

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2022

Křivohlávková Radka

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Radka Křivohlávková

*Koncept přístupu ke smrti a umírání
v pobytových zařízeních pro seniory jako výzva
pro sociální práci*

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Lanškrouně dne 20.3.2022

Radka Křivohlávková

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D., za cenné rady při psaní mé práce a za jeho povzbuzující přístup. Poděkování patří i mé rodině za trpělivost a podporu při studiu. Ráda bych vyjádřila své poděkování i mým spolužákům a přátelům, bez nichž bych tyto řádky možná nemohla napsat.

Obsah

Úvod.....	6
1 Domov pro seniory.....	9
1.1 Paliativní péče v českých domovech pro seniory.....	10
2 Umírání a smrt.....	12
2.1 Z historického pohledu.....	13
2.2 Z pohledu křesťanství.....	14
2.3 Z pohledu medicíny.....	15
2.4 Období „pre finem“.....	15
2.5 Období „in finem“.....	16
2.6 Období „post finem“.....	17
3 Domácí paliativní péče.....	18
4 Dlouhodobá péče.....	20
5 Potřeby umírajících.....	21
5.1 Vymezení pojmu potřeba.....	21
5.2 Možnosti naplňování potřeb umírajících v celostním pojetí.....	22
5.2.1 Potřeby v sociální rovině.....	23
5.2.2 Potřeby v biologické rovině.....	23
5.2.3 Potřeby v psychické rovině.....	24
5.2.4 Potřeby ve spirituální rovině.....	25
6 Paliativní péče – jako standard péče v domově pro seniory.....	27
6.1 Jako komplexní péče.....	27
6.2 Jako domov.....	28
6.3 Jako etické východisko.....	29
7 Sociální pracovník v paliativním týmu.....	31
7.1 Místo sociálního pracovníka v paliativním týmu.....	31

7.2	Role sociálního pracovníka v paliativním týmu	32
7.3	Kompetence a vzdělávání sociálního pracovníka v paliativním týmu	33
8	Zavádění paliativní péče do pobytových zařízení pro seniory	35
8.1	Příklady dobré praxe z domovů pro seniory v ČR	36
8.2	Paliativní péče v Domově důchodců Bystřany	36
8.3	Dům seniorů Kdyně, p. o.	37
8.4	Domov pro seniory Česká Třebová	38
	Závěr	40
	Bibliografický seznam	43
	Přílohy:	46

Úvod

K výběru tohoto tématu mě přivedly zejména osobní zkušenosti ze zaměstnání v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem, kde jsem pracovala postupně na pozici pracovník přímé péče, aktivizační pracovník a vedoucí přímé péče v letech 2009 – 2018. Má praxe mi byla i motivací ke studiu sociální práce, jakožto k možnosti konceptuálně se podílet na poskytování sociální služby.

Pobytová zařízení jsou a zůstanou institucemi, což ale nepopírá způsob zacházení s tématem umírání tak, jak bych na něj ráda upozornila. Téma pokládám za velmi aktuální a důležité. V této oblasti je dle mého názoru vhodné na úrovni standardních postupů poněkud reformovat stávající situaci. A právě sociální pracovníci by mohli být jedni z hlavních aktérů změn.

Má osobní zkušenost mě přivedla k otázce: „Co je domov pro seniory?“ Je to místo, kde lidé žijí. Nejsou tu na návštěvě – takže je to jejich místo až do konce života. Pravděpodobně zde mohou i zemřít, stejně jako doma. Domnívám se, že je třeba s tímto tématem pracovat a dokázat ho zahrnout do běžného až standardního fungování domovů pro seniory. Je třeba s touto otázkou počítat, připravit se na ni a zejména ji přijmout za přirozenou. K tomuto tématu vnímám prázdná místa při komunikaci sociálního pracovníka s klientem a taktéž logicky i absenci předložení konkrétních možností v okamžiku, kdy se umírání stane aktuálním právě pro klienta.

Přestože domov pro seniory, resp. domov zvláštního režimu pro seniory, není primárně institucí, která se zaměřuje na konec lidského života jako takového, zároveň je ale zařízením kde lidé umírají. Zvláště nazýváme-li je domovy, měla by v nich smrt najít své důstojné místo.

Zkušeností z vlastní praxe jsem zjistila, že jak v procesu jednání se zájemcem o pobytovou službu domova pro seniory, tak i během uzavírání smlouvy a po dobu adaptace klienta na zařízení (a naopak)¹, se pozornost soustředí téměř výhradně na záležitosti každodenního chodu domova, na možnosti aktivizace, stravování, zdravotní péči apod. Ve většině případů se zcela opomíjí otevřený rozhovor na téma smrti a posledních dnů v životě klienta - člověka.

¹ Ráda bych poznamenala, že v praxi se převážně používá termín „adaptace klienta na službu“, což vnímám jako nešťastné. Služba, pokud je poskytována individuálně, partnersky a v souladu s přístupem orientovaným na člověka, by se měla právě ona měla přizpůsobit potřebám klienta, ne naopak.

Otázka umírání v kontextu spirituálních potřeb seniorů není už zdaleka tolik opomíjena, jak tomu bývalo v minulosti, ovšem není ani přímo zakotvena v praxi poskytování péče v pobytových zařízeních pro seniory. Dnes lze tento přístup v rámci komplexní péče pozorovat jen u některých domovů.

Při hledání literatury jsem volila autory, kteří se zaměřují na proces umírání a popisují potřeby člověka v poslední fázi lidského života. Literaturu jsem studovala zejména z oblasti thanatologie, paliativní péče a sociální práce se seniory. Čerpala jsem i z publikací autorů zabývajících se spirituálními potřebami člověka. Nejčastěji se odkazují na publikace autorů Heleny Haškovcové, Ladislava Kabelky, Radky Bužgové, Elisabeth Kübler-Rossovové, Karolíny Pechové a kol., Oldřich Matouška a kol. a Marie Svatošové. Z těchto poznatků by v ideálním případě mohla vzejít metodika pro sociální práci a praxi sociálního pracovníka na poli paliativní péče v domovech pro seniory. Mám na mysli fázi konce života, kdy klient v zařízení umírá a kdy se tato oblast péče stává aktuální. Paliativní péče by se měla stát přirozenou součástí procesu poskytování sociální služby. Smrt a umírání, respektive péče o umírající, není zdaleka jen zdravotnickou otázkou a měla by se více implementovat do sociální práce. Sociální pracovník právě zde může uplatnit své odborné znalosti v kombinaci s etickým a lidským přístupem.

Cílem mé práce je definovat potřebu zemřít doma, v tomto případě v domově pro seniory tak, jak je to přijatelné pro umírajícího i jeho blízké. Ráda bych identifikovala potřeby seniorů a v kombinaci vlastní praxe a studia literatury porovнала umírání s konceptem paliativní péče a bez ní v tomto typu pobytové sociální služby. Zavádění paliativní péče do domovů pro seniory je momentálně na dobrovolnosti jednotlivých zařízení. Myslím, že je to nedostačující situace a poskytování paliativní péče pokládám za stejně důležitou jako ostatní činnosti, které se ze zákona poskytují. Sociální práce v této oblasti není dostatečně využívána ani aplikována. Na tuto skutečnost bych ráda upozornila svou prací.

Jedná se o teoreticky zaměřenou práci, která bude členěna do následujících kapitol. V první kapitole se zaměřuji na pojem „domov pro seniory“. Cílem je definovat tento typ sociální služby. Druhá kapitola ukazuje smrt a umírání z několika pohledů. Jedním z nich je i pohled z křesťanského hlediska, pro který jsem se rozhodla z důvodu většinového náboženství v naší společnosti, a proto, že má propojení s pastorační službou v běžné podobě. Třetí kapitola se věnuje domácí formě paliativní péče a má za úkol definovat podmínky, za nichž je tato forma péče možná. Čtvrtá kapitola nabízí přiblížení problematiky dlouhodobě poskytované péče.

V páté kapitole se zaměřuji na potřeby umírajícího člověka a rozlišuji specifické potřeby v konkrétních rovinách celostního pojetí. Šestá kapitola upozorňuje na naléhavost tématu a vyjmenovává kritéria, na jejichž základě je důležité toto téma řešit. Sedmá kapitola identifikuje prostor pro působení sociálního pracovníka v paliativním týmu a snaží se konkrétně ukázat na role, v nichž se může uplatnit v rámci multidisciplinárního týmu. Osmou kapitolou ukazují některé příklady pobytových zařízení, která paliativní péči poskytují v rámci komplexní služby, a zároveň bych ráda upozornila na to, že situaci lze řešit. Závěrem práce se snažím znovu apelovat na potřebu změny a sumarizovat důvody jako výzvu pro kvalitní a přínosnou sociální práci s touto cílovou skupinou.

1 Domov pro seniory

„Bydlení je především proces, ne statistická data.“

(Haškovcová, dle Diecková, 1990, s. 183)

Ve své knize „Encyklopedie sociální práce“ popsal Matoušek společně s Křišťanem domov pro seniory jako další možnou formu bydlení pro lidi seniorského věku, kteří z nejrůznějších důvodů nemohou či nechtějí žít ve svém dosavadním domácím prostředí. Definují domov pro seniory jako přirozené prostředí s dostupností dalších služeb odpovídajících potřebám starého člověka. Důvody pro zvolení alternativy ve formě bydlení v domově pro seniory bývají různé. Často je to tíživá životní situace jako např. zhoršení zdravotní stránky jedince, osamělost, vysoký věk nebo například i zanedbávání. Tyto situace bývají provázány dlouhodobým zhoršením zdravotního stavu ve formě imobility nebo selháváním kognitivních funkcí. Člověk v seniorském věku potýkající se s tímto zdravotním postižením potřebuje vyšší míru péče, kterou mu často nemůže poskytnout rodina nebo jiná forma terénní sociální služby. Domovy pro seniory jsou vytvářeny za účelem komplexní péče obsahující zdravotní, ošetrovatelskou, rehabilitační i sociální složku. Jejich smyslem je zachovat a rozvíjet kvalitu života seniorů. Mají přispívat k jejich soběstačnosti a podporovat je v začlenění do běžného života společnosti. V neposlední řadě má domov pro seniory plnit funkci zachování autonomie starého člověka² (Matoušek a kol., 2013, s. 434).

Jak definuje Matoušek, kvalitní domov pro seniory by měl standardně poskytovat dlouhodobou, vysoce náročnou péči, která zahrnuje jak zdravotní ošetrovatelstvo – rehabilitační, tak i hospicovou formu. Domovy v ČR poskytují péči seniorům, u kterých došlo nebo dochází k trvalým změnám zdravotního stavu. V této souvislosti mívají klienti většinou přiznan střední či vyšší stupeň závislosti na péči jiné osoby a je jim poskytován příspěvek na péči. Často jsou to lidé osamělí nebo izolovaní mimo společnost (Matoušek a kol. 2013, s. 434).

Slámová a kol. píší o domovech pro seniory jako o místě, které lze brát jako alternativu prostředí přirozeného domova. Domov je to primárně pro klienty, protože je to nesporně místo, kde žijí.

² Domnívám se, že právě autonomie, která má představovat zákony a pravidla, jež si jedinec sám dává nebo dobrovolně přijímá, je v tomto ohledu diskutabilní.

Pokud umírá klient v domově pro seniory, měl by mít stejnou péči, jako kdyby umíral doma (Slámová, Marková, Kubáčková, Antonová, 2018, s. 89).

1.1 Paliativní péče v českých domovech pro seniory

Slámová a kol. představují **paliativní péči jako péči o nevléčitelně nemocné s různými diagnózami se snahou o udržení nebo dosažení co nejvyšší možné kvality jejich života. Paliativní péče je poskytována na principu respektu lidské individuality a jedinečnosti a zároveň na principech celostního přístupu. Paliativní péči lze poskytovat v různých formách a prostředích v závislosti na přání pacienta či klienta a s ohledem na jeho zdravotní stav** (Slámová a kol., 2018, s. 69).

Jak uvádí Loučka, je momentálně složité popsat, jaká je situace z hlediska úrovně poskytované paliativní péče v českých domovech pro seniory. O specializované paliativní péči se nedá hovořit téměř vůbec, neboť pro její poskytování platí podmínka nepřetržité dostupnosti lékaře (Loučka, Zdravotnický deník, 2018, [online]).

Slámová a kol. popisují situaci v domovech pro seniory jako nedostačující, jelikož je nesourodá a liší se dle zařízení. Problém vidí v nedostupnosti lékaře, proto je klient domova často odvážen do nemocnice. V některých zařízeních jsou ale schopni se o obyvatele domova postarat až do konce. Lidé žijící v domovech pro seniory je pokládají za domov a měli by mít možnost se rozhodnout zde i zemřít. Slámová a spol. situaci komentují jako ve vývoji, neboť mnoho domovů hledá možnosti, jak spolupracovat s domácím hospicem (Slámová a kol., 2018, s. 71–72).

Horecký rovněž popisuje péči při umírání seniorů v zařízeních jako velmi rozdílnou v domově od domova. Jsou zařízení, která jsou v tomto ohledu na vysoké úrovni, s čímž přímo souvisí odborná vzdělanost personálu. Důraz je kladen na kvalitu poskytované péče ve prospěch klienta. Zdůrazňuje zejména důležitost zdravotně – sociálního konceptu práce a potřebu spolupráce zdravotních a sociálních zařízení v regionech. Situace v poskytování paliativní péče v sociálních zařízeních se stále více lepší, ovšem naše domovy se zdaleka nemohou přiblížit praxi zemí, ve kterých s tímto tématem pracují delší dobu a intenzivněji, jako například Švýcarsko nebo Rakousko. U nás se stále ještě můžeme setkat se zařízeními, která se péči při umírání klientů vyhýbají (Horecký, Zdravotnický deník, 2018, [online]).

Horecký v rámci článku, který se věnuje dlouhodobé pobytové péči, taktéž poukazuje na důležitost poskytování péče přiměřené povaze, zdravotnímu stavu a nesoběstačnosti klienta. Považuje za nezbytné, aby vedle všech ostatních složek odborné péče v zařízení, byla poskytována i paliativní péče. (Horecký, 2021, s. 16–17).

Klimeš poukazuje i na rizika a limity při zavádění paliativní péče do zařízení. Jak uvádí, je velmi důležité mít na své straně personál. V okamžiku, kdy personál nemá náležitou podporu ve vzdělávání a získávání kompetencí v této specializaci, nebo není dostatečně motivován a připraven, nemůže se paliativní péče dařit. To zdůrazňuje i Horecký v souvislosti s nutností zavedení některých změn v metodikách i legislativě tak, aby došlo ke zvýšení kompetencí nelékařského zdravotnického personálu a zároveň k provázanosti zdravotní a sociální péče, které působí často naprosto odděleně (Horecký, 2021, s. 17). Je třeba přístup v péči ještě více zaměřit na individuální potřeby klienta a využít koncept case managementu³ v plné míře (Klimeš, Zdravotnický deník, 2018, [online]).

Jak uvádí Kabelka, za posledních 10 let se klientela domovů pro seniory poněkud změnila a dnes ji tvoří téměř většinou klienti s rozvinutým syndromem geriatrické křehkosti, s rozvinutou fází demence a vážnými chronickými onemocněními. Ač jsou tyto domovy často vybaveny kvalitními a dostupnými zdravotními službami, bohužel jsou jejich klienti převáženi k hospitalizaci v nemocnici zcela nevhodným postupem (Kabelka, 2018, s. 315). Kabelka vyzývá k podpoře mnohdy kvalitní pečovatelské služby v domovech pro seniory a vybízí ke spolupráci se zdravotní péčí v přirozeném prostředí – doma. Poukazuje na kvalitní systém sociální péče v ČR, jenž není ve světě obvyklý, a apeluje na řešení zavedení paliativní péče do těchto institucí a zabránění skutečnosti, aby senioři tyto domovy v závěru života museli opouštět a odcházet do nemocničního prostředí. *„Integrace paliativní péče do systému zdravotních a sociálních služeb je nezbytnou podmínkou ke skutečně efektivnímu nastavení péče o nevyléčitelně nemocné – a to jak z hlediska kvality života nemocných a jejich blízkých či kvality péče, tak i z ekonomického pohledu.“* (Kabelka, 2018, s. 316).

³ **Case management** je jedna z profesionálních metod sociální práce, jejíž význam spočívá v nastavení jednotného postupu různých odborníků a služeb, které směřují ke stabilizaci situace osob a k jejich zplnomocňování tak, aby využívaly své přirozené zdroje.

2 Umírání a smrt

„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství.“

(Haškovcová, dle Abeln, Kner, 2000, s. 5)

Jak ve své knize píše Haškovcová, umírání jako finální fáze lidského života je téma, o kterém je třeba aktuálně přemýšlet lidsky i na profesionální úrovni. Pokud si totiž připustíme limitovanost času, který máme na tomto světě, můžeme být schopni zodpovědněji pracovat s časem, který nám zbývá. Haškovcová zde připomíná, že strach ze smrti je přirozený, nikdo předem neví, kolik bolesti nebo utrpení každému z nás může přinést. Zvláště pokud jsou umírání a bolest či utrpení automaticky vnímány jako součást procesu odchodu z tohoto světa. Zřejmě proto je tolik unáhlených zastánců eutanázie, přestože existují i jiné možnosti, jak situaci řešit. Paliativní péče je vhodným řešením, jak nespouštět utrpení do umírání (Haškovcová, 2000, s. 15-16). Dále Haškovcová popisuje, jak je v posledních dnech a týdnech pro umírajícího člověka důležité, aby mu bylo umožněno uplatnit své legitimní nároky v posledních okamžicích života (Haškovcová, 2000, s. 64).

Bližící se konec života mění perspektivy a priority. Nemoc sama o sobě způsobuje umírajícímu potíže, k nimž se postupně přidává strach a úzkost – ze smrti, z odloučení, z toho, co bude potom, z neznáma. Většinou hraje i velkou roli čas. Mnoho lidí se snaží uspořádat si své záležitosti, splnit si přání, naposledy se někam podívat. Někteří se usmiřují, řeší a urovnávají rodinné záležitosti – naposledy rozmlouvají o důležitých věcech. Také z těchto zmíněných důvodů je důležité, aby umírající lidé znali svou situaci. Pokud je zastírána pravda, může přijít na řadu prázdnota, mlčení a výčitky. Většinou pak nastává utrpení pro umírajícího i rodinu (Kalvach, 2011, s. 85).

Na pomezí kulturně antropologických souvislostí a spirituality v souvislosti se zdravotně sociální prací se pohybuje Kutnohorská a kol., když uvádí, že teorie o hodnotách zdraví, stejně jako teorie o hodnotách nemoci, jsou kulturně determinovány. Tato skutečnost je zásadní ve zdravotně sociální práci, neboť se dotýká přímo člověka v situaci, kdy je nemocen, znevýhodněn, nebo například umírá (Kutnohorská a kol., 2011, s. 60). Dále se Kutnohorská zmiňuje o historickém aspektu kulturní determinace ve vztahu k nemoci a smrti. Poukazuje na kulturně historické rozdíly ve vztahu k péči o nemocné, v nichž vždy byla a i dnes stále je velmi silná souvislost s náboženstvím a vnímáním spirituality celkově (Kutnohorská a kol., 2011, s. 64).

2.1 Z historického pohledu

Vyrovňávání se se smrtí v historii popisují DiGiulio a Kranzová jako skutečnost, která provází lidstvo odnepaměti. Způsob zpracování této životní situace byl vždy odlišný v závislosti na lidské kultuře. Skutečnost, že lidé dříve umírali téměř o dvacet či třicet let dříve než dnes, nám ukazuje, že smrt více patřila k životu. Bylo zvykem a přirozeným procesem, že se o umírající postarala rodina. Děti mívaly okolo sebe naprosto běžně zdravé i nemocné členy své rodiny; ty, kteří byli v plné síle a starali se o ostatní a zároveň ty, kteří z jejich životů odcházeli před jejich očima. Tato tradiční forma péče i dnes přetrvává v některých kulturách (DiGiulio, Kranzová, 1997, s. 9).

Haškovcová uvádí, že v polovině dvacátého století se projeví zásadní změny ve funkci rodiny, což se starých lidí znatelně dotklo (Haškovcová, dle Možný, 1989, s. 76). Dále Haškovcová popisuje jak se důsledkem změn ekonomických poměrů postupně společně žijící rodina zmenšuje. V podstatě dnes spolu v jedné domácnosti obyčejně žije pouze základní nukleární rodina, kterou tvoří rodiče a jejich děti (Haškovcová, 1989, s. 81-82).

Také Kübler-Rossová rovněž zmiňuje historickou úmrtnost lidí v mnohem nižším věku, než je tomu dnes a poukazuje na dnešní stárnutí populace díky moderní úspěšné léčbě chronických onemocnění. Zároveň za neměnnou konstantu označuje vnímání smrti jako něčeho, co je nám podvědomě nepříjemné, ať jsou to doby minulé či současnost. Umírání vždy bylo a je i dnes vnímáno přinejmenším s obavou a nepříjemnými zážitky (Kübler-Rossová, 1992, s. 2).

Celý vývoj přístupu k umírajícím prakticky shrnuje Matoušek a popisuje situaci zčásti jako návrat k tradičním postojevým hodnotám. K nepsaným etickým normám v minulosti patřilo plnění posledních přání umírajících, vypořádání posledních záležitostí a v neposlední řadě udělení svátosti umírajícím, což vlastně i zosobovalo celý akt umírání. Ovšem v 19. a 20. stol. se začala smrt a umírání tabuizovat a odsouvat z běžného života. Ustálila se mylná představa o etické správnosti „milosrdné lži“ a nebylo pokládáno za správné nemocným sdělovat pravdu o jejich diagnóze se špatnou prognózou k léčbě. Neblahým důsledkem bylo upírání možnosti vyřešit a uzavřít své záležitosti, moci hovořit o svých obavách a strachu. Člověk se na sklonku života ocital většinou v nemocnici, osamocen a vydán na pospas léčbě, která ve většině případů znamenala pro dotyčného pouze prodlužování utrpení. Jak uvádí dále Matoušek a kol., změna nastává ve druhé pol. 20. stol. s příchodem rozvoje thanatologie a za revoluční považuje

publikaci Elizabeth Kübler-Rossové, švýcarské lékařky, z r. 1969 s názvem O smrti a umírání⁴ (Matoušek a kol. 2013, s. 374).

V historii evropských dějin se dostalo v rámci většinového náboženství do popředí křesťanství a uplatňování křesťanských etických hodnot. Cílem života dle křesťanské etiky je dojit k blaženosti a štěstí, pokud člověk žije ctnostně. Nejvyšší hodnoty tedy nalézá v transcendentnu, tzn. v „nejvyšším cíli“ cestou dodržování křesťanských zásad. (Kutnohorská a spol., 2011, s. 38–39).

2.2 Z pohledu křesťanství

„Každé náboženství, i to, co věří nejprimitivnější divoši, má základ v postoji člověka ke smrti.“ (Špidlík, dle Bard'ajev, 2019, s. 110). Špidlík poukazuje na propracovanost pohřebních obřadů u primitivních kultur. Lze u nich tímto aspektem vnímat silné postoje ke smyslu života. Špidlík připomíná, že pro křesťana je konec života na tomto světě očistění a počátek nového a lepšího života duchovního. Křesťanství dle Špidlíka dává smrti pozitivní smysl a víra v nový věčný život je cesta k nalezení pravé hodnoty při tzv. přípravě na dobrou smrt. Pravidelná modlitba, zpověď, zpytování svědomí a smíření s vůlí Boží jsou způsoby, jak může věřící projevit svou zbožnost již během tohoto života, a tím se přirozeně připravit na jeho konec (Špidlík, 2019, s. 111-112).

Grün píše o naději, jež lze nalézt již nyní, pokud vzpomeneme na Ježíšovo zmrtvýchvstání, a že je možno objevit *„bezpečnou a pevnou kotvu pro duši. Ona proniká až do samého vnitřku nebeské velesvatyně, kam pro nás jako předchůdce vstoupil Ježíš.“* (Grün, dle Žid 6, 19-20a, 2018, s. 104).

Otázkou smíření se smrtí blízkého se ve své publikaci zabývá Augustyn v souvislosti s nevyřešenými konflikty a neuskutečněným odpuštěním. S křivdou a bolestí je možné dokonce pociťovat vinu ze smrti člověka, kterého se daný problém týká. Augustyn připomíná, že míra viny není závislá na skutečnosti, že dotyčný člověk již zemřel. Radí nezabývat se situací příliš dramaticky, dívat se na věc reálně a uvědomit si, že naším vlastním sebeobviňováním situaci již nezměníme. Naopak tento pocit viny považuje za nezdravý. Jde o proces smíření se zemřelým, jenž nám může usnadnit soustředění se na víru. Na víru v to, že ten, kdo je již u

⁴ Z této publikace čerpám i dále ve své práci.

Pána, vidí naše působení na tomto světě ze zcela jiné perspektivy. Víra ve společenství svatých nám umožňuje tyto „záležitosti“ napravit i po smrti našich blízkých. Zemřelý již rozumí a chápe vše lépe než my sami, a pokud se jedná o konflikt, on již porozuměl tomu, proč vznikl a jaké nese důsledky. Věřící tedy může prosit o přimluvu i odpuštění toho, kdo zemřel. Tímto procesem smíření se zemřelým lze dojít i ke smíření s Bohem i se sebou (Augustyn, 2013, s. 128-129).

2.3 Z pohledu medicíny

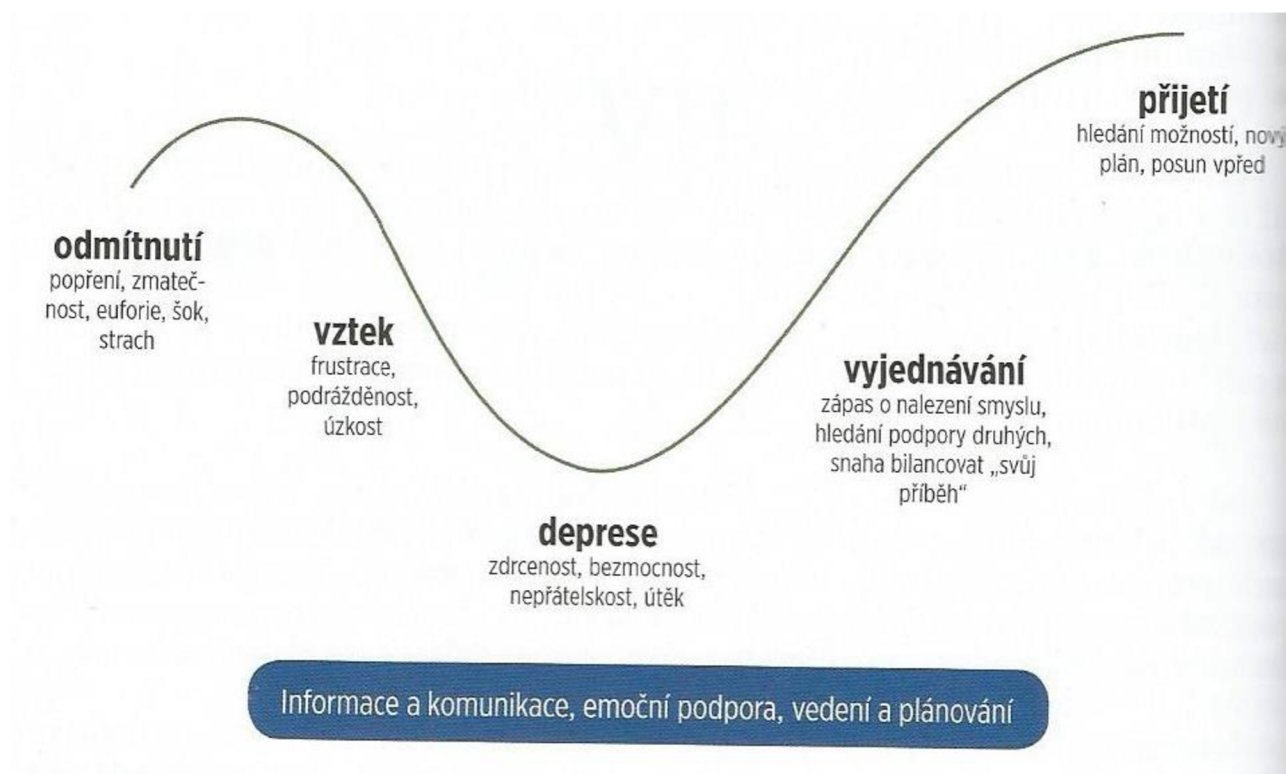
Umíráním, jak o tom píše Haškovcová, je lékařskou terminologií míněn terminální stav člověka, u něhož dochází k již nezvratnému selhávání životně významných funkcí orgánů, což má za důsledek zánik organismu, tzn., že dochází ke smrti. Ovšem dále podotýká, že pojmem *umírání* nelze vnímat pouze období terminálního stavu (Haškovcová, 2002, s. 204). Jak Haškovcová dále definuje umírání, zdůrazňuje fakt, že je to proces, ne epizoda. Z důvodu metodiky a praktického hlediska je umírání rozděleno do tří období, jež nejsou časově stejná, ovšem jsou stejně významná: *pre finem, in finem a post finem* (Haškovcová, 2002, s. 205).

2.4 Období „pre finem“

Haškovcová popisuje tuto fázi jako období, v němž je jedinci diagnostikováno vážné onemocnění, které nemá pozitivní prognózu a u kterého lze v relativně dlouhém čase (týdny, měsíce) předvídat smrt. Přichází konfrontace člověka s nemocí, jejímž průvodním jevem mohou být bolesti a další symptomy, které pacienta mohou „vyřadit“ velmi rychle z běžného fungování v životě (Haškovcová, 2002, s. 205-206). Popření (někdy označováno jako odmítání) nemoci, což je jedno ze stádií postojů ke smrti a umírání⁵, jako nástroj strategie vyplnění času života s nevléčitelným onemocněním, jen málokdy funguje silně a dlouhodobě. V tomto období je velké riziko tzv. *sociální smrti*, kdy člověk umírá dříve psychicky nežli fyzicky (Haškovcová, 2002, s. 205-206). Haškovcová (dle Rössové, 2002, s. 206) doporučuje absolutní respekt k jednotlivým fázím, které zákonitě přicházejí s postupným rozvojem onemocnění. Je důležité maximálně podporovat jakoukoli snahu o zachování života co nejvíce podobnému před

⁵ Podrobně se těmito stádii věnují autoři E.K.Rössová, 1992, Bugžová, 2015, Šiklová, 2013, Haškovcová, 2000 a další.

onemocněním, i když bude probíhat ve *stímu smrti*. Také upozorňuje na skutečnost, že úzkosti a intenzivní pocity strachu ze smrti a umírání mohou být v této fázi silnější než ve fázi *in finem*. Situace navzdory všem odborným poznatkům bývají individuálně odlišné. Stává se také, že v tomto stádiu člověk přijme terminální stav jako možnost vysvobození od svého utrpení (Haškovcová, 2002, s. 207).



Obrázek 1 Trajektorie vyrovnávání - model pěti fází vyrovnávání se se skutečností smrtelného onemocnění dle Elisabeth Kübler-Rossové, jejíž zavedla v roce 1969 na základě rozhovorů s 500 umírajícími pacienty. (Kabelka, 2018, s. 283 – 284).

2.5 Období „in finem“

Situace ve fázi *in finem* lze charakterizovat jako stav, kdy člověk fyzicky umírá, jak uvádí Haškovcová, a v lékařské terminologii je tento pojem totožný s označením terminálního stavu (Haškovcová, 2002, s. 208-209). Haškovcová zdůrazňuje, že v kontextu proměny zdravotnictví a sociálního přístupu v něm smrt stále není sociálním aktem jako například narození. Naopak, dle Haškovcové jsou odborníci ve shodě v názoru, že dnes je umírající člověk více osamocen, nežli tomu bylo v minulosti. Haškovcová v tomto období klade důraz na informovanost

umírajícího o podrobnostech a dílčích okamžicích následujících chvil, jako jsou informace o tom, co ho čeká v řádu následujících hodin, večer či zítra (Haškovcová, 2000, s. 48).

2.6 Období „post finem“

Situaci *post finem* označuje Haškovcová jako prostor pro péči o zemřelé tělo a zároveň jako péči o pozůstalou rodinu a blízké, zvláště patří-li do nějaké rizikové skupiny, a tudíž potřebují odbornou pomoc. Přestože se v tomto případě jedná o tzv. avízované úmrtí, přesto realita okamžiku smrti může vyvolat šok. Následují také praktické záležitosti, jako předání osobních věcí zemřelého pozůstalým apod. Často chtějí pozůstalí s pečujícími personálem hovořit o okamžicích, u nichž nebyli přítomni, ptají se na průběh, na reakce a přejí si být ujištěni o tom, že dotyčný netrpěl bolestí a nestrádal ani psychicky. Přicházejí otázky po přání, vzkazu nebo poselství, jež po sobě mohl umírající zanechat (Haškovcová, 2002, s. 233-234).

Období *post finem* je často přehlíženo a v institucích, kde lidé umírají (pokud jím není hospic), nebývá povětšinou nikdo, kdo by byl profesně určen k péči o pozůstalé. Jak píše Gärtnerová v brožuře Neziskové organizace Cesta domů, rodina zesnulého se může ocitnout v bolesti, zoufalství nebo zlosti (Gärtnerová, 2017, s. 25). Dostává kusé a praktické informace. Může scházet podání ruky, vlídná slova a nabídka pomoci. Často pozůstalým pomáhá spíše o blízkém zemřelém hovořit, dozvídat se informace o tom, co prožil, nežli vyhýbavost a mlčení. Toto prázdné místo může vyplnit kompetentní sociální pracovník, který má dobrou komunikační vybavenost a zná techniky pomáhajícího rozhovoru.

3 Domácí paliativní péče

„Nemoc je vždycky zlá a strach z nemoci je úměrný potenciálním ztrátám.“

(Beksová, dle Haškovcová, 2013, s. 53)

Se situací seniorů žijících osaměle i v kruhu širší rodiny seznamuje Nezbeda. Uvádí, že stále více starých lidí žije zcela osamoceně, i když demograficky jejich počet stále roste a populace celkově stárne (Nezbeda, 2016, s. 52). Jak Nezbeda dále uvádí, že i přes tuto stále postupující tendenci, je značně velký počet rodin, ve kterých děti pečují o své rodiče doma a mají zájem se postarat až do konce (Nezbeda, 2016, s. 77-78). Nezbeda přibližuje situaci z roku 2015, kdy začala snaha o lepší dostupnost mobilní hospicové péče pro uživatele v České republice. České mobilní hospice se ve spolupráci s pojišťovnou VZP domluvily na pilotním projektu. Smyslem projektu bylo sledovat 350 klientů ze sedmi hospiců, jejichž náklady na zdravotní péči se poměřily s náklady pacientů zemřelých se stejnými diagnózami, ale v rámci běžného zdravotního systému. Porovnávala se jak finanční náročnost, tak bezpečnost a dostupnost služby. Tento projekt byl ukončen v roce 2016 s výsledkem, že paliativní péče je jak bezpečná, tak i levnější a zejména je prokázán klinický přínos pro umírajícího (Nezbeda, 2016, s. 92).

Dle Šiklové mají zdravotníci za to, že by až 75% umírajících mohlo mít „komfort“ zemřít doma. Dle zdravotníků není až tak složité dokázat skloubit domácí a profesionální péči. Jak uvádí Šiklová, je prokázáno běžnou populací i zdravotníky, že lidé si nepřejí umírat v léčebnách dlouhodobě nemocných ani v nemocnicích. Právě hospice, kde je poskytována paliativní péče, toto mohou dokázat uskutečnit (Šiklová, 2013, s. 66-67).

Haškovcová přibližuje popis domácí péče o umírajícího, kde rodina spolupracuje s mobilním hospicem takto: Nejdůležitějším předpokladem je, aby rodina spolehlivě péči poskytovala. Zdravotníci mohou naučit rodinné příslušníky provádět i některé odborné úkony péče, ovšem ty náročnější jsou v kompetenci zdravotníků, kteří za umírajícím dojíždí domů. Mohou nastat situace, kdy se přechodně zdravotní stav zhorší; potom je po nezbytně dlouhou dobu hospitalizován a může se do péče rodiny a domů opět vrátit, jakmile je to ze zdravotního hlediska možné. Haškovcová jako vhodného klienta či pacienta definuje téměř každého

umírajícího člověka, jenž projeví přání odejít z kamenného hospice či nemocnice. Domluva s rodinou o poskytování péče je v tomto okamžiku nutná⁶ (Haškovcová, 2000, s. 54).

Oproti tomu péče v nemocničním zařízení je zajištěna po stránce zdravotních úkonů odborně, leč ne komplexně ve vztahu k umírajícímu, jenž má potřeby, které vyjmenovává Bužgová, když vyhodnocuje potřeby při hospitalizaci umírajících v nemocnici následovně:

- 1) *Hodnocení a řešení bolesti a jiných symptomů*
- 2) *Hodnocení a management psychosociálních a spirituálních potřeb*
- 3) *Diskuse o prognóze a názorech na péči*
- 4) *Identifikace pacientových cílů péče*
- 5) *Management přechodu z kurativní do paliativní péče*
- 6) *Diskuse o resuscitaci a jiných agresivních způsobech léčby*
- 7) *Psychosociální a spirituální podpora pacientů a jejich blízkých*
- 8) *Plánování přesunu do jiného typu péče*
- 9) *Rozpoznání příznaků blížící se smrti*
- 10) *Podpora rodiny před, během a po smrti pacienta*

Bužgová identifikuje prioritní potřeby, které se nesmí opomíjet. Jsou to obava z odloučení a opuštěnosti, strach z protražovaného umírání a potřeba zachování důstojnosti, spolehlivosti a předem naplánované péče, která bude umírajícího respektovat jako plnohodnotnou bytost (Bužgová, dle Institute of Medicine 1997, 2015, s. 42).

⁶ Z osobní zkušenosti mohu uvést příklad péče o umírajícího blízkého člověka. Po domluvě s lékařkou jsem odvezla z nemocnice svou matku, která si nepřála zemřít v nemocničním pokoji. Bylo nám sděleno, že zbývá posledních pár dní. V tu chvíli jsme všichni v rodině, včetně maminky věděli, že je to realita, se kterou se musíme vyrovnat. Péči doma jsme zvládli právě díky spolupráci s terénní pečovatelskou službou, která naprosto profesionálně poskytovala paliativní péči. Díky citlivému přístupu lékařky v nemocnici a již zmíněné službě, jsme spolu mohli být až do konce. Mohli jsme matce dopřát poslední vydechnutí v přítomnosti všech svých tří dětí, vnučky (mé tehdy jedenáctileté dcery) a svého muže. Věděla, že jsme s ní. A my věděli, že je to tak správně. Celý proces byl náročný, přesto „nejlepší“, jaký mohl být. Díky této zkušenosti nám bylo dopřáno mnohem lépe zpracovat zármutek a velikou ztrátu – nezůstaly výčitky, že jsme to mohli zařídit lépe. A přidanou hodnotou této zkušenosti je i má naděje, že dcera, která je dnes dospělá, tímto zážitkem získala osobní zkušenost, že to jde, a že i ve smrti, byť je jakkoli smutná, můžeme najít důvod k něčemu pozitivnímu. Možná si na to vzpomene, až budu jednou na místě mé matky já.

4 Dlouhodobá péče

„Úctu k šedinám nelze načasovat ani naplánovat. Tak jako je nemožné naplánovat lidskost.“

(Haškovcová, dle Godárský, 1990, s. 338)

Holmerová popisuje dynamiku vývoje zdravotního stavu klientů následné a dlouhodobé péče na základě pilotního projektu ministerstva zdravotnictví. Zpráva ze šetření konstatuje, že *„Zjištění, že nejvyšší podíl lidí s nejtěžším funkčním omezením žije právě v zařízeních dlouhodobé péče (tedy v různých typech ústavů sociální péče, domovů se zvláštním režimem v sociální sféře, ve zdravotnictví se jedná o zařízení, která poskytují péči charakteru dlouhodobé péče v rámci péče následné) není podle našeho názoru překvapivé.“* (Holmerová, 2014, s. 43–44). Dále Holmerová konstatuje, že jako uživatele, kteří mají vysokou potřebu odborné ošetrovatelské péče, charakterizuje osoby, u kterých lze identifikovat nesoběstačnost a syndrom demence. Holmerová též popisuje, proč je podstatné propojit zdravotně–sociální oblast v dlouhodobé péči. Poukazuje zároveň na to, že se v praxi často setkáváme s argumentem, že informace o zdravotním stavu by neměli znát pracovníci přímé péče, sociální pracovníci (ani jiní pracovníci sociálních služeb). Tato námitka je pro Holmerovou nepřijatelná a poukazuje na to, že právě tito pracovníci jsou často nejbližšími pečujícími klientů a tráví s nimi nejvíce času. V institucích také často nahrazují klientům rodinu. Podle Holmerové je naopak žádoucí, aby tito pracovníci sociální sféry byli vhodným způsobem informováni ze strany zdravotníků o zdravotním stavu klienta. Tento postup lze uplatňovat adekvátně k zodpovědnosti a kompetencím jednotlivých pracovníků.⁷ Východisko lze nalézt ve smysluplné komunikaci celého týmu, s klientem a jeho rodinou nebo jinou blízkou osobou. Tento přístup je nezbytný při zvládnání a řešení složitých situací spojených například s nevléčitelným onemocněním, v poslední fázi života, nebo při potřebě nastavení paliativní péče (Holmerová, 2014, s. 102-103).

⁷ Ze své praxe mohu potvrdit, že je velmi neovladatelná situace v informovanosti o závažnosti např. progresu onemocnění u klienta s onkologickým, či jiným onemocněním. Stává se, že klient se sociálním pracovníkem nebo pracovníkem přímé péče chce vést rozhovor o blížícím se konci jeho života (tráví s ním mnohem více času než se zdravotním personálem), ale v situaci, kdy druhá strana nemá informace, resp. ani svolení a kompetence, nelze situaci řešit. Dopláčí na to klient, jeho potřeba zůstává nenaplněna.

5 Potřeby umírajících

5.1 Vymezení pojmu potřeba

Matoušek definuje potřebu jako hodnotu, jejímž nositelem je jedinec. V sociální práci, jak píše Matoušek, je koncept práce s potřebami klientů rozšířen a dílčí potřeby mohou mít hierarchii, kterou si sestavuje a snaží se uspokojit každý člověk individuálně (Matoušek, 2013, s. 221). Matoušek dále uvádí, že nedostatek něčeho způsobuje nedostačující pohodu a spokojenost (Matoušek, dle Hollisové, 2013, s. 221). Matoušek také dodává, že naplňování zvláštních potřeb v nestandardních situacích vyžaduje specifické postupy sociální práce (Matoušek, 2013, s. 221). Jak Matoušek také zmiňuje, je v kompetenci sociálního pracovníka pracovat s potřebami umírajícího i jeho rodiny na základě celostního přístupu. Sociální pracovník může mít roli facilitátora či moderátora, koordinátora péče, zprostředkovatele posledních přání a snů a další role tolik potřebné v terminální péči a umírání (Matoušek, 2013, s. 375).

Bužgová vyhodnocuje potřeby umírajících při paliativní péči. Odkazuje se na poznatky (Haškovcová, 1989, Svatošová, 2012) a dalších, kteří hovoří o celostním pojetí péče. Bugžová doporučuje včas započít rozhovor na téma identifikace a rozsahu potřeb klienta. Teprve potom lze poskytovat umírajícímu kvalitní paliativní péči. Jako hlavní kategorie potřeb klienta, který se ocitá tváří v tvář smrti Bugžová označuje:

- 1) Potřeby, jež mají přímou souvislost s odborným týmem, který o umírajícího pečuje
- 2) Potřebu neztrácet kontrolu a dostávat informace
- 3) Potřebu podpory a pomoci
- 4) Potřebu neztratit identitu a emocionálně nestrádat
- 5) Potřeby spirituálního charakteru
- 6) Potřeby praktické stránky

(Bugžová, 2015, s. 42-43).

Podobně popisuje definici potřeb u lidí v závěrečné fázi života Student a konstatuje, že pokud jsou lidé v terminálním stadiu tázáni na svá přání, v podstatě se v základních bodech ztotožňují právě s již zmiňovanou čtveřicí rovin pohledu na život (Student a kol., 2006, s. 36). Opět se dostáváme k sociálnímu, tělesnému, psychickému a spirituálnímu rozdělení potřeb.

5.2 Možnosti naplňování potřeb umírajících v celostním pojetí

Úvod do této kapitoly definuje Beksová, když uvádí, že „*Jestliže někdo není schopen ani sebeobsluhy, pak je jeho svízelná situace hodnocena jako „pád pod lidskou důstojnost.“* A dále: „*Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka. Nikdo se nenarodí sám a nikdo by neměl umírat sám.*“ (Beksová, dle Haškovcové, 2013, s. 92). Základním konceptem paliativní péče je naplňování základních potřeb umírajícího, mezi něž patří:

- 1) navrácení do rodinného (domácího prostředí)
- 2) zachování autonomie
- 3) tišení bolesti a zmírňování utrpení
- 4) lidský přístup ve všech rovinách
- 5) snaha o předcházení žádosti o eutanázii

Paliativní péče na základě principů Ochrany lidských práv a důstojnosti nevyčísitelně nemocných a umírajících je legitimní součástí práv každého člověka. Základem je péče lékaře, rodiny a sociální opory. Tyto složky péče společně tvoří i kvalitu života a zároveň spoluutvářejí duševní, duchovní a tělesnou jednotu bytí, jak o tom Beksová píše (Beksová, 2013, s. 92).

Svatošová připomíná, že bychom měli být při péči a naplňování potřeb umírajících realističtí. Soustředit se především na vlastní možnosti a lidským komplexním přístupem ovlivňovat kvalitu života těm, kteří odcházejí. Popisuje situaci, kdy zdravotníci berou v potaz většinou jen fyzické potřeby umírajících a ostatní sféry péče odsouvají. Přimlouvá se zde za koncept týmové práce a zapojení do péče i jiné odborníky, nejen zdravotníky, kteří jak sama dodává, nemohou ani z hlediska časových dispozic veškerou péči obsáhnout (Svatošová, 2012, s. 21). Opět následuje shrnutí čtyř dimenzí potřeb klienta podobně, jak je to již popsáno výše.

Beksová také zmiňuje celostní přístup v kontextu posouzení kvality života. Musíme se zaměřit na člověka, ne na nemoc; je třeba pracovat s přítomností a příliš se nesoustředit na deficity, které nemoc přináší; je třeba vytvářet a podporovat pozitivní přístup, doporučuje dále Beksová. Nezbytná je orientace na prožívání a vnímání celé situace, nikoli na projevy chování v ní (Beksová, 2013, s. 68).

5.2.1 Potřeby v sociální rovině

Dle Studenta patří sociální rovina k nejvíce naléhavým a prioritním otázkám umírajícího. Jako nejintenzivnější myšlenku člověka před smrtí vnímá potřebu nebýt sám. S tím přímo je spojena obava ze smrti v neznámém, cizím prostředí (Student a kol., 2006, s. 36-37).

Sociální rovinou v péči o umírající se též zabývají autoři Pechová a Lejsal. V jejich podrobném výčtu zásad paliativní péče často zdůrazňují právě aspekty sociálních potřeb. Situace jsou velmi individuální a nezřídka se stává, že umírající má skvělou odbornou zdravotní péči i podmínky, ovšem trápí ho nevyřešené vztahy v rodině, což je pro něho v tomto okamžiku zásadní problém, protože jeho čas je limitován. Zmiňují i ekonomickou situaci klienta a jeho rodiny, izolovanost, osamělost a vztahy obecně. Pokud je paliativní péče využívána již v ranějším stádiu nevléčitelné nemoci (ne až v terminálním), a pokud je tudíž dostatek času, je možné vyřešit i složité sociální problémy (Pechová, Lejsal, 2020, s. 32).

Svatošová ve své knize píše, že umírající člověk většinou stojí o setkání s rodinou a blízkými, nemusí tomu tak však být vždy a umírajícího k tomuto rozhodnutí mohou vést různé důvody, které nám nemusí být známy. V této rovině je třeba přání klienta respektovat a řídit se jím. Svě sociální kontakty si má právo řídit sám, zvláště pokud je schopen to vyjádřit (Svatošová, 2012, s. 22).

5.2.2 Potřeby v biologické rovině

Jak uvádí Svatošová, do této roviny potřeb umírajícího lze zahrnout veškeré strádání lidského těla a komplikace s tím spojené. Například i to, že se umírající potřebuje najíst. A hovoříme-li o paliativě, je na místě snaha o co nejpřirozenější formu přijímání stravy. Podobně je tomu i s vyprazdňováním a sledováním funkce metabolismu klienta. Všechny procesy mají probíhat co nejpřirozeněji, pokud možno bez použití projímadel, cévek apod. Samozřejmě je někdy situace složitější, zejména při selhávání důležitých orgánů jako jsou například plíce nebo srdce. Velmi ohleduplně musí být též prováděna osobní hygiena a péče o pokožku v rámci předcházení proleženinám. Prioritní je pro umírajícího tišení bolesti a zajištění klidu pro odpočinek a nerušený spánek (Svatošová, 2012, s. 21-33).

Student (2006, s. 37) pokládá potřebu biologickou jako nejzásadnější ve smyslu přání umírajícího, zemřít bez bolestí. Dle Studenta jsou v tomto přání definovány obavy z fyzické bolesti, zohydění vlastního těla a duchovních útrap (Student a kol., 2006, s. 37).

Pechová řadí mezi zásadní principy paliativy také ukončení zatěžující a nepřínosné léčby dle standardních zdravotnických postupů. Nesnaží se tím lidský život ukončit nebo jej zkrátit, ale odmítá nepřiměřené prodlužování života na úkor pohody umírajícího (Pechová, Lejsal, 2020, s. 30).

5.2.3 Potřeby v psychické rovině

Pechová zdůrazňuje, že se změnou kvality života se může měnit i rozhodování jedince o relativně důležitých věcech. Na tyto změny je třeba reagovat. Důležité je, aby v této situaci měl umírající někoho, kdo na něho bude mít dostatek času a bude mu ochoten naslouchat (Pechová, Lejsal, 2020, s. 32).

O tom, jak probíhá fáze, kdy člověk „jednoduše nemůže zemřít“, pojednává část kapitoly Studenta, kdy má umírající nutkavou potřebu ještě nějaké věci dořešit a zařídít si „neodkladné záležitosti“ (termín dle Elizabeth Küübler-Rossové). V této chvíli si člověk přeje dostatek času a možností k vyřešení situace, aby měl tzv. dokončeno a mohl v klidu odejít (Student a kol., 2006, s. 37).

Respekt a zachování lidské důstojnosti patří také do oblasti psychické roviny, jak o tom píše Svatošová. Ať je tělesná schránka umírajícího člověka v okamžiku přicházející smrti jakkoli poznamenána, do poslední chvíle je plnohodnotnou lidskou bytostí, která si zaslouží důstojné zacházení a respekt. Do poslední chvíle má jedinečnou identitu, ke které je třeba tak přistupovat. V důvěryhodném pečujícím vztahu je zásadní umírajícímu říkat pravdu; ovšem na druhou stranu můžeme sdělovat pouze tolik, kolik toho chce sám dotyčný slyšet. Ukáže-li se, že mu v takové chvíli někdo, komu důvěřoval, zásadně lhal, bývá to velmi bolestný a nevratně zničený vztah. Velmi důležitý je pocit bezpečí, zvláště pokud je člověk již neschopen verbální komunikace a rozhovory s ním probíhají alternativní formou. Nelze zapomínat na to, jak na umírajícího člověka působí náš tón hlasu, gesta a mimika. I člověk ve smrtelné agónii je stále lidskou bytostí a i v těchto okamžicích je možné pro něho udělat spoustu věcí (Svatošová, 2012, s. 22).

5.2.4 Potřeby ve spirituální rovině

V kapitole o paliativní péči se zmiňuje Matoušek o podmínkách k odchodu ze života jako o něčem, co pomůže umírajícímu člověku ke smíření s osudem, s Bohem (je-li věřící) a se svou rodinou i blízkými (Matoušek, 2013, s. 145).

Student ovšem správně popisuje, že spirituální oblast vnímá každý člověk, spiritualita není nutně spojena s vírou v Boha. Umírající v tuto chvíli došel ke konci a právem se ptá na smysl života i na to, co bude dál. Může to být období velkého zmatku a pochybností a je velmi důležité, aby byl přítomen někdo, kdo to zvládne a doprovodí umírajícího skrze svou přítomnost a sdílení (Student a kol., 2006, s. 37).

O představě tzv. krásné smrti píše Beksová jako o ideálu, který si lidé přejí. Touto krásnou smrtí se často míní i stav, ve kterém zemřeme, tzv. estetická stránka umírání. Krása však není objektivní, za krásné se dá považovat vše, co je dobré. Může to být minulost, přítomnost i budoucnost. Toto vše se posledních okamžicích umírajícího mísí dohromady a může vytvářet zmatek. V průběhu života máme různé priority a snažíme se dosáhnout různých hodnot, ať už materiálních, tak duchovních. Toužíme smysluplně pracovat, bydlet v pohodlí, kupovat si hezké věci, potřebujeme mít víru a dávat smysl životu, chceme obdivovat a být obdivováni a chceme zároveň zemřít bez bolesti a s využitím všech principů paliativní péče, aniž bychom tuto potřebu takto jasně pojmenovali. Ona krása smrti je tedy v jednotlivých detailech, které naplňují její podmínky (Beksová, 2013, s. 90-91).

V neposlední řadě do spirituálních potřeb patří i pastorační péče, o jejímž smyslu Beksová píše jako o ušlechtilé službě. Zásadní smysl je ve schopnosti dojít ke smíření se smrtí. Některé svátosti, jako jsou křest, uzavření manželství před Bohem, nebo právě poslední pomazání, využívají i mnozí nepraktikující křesťané. Právě tyto aspekty poukazují na možnost využití pastorační péče téměř u každého člověka. Ušlechtilost této služby vidí Beksová i ve smysluplnosti posloužit před smrtí byt' jednomu jedinému člověku, stejně jako je jiná pomoc, například ošetrovatelská (Beksová, 2013, s. 99).

Student identifikuje přechod člověka ze života do smrti takto: „*Konfrontace s blízcím se koncem života sráží zasaženého člověka do doslova existenciální krize. Zda a jak nemocný člověk překonává tuto situaci v závislosti na biopsychosociálních a spirituálních faktorech, rozhoduje o „dobrém umírání.“*“ (Student a kol., 2006, s. 135). Jak dále Student navrhuje,

řešením může být téma logoterapie.⁸ Pomocí logoterapie lze poskytnout podporu člověku najít smysl, aniž by mu byla předložena odpověď (Student, 2013, s. 136).

Frankl vysvětluje význam logoterapie u nevléčitelně nemocných, kde logoterapie není již léčbou, ale umožňuje člověku najít smysl v utrpení. Pomocí logoterapie lze na základě postojových hodnot dojít do konce života způsobem, kterému je dán smysl právě v onom utrpení. Člověk, který v přicházející smrti pociťuje prázdnotu a existenciální vakuum, má možnost právě v logoterapii najít řešení, které mu v této situaci již není schopen nabídnout medicínský model pomoci (Frankl, 2019, s. 253-254).

⁸ Zde vidím možnost uplatnění sociálního pracovníka, jenž může s klientem pracovat logoterapeutickým přístupem. V domově pro seniory nebo DZR zřejmě bude vedle zdravotního a pečujícího personálu jeden z mála, který tento přístup umí použít.

6 Paliativní péče – jako standard péče v domově pro seniory

Autoři, jako např. Bužgová, zmiňují rozsáhlý výzkum v oblasti péče o umírající z roku 2003–2004, který provedlo sdružení Cesta domů a který jasně prokázal, že tato péče v ČR je nedostačující. Na základě výzkumu byla v roce 2004 přijata koncepce paliativní péče v ČR⁹. V koncepci jsou mimo jiné i popsány možnosti poskytování paliativní péče v jiných prostředích, než jsou hospice, například v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a v zařízeních sociálních služeb (Bugžová, 2015, s. 21).

6.1 Jako komplexní péče

Pechová uvádí, že počátky zavádění paliativní péče se převážně soustředily na onkologicky nemocné pacienty. Ovšem nyní je situaci potřeba řešit komplexněji, zejména proto, že se dnes jedná o umírající seniory, kteří využívají jiné formy podpory, a to většinou zařízení sociálních služeb. V této souvislosti jsme v prostředí, které je nazýváno zdravotně – sociální. Paliativní péče vedle dlouhodobé péče volá po péči ucelené, přístupu zaměřeného na člověka a na nezbytnost multidisciplinárních spolupracujících týmů (Pechová, Lejsal, 2020, s. 15). Dále Pechová problematiku rozvádí a klade důraz na pojem *domov*, jako na místo, kde lze žít i zemřít. Domovy pro seniory se soustředí především na kvalitu života svých klientů a zdůvodňují to tak, že domovy jsou místem pro život, ne pro smrt. Nicméně umírání je také životní etapou, ke které každý dojde a nějakým způsobem ji bude muset zvládnout (Pechová, Lejsal, 2020, s. 24-25). „*Kultura paliativní péče se pak může v zařízení stát jedním z pečovatelských konceptů, který je ve skutečnosti konceptem kvality péče.*“ (Pechová, Lejsal, 2020, s. 25). Kvalita života, jak o tom píše Pechová, má přímou souvislost s hodnotou naplňování všech potřeb člověka. A to včetně vnímání smyslu života. A pokud tedy klient v zařízení, v domově žije, je pro klienta a pro jeho rodinu prioritní a důležité usilovat o naplnění tohoto smyslu v rámci poskytované sociální služby (Pechová, Lejsal, 2020, s. 37).

Kabelka se věnuje tématu „poslední hospitalizace“, což je hospitalizace, většinou několikátá v řadě – během níž pacient umírá v nemocnici. V nemocnici, dle Kabelky, umírá 70% všech

⁹ Webový portál Cesta domů, <https://www.cestadomu.cz/file/4736/download?token=XJR2HNue>

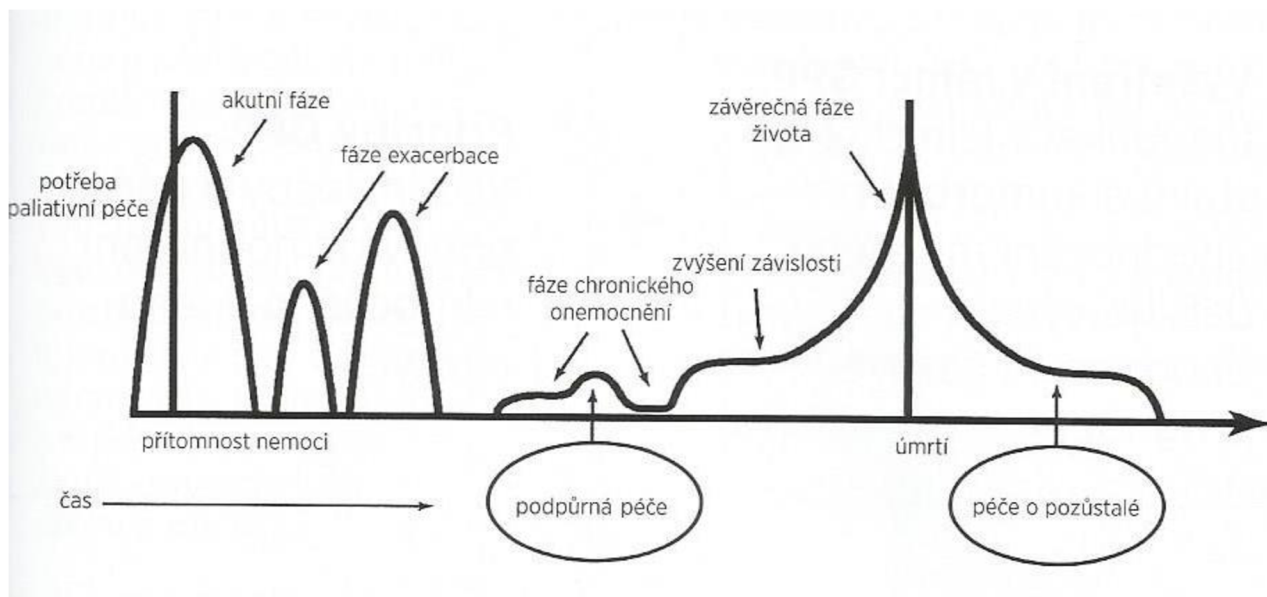
lidí, kteří umírají v celé populaci ČR. To znamená, že 70% lidí tráví své poslední dny, týdny nebo měsíce života odkázáni na zdravotní péči. Tito lidé tady řeší svá poslední dilemata, bilancují nad svými životy, uzavírají své vztahy s blízkými i se světem a zároveň u nich také často dochází k prožívání utrpení – to vše v neznámém prostředí, na nemocničním lůžku. Kabelka s lítostí konstatuje, že ač mají zdravotníci vzhledem k četnosti případů unikátní možnost své pacienty ve všech těchto rovinách na konci jejich života doprovázet a poskytovat jim podporu, rozhodně se to nedaří. To vše je realita, přestože naše zdravotnictví je jedním z nejlépe strukturovaných systémů ve světě. Skutečnost jen podtrhuje fakt, že více než polovina těchto hospitalizovaných je indikováno RZP nebo ambulantními lékaři. Dále Kabelka uvádí, že 90% z těchto hospitalizací jsou případy lidí chronicky nemocných, s progresivním vývojem onemocnění. Je absurdní, že tyto lidi nedokážeme udržet v domovech pro seniory, zajistit jim dostupnou domácí péči nebo nemáme systém, kdy je pacient v nutném případě indikován k terminální hospitalizaci plánovaně a odůvodněně, např. při nezvládnutelné situaci výše jmenovaných možností (Kabelka, 2018, s. 40-41). Kabelka konstatuje, že je třeba hledat a vytvářet další formy paliativní péče, multidisciplinární týmy a další domácí hospicovou péči. V případě lepšího plánování a důmyslnější organizaci péče by bylo, dle Kabelky, možno počet posledních hospitalizací výrazně snížit (Kabelka, 2018, s. 46).

6.2 Jako domov

Klient, jemuž je umožněno zemřít doma, má možnost vyhnout se zadržené smrti, jejíž termín vysvětluje Nezbeda následovně. Zadržaná smrt je nepřirozeným a násilným způsobem protahovaný proces terminálního stádia člověka léčbou, která je pro umírajícího nepřiměřená k délce doby oddálení smrti. Zadržaná smrt je nevhodným důsledkem vyspělé medicíny v případě, kdy je pro potřeby umírajícího přínosnější paliativní přístup péče (Nezbeda, 2016, s. 283).

Domovy se zvláštním režimem jsou specifické vzhledem k cílové skupině, jak o problematice píše Pechová. V těchto pobytových zařízeních žije převažující množství klientů s různou formou demence, proto i komunikace s nimi je specifická. Většinou se setkáváme se sníženou schopností porozumět jednotlivým situacím. I zde je však možné vykomunikovat společně domluvený plán v době, kdy se klient ještě nenachází ve fázi těžké a terminální demence. Důležitá je spolupráce multidisciplinárního týmu a rodiny. Zvláště pro tyto klienty různých

typů domovů pro seniory je důležité mít možnost zemřít ve známém prostředí a v přítomnosti blízkých osob (Pechová, 2020, s. 44).



Obrázek 2 „Jak znázorňuje graf potřebu paliativní péče u geriatrických pacientů s demencí z prostředí USA, je evidentní, že je důležité se průběžně připravovat již v počátku rozvoje onemocnění na pozdější stádia a péči správně nastavit. Tímto přístupem lze postupovat v souladu s konceptem paliativní péče, zvládnout péči správně rozvrhnout a orientovat se v možnostech podporující sociální práce pro klienta i jeho rodinu.“ (Kabelka, 2018, s. 65).

Pechová pojmenovává dnešní výzvy, jež jsou kladeny před domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Je to otázka postoje k závěru života svých klientů. Základním cílem těchto zařízení je pečovat o kvalitu jejich života a rozvíjet samostatnost, naplňovat individuální potřeby apod. Většinou se služba soustředí na kvalitu života a aktivity život zpříjemňující a naplňující, ale na fázi života nazvanou umírání zapomínají. Přitom v této fázi se potřeby člověka zásadně mění a to, co potřebuje nejvíce, je přítomnost blízké osoby a důstojné, bezpečné doprovázení. Tyto potřeby mohou být ideálně naplněny doma a v přítomnosti rodiny či blízkých. To je kvalita života, který je limitován, ale klientem velmi intenzivně prožíván. V tomto okamžiku by měl být domov pro seniory také domovem pro umírajícího člověka (Pechová, Lejsal, dle Šourek, 2020, s. 23).

6.3 Jako etické východisko

O etice umírání starého člověka píše Kutnohorská a kol., když se ptají, zda jsou senioři schopni vnímat smrt jako náležitou a neodmyslitelnou součást života. Jde nepochybně o to, jakou

kvalitu konce života a příchod smrti má. Naráží zde na dilema záchrany života nevyлéčitelně nemocného člověka v pokročilém věku a na kvalitu jeho života například po jeho resuscitaci. Pokládají otázku, zda tento život není jen další řadou dní v utrpení. Kdo by měl v tomto případě rozhodnout? Lékař? Rodina? Psycholog? Sociální pracovník? Kněz? Soud? Nebo snad nějaká komise? ¹⁰ (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 112).

Kutnohorská pojednává o významu zdravotně – sociální práce ve spojitosti s etikou. Tato specifická sociální práce je stále ve vývoji, přestože se propojení sociální a zdravotní práce jeví jako smysluplnou a potřebnou již dlouhá léta (Kutnohorská a kol., 2011, s. 24). Senioři a umírající, jak to uvádí Kutnohorská, představují skupinu náročnou pro oblast zdravotně sociální péče a je nanejvýš žádoucí tyto dvě profese propojit (Kutnohorská a kol., 2011, s. 28).

Etikou v paliativní péči se zabývá i Pechová a pokládá otázky o tom, co je dobré a správné v zájmu klienta. Jak uvádí, čím je konec života bližší, tím jsou otázky a dilemata naléhavější. *„Východiskem etických zásad uplatňovaných v paliativní péči je skutečnost, že nevyлéčitelný pacient či klient v závěru svého života je až do úplného konce svého života člověkem a že i život před smrtí (umírání) má svůj cíl, svůj význam a svůj smysl. Zaměřenost na lidskost a uznání smyslu každého života nás chrání před snadným „odepsáním“ domněle zbytečného či nekvalitního života.“* (Pechová, Lejsal, 2020, s. 33).

¹⁰ Koncept paliativní péče řeší i toto dilema pomocí plánu budoucí péče. Touto formou má umírající možnost rozhodovat sám o tom, co se bude odehrávat v případě, že se jeho zdravotní stav zhorší natolik, že v daném okamžiku nebude schopen se vyjádřit přímo.

7 Sociální pracovník v paliativním týmu

7.1 Místo sociálního pracovníka v paliativním týmu

Haškovcová při výčtu personálního obsazení hospice klade důraz na přítomnost sociálního pracovníka jako profesionála, který je respektován v rámci celého týmu a má v něm smysluplné místo (Haškovcová, 2000, s. 51).

Složení týmu mobilního hospice též definuje Marková ze zdravotního a ošetrovatelského personálu v čele s lékařem, sociálního pracovníka a psychoterapeuta nebo psychologa, kteří vzájemně intenzivně spolupracují. Někdy do týmu patří i koordinátor dobrovolníků, terapeut pro pozůstalé a pastorační pracovník (Marková, 2021, s. 12).

Již Rössová zmiňuje ve své knize v kapitole o reakci na první seminář o smrti a umírání, že *...„sociální pracovníci, rehabilitační sestry a různá terapeuti, i když jejich skupina nebyla početná, výrazně přispěli naší práci a vnesli do ní opravdu interdisciplinární rozměr.“* (Kübler-Ross, 1993, 211).

Ač se předchozí zmínky o sociálním pracovníkovi zaměřovaly především na jeho místo v hospicovém týmu, vnímám jeho uplatnění i v jiných zařízeních, které využívají koncept paliativního přístupu péče. V literatuře se nejvíce setkáváme právě s hospicem, jako s místem, kde se tato péče poskytuje – a to zejména z důvodu, že její implementace do jiných zařízení není zcela běžná; nikoli proto, že by do jiných institucí nepatřila. Tak jako umírání patří do domovů pro seniory, tak paliativní péče patří k umírání. Tyto souvislosti je třeba vidět a zamyslet se nad tím, jakou výzvu pro sociální práci představují. Domnívám se, že sociální pracovník má neustále sledovat, která z možností pomoci, je klientem vnímána jako pomoc smysluplná konkrétně pro něho. Hodnota sociální práce je tedy přímo úměrná tomu, jaký smysl má pro klienta. To vystihuje i následující odstavec.

Hodnotu sociální práce popisuje Matoušek jako něco, co se dá poměřovat lidskou důstojností. Přestože „důstojnost“ v minulosti vystihovala něco jiného, dnes ji chápeme jako ve významu spojitosti s lidstvím, bez ohledu na okolnosti (Matoušek, 2013, s. 12). Přestože je sociální práce plnohodnotnou vědní disciplínou, můžeme se, jak píše Matoušek, setkat s názorem, že teorie a znalost speciálních postupů nejsou v sociální práci důležité. Tímto stanoviskem jako jednou

z možností představy sociální práce definují poměr mezi „*odborností a formací srdce v dokumentech současné katolické církve*.“ (Matoušek, dle Kříšťan a Musil, 2013, s. 15).

Lidská důstojnost, odbornost i formace srdce přímo evokují k příležitosti kvalitní práce sociálního pracovníka, jenž se setkává s člověkem, který se ocitá tvář v tvář přicházející smrti.

7.2 Role sociálního pracovníka v paliativním týmu

Role sociálního pracovníka při poskytování paliativní péče vyjmenovává Tomka a Kasanová a mimo jiné jej označují za jakýsi spojovací článek pro všechny zúčastněné, což je umírající, jeho rodina, blízcí a odborníci, kteří společně paliativní péči poskytují. Kompetentní sociální pracovník umí překonávat komunikační bariéry, a tím pomáhat všem zúčastněným. Může pomáhat s vyrovnáváním neustále se měnící situace, postarat se o spirituální potřeby klienta, popřípadě zajišťovat aktivizační terapie, jako jsou např. muzikoterapie, aromaterapie, arteterapie, či použít koncept bazální stimulace, který je v tomto případě také vhodným nástrojem pomoci. Pokud se jedná o osamělého člověka, může sociální pracovník koordinovat dobrovolnickou činnost a zajistit umírajícímu i podporu touto neméně důležitou formou. Jak je vidět, sociální pracovník je schopen plnit řadu rolí pro klienta i jeho rodinu (Tomka, Kasanová, Sociální práce/Sociálna práca, 2010 (2)).

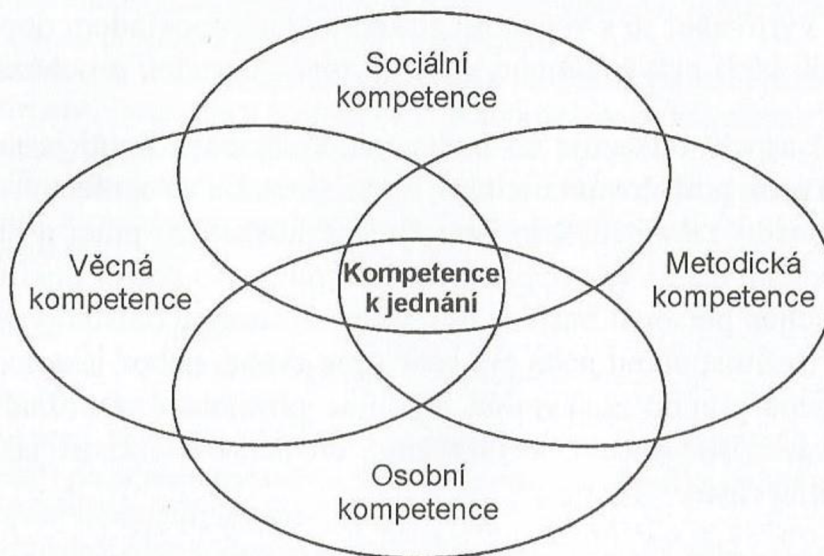
Geriatrickou paliativní péčí se zabývá a ve své publikaci o ní pojednává Kabelka (Kabelka, 2018, s. 285 – 286). Doporučuje péči formou multidisciplinárního týmu, v jehož složení též figuruje sociální pracovník. Zdůrazňuje přitom nutnost uceleného obrazu celého týmu o tom, jak nemocný realitu přítomnosti nemoci prožívá. Jak Kabelka dále uvádí, je potřeba sociální práce v paliativní péči o geriatrického pacienta či klienta. Spolupráce s rodinou a jinými sociálními vazbami nemocného jsou nutné. Sociální pracovník zde má, dle Kabelky, jasnou roli. Může zastávat pozici advokáta umírajícího i jeho rodiny. Ze své praxe¹¹ Kabelka uvádí, že v době, kdy se jako lékař věnoval paliativní péči, působili v zařízení dva sociální pracovníci, později bylo nutné přijmout další dva, přičemž se jednalo o kapacitu 50 lůžek. A ani přesto to nebylo mnohdy dostačující z důvodu možnosti uspokojení reálných potřeb klientů. Podotýká, že přitom s umírajícími trávili u lůžka čas i rodinní příslušníci či blízcí. Specifikuje přínos

¹¹ Prim. MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D. patří již řadu let mezi přední specialisty v oborech geriatrie a paliativní medicíny v českém i evropském kontextu. Pracoval šest let na geriatrické klinice, poté dvanáct let v největším českém hospici v Rajhradě u Brna v pozici lékaře, posléze primáře a ředitele. Kabelka (2018, s. 332).

sociálního pracovníka v týmu a uvádí, že sociální pracovník může být komunikačním odborníkem, psychospirituálním poradcem, mediátorem a facilitátorem. Vnímá v sociálním pracovníkovi efektivní součást týmu nejen pro nemocného a jeho rodinu, nýbrž zároveň i pro pečující kolegy. Neopomíjí ani praktické, neméně důležité prvky sociální práce, jako například vyřízení příspěvku na péči, pomoc se zapůjčením zdravotních pomůcek apod.

7.3 Kompetence a vzdělávání sociálního pracovníka v paliativním týmu

Student (Student a kol., 2006, s. 107) definuje sociální práci v naší zemi jako profesi, dosud všeobecně orientovanou. Jak dále Student uvádí (Student a kol., 2006, s. 111), k tomu, aby sociální práce v hospicích a zařízeních, kde je poskytována paliativní péče, vyhovovala specifikům této cílové skupiny, je důležité uplatňovat principy case managementu a zplnomocňování. Sociální pracovníci pracují na základech obecných a profesní kompetenci v paliativní oblasti nelze zatím jasně stanovit. Student (Student a kol., 2006, s. 118) zmiňuje tři důležité aspekty - znalosti, dovednosti a postoje, které jsou základním vybavením každého sociálního pracovníka. Zajímavé je, jak uvádí, že pracovníci, kteří začali propagovat paliativní péči, sdělují, že jejich práce spočívá v 90% z osobnostního nastavení a jen 10% tvoří odborné znalosti. Student (Student a kol., dle Peter Löcherbach, 2006, s. 118) popisuje kompetenční model, který je aplikovatelný pro sociální práci jako průnik čtyř jednotlivých hodnot. **Kompetence věcné a systémové** – schopnost vysvětlit a konat, organizační znalosti a pojem o infrastruktuře. **Kompetence metodické znalosti a umění jednat** - organizační dovednosti, schopnost řízení informací. **Kompetence sociální** – komunikační dovednosti, schopnost koordinovat, řešit konfliktní situace, přijímat kritiku, předpoklady pro týmovou práci. **Osobní kompetence** – snaha k rozvoji vlastní osobnosti, ovládání reflexe. Totéž znázorňuje obrázek níže (Student a kol., 2006, s. 118-119).

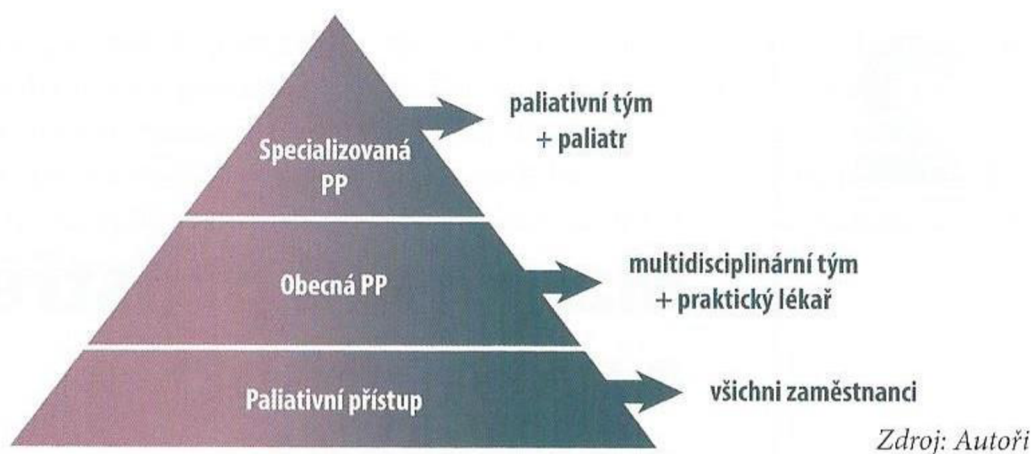


Obrázek 3 Plná odborná kompetence k jednání vzniká průnikem věcné, metodické, sociální a osobní kompetence.
(Student a kol., 2006, s. 119).

Vávrová a Polepilová (Vávrová, Polepilová, 2010, s. 71–80) provedly v roce 2009 analýzu bakalářských studijních oborů se zaměřením na vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí. Z výsledků obsahové analýzy vyplývá, že vzdělávání pracovníků pomáhajících profesí v oblasti práce s umírajícími je naprosto nedostačující. Pro výzkum Vávrová a Polepilová vybraly 49 oborů, z nichž vyhodnotily pouze 18, u kterých se v té době vyskytoval předmět výuky, který se věnoval paliativní péči nebo doprovázení umírajících a jejich blízkých, tzn. necelých 37%. Původní výběr oborů byl koncipován na obory zaměřené na práci s klienty ve kterékoliv životní fázi, proto by bylo vhodné výuku zaměřenou na terminální etapu konce života zařadit i do zbývajících studijních oborů. Během přípravy na zvolenou profesi by se mohli studující zdravotních, sociálních či pedagogických oborů povinně setkat s tématem thanatologie, s důrazem na schopnost přijmout vlastní smrtelnost i smrt ostatních. Ideálním stavem by se pak stala skutečnost, že bude thanatologie uznána jako právoplatná vědní disciplína a na tomto principu bude zařazena do studijních plánů konkrétních oborů.

8 Zavádění paliativní péče do pobytových zařízení pro seniory

Pechová konstatuje, že v ČR je potřebná tendence snahy vedoucí k navyšování počtu úmrtí v atmosféře, která je umírajícím přijata jako domácí prostředí. Podrobně se zaváděním paliativní péče do různých typů sociální zařízení věnují ve své publikaci nazvané Paliativní péče v rezidenčních službách, kde uvádějí, že při zavádění konceptu je dobré postupovat dle návyků dotyčné služby. Zvláště při důrazu na rychlost a postup implementace změny. Nejvhodnější formou jsou diskuse při pravidelně vedených poradách. Je důležité zmapovat v konkrétním zařízení situaci klientů a zjišťovat, nakolik se aktuální situace klientů v zařízení shoduje s množstvím klientů, kteří by mohli profitovat z paliativní péče, ať již ze specializované, nebo obecné (Pechová, Lejsal, 2020, s. 92-93).



Obrázek 4 Obrázek ukazuje představu o typu paliativní péče poskytovanou v jednotlivých zařízeních a v konkrétních službách. Může sloužit jako návod na přípravu plánů ke změnám. (Pechová, Lejsal, 2020, s. 88).

Paliativní přístup péče lze zvolit ve všech sociálních

Vlastnímu poskytování paliativní péče v domovech pro seniory se dále věnuje Pechová, kde uvádí, že vzhledem k tomu, že péče o umírající je specifická, radí, stejně jako u jiných postupů, vytvořit interní metodiku a standardy dle konkrétních možností a potřeb zařízení. Mohou využít i instruktážní videa a fotografie apod. (Pechová a kol., 2020, s. 131). Pechová uvádí k praktickým činnostem sociálního pracovníka následující stanovisko. Důležité je předem v organizaci dojít k dohodě, jaké činnosti bude v rámci paliativního týmu sociální pracovník vykonávat a začít s praxí zpočátku „zvykově“, tzn. ve vymezených oblastech získávat

kompetence a zajistit sociálnímu pracovníkovi také informace, které bude logicky potřebovat (Pechová, Lejsal, 2020, s. 159).

8.1 Příklady dobré praxe z domovů pro seniory v ČR

Pechová v souvislosti s udržitelností paliativní péče v již praktikujících domovech zdůrazňuje, že žádoucí pro pokračování a rozvoj je, aby zejména pracovníci, kteří byli u zrodu, nebo alespoň někteří, v zařízení působili dlouhodobě a své zkušenosti předávali dále (Pechová, Lejsal, 2020, s. 177).

8.2 Paliativní péče v Domově důchodců Bystřany

Pechová popisuje, že paliativní péče v tomto zařízení byla zaváděna od roku 2010 pomocí programu Relaxace a doprovázení. Impuls přišel od zaměstnanců, kteří pociťovali potřebu lepším způsobem se postarat o klienty, jež byli v závěru života důsledkem zhoršení jejich zdravotního stavu neúměrně zatěžováni častými převozy do nemocnic, kde nezřídka umírali v cizím prostředí a osamoceni (Pechová, Lejsal, dle Barešová, 2020, s. 184–185).

Počáteční krok byl učiněn realizací česko-německého projektu „Paliativní péče o klienty s demencí – zpět k lidskosti.“ Proběhly výměnné stáže a výměna vzájemných zkušeností. Poté zařízení čekalo mnoho dalších úkolů, které se postupně řešily a mezi nimiž bylo sestavení paliativního týmu, který napříč profesemi v zařízení bude kompetentní k zajištění péče. Důležitá byla informace pro všechny zaměstnance, že péče o klienty tohoto typu péče je nebude zatěžovat navíc k jejich běžným pracovním povinnostem, ale bude poskytována přirozeně jako součást běžné péče. Kvalitní tým byl důležitý i z hlediska spolupráce s rodinou, kde bylo třeba vysvětlovat důvod a záