prožitým životem, rozloučit se, poděkovat. Cesta domů se za dobu svého působení věnovala více než šesti stům rodinám, které to uměly moc pěkně a přála by si, aby co nejvíce lidem byl takový čas na konci života také umožněn.



Paliativní péče v Karlovarském kraji

Marie Brozová

zástupkyně ředitele, ošetrovatelský úsek
Léčebna dlouhodobě nemocných v Nejdku

Jsme sice nejmenší kraj, ale také kraj, který nemá formu paliativní péče poskytovanou v dostatečném rozsahu. O potřebách terénu i zdravotnických a sociálních zařízení nemluvě. Kraj, který nemá žádné lůžko paliativní péče. Není zde klasická hospicová péče, ani poskytování paliativní péče ve smyslu mobilní hospicové jednotky.

I přes veškeré logické argumenty se doposud nepodařilo získat pochopení pro tak důležitou součást lidského života.

V našem kraji umírají lidé buď v nemocnicích, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v zařízeních sociálních služeb a v menšině v domácím prostředí. Povědomí o poskytnutí paliativní péče, u ošetřujícího personálu, není vždy na profesionální úrovni. Jen několik pracovníků zdravotního či jiného oboru se touto péčí zabývá. Je to kapka v moři.

Pracuji 25 let v LDN, mohu pohledem zpět posoudit vývoj situace v tomto směru, jak v LDN, terénu, i sociálních zařízeních, se kterými úzce spolupracujeme.

Dlouhá léta byla naše léčebna považována za „hospic“ zvaný nemilosrdně - umírárna. Karlovaráci o Nejdku říkají - poslední štace, tam se chodí jen umírat. Přijutím nových trendů v ošetrovatelství a poskytování komplexní péče jsme, doufám, již ztratili tuto etiketu. Na veřejnost se dostávají stále více informace o smyslu, cílech a fungování naší léčebny. Jistě, že i u nás umírají lidé, jako všude. Nelze tvrdit, že do léčebny, ať v minulosti či dnes, byli pacienti přijímáni z indikace - přijati z důvodu v léčebně zemřít. Ano doba pobytu se výrazně snížila, ale to není o osudu v léčebně trávit konec života, je to pružnějšími možnostmi spolupráce s pobytovými službami, rodinou, terénními službami aj.

V léčebně poskytujeme ošetrovatelskou péči rozdělenou do režimů. Jedním z nich je paliativní režim, o něm něco blíže, jelikož se týká tématu konference.

V paliativním režimu jsou pacienti, u nichž již nelze předpokládat udržení stavu jakékoliv soběstačnosti, nelze předpokládat zlepšení zdraví či vyléčení. Nejedná se jen o nemocné s onkologickými diagnózami, ale i o pacienty vysokého věku, o polymorbidní pacienty, o křehké pacienty, pacienty se selhávajícími funkcemi různých orgánů včetně selhávání kognitivních funkcí.

Cílem péče v tomto režimu není postupovat kurativně. Jedná se především o to šetrně ošetrovat a ošetrovat s ohledem na potřeby a přání pacienta.

Medicína je nastavena k boji, k boji o záchranu života a k uzdravování.

Humánní medicína by měla přijímat i konečnou fázi života člověka se všemi jejími aspekty a specifiky. Neměla by neplnohodnotný život prodlužovat, ani jej zkracovat.

Má v terminální fázi života umět pomoci, a to svou neagresivitou, nevnučováním zbytečných a zatěžujících vyšetření, nenucení k aktivizaci.

Do poslední chvíle by měla být zachována důstojnost člověka s respektem na jeho intimitu a lidskou hodnotu.

Medicína umí, a proto by měla tišit bolest, zajišťovat kvalitní spánek, zmírnit strach a úzkost.

Nelze však péči zúžit pouze na tisíce léky proti bolesti, bolest má mnoho podob. Důležité je používání slova a vhodného psychologického přístupu, tak můžeme dokázat zmírnit prožívané bolesti a negativních zážitků.

S takovým přístupem musí samozřejmě pracovat tým odborníků, ve vzájemné souhře, kdy každý svým dílem přispívá k uspokojení potřeby umírajícího.

Nejenom lékař, zdravotnický pracovník, ale i nutriční terapeut, sociální pracovník, psycholog nakonec i duchovní.

Neoddělitelnou součástí nemocného je jeho rodina ať už s ní má vztahy jakékoliv. Možná, že právě tohle období je důležité k tomu, aby si člověk před koncem svého života vše ujasnil, vypořádal se a smířil. Člověk často až po smrti blízkého bilancuje, jak spory byly malicherné, zbytečné.

Paliativní péče se netýká pouze umírajícího, ale i jeho nejbližších. I s nimi je nutné pracovat, i oni prožívají těžké období opouštění a smířování se. Především, pokud pacient umírá v zařízení, měli by mít dostatek informací o jeho stavu, o průběhu, měli by pochopit, co je a co už není v intervencích k nemocnému humánní. Měli by být účastní tohoto procesu a v nejlepším případě nápomocní jak umírajícímu, tak personálu.

Vše se odvíjí od správné komunikace. Co se týká našeho zařízení, je dnes již možné takto pracovat, díky nově nastavenému režimu, za supervize Doc. Kalvacha, který u nás pracuje.

Jako největší bolest našeho regionu vidím nedostatek možnosti poskytnout umírajícím zůstat ve svém vlastním domácím prostředí, což považuji za nevhodnější, pokud si to nemocný sám přeje. V této péči v současné době terén selhává. A to hned ze dvou zásadních důvodů.

Předpis léků a poskytování péče terénními službami údajně svazuje limit??? Zároveň terénní služby nedisponují spektrem odborníků k zajištění kvalitní paliativy.

Paliativní péče v Karlovarském kraji

Druhým důvodem, proč selhává péče o umírajícího v domácím prostředí, je strach příbuzných.

Bojí se být „odpovědní“ za zdravotní stav nemocného, mají strach, že jako laici cosi zanedbají a úmrtí jejich blízkého bude jejich vina. Bojí se, že budou vidět svého blízkého trpět a nebudou mu moci pomoci nebo se jim včas nedostane pomoci odborné.

Věřejnost není připravena, není dostatečně edukována. Věci přirozené se staly nepřirozenými, vymizely tradice, tak jako z porodů tak i z umírání jsme udělali výhradně medicínský problém. Je to proces odlidšťování.

Je třeba se zastavit a přehodnotit postoj k paliativnímu nemocnému, k umírajícímu člověku. Konec cesty, pobyt mysli v tělesné schránce je nám dán. Konec přijde, to je jistota.

Proto se snažme vychovávat novou generaci jinak.

Máme právo rozhodovat o léčbě.

Máme právo umřít ve své posteli, mezi svými blízkými, být doprovázeni.

Pokud je dobře vedena paliativní péče o umírajícího člověka, není potřeba mluvit o eutanázii.

Pozor však na tenký led, aby se paliativní medicína nestala nástrojem k „usmrcování“, je nutné, abychom postupovali, jak bylo řečeno na začátku, aby o paliativní péči rozhodl, v případě léčebny, mezioborový tým, a to po důkladném zvážení všeho pro a proti.

Nyní vám chci vyprávět dva příběhy - Limit odpovědnosti

1. Pomož Maruško...

Ošetřující lékařka v terénu zavolá - mám pacienta v paliativním stádiu, pečuje o něj manželka, je vysílená, přepracovaná, potřebuje pomoci. Jistě, pomůžeme. Druhý den v 9 hodin je přivezen pacient - 78 let, dříve silný kuřák, nyní pro velké bolesti kostí ho manželka nevládá ošetřovat, má strach, že mu ubližuje. Známe je oba, oba mi tykají, i pacient poznává, kdo jsem. Jeho pohled říká, pomůžeš? Po doteku rukou a přivítání, pacienta ukládá personál. Odvádím manželku k rozhovoru. Naše terapeutka, zařazená jako zdravotně sociální pracovník má volno. Mluvíme, co bylo doma, paní poplakává, utěšuji. Zpříma ji koukám do očí se slovy, uklidňuji ji: „udělala jste maximum doma, to bylo to nejlepší, teď budeme na to všichni, vy budete docházet,

pobudete, jak dlouho zvládnete. Taky zavolejte synům, mají dva, jeden není v dobrém spojení s otcem". Paní nechce tuto informaci, je čas, až na tom bude lépe. Začínám rozhovor od začátku, trpělivě vysvětluji můj první dojem. Velice zhubl, má bolesti, udělalo by mu to dobře, nabádám ji: „zvažte to“. Vypráví, naslouchám, opět ji chválím, za poskytnutou péči, opět dávám radu, zavolejte nám kdykoliv, můžete být u manžela celý den a přiveďte vnoučata. Slibuji ev. nadstandardní pokoj, není nyní volný. Personál má informace, že manželka bude docházet dle libosti, že pacient potřebuje kontakt a citlivou paliativní péči. Jsou dány první dávky analgetik. Uběhli dva dny. Pacienta berou do koupelny, zkolabuje. Přivolána lékařka, ta indikuje převoz RZS..... V tom přišla manželka, těžko chápe co se děje, pacient po 10 minutách se stabilizuje do předešlého stavu. Lékařka informuje manželku o nutnosti překlada, selhávání ledvin a... Manželka nesouhlasí, pacient tiše: „Nechci, nikam mě nedávejte, Maruško, pomoz, já nikam nechci...“ Měřím tlak, puls, vše se vyrovnává...

Lékařka: „Jsme jen eldeenka, jinak to nejde.“ Manželka rezignuje, pacienta se již nikdo neptá. Já - tlak, puls je dobrý, prostě je třeba pracovat jako s ležícím, nic se neděje, nejspíš ví, že bude konec. Lékařka na mě kouká, zbláznila jste se?? Odjel, dostal podporu života a přežil ještě 5 dní. Zemřel 4. 1. 2009.

Manželka stihla na akutní oddělení přivést syny, vnoučata. Pacient je všechny počastoval svým humorem.

14 dní po té - setkání s pozůstalou - „Ten den byl moc hezký, děkuju, ty jsi to věděla... Jen jste ho měli nechat u vás.“ Mlčky se omlouvám, máme obě slzy v očích, pozůstalá žalem, já beznadějí...

Jiný příběh - kazuistika na základě zaznamenaného rozhovoru s umírajícím pacientem a psychoterapeutem Simonou.

2. Není důvod umřít - Pacient Václav, 66 let

Do LDN Nejdek přijat v únoru 2009 s diagnózou malnutrice, z části sociální hospitalizace pro nevyhovující bydlení, stav po operaci ca krční mandle. Setkání první: Monitorování. Chodící soběstačný pacient, upraveného zevnějšku, orientovaný. Seznámený se svým onemocněním v anamnéze. Dobře spolupracující. Během hospitalizace zhoršen zdravotní stav, musela být provedena tracheostomie z vitální indikace a PEG. Přesto byl pacient nadále schopen něco polykat. Komunikuje slovně nebo písmem. Zařazen do intervenčního - zdravotního režimu.

O 3 měsíce později: Slepá ulička

Stav zhoršen, pacient si nedává do souvislosti prodělané onkologické onemocnění.

Paliativní péče v Karlovarském kraji

Ponechávám si čas a pokouším se zdravotní stav neřešit a soustředit se na plnění pacientových aktuálních přání. Naštěstí je pan Václav měl. Chtěl, zda-li bych mu nemohla koupit hroznový cukr, smetanu, med, čokoládu. Komentoval to slovy, že se potřebuje vykrmit, dokud bude takhle vyhublý, že nebude mít sílu se postavit na nohy. Nebyl žádný problém mu nákupy zajistit. Ptala jsem se, jestli by nechtěl sledovat nějaký film, aby si zkrátil čas. Souhlasil a vybral si westernový žánr. Film na lůžku opravdu sledoval a moc se mu líbil, mluvili jsme spolu o něm.

Viděla jsem, jak bojuje, jak stále doufá a jak si nepřipouští, že by se věci mohly mít jinak. Ta vůle k životu byla ještě hodně silná. Byl vyhublý, hodně spavý po lécích, ale mentálně stále velmi bdělý, žádná obluzenost. Když se mi jednoho dne zeptal, jestli nemám zase nějaký film, řekla jsem mu, že mám teď volný jeden, který se mi hodně moc líbil, ale že si nejsem jistá, jestli by ho chtěl vidět.

Co by mi v něm mělo vadit?"

„Část filmu se odehrává v nemocničním prostředí, kdy dva lidé mají nevyléčitelnou nemoc a rozhodnou se, že než zemřou, užijí si všechno to, co nestihli a vždy si ve svém životě přáli. Nakonec je to i dosti humorné.“

„Tak to přineste, to mi neublíží, nejsem žádnéj srab.“

Napadlo mě, že bych se přes ten film mohla přiblížit k tématu, o kterém ještě nepadlo mezi námi ani slovo. Jelikož se domnívám, že spánek je pro nemocného člověka velmi osvěžující a posilující a nikdy ho není dost, rozhodla jsem se, že film panu Václavovi nepustím navečer, ale druhý den dopoledne, abych měla dostatek času s ním eventuálně vzniklé otázky probrat, než mi skončí pracovní doba.

Debata o filmu

Druhý den jsem film přinesla a pan Václav ho pozorně sledoval.

„No bylo to dobrý, fakt si to užili.“

„Takhle by měl člověk umět žít celý život, a ne jen tehdy, když nad ním visí ortel“, řekla jsem.

„A vy to, Simono, umíte?“

„Přiznám se, že po některých zážitcích v mém životě se o to snažím a žije se mi mnohem lehčeji, i když mě potkávají těžké věci. Co vy byste dělal na místě těch chlápků ve filmu?“

„Já jsem nikdy neměl tak náročná přání jako oni, ale víte, že nevím, ještě jsem o tom nepřemýšlel. Ale co bych teď asi tak mohl, vždyť ani neslezu z postele a jsem hodně unavený.“

„Třeba jste si v životě už všechna svá přání splnil.“

„To ne, ještě některým něco dlužím ale to až se dostanu domů.“

Jak já se těším na domácí svíčkovou!”

Další den si pacient na vizitě stěžuje na nesnesitelné bolesti hlavy. Lékařka předeepisuje zvýšenou dávku analgetik, ale pan Václav se dožaduje vyšetření. „To přece není řešení, přece to musí mít nějaký důvod, vy s tím nic nehodláte dělat? Věřil jsem vám. Paní Simono, přemluvte paní doktorku, ať mě s tím někam pošle.“

Další den pacient začíná postupně otékat v polovině obličeje a hůře se mu mluví. Lékařka se snaží vysvětlit problém jakými srůsty, které brání v odtoku lymfy a následně vzniklého otoku obličeje. Cítím vzrůstající nedůvěru pacienta a také jsem si vědoma konce možností mé intervence, pokud bych si měla zachovat věrohodný vztah s pacientem. Nemám možnost pokračovat ve své práci. U pacienta postupně narůstá agresivita, kterou si vybíjí na personálu a personál si za mnou chodí stěžovat, abych situaci řešila.

Svou bezvýhodnou situaci jsem konzultovala s ošetřující lékařkou. Ta absolutně odmítá sdělení pravdy. Na můj argument, že já bez toho aniž by byl pacient seznámen se svým stavem, nemohu pracovat dál, odpovídá: „Můžete ho utěšovat.“ Nesouhlasím a vysvětluji, že nemám čím pacienta utěšovat. „Každý člověk má intuici, i když pravdu nezná. Bojí se a má zkušenost je taková, že horší jistota je lepší než nejistota. Bez pravdy se nemá šanci uklidnit, ani smířit, pro všechny bude jeho konec utrpením a bude protrahován.“ Lékařka je věřící a argumentovala tím, že je to člověk, který nevěří v žádný přesah a že on tu pravdu neunes a že slovo dokáže zabít a ona že si to nevezme na odpovědnost.

Musela jsem hledat novou cestu, pacient se dožíval mých návštěv na pokoji. Lékařka se nakonec rozhodla, že pacienta pošle na CT hlavy, aby ho uklidnila.

Na chvíli to opravdu zabralo.

CT vyšetření potvrdilo metastatický proces v hlavě. Pan Václav byl po dohodě týmu přeřazen do paliativního ošetrovatelského režimu.

Uvědomila jsem si, že čas nazrál a pokud mám být přínosem pro umírajícího pacienta, tak je prioritní vyřešit otázku sdělení pravdy. Klíč k řešení tentokrát vězí v personálu. Mé rozhodnutí bylo: Jednej! Rozhodla jsem se přinést tento můj profesní problém do supervize, která se u nás v léčebně koná každou středu. Vrchní setra, obě staniční setry, lékaři obou stanic, vedoucí rehabilitace, nutriční terapeutka a já se pod supervizí Doc. Kalvacha, který u nás působí každou středu, setkáváme k vyřešení problematických a sporných diagnóz u pacientů a nastavení dalších léčebných intervencí. Přednesla jsem svůj problém a požádala o návrh řešení. Rozsáhlá diskuse o etických zásadách apod. i přes odpor lékařky skončila vítězstvím: Sdělte pravdu!

Paliativní péče v Karlovarském kraji

Jak cenná je pravda

Požádala jsem Doc. Kalvacha, aby byl nápomocen v této situaci, že spolu s ním a lékařkou zajdeme na pokoj, aby z pozice své autority sdělil pacientovi diagnózu. Doc. Kalvach souhlasil. Pacientovi sdělil, že jsme se celý tým sešli nad hodnocením jeho výsledků z vyšetření a že by mu rád sdělil nepříjemnou zprávu. Že v místech na hlavě, kde udává největší bolesti, jsou popisována ložiska nejasného původu, která by nemusela, ale mohla mít onkologický původ. Že se to nedá zcela jistě říci, jelikož by se musel získat vzorek a ten odeslat na histologii, ale že vzhledem k tomu, že již prodělal onkologické onemocnění, tu jistá pravděpodobnost je. Pacient mlčel a poslouchal dál.

„Chtěl bych vám říci, že v současné době, bychom se hlavně zaměřili na mírnění těch krutých bolestí a nastavili léčbu tak, aby to pro vás bylo snesitelné a také abyste se v noci dobře vyspal. Jste velmi statečný a myslím, že společně se nám to podaří nastavit tak, aby jste se cítil co možná nejlépe.“

„Dobře pane doktore, děkuji, já jsem to stejně tušil.“ Všichni jsme odešli .

Druhý den jsem za pacientem nešla, z vizity jsem vyčetla, že nekomunikuje. Stav smíření.

Třetí den po sdělení diagnózy jsem pana Václava navštívila sama. Nemluvil, byl depresivní, nechtěl se mnou komunikovat. Ostatní pacienti hlásili, že nechce mluvit s nikým. Řekla jsem mu, že kdyby měl pocit, že pro něj mohu něco udělat, ať pro mě nechá vzkázat, že za ním kdykoliv přijdu.

O další tři dny později mi personál hlásil, že pacient odmítá všechna analgetika. Zašla jsem za ním, posadila se u lůžka a požádala spolubydlící, aby nás nechali o samotě. Pán měl blok v ruce a tužku a v pololehu napsal: Dám vám telefonní číslo na jedny mé známé, zavoláte jim, aby za mnou přišli? Odpověděla jsem, že ano. Zeptala jsem se, jestli se zlobí, že mu pan docent sdělil pravdu. Napsal, že je rád, že to věděl, že si snad stihne vyřídit nějaké záležitosti. Zeptala jsem se, jestli nemá žádné bolesti, že odmítá analgetika. Napsal, že ho všechno bolí méně, když je nemá, že je nechce, jen ať zařídím aby mu dávaly ty dva velké čípy, co dostává, a zabírají. Slíbila jsem, že zařídím obojí. Domluvili jsme se, že když bude cítit velkou bolest, že si řekne o léky. Souhlasil.

Zatelefonovala jsem známým a požádala jsem je o návštěvu pana Václava, pokud možno co nejdříve. Pan Václav se velmi zklidnil, a přestože slovně nekomunikoval, nebyl problém s ním trávit čas. Přestaly se objevovat odmítavé reakce.

Další dny jsem navštěvovala pacienta s tím, že jsem komunikovali, on písmem, já slovem. Ptala jsem se, jak se cítí. Napsal, že ho překvapuje, že mu funguje mozek

normálně, jako by nebyl nemocný a že se cítí vyrovnaný.

Znovu napsal, že je rád, že se může zařídit, jak potřeboval.

„To jsou ty dluhy, jak jste nedávno říkal?“

Kýve souhlasně a píše: *Mám ještě syna, nemanželského a u těch známých, co jste jim volala, mám schované peníze. Požádal jsem je, aby mi je donesli sem.*

„A donesli?“ *Ano, vzal jsem si z nich peníze na pohřeb, a dal je rodině, aby se mnou neměli velké výdaje, a ostatní peníze jsem jim svěřil s dopisem a vzkazem pro Matěje.*

„Původně jste měl ty peníze také pro syna?“ *Ano, ale chtěl jsem mu je dát, až mi dokáže, že alespoň půl roku pracuje. U mých známých mám jistotu, že to vyřídí za mě.*

„Je dobře, že takové ve své blízkosti máte.“ Kývá hlavou. „Je to teď pro Vás snazší?“ *Ano ulevilo se mi. Měl jsem vůči synovi výčitky. „Vidáte se?“ Bohužel ne. Manželka pořád přede mnou něco tajila, abych se nerozčíloval a podobně, ale nakonec já jsem to dělal taky.*

Chytila jsem ho za ruku a usmála se na něj, oba jsme věděli. Cítila jsem, že už potřebuje být sám. „Přijdu zítra.“ Kývl.

Cestou po chodbě jsem myslela na to, kolik je takových lidí, kteří lépe vědí, co je pro druhého správné a tím mu vlastně ubližují. Že nikdo nemůže vědět, co druhý unese a nikdo nemá právo za druhého rozhodovat. Kdyby pan Václav netušil nic, všechno, co po sdělení své diagnózy, tedy pravdy, podnikl, by se nestalo. Neulevilo by se mu a do poslední chvíle by bojoval o život v agresi a nesmíření, až by v deliriozním stavu s chrčivým dýcháním postupně odcházel, nevnímaje své okolí. Stejně tak, jak umírají lidé v nevědomosti.

Další den jsem seděla u lůžka, nemohl pro otok polykat. Jídlo dostával na přání, kdy chtěl a napít také, sondou do žaludku. Jeho oči už nebyly jasné. Vzдалovaly se.

Co hlava bolí?, napsala jsem mu, nechtěla jsem rušit ticho. Napsal, že ani ne. *Překvapuje mě, že nemáte abstinenční příznaky, přece jenom jste byl už nějakou dobu na silných analgetických a nechal jste si je vysadit najednou a nic se neděje.* Napsal, že absták nemá, že by to poznal. Že nechce ani antidepresiva. „Pane Václave“, poprvé jsem promluvila, „ten proces nemusí pokračovat dramaticky rychle. To může nějaký čas trvat, to je velice individuální záležitost.“ Napsal, že by si přál, aby to šlo velmi rychle.

„Máte strach?“

Umírám poprvé a některé věci mě překvapují.

„A které?“

Třeba, že mi funguje mozek jako by mi nic nebylo. A co bude pak?

Paliativní péče v Karlovarském kraji

„Buď není nic a je to, jako když usnete a nic se neděje, nebo něco je a padnete do náruče někomu mnohem laskavějšímu, než je celý tento svět a to je bezva. Takže v obou případech dobrý.“

Jo dobrý.

Chytil mě za ruku, cítila jsem, že je rád, že není sám a že s ním neprožívám žádné drama. V ruce cítím, že je uvolněný.

„Kdyby přišly nesnesitelné bolesti, mohli bychom vám dát dostatečně silnou směs léků s něčím, co by vás příjemně uspávalo, a k tomu trochu něčeho, aby se vám nedělalo špatně od žaludku. Tak byste si tady v klidu pospával, bez trápení.“

Ano, mám vás rád.

„Já mám ráda všechny. Touhle cestou půjdeme všichni, jiná neexistuje.“

Až budu pospávat, nenechávejte tady u mě příbuzné.

„A když budou sami chtít, bude vám to vadit?“

Ne, nebude.

„Chcete, aby za vámi chodili?“

Budu rád.

Další den jsem přišla a pan Václav vypadal, že spí. Sedla jsem si k němu a slyšela jak oddychuje. Chvilí jsem seděla a pozorovala ho. Zdálo se, že mu mizí otok z obličeje.

„Co je?“, Zašeptal.

„Nic, kontrola nálady.“

„Jestli jsem ještě živý, co?“

„No to vím, to se stačí podívat do počítače.“

Chytil se za hlavu.

„Nemáte žízeň?“

„Ne, jen sucho v puse. Nemohu odkašlat.“

Podala jsem panu Václavovi skleničku s vodou a misku, aby si mohl vypláchnout ústa.

„Já vůbec nespím, já všechno vnímám, jen nedokážu otevřít ty víčka.“

„Já vím, po těch lécích, co berete, mají lidé zvýšenou vnímavost zvuku, slyší trávu růst.“

„Jo, spím jen v noci, přes den to jen tak vypadá.“

„A bolesti?“

„Už jsem si řekl, měla jste pravdu, tu směs snáším mnohem lépe.“

„Tak nemluvte, ať se nevysilujete.“

„Přijďte večer.“

„Je večer.“

„Kolik je hodin?“

„Deset.“

„Vy máte službu?“

„Ne, jen hodně práce, kterou nestíhám a teď jsem si šla k vám odpočinout a dívám se, jak vám měsíc leze do postele.“

„Jak dlouho už jsem nemocný?“

„Nevím, celkem u nás jste třetí týden.“

„To je ale blbá nemoc.“

Pochopila jsem, že mozek už nepracuje jako když je zdravý, pomalu se ztrácí orientace. Přestává sledovat realitu.

Odešel ve spánku a jen on, já a jeho přátelé si známe jeho tajemství. Simona



„Závěť jako nikoliv poslední, ale vždy platný a respektovaný projev Vaší vůle“

JUDr. Petr Hanzal

advokát

AK Makovského 1331/32, 163 00 Praha 6

Vážení a milí,

o jakékoliv právní otázce lze říci, že je patřičně široká, a že je třeba jít do hloubky. Odborník by mohl o právní problematice dědictví hovořit hodiny. Badatelé by uspořádali týdenní seminář. Mě bylo naštěstí přiděleno 20 minut. Tato okolnost je dostatečným důvodem, abych úvod zkrátil na minimum.

Nicméně, jak z tohoto širokého okruhu otázek daných 41 paragrafy občanského zákoníku vybrat ty, které jsou tak či onak užitečné pro praktický život a v neziskovém sektoru zvláště.

K soustředění na takovýto okruh otázek mne navedl časopis Veřejná správa, jeho vydání z června 2004, v němž si autor, úředník Úřadu pro zastupování státu ve věcech majetkových, libuje nad majetkem, který v dědickém řízení přešel jako tzv. odúmřel do majetku státu. Domy, sbírky obrazů, cennosti. Nevidím nic špatného na tom, že stát má postavení dědice, a že neexistuje-li zákonný nebo závětní dědic, přejde dědická podstata do majetku státu. To, co mne poněkud „nadzdvihlo“, spočívalo v tom, že šlo vesměs o případy, kdy zůstavitel učinil neplatnou závěť. Tedy o případy, kdy zůstavitel měl nějakou představu, jak se svým majetkem pro případ své smrti naložit, učinil však chybu, možná poslední ve svém životě. Jeho závěť soud prohlásil za neplatnou. Dědictví, které nenabude žádný dědic, tj. dědic ze zákona nebo ze závěti, připadne státu (§ 462 obč. zák.).

Tzv. odúmřel je prehistorický institut, kdy se dědici nemohli ubránit před kmenem, vládcem, státem. Tento institut římského práva byl čile využíván v době císařů, kteří často přispěli k tomu, aby se okruh dědiců zúžil. Máme velké štěstí, že po mnoha novelizacích náš nynější zákoník z roku 1964 oproti předchozímu občanskému zákoníku z roku 1950 chrání široký, řekl bych již „civilizovaný“ okruh zákonných nástupců, a že respektuje poslední vůli, závěť zůstavitele. Dlouhou dobu připravovaný nový občanský zákoník upravuje dědictví podstatně šířeji, zatím však ještě neprošel úplnou teoretickou diskusí a snaha vlády dotlačit jej do parlamentu vzbuzuje spíše

pochybnosti. Je to škoda, protože např. § 1334 tohoto nového občanského zákoníku upravuje společnou závěť manželů, která zde již kdysi byla. Bohužel, opět zde je teoretický spor o to, zda rozvodem tato společná závěť automaticky zaniká, nebo zda o ní musí rozhodnout soud atp.

V této přednášce se budu jen okrajově věnovat tzv. zákonným dědicům, kteří jsou zpravidla neopomenutelní a mají nárok nejméně na jednu polovinu dědictví, tedy tu část, v níž nemohou být omezeni závětí zůstavitele. To z prostého důvodu, že nezisková zařízení jsou výlučně závětními dědici a pokud zůstavitel nezanechá platnou, nenapadnutelnou poslední vůli, nemá žádný dědický titul. Může se nanejvýš účastnit dědického řízení jako věřitel s nadějí, že někdy uvidí něco z dluhů, které zůstavitel zanechal.

Zákon zná čtyři skupiny dědiců. V první skupině dědí děti nebo jejich přímí potomci (vnuci, pravnuci) a manžel. V druhé skupině dědí, nejsou-li zůstavitelovi potomci, manžel nebo registrovaný partner a zůstavitelovi rodiče, a ti, kteří žili se zůstavitelem ve společné domácnosti. Manžel musí obdržet polovinu dědictví, ostatní dědí stejným dílem. Ve třetí skupině, pokud není dědic z předchozích skupin, dědí sourozenci nebo jejich děti a též osoby, které žily se zůstavitelem ve společné domácnosti. Dědí stejným dílem. V poslední, čtvrté skupině dědí stejným dílem rodiče a jejich děti (473 - 475 a) obč. zák.).

Z hlediska zaměření mé přednášky jsou důležití zákonní dědici první a druhé skupiny. Nezletilý potomek nemůže být ve svém zákonném podílu omezen, zletilý potomek a manžel může být omezen závětí na jednu polovinu zákonného podílu. To je prostor, ve kterém se může zůstavitel závěti pohybovat. Omezení jeho vůle je historicky a eticky dáno. Samozřejmě by působilo proti zdravému rozumu a morálce, pokud by manžel odkázal veškerý majetek své přítelkyni. Na druhé straně je zákonem chráněna vůle zůstavitele naložit se zbývající částí dědické podstaty, tedy tou, kterou zákon nevyhrazuje zákonným dědicům. A to je pro další část mého povídání podstatné. O tom, co je v plné dispozici zůstavitele, rozhoduje se závětí. Vždy jde o to, aby zůstavitel postupoval obsahově i formálně takovým způsobem, aby výsledkem byla platná závěť, v horším případě závěť, která obstojí proti nárokům opomenutých dědiců nebo jiných osob, činících si na dědictví nárok.

Občanský zákoník klade pro platnost závěti jednak tzv. obecné, jednak zvláštní

„Závěť jako nikoliv poslední, ale vždy platný a respektovaný projev Vaší vůle“

podmínky. Obecnou podmínkou podle §§ 37 až 40 obč. zák. je svobodný, vážný určitý a srozumitelný projev vůle. Tento projev vůle musí směřovat od osoby právně způsobilé. A pokud pro tento projev zákon předepisuje určitou formu, v našem případě písemnou, musí být učiněn v písemné podobě. Pokud jde o právní způsobilost, mohou závěť pořídit již patnáctiletí, ale mohou tak učinit jen formou notářského zápisu. U osob zbavených právní způsobilosti nelze závěť pořídit, u o osob omezených jen v tom rozsahu, který zůstává rozhodnutím soudu nedotčen.

Dále nastupují specifická ustanovení zákona o obsahu a formě závěti. Nejjednodušším způsobem je pořízení závěti, která je celá sepsána vlastní rukou, označena přesným datem a vlastnoručně podepsána. Taková závěť platí, ale právě tato forma je nejčastěji napadána neuspokojenými dědici nebo třetími osobami. Podstatné je, aby obstál obsah závěti. Aby neobsahoval podmínky, na něž se váže dědictví (tyto nemají právní následky), aby určila věci a práva, která mají dědicům připadnout, a aby přitom nebyli omezení zákonní dědici (manžel, potomci) ve svém zákonném podílu.

Z hlediska Vaší praxe je třeba zmínit zvláštní způsoby pořízení závěti. Závěť nemusí být sepsána jen vlastní rukou. Může ji sepsat i jiná osoba nežli zůstavitel, musí však být podepsána zůstavitelem a dvěma svědky. Podstatné je prohlášení zůstavitele o tom, že připojuje vlastnoruční podpis.

Osoby, které nemohou číst a psát, mohou učinit závěť listinnou, kterou podepíše tři svědci. Jeden ze svědků je pisatelem závěti a jeden předčítatelem závěti. Obdobně mohou pořídit závěť osoby neslyšící nebo hluchoslepé, které nemohou číst nebo psát, a to formou notářského zápisu za přítomnosti tlumočnicka v příslušném způsobu komunikace. Tyto zvláštní způsoby závěti jsou výsledkem novelizací občanského zákoníku a je třeba je uvítat.

Za nejspolehlivější způsob pořízení závěti je třeba považovat notářský zápis, jehož cena v současné době nemusí přesáhnout 1000,- Kč. Mezi hlavní přednosti této formy závěti patří to, že notář odpovídá za všechny náležitosti, a že upozorní zůstavitele na případné napadnutelné detaily závěti. Závěť ve formě notářského zápisu se uchovává v centrální evidenci závětí vedené Notářskou komorou. Prvé, co učiní soud v dědickém řízení, je, že zjistí existenci takovéto závěti.

Pro praxi má značný význam i dědická nezpůsobilost a institut vydědění. O dědickou nezpůsobilost jde v případě, kdy se dědic vůči zůstaviteli dopustí úmyslného trestného činu. Zaniká pouze tehdy, když zůstavitel dědici tento čin odpustí. To je samozřejmě záležitostí složitého důkazu. Dědicky nezpůsobilý může být kdokoliv, tedy potomek i manželka. Vyděděn může být pouze potomek. K dědické nezpůsobilosti soud v dědickém řízení přihlédne z úřední povinnosti.

Vydědění, které musí mít náležitosti závěti, musí obsahově uvést některý z důvodů, které zákon v § 469a) uvádí. Jde o:

- neposkytnutí pomoci
- trvalý nezájem
- trestnost
- vedení nezřízeného života

U mnoha seniorů existují okolnosti, plně odůvodňující takovýto postup zůstavitele. Problém je, že stále je ještě zakořeněna představa o „zákonném dědictví“ a o tom, že „potomek nehodný“ si musí přijít na své.

Závěrem chci uvést ještě jedno poměrně nové (od roku 1997, zák. č. 227 Sb.) a důležité ustanovení občanského zákoníku, podle něhož lze závěti založit nadaci nebo nadační fond (§ 477 odst. 2 obč. zák.). Jiné formy neziskových organizací toto ustanovení nezmiňuje, a proto je nelze např. pro obecně prospěšné společnosti použít. Zde musím zdůraznit, že závěť musí obsahovat ty náležitosti, které vyžaduje zákon. V tomto případě musí být závěť pořízena formou notářského zápisu a musí obsahovat:

- název a sídlo nadace nebo nadačního fondu
- vymezení účelu, pro který se nadace nebo nadační fond zřizuje; konkrétní účel, pro který se nadace nebo nadační fond zřizuje, musí být ve shodě s obecně prospěšným cílem
- výši, popřípadě hodnotu majetkového vkladu, který se každý zřizovatel vkládá do nadace nebo nadačního fondu; jde-li o vklad nepeněžité, musí být určen předmět vkladu a oceněn znalcem nadačního fondu podle § 22 nebo určení, že pravidlo má být stanoveno statutem nadace nebo nadačního fondu
- podmínky pro poskytování nadačních příspěvků, popřípadě okruh osob, kterým je lze poskytnout, nebo určení, že tyto náležitosti mají být stanoveny statutem nadace nebo nadačního fondu
- vykonavatele závěti, který jmenuje první členy orgánů nadace. Nejsou-li jmenováni v závěti, a provede další úkony související se vznikem nadace nebo

„Závěť jako nikoliv poslední, ale vždy platný a respektovaný projev Vaší vůle“

nadačního fondu (dále jen „vykonavatel závěti“).

Závěť je chápána jako „poslední vůle“, s jejímž porušením netřeba spěchat. Již jsem zmínil, že závěť mohou pořádit i patnáctiletí a jedna z neotřesitelných pravd říká, že nevíme dne ani..... Zákon říká, že každá další závěť ruší předchozí, závěť lze odvolat nebo změnit. Zde platí dvojnásob, že v papírech je třeba mít pořádek, protože nezničí-li se nebo neodvolá dřívější závěť, zkoumá soud, jak vedle sebe starší a nová závěť obstojí.



Paliativní péče o seniory

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
1. a 2. lékařská fakulta UK Praha

Životní bilance ve stáří – animace, nebo paliace?

Zdeněk Kalvach

Byl jsem kolegou a přítelem Láďou Kabelkou požádán, abych se na konferenci Výboru dobré vůle Olgy Havlové zástupně ujal jeho přednášky na téma paliativní péče ve stáří. Zastoupení se pokusím nedokonale splnit, ale domnívám se, že vzhledem k zaměření celé konference na seniorské bilancování života (setkání se pořádá k Mezinárodnímu dni seniorů), je potřebné zamyslet se nad kontextem paliativní péče ve stáří, nad místem, které v komplexu služeb pro seniory má. Jde nejen o to, aby kvalitní a bezpečná paliativní péče nebyla umírajícím starým lidem odpírána, ale také o to, aby přístup ke starým nemocným lidem nebyl nadměrně, zúženě a jaksi rezignovaně, defetisticky, s despektem paliativován.

Z pohledu zdravotnických a sociálních služeb se přístup k seniorům, zřejmě naléhavěji než přístup k jiným skupinám klientů, odehrává možná jako dilema, možná jako pronutí animace (oživování, naplňování a zkvalitňování života včetně intervence dekompenzujících faktorů a posilování aktivit „zpět do života“) a paliace (symptomatického ulevování, tlumení obtíží, doprovázení, přijímání funkčních omezení a stažení z aktivit „dohasínající svíčky“).

Zásadní je pochopitelně vždy individuální a osobnostní přístup, case management konkrétního klienta, stanovení individuálních cílů ošetrovatelského, léčebného či sociálního plánu vyplývajících z prognózy, osobní situace a přání daného člověka. Přesto se jistému obecnému nastavování a pojmání služeb vůči seniorské klientele nevyhneme; existuje jakési souhrnné problesknutí, o čem to vlastně je, když se řekne „péče o seniory“ nebo „bilancování života ve stáří“.

Úvahy o péči a bilancování vycházejí na obecné úrovni z toho, jak je vnímáno samo stáří, zvláště ten jeho segment, který vyžaduje péči a podporu, který se svými problémy, svým znevýhodněním, případně vyloučením vyčlenil z automatického životaběhu. Jde především o polaritu mezi dvěma pohledy:

Podle prvního je hlavní charakteristikou stáří především a nejčastěji nezdatná závislost před zákonitou přirozenou smrtí (senectus molesta, bolestné stáří) – v tom případě dominuje příprava na smrt a paliativní péče.

Podle druhého pohledu je stáří především pozdní fází dlouhého života („stáří lidé toho mnoho prožili, mohou vyprávět mnoho příběhů“, mají své zkušenosti

Paliativní péče o seniory

a schopnosti, byť třeba omezené) – v tom případě dominuje animace, podpora života s jeho involučními problémy, se ztíženě vyplnitelnými, ale trvajících přáními a ambicemi.

Právě rozpor mezi ubývajícími silami, respektive narůstajícími omezeními na straně jedné a trvajících potřebami, touhami a očekáváními na straně druhé vystihuje známý bonmot O. Wilda: „Tragédie pokročilých let nespočívá v tom, že stárneme, ale v tom, že zůstáváme mladí.“

Různí autoři a myslitelé se pokusili formulovat jakési ontogenetické úkoly stáří a s nimi související existenciální principy přístupu k životu ve stáří a k jeho podpoře. Namátkou např. J. A. Komenský považoval v 17. století za hlavní úkol starého člověka přípravu (především spirituální) na smrt. Naopak psycholog E. Erikson (1902-1994) považoval za hlavní úkol pozitivní řešení konfliktu „integrovaného já“ s beznadějí, překonání zoufalství, zachování osobní integrity („stále jsem to já“).

K. Čapek ve svém dramatu Věc Makropulos formuloval existenciální problémy nejen nesmrtelnosti, ale také dlouhověkosti. „Fenomén Makropulos“ zahrnuje osamělost, ztrátu zájmu a motivace, omrzelost životem jako závažné prvky kontextu animace i paliace. T. G. Masaryk i R. Thákur považovali za hlavní úkol stárnoucího a starého člověka zachování reflexe, „obnovování sebe samého“, trvalý osobnostní růst – teprve jeho vymizení, bez ohledu na biologický věk, indikuje sociální stáří, vypadnutí z kontextu, úpadek ba blížící se sociální smrt.

Psycholog V. E. Frankl, zabývající se ve 20. století životem s omezením, zdůraznil potřebu podpory statečnosti (snášet omezení a utrpení), naděje (na jejich překonání) a smyslu (i omezený život může a má mít svůj smysl, např. na úrovni reflexe).

Organizace spojených národů vyhlásila v roce 1991 „Principy podpory seniorského života“. Jde o 5 priorit: zabezpečenost, seberealizaci (smysl), participaci (současnost), autonomii (nezávislost), důstojnost.

Soudobý brněnský psycholog, profesor J. Švancara, požaduje, aby život ve stáří byl jak bilancováním ztrát, tak korunou tvořivého života (zachováním kreativity) a aby přístup ke klientovi-seniorovi především byl jednoznačně osobnostní, neschématický s respektem k velké seniorské interindividuální variabilitě respektoval vývojové krize klienta vycházel ze znalosti jeho priorit, jeho vztahu k sobě, k lidem, k budoucnosti posiloval široké kontakty s vrstevníky i mezi generacemi.

Z uvedeného vyplývá i „animační psychohygienu“ ve stáří, kterou J. Švancara shrnuje do „5P“:

- pružnost

- perspektiva – nahlížení jevů i samotného seniora v životní perspektivě, v kontextu celého života, vzpomínek i očekávání)
- prozíravost
- porozumění
- potěšení – velmi důležité je uznání hodnoty radosti, zdůraznění, aby se člověk i se závažným omezením či s krátkou životní prognózou mohl a měl nač těšit, posilování alespoň drobných radostí všedního dne a poskytování libých pocitů (i lidem s pokročilým syndromem demence)
Přidat můžeme „šesté P“
- participaci - vytváření podmínek prolamujících osamělost, izolaci a pocit nesounáležitosti s posilováním podílu na obecném a skupinovém (např. rodinném) dění.

Demografický vývoj s výrazným stárnutím populace (s relativním i absolutním přibýváním starších lidí) může negativně deformovat celkový rámec a společenské nálady, v nichž se služby a přístup ke stáří rozvíjejí. Objevují se demografická panika, ageismus, obavy, že přibývání seniorů povede k neúměrnému růstu mandatorních výdajů a tím k poklesu životní úrovně mladší populace, k omezení investičních možností a poklesu konkurenceschopnosti společnosti, k nevyrovnanosti rozpočtů na penze, zdravotní péči, sociální služby. Navíc dochází k poklesu potřeby lidské práce s růstem nezaměstnanosti a soutěže o pracovní místa – senioři se stávají konkurencí, hrozí oslabení mezigenerační solidarity.

Pro exekutivu a mocenské elity tak vzniká komplex úkolů - jak zajistit stabilitu rozpočtů, mezigenerační soulad, penzijní reformu, koncept zaměstnanosti a osobní seberealizace, podporu mladých rodin s vytvářením podmínek pro větší počet dětí atd. Kvalita a smysl života v pokročilém stáří se tak mohou snadno ocitnout na pokraji společenského zájmu a finanční vstřícnosti, především pokud jde o domněle nadstandardní aktivity a přání (animaci) přesahující úroveň tradiční míry zabezpečení. Převládá hledání úspor v dosavadních výdajích a nevíra v existenci progresivních pozitivních řešení a transformací životního způsobu ve stáří se zásadním zvýšením společenské přínosnosti nemocných a velmi starých lidí. Společenské nálady a představy tak mohou vychylovat rovnováhu animace/paliace na stranu paliativní.

Neúspěšným stárnutím s disabilitou a vyloučením jsou zvýšeně ohroženi:

- lidé s nízkým vzděláním
- lidé chudí a sociálně vyloučení
- lidé manuálně pracující bez kvalifikace

Paliativní péče o seniory

- ženy – hrozí feminizace chudoby ve stáří podmíněná nižšími příjmy, častější ovdovělostí i častější disabilitou, související s častějším výskytem geriatrické křehkosti (frailty), osteoporózy i demence u žen než u mužů.

Obranou před demografickým defétizmem jsou především:

- doklady o poklesu závažné disability (o zlepšování funkčního a zdravotního stavu) ve stáří ve všech hospodářsky vyspělých zemích
- projekty tzv. silver economy – pozitivní ekonomické důsledky stárnutí populace ve smyslu využití potenciálu starších lidí, zaměstnanosti ve službách pro seniory či odložené spotřeby (realizace celoživotních úspor ve stáří)
- docenění významu seniorů pro sociální potenciál, např. pro vesnické komunity ve vytlidňujících se vesnicích
- rozpracování vizí a podmínek seniorské participace včetně databáze příkladů dobré praxe.

Je třeba připomenout, že Národní program přípravy na stárnutí pro roky 2008-2012, schválený usnesením vlády ČR v lednu 2008, je moderní, vyvážený a zaměřený proti demografickému alarmizmu.

Ve vztahu ke smysluplnosti a kvalitě života ve stáří, k pojetí služeb pro seniory a k tzv. „dlouhodobé péči“ (long-term care, LTC) o lidi s dlouhodobě ohroženou či ztracenou soběstačností tak svým způsobem existují dva odlišné koncepty:

Cílem „existenciálního konceptu“ je podpora znevýhodněného člověka ke smyslu, k sebeúctě a životní naplněnosti. K jeho prioritám patří především:

- animace, obohacování života
- smysluplnost, seberealizace
- autonomie, svébytnost, osobnostní přístup
- sebeúcta, důstojnost, validace života
- kompetence, vlastnění sebe
- motivace, podpora vůle ke smyslu
- participace, pozitivní přijímání, sociální inkluze, sdílení.

Cílem „redukcionistického konceptu“ je především udržitelně levná zabezpečení seniorů a stabilita obce. K jeho prioritám patří základní biologické potřeby (z hlediska pyramidy potřeb A. Maslowa) - zajištění stravy, přístřeší, ošetření, čistoty, ...

Hrozbou takového pojetí je:

- podcenění a ztráta individuality a smyslu
- podcenění a konzervování nezdatnosti a disability považovaných za involučně nezbytné

- podcenění přání a schopností starých lidí, zvláště lidí se závažnou disabilitou v extrému „zvěcnění“ lidských bytostí, s nimiž je nakládáno opatrně („jako s křehkým porcelánem“), ale bez lidské vstřícnosti, komunikace, akceptace, se ztrátou individuálního zájmu
- přecenění paliativní péče

Na škále funkční zdatnosti nejsou redukcionistickým přístupem ohroženi ani tak starší lidé involučně úspěšní – tzv. elitní, fit či nezávislí senioři. Ohroženi jsou lidé začleňovaní do kategorií senioři křehcí, závislí, zcela závislí (obvykle trvale upoutaní na lůžko či trpící pokročilým syndromem demence s rozsáhlou ztrátou rozhodovacích kompetencí), případně lidé umírající.

Právě oni ztrácejí naději, odvahu, smysl i sebeúctu, jejich život se často mění v opuštěnou studenou čekárnu na smrt – bez seberealizace, participace, radosti přirozených sociálních rolí, které byly často nahrazeny doživotní rolí chronického pacienta podřízeného poskytovaným službám, především ústavnímu režimu. Navíc mohou být velmi nebezpečně nahlíženi obecným povědomím jako lidé:

- „přestárlí“ (nepřijatelný výraz!) a neužiteční, jejichž život ztratil smysl a hodnotu, tedy „lidé bezcenní“ (nepřijatelný výraz!)
 - opravňující malthusiánské obavy a eugenické pohledy
 - opravňující úvahy o euthanasii či nepřiměřené dominanci paliativní péče
- Stejně nebezpečné je šíření představ o:
- nepřiměřeně pokorném snášení stáří s jeho involučními a chorobnými limitacemi
 - vnímání nemoci a funkčního deficitu jako jakéhosi „trestu“, jemuž není vhodné se příliš vztýčovat
 - jednoduché a laciné bazální péči jako podstatě seniorské podpory
 - o nepřiměřeném vzdávání se aktivit a tužeb domněle „nevhodných pro pokročilý věk“.

Nač se tedy soustředit při animačním poskytování a rozvíjení služeb pro křehké a závislé lidi v kontextu života a k podpoře smyslu (smysluplnosti)?

- Hovořit raději o službách a podpoře než o „péči“ (vztah podpory a péče můžeme chápat také tak, že vysoká míra podpory, její velký objem, vytváří novou kvalitu – „péči“ – charakterizovanou také mírou závislosti a omezení kompetencí a autonomie).
- Podřídít služby včetně „zdravotní péče“ sociálním rolím klienta (pacienta).
- Poskytovat služby jako intervenční podporu, nikoliv jako hegemonickou, podřizující dominanci.

Paliativní péče o seniory

- Varovat se nadměrného odnímání kompetencí, aby se neuplatňovalo opatrovnickví jako forma zneužívání
- řešení self-neglect (zanedbávání sebe sama) jako trýznivá manipulace (umístění v ústavu, zbavení autonomie)
- (před)časné diagnostikování demence jako ohrožení a znehodnověření.
- Varovat se monopolu paliativní péče, převážení rovnováhy animace/paliace na paliativní stranu.

Důležité je respektovat některé klasické animační koncepty:

A. Antonovsky - sense of coherence (stonání i léčení, ošetřování a pečování v kontextu života, s vědomím souvislostí a s podporou osobnostní integrity – „stále jsem to já“)

A. Maslow – transcendence a pyramida potřeb (nepominutelný význam vyšších lidských potřeb psychických a nadosobních včetně významu validace života)

V. E. Frankl - meaning of life (podpora odvahy, naděje a hledání smyslu)

Nezbytné je pochopení křehkého starého člověka – toho, co očekává, k čemu chce být léčen, čím je ohrožen, čím jej můžeme zlomit, kdy pro něj život ztrácí cenu – včetně obětování sociálních rolí a povinností léčebnému plánu či včetně rozbití identity a sebeúcty. Pochopení křehkého, znevýhodněného, závislého klienta s vytvářením osobních plánů je nadřazeno schématickému poskytování technických úkonů ošetřovatelských i léčebných., byt prováděných kvalitně standardizovaným způsobem.

Zajímavý je vývoj názoru na to, co by mělo být hlavním cílem a kritériem poskytovaných služeb:

- původně šlo o zabezpečení, o zajištění základních životních potřeb na biologické (základní) úrovni.
- později šlo, v západní Evropě a USA zhruba od 70. let 20. století, o autonomii včetně úsilí o maximální možnou deinstitucionalizaci s prioritou komunitních služeb a s mírně nadsazeným krédem „za svět bez ústavů“.
- v současnosti se za hlavní cíl a kritérium kvality považuje důstojnost, nepozbytný atribut lidských bytostí, jehož nedílnými součástmi jsou respekt, osobní vůle a smysl.

Podpora důstojnosti by měla být v rámci zdravotní i sociální péče o znevýhodněné starší lidi cílevědomá, aktivní – hovoří se o dignitogenezi. Tento pojem je etymologicky odvozen od slova důstojnost (latinsky dignitas, anglicky dignity).

Jde o analogii pojmů patogeneze (proces rozvoje choroby) a salutogeneze (proces aktivní podpory a rozvoje zdraví - zdatnosti, odolnosti, adaptability). Dignitogeneze tak obdobně představuje proces aktivní podpory, obnovy a rozvoje důstojnosti křehkých a ohrožených lidí.

V dlouhodobé péči, při podpoře znevýhodněných a závislých lidí nestačí vyloučit ponižování. Je potřebná aktivní dignitogeneze, cílevědomé hodnocení, obnovování či posilování důstojnosti a smyslu. V paradigmatu animace/paliace mají být prázdnota a utrpení (total pain) odstraňovány, nikoliv zkracovány – často se tak paliace uskutečňuje a naplňuje animací: prázdny trpící život je podpořen, naplněn, oživen!

Vztah zanedbávání a zneužívání starších lidí (elder abuse) jako sociální patologie vůči respektování důstojnosti jako pozitivní sociální normě není dichotomický, nýbrž kontinuální – s mnoha přechody a přechodovými fázemi. Proto se uvažuje i o pojmovém rozšíření dosavadního konceptu EAN (Elder Abuse and Neglect – zneužívání a zanedbávání starších lidí) na koncept EDAN (Elder Dignity Abuse and Neglect – důstojnost, zneužívání a zanedbávání starších lidí).

Jaké je místo geriatrické paliativní (symptomatické, úlevné, na klidné umírání soustředěné) komplexní, bio-psycho-sociálně spirituální péče v těchto složitých vztazích a souvislostech?

Paliativní péče je jen jedna z forem podpory – nesmí se stát dominantou přístupu v dlouhodobé péči o křehké a závislé staré lidi.

Trajektorie umírání je v pokročilém stáří specifická, její predikce a stanovení životní prognózy mohou být ve stáří a zvláště v pokročilém stáří obtížné.

Nezbytná je proto pečlivá diferenciatní diagnostika terminální geriatrické deteriorace, aby nedošlo k zanedbání intervence léčitelných příčin dekompenzace a progredujícího horšení zdravotního a funkčního stavu.

Paliace je vždy více než odstoupení od léčby – pacientům musí být nabídnuto pečlivé monitorování stavu s pečlivým a bezpečným tlumením obtíží např. (bolesti, dušnosti, úzkosti) i komplex psychických, sociálních a spirituálních intervencí a hospicových změn režimu (např. neomezený kontakt s rodinou, animace reziduálního života).

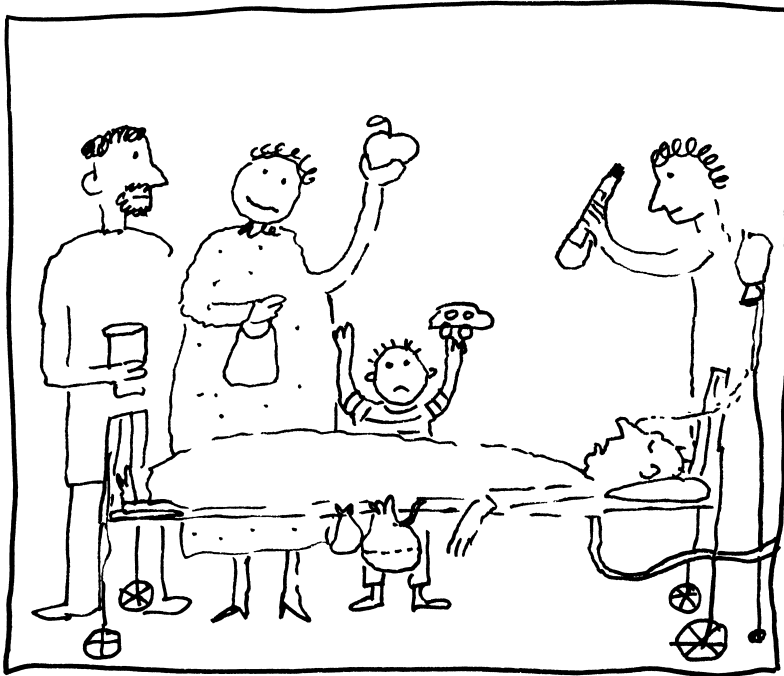
U křehkých seniorů zvláště v dlouhodobé ústavní péči může být mnohdy obtížné stanovit prognózu a tím i zaměření péče na priority animační či paliativní. Důležité je proto, že existují jejich obecné gerontologické svorníky, že právě v gerontologii nejde o protiklady, nýbrž o prolnuté postupy.

Paliativní péče o seniory

Ke svorníkům patří např.:

- důraz na důstojnost jako nejvyšší hodnotu různých forem přístupu
- respekt k osobnosti a vůli – individualizace služeb a péče
- proměnlivost péče a podpory v čase – evaluace poskytovaných služeb s častým přehodnocováním osobního plánu
- hledání a podpora smyslu
- validace života
- podpora osobnostní a životní integrity
- individualizovaná diferenciacie přístupu v LDN i ústavech sociální péče ÚSP.

I v nejpokročilejším stáří, při výrazném funkčním omezení a při krátké životní prognóze je základním úkolem všech podpůrných služeb zkvalitnění a oživení (animace) života s ochranou a podporou důstojnosti a individuálního životního konceptu s respektem k osobnostním prioritám a sociálním rolím.



Aktuální informace o připravovaném Hospici sv. Jiří v Chebu

MUDr. Ján Cabadaj
občanské sdružení Hospic sv. Jiří v Chebu o.s.

Hospicové hnutí a paliativní medicína v Karlovarském kraji.

prim. MUDr. Ján Cabadaj

Hospicové hnutí v Karlovarském kraji (dále jen KVK) nemá dlouhou historii. Do roku 2008 lze zaznamenávat jen sporadické aktivity, nejčastěji jde o pořádání seminářů s hospicovou nebo paliativní problematikou a to různými subjekty.

Nejznámější a největší jsou dosud konané jarní konference v KV organizované skupinou pí. Pavly Andrejkivové, kterých se, až do letošního roku, osobně účastnila i „patronka hospiců“ MUDr. Marie Svatošová.

První vážné pokusy o vybudování kamenného hospice pro KV kraj se datují rovněž před rok 2008, kdy vznikla pracovní skupina při MÚ Cheb pod patronací místostarosty Ing. Michala Pospíšila a lékaře MUDr. Karla Tyrpekla. V březnu 2008, nechal tento tým vypracovat studii se záměrem vybudovat hospic na levém břehu Ohře, nad bývalým stadionem, v opuštěném objektu v Koželužské ulici.

V červenci 2008 založil přípravný výbor kolem MUDr. Jána Cabadaje občanské sdružení pro Hospic sv. Jiří v Chebu o.s., se sídlem na třídě Svobody 3 v Chebu.

Ve stejném měsíci pak výbor předává vedení a Radě města Cheb alternativní záměr na vybudování hospice v Chebu v areálu bývalých kasáren na Zlatém vrchu. Výběr jiné lokality a jiných objektů je veden usilím o snížení stavebních investičních a navíc lokalita je dobře dopravně dostupná.

Samotný hospic je součástí šířeji koncipovaného projektu s názvem Sanatorium sv. Jiří v Chebu.

Sanatorium bude provozovat jak samotný Hospic sv. Jiří s jeho lůžkovou i ambulantní částí (mobilní hospic, ambulance léčby bolesti a paliativní péče), tak i Týdení a denní stacionář pro rehabilitaci nemocných po akutní cévní mozkové příhodě (aCMP).

Sanatorium bude poskytovat komplex zdravotně sociálních služeb, které se budou vzájemně doplňovat a navíc i zlepšovat jeho ekonomiku, která by nemusela být tolik závislá na sponzoringu, který je vždy nejistý. Sanatorium bude otevřené i pro obyvatele budoucího sídliště ve zbývajících částech areálu, k využití se nabízí i např. kaple, rehabilitace, případně lékárna, ...v novém objektu.

Aktuální informace o připravovaném Hospici sv. Jiří v Chebu

Na 26. zasedání, dne 23.dubna 2009, pak Zastupitelstvo města Chebu přijalo usnesení č.: 71/2009, ve kterém :

- město Cheb souhlasí se záměrem zřídit a provozovat hospic a stacionář (Sanatorium Sv. Jiří, o.p.s.) na vyjmenovaných pozemcích a objektech v areálu bývalých kasáren na zlatém vrchu v Chebu
- město Cheb požaduje, aby se vybudování hospice realizovalo za předpokladu, že toto zařízení bude zařazeno do sítě krajských zdravotnických zařízení.

Asi za měsíc je vedení KV kraje zaslán písemný návrh na zřízení hospice. Představitelé kraje jsou ochotni diskutovat a hledat řešení poptávky po hospici a paliativní péči ve spojení se zajištěním onkologické péče v kraji jako takové. V připravovaném koncepčním dokumentu řešícím komplexně zdravotnictví v kraji s názvem „Strategie zdravotnictví KV kraje 2009 “ však paliativní péče a hospic tvoří samostatnou kapitolu, přestože více než 80 % klientů hospiců jsou nemocní s nádorovým onemocněním v terminální fázi.

V koncepci se konstatuje, že v kraji se nenachází žádné zařízení zaměřené na paliativní péči ani hospic. V souvislosti s epidemiologií nádorů v KV kraji bude však nutné tuto problematiku řešit. Dle doporučení APHPP i indexu VZP vychází pro KV kraj 16 hospicových lůžek.

Většina do současné doby provozovaných hospiců vznikla z podnětů charitativních a občanských sdružení. Ve veřejnosti tak vzniká dojem, že pobyt v hospici je něco nadstandardního, co je případně nutné si zaplatit. Paliativní péče však musí být koncipována jako nezbytná součást zdravotnictví a má být bez zbytečného prodlení dostupná každému, kdo ji potřebuje, a to v prostředí odpovídajícím v maximální možné míře jeho potřebám a přáním.

Zařazení kapitoly paliativní péče do koncepce zdravotní péče v KV kraji a hospice do sítě veřejných zdravotnických zařízení kraje je v ČR průlomové. Kraj se tak hlásí k povinnosti a odpovědnosti i za tuto část zdravotní péče. Jistě k tomu přispěl fakt, že KVK spolu s krajem Liberec jako poslední 2 kraje v ČR nedisponují dosud žádným hospicovým lůžkem. Přitom od otevření prvního hospice v Červeném Kostelci, uplynulo již 14 let a koncem září 2009 byl v Chrudimi do provozu uveden již v pořadí 14. hospic.

O důvodech, proč žádné církevní nebo jiné charitativní sdružení nemělo sílu v obou krajích udělat více a občanská sdružení hospicového typu vznikají až rokem 2008, se lze jen dohadovat. Možným pojítkem obou krajů může být obdobná historie obrovských transferů obyvatelstva z jejich území v době kolem 2. světové

války vedoucí k zpřetrhání nitek sounáležitosti a soudržnosti s dopady trvajícím až do dnešních dnů.

Návrh na Sanatorium Sv. Jiří, o.p.s. má některé nesporné výhody:

- nabízí komplex vzájemně se doplňujících sociálně-zdravotních služeb
- je přínosem pro celý KV kraj i město Cheb, ve kterých nejsou žádná obdobná zařízení
- je umírněný z organizačně-provozního hlediska, počet provozních pracovníků je racionální a k tomu budou úměrné i provozní náklady
- celkové investiční náklady jsou vzhledem k rozsahu nabízených služeb přijatelné

Hmatatelné výsledky v realizaci paliativní a hospicové péče v KV kraji lze dosáhnout jen koordinací úsilí všech subjektů. Jde o to aby se nemrhalo energií a úsilím na obdobné nebo konkurující si akce, projekty ale neustálou výměnou informací se vzájemně podporovaly. S tímto cílem naše OS formuje návrh na vytvoření jakési neformální Krajské koordinační rady (skupiny, výboru) paliativní a hospicové péče, která by se scházela 2-3x ročně k vzájemné koordinaci svých aktivit.

Děkuji za pozornost !

„Co když se zeptá?“

Vzdělávání sester pro paliativní péči a vnímání člověka v bio-psychosociálně spirituální celistvosti

PhDr. Bohumila Baštecká, PhD.

Evangelická teologická fakulta UK

Vážené dámy, vážení pánové,

mám tu čest k Vám promluvit ve dny, kdy přibyl další hospic do hospicové rodiny. Včera zahájil svou činnost Hospic Chrudim s 27 lůžky pro pacienty (a dalšími prostorami pro jejich rodiny), zítra a pozítří se sejde všechen personál při Týmových dnech, aby hospic vykročil do své existence naladěný do sdíleného rytmu jednoho organismu. Pro nás, kteří jsme začátky hospice sledovali, to zní jak pohádka.

Bylo nebylo, začínají pohádky. V realitě byla a je postava lékařky a vizionářky MUDr. Marie Blažkové, která před lety propojila několik lidí a soustředila je kolem myšlenky hospice a kolem vzdělávání pro hospic: Mgr. Evu Hlaváčkovou z Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice, ortopeda MUDr. Jiřího Košťála, vrchní sestru z hospice sv. Štěpána v Litoměřicích Mgr. Moniku Markovou (která vystudovala Katedru řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK Praha), faráře Mgr. Bohumila Bašteckého a psycholožku Bohumilu Bašteckou. Spolupracujeme na ose Litoměřice – Poděbrady – Pardubice – Chrudim.

Společně jsme vytvářeli náplň studia magisterského oboru na FZS UPCE, který měl vychovávat sestry mj. pro hospicovou práci. Je pro nás velkou odměnou, že vrchní sestrou otvíraného Hospice Chrudim je Mgr. Marcela Ochvatová, jedna z prvních absolventek takto koncipovaného studia.

Postup při reflektované praxi a týmových dnech

Chci se zmínit jen o malé výseči ze studia, o reflektované praxi a týmových dnech. Ze strany studentů – například právě od Marcely Ochvatové – máme odezvu, že „týmové dny nás naučily víc než celé studium“. Příprava a vyhodnocování této části studia naučila nejvíce i nás – o týmu, o tom, čeho chceme dosáhnout, o identitě sestry.

Zmíním se teď o cestě, která ve studiu vyvrcholí týmovými dny:

- a) první ročník magisterského studia spolu s ročníkovou učitelkou přijede na dva dny do bývalé hospody (nyní chalupy) v Kameničkách; seznamujeme se a vyjasňujeme si očekávání, představy a hodnoty vztažené ke studiu;

- b) poté se setkáváme na FZS UPCE v běžné výuce, kde každá učíme (= Marie Blažková, Monika Marková, Bohumila Baštecká, a samozřejmě Eva Hlaváčková) nějaký „svůj předmět“;
- c) v lednu v druhém ročníku máme den přípravy na praxe včetně zadání, jak má být vypracována kasuistika;
- d) poté (v únoru a březnu) studenti absolvují mentorsky vedenou a supervizně reflektovanou praxi v hospici sv. Štěpána v Litoměřicích (příští rok poprvé i v Hospici Chrudim); každý z nich si vybere pacienta anebo situaci, kterou chce probrat, a při promýšlení se věnujeme především roli a úkolu studenta a jeho vztahu s pacientem a jeho rodinou či s členy personálu; student pořizuje zápis, který supervizorka komentuje;
- e) v dubnu na týmových dnech v Kameničkách probíráme kazuistiky vypracované jednotlivými studenty.

Cíle, které reflektovanou praxí a mezioborovou spoluprací sledujeme

Výsledkem studia by z našeho pohledu měla být sestra, která dovede být pacientovi a jeho rodině /vztahovou/ oporou; proto umí s pacientem a jeho rodinou a navazujícími profesemi komunikovat v bio- psychosociálně-spirituální růžici, jejímž je středem; zároveň si umí uvědomovat, že komunikace je vyjádřením vztahu a vztah se vytváří komunikací.

Prostřednictvím kazuistik a jejich probírání v mezioborovém týmu se sestra učí rozumět nemoci; pacientovi a jeho rodině v souvislosti s nemocí; a učí se vyjadřovat tak, aby jí pacient, rodina i navazující odborníci s důvěrou rozuměli.

Zadání kazuistiky a způsob její prezentace

Na čtyřech stranách by sestra měla dokumentovat, že je schopna:

představit probíraného pacienta

- epikrizou
- souhrnem jeho duševně-duchovní situace
- souhrnem jeho rodinné a sociální situace

porozumět situaci a objasnit ji pacientovi a jeho rodině

Sestrám zadáváme: *Vytvořte si pomůcku (např. vizualizaci, metaforu atp.), na jejímž základě byste pacientovi a jeho rodině byli schopni vysvětlit pacientovu nemoc včetně příznaků a včetně nasazené medikace a jejích účinků (= vysvětlit + odpovídat na dotazy typu „a proč mu otékají nohy?“ „a co se s tím dá dělat?“ „a co pro to můžeme udělat my jako rodina?“).*

„Co když se zeptá?“

Objasněte pacientovi, jak rozumíte chování, potřebám a přáním členů jeho rodiny. Objasněte rodině, jak rozumíte chování, potřebám a přáním pacienta.

podklady pro porozumění situaci a její objasňování (údaje a hypotézy)

Příběh nemoci: Kdy to začalo? Jak to začalo? Jak to pacient interpretuje (= proč je podle něj nemocný)? Jak to členové jeho rodiny interpretují (= proč je podle nich nemocný)?

Příběh pacienta včetně jeho vývojových úkolů vztaženo k vývojovým úkolům a „osobní normě“ sestry.

Příběh rodiny včetně její vývojové fáze vztaženo k vývojové fázi rodiny, ve které žije sestra, a k sestřině „rodinné normě“.

Chceme, aby se sestra učila, že při setkání s pacientem anebo jeho rodinou jde jen o výsek z mnohavrstevné skutečnosti, a že druzí se jí k poznání nastavují svou část, kterou ona poznat umí (= lidé existují skrze ni). Hypotézy je proto dobré doplňovat úvahami dalších členů týmu.

Před týmovými dny všichni dostanou kazuistiku. Student představí pacienta, ostatní se ptají a říkají své nápady a připomínky; společně se o pacientovi a jeho rodině přemýšlí a diskutuje.

„Doprovodný program“ týmových dnů aneb Co když se zeptá?

Kromě zaměření na kazuistiky se snažíme ve výuce, supervizi i při týmových dnech nacvičovat situace, které sestry potkávají a kterých se někdy bojí. Tradičně mezi ně patří reakce na dotazy pacientů a rodin ohledně prognózy aneb reakce na pacientovu nečekanou tichou poznámku: „Sestro, já umírám, vidíte?“

Závěr

Učíme se všichni. Uvědomuje si, že pomáhající profesionál je vždy tím, kdo má **sebe v kontaktu a vztahu s druhým** vnímat, uvědomovat si a promýšlet, neb on sám je nástrojem pomáhání. To je jeho dovednost. Na druhou stranu profesionál je **součástí systému a jeho představitelem**, což u nás znamená, že sestry – magistry ošetrovatelství – mají strach „co když se zeptá“ i proto, že si nejsou jisty svými **pravomocmi**. Ošetrovatelství se zatím emancipuje a sestry s ním.

Vážím si našeho mezioborového týmu i proto, že se o identitu sestry a o její mezilidské a mezioborové pravomoci zajímá a snaží se je podporovat a zakotvovat. Jedním z cílů našeho postupu kolem praxí je, aby si sestra uvědomila, co chce dělat, a zda to chce dělat v hospici. Některé odcházejí na onkologii, protože tam je pro ně

více naděje. Každý jsme v tomto jiný, hospic představuje nárok na vztah a na rozloučení se, tedy i na přesvědčení, že smrtí vztah nekončí (teď nemluvíme o náboženské víře ve vzkříšení). Ať jde sestra kamkoli, měla by jít s tím, že ví, co je dobře odvedená práce, což je hlavní odměna pro každého profesionála.

Výhodou, která nám umožňuje podporovat tímto způsobem reflexi, týmovost a mezioborovost, je úplný trojúhelník škola (tutor) – pracoviště (mentor) – student s vnější podporou (supervizor). Všechny nezbytné prvky systému jsou přítomny a spolupracují; na týmových dnech se je celý trojúhelník zastoupen. Nevýhodou je, že úplný trojúhelník není samozřejmostí. Uvědomujeme si, že takto by měla vypadat každá praxe, nikoli jen praxe hospicová. My jen budujeme malý ostrůvek, který jsme schopni ovlivnit (a vzbuzujeme tím mylný dojem, že takovéto zacházení vyžaduje speciálně hospic).

Jsem moc ráda, že kolegyně Marie Blažková, Jiří Košťál a Marcela Ochvatová chtějí postupy podporující reflexi, týmovost a mezioborovost uplatňovat a využívat též v provozu Hospice Chrudim a v podpoře terénu. Držme jim palce.

Jsem ráda za celé hospicové hnutí. Přeji mu, aby si uchovalo profesionalitou zpevněvané nadšení, prověřilo (a opustilo) některá tradovaná zaklínadla, otevřelo se světu a výzkumu. A vybudovalo si sebevědomí nezbytné pro vzájemnou spolupráci, poměřování se s nejlepšími a pro ovlivňování dobré praxe.

Z mého pohledu teď patří mezi místa nejvíce ohrožená neúctou k umírání domovy pro seniory, mj. proto, že jsou ohroženy neúctou k životu. Je-li senior beze jména a bez historie natolik, že nikdo z personálu neví, co by při rozloučení s ním mělo zaznít, zemřel už dříve sociálně. Přivítala bych, kdyby domovy pro seniory spolupracovaly s terénními hospicovými sestrami, které by se staly obhájkyňmi práv a zájmů umírajících seniorů a byly by například schopny zadržet zbytečné odvozy do nemocnice „na poslední noc“.

Děkuji Vám za pozornost.

Etika v profesi zdravotnického pracovníka

Mgr. Jiří Prokop, Ph.D

Dům léčby bolesti s hospicem Rajhrad, 3. LF UK Praha

prezentaci přednesla

Ing. Dagmar Hrubcová

výkonná ředitelka SKOK

Právní norma a etický kodex

Právní norma má principiálně jiný charakter než norma etická, i když mohou vzniknout situace, kdy se vzájemně překrývají.

- dosah práva („kde není žalobce, není ani soudce“)
- trest, sankce

Morální normy mají absolutní dosah (jsou-li autonomně přijaty), ale sankce a trest (mimo svědomí nebo společenské hodnocení) z nich neplynou.

Etika v konkrétní praxi

Vůči pacientovi uplatňujeme takové zásady, které vedou k dobru. Pozor! K dobru pacienta, ne našemu dobru.

Zájmy v průběhu péče

- 1) Zájmy pacienta
- 2) Zájmy rodiny
- 3) Profesionální zájem ošetrovatelské péče
- 4) Podmínky právní, ekonomické, náboženské a společenské.

Účely práv pacienta

Úcta k individualitě nemocného = nemocný člověk je autonomní bytost

Odstranit paternalismus, nadřazenost. Má místo toho nastoupit partnerství (?)

Zainteresování pacienta do jednotlivých záležitostí léčebného procesu

Práva mají přispět k lepšímu vzájemnému porozumění mezi nemocným, rodinou pacienta a zdravotníky

Záruka optimálního léčebného postupu

Účely práv sestry

Jasná definice práv a povinností ve vztahu k zaměstnání
„srovnání kroku“
Posílení zdravého sebevědomí

Kodexy práv pacientů

Práva pacientů
Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte
Práva handicapovaného dítěte
Práva imobilních osob
Práva starých lidí
Práva psychicky nemocných
Práva dialyzovaných a transplantovaných pacientů
Práva onkologických pacientů
Práva umírajících

Jedna norma – dva pohledy

Etické kodexy lékařů a sester	Práva pacientů
Neustálé vzdělávání v oboru (KZS)	Kvalifikovaní pracovníci
Úcta k lidské důstojnosti, právo na seburčení pacienta	Soukromí a stud (např. neoslovovat „babi“ „dědo“)
Informování pacienta a jeho duševní příprava	Informace o výkonu
Sestra má sledovat změny stavu	Zajištění péče a její kontinuita
Sestra má pomáhat v osobním rozvoji	Citlivá péče v době umírání

Etika v profesi zdravotnického pracovníka

Resumé ...

Práva pacientů nejdou proti právům zdravotníka - a je to pomoc

Morální závaznost a vyžadování

Sesterská práva i u nás existují, jen nejsou explicitně vyřčena

Jejich formulace povzbudí zdravou sebedůvěru

Vyžaduje to ale i kvalitní vzdělání, vědomosti a zkušenosti od většiny zdravotních sester

Násilí jako problém moci

Moc znamená, že určité individuum využívá každé šance a příležitosti v rámci určitého sociálního vztahu nebo jednání k prosazení vlastní vůle, většinou proti vůli nebo vůči odporu jiného individua.

Max Weber: Soziologische Grundbegriffe, Tübingen, 1976

Moc = vedení + odpovědnost

Vymezení hranic

Vymezení odpovědnosti

Vymezení moci k dobru, ke zlu

Zdroje moci

Společenské přírodní zdroje

Tělo

Artikulace

Pozice

Vztahy

Sociálně-ekonomické zdroje

Legalita a legitimita

Legalita – mocenské jednání je podloženo zákonem nebo předpisem, atd.

Legitimita – pokud se s řádem většina ztotožňuje, je trvalá a nepřestávající víra o správnosti daného jevu

Charisma – vzor osoby, která má mimořádné schopnosti. Je povinnost pro všechny jedince uznávat tento vzor

Definice násilí – různé úhly pohledu

WHO 1996 – úmyslné použití či hrozba použití fyzické síly nebo moci proti sobě, jiné osobě, proti skupině či komunitě, a to síly (moci), která má, nebo s vysokou pravděpodobností bude mít, za následek poranění, smrt, psychickou újmu, poruchu vývoje či osobnosti.

Týrání je zlé nakládání s druhou osobou, které se vyznačuje značným stupněm bezcitnosti a hrubosti, a které u oběti vyvolává pocity hlubokého příkoří.

Co říká zákon?

Pečovatelé jsou zákony vázáni dvojitým způsobem:

- 1) nesmějí seniory zneužívat (tělesně, psychicky, finančně)
- 2) musí hlásit každý případ zneužívání nebo podezření ze zneužívání

Jako pečovatel musíte zajišťovat čisté a bezpečné prostředí, výživné jídlo, čisté ložní prádlo a oděv.

Jestliže se zároveň staráte o finance svého svěřence, musíte jeho peníze využívat čestně a kupovat potřebné služby ve prospěch osoby, o kterou pečujete.

Neposkytování péče nebo neschopnost zajistit péči formou služeb jsou formy zneužívání nebo nedbalosti.

Příčiny poškozování pacienta podle činností a situací

Při zabezpečování provozu zdravotnického zařízení

Při stanovení diagnózy

Sdělování výsledků vyšetření

Při terapii a ošetrovatelské péči

Sdělování závěrů a prognóz

Cílová populace

Poškozování se týká všech pacientů

Psychické poškozování:

děti, dospívající, staří, těhotné, v šestinedělí, v přechodu, handicapované, osoby s akutní nebo chronickou bolestí, těžce nemocní, nevyléčitelně nemocní

Etika v profesi zdravotnického pracovníka

Predispozice:

labilní, úzkostní, snížené sebevědomí, nereálné vylepšení stavu, nejistota, negativní zkušenosti, bez sociálního zázemí, zhroucení smyslu života, duchovní potíže
Poškození mohou být i sami zdravotníci navzájem!

Většina případů poškození je ODVRATITELNÁ!!!

Závěr...

Zdravotnická etika všedního dne!

Člověk jako svobodná a autonomní bytost.

Sestra musí zvládnout komunikační dovednosti jak v týmu, tak sestra - pacient.

Problémy jsou v běžné komunikaci, ve výjimečné se příliš nevyskytují

Změna paternalismu na partnerství.

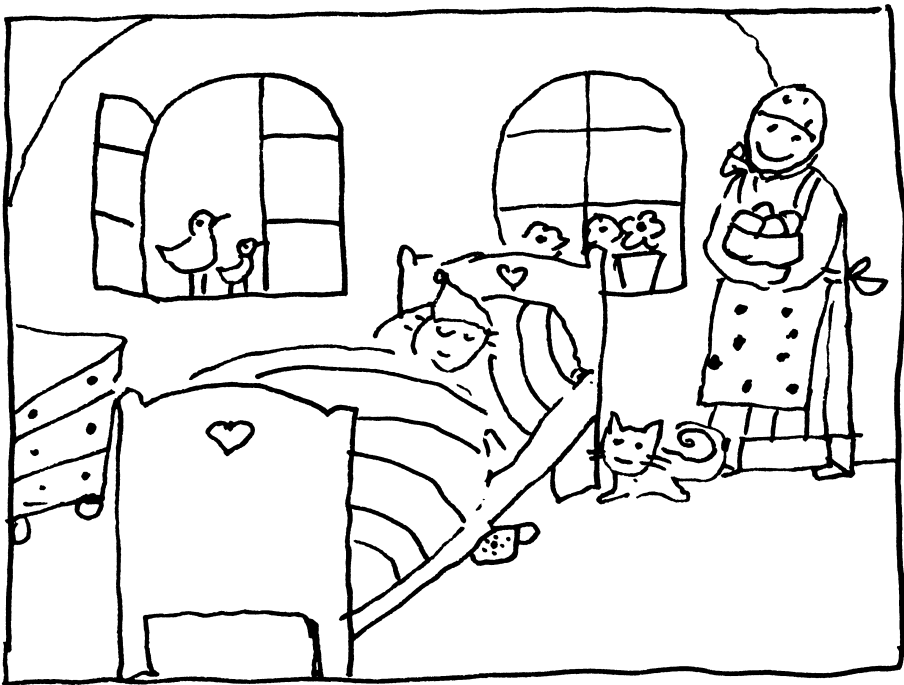
Znalosti toho, co je správné nebo žádoucí.

Prevence: podíl pacientů na vlastní léčbě.

Závěrem:

**Bože,
ať mám cit pro druhé,
ať myslím víc na ně než na sebe,
ať se vždy ovládnou a jednám laskavě a srdečně,
ať ve mně zbude i jiskřička humoru.**

modlitba Jana Pavla II.



Obsah

Úvod <i>MUDr. Milena Černá</i>	str. 1
Ano ke svému životu – duchovní podpora <i>Mgr. et Mgr. Miroslav Erdinger</i>	str. 2 - 4
Ohlédnutí na konci života aneb jak pomáhá mobilní hospic <i>Martina Špinková</i>	str. 5 - 7
Paliativní péče v Karlovarském kraji <i>Marie Brozová</i>	str. 8 - 17
Závěť jako nikoliv poslední, ale vždy platný a respektovaný projev Vaší vůle <i>JUDr. Petr Hanzal</i>	str. 18 - 22
Paliativní péče o seniory <i>MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.</i>	str. 23 - 30
Aktuální informace o připravovaném Hospici sv. Jiří v Chebu <i>MUDr. Ján Cabadaj</i>	str. 31 - 33
„Co když se zeptá?“ Vzdělávání sester pro paliativní péči a vnímání člověka v bio-psychosociálně spirituální celistvosti <i>PhDr. Bohumila Baštecká, PhD.</i>	str. 34 - 37
Etika v profesi zdravotnického pracovníka <i>Mgr. Jiří Prokop, Ph.D.</i>	str. 38 - 43



Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové (VDV) pomáhá lidem, kteří se pro svůj nepříznivý zdravotní a sociální stav těžko začleňují do společnosti. Ochrana práv lidí se zdravotním handicapem, dětí, seniorů či lidí sociálně znevýhodněných stojí na předním místě pozornosti VDV.

*Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové
založila první manželka prezidenta Václava
Havla paní Olga Havlová (1933-1996)
začátkem roku 1990.*

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové
Senovážné náměstí č. 2, Praha 1
www.vdv.cz
č. účtu: 478 437 033/0300

Tradovanou větou je například, že člověk musí být vyrovnán s vlastní smrtí či smrtelností, aby mohl pracovat v hospici. To pravděpodobně nejde naplnit: zda je člověk vyrovnán se smrtí, se pozná až na smrtelné posteli. Možná jde spíše o průběžné uvědomování si vlastního postoje ke smrti, jak se zde zmínil M. Erdinger.

Např. Statistický úřad přidal r. 2007 ke sledování počtu zemřelých a příčin úmrtí též místo úmrtí; některá data jsou pevná, statistické průzkumy se hodí, kvalitativní výzkum také není k zahoezení.

Kresby:
Edítorka:
Grafická úprava:
Náklad:
Vydal:
www.vdv.cz
Praha 2009

Martina Špinková
MUDr. Milena Černá
LineArt
500 výtisků
Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové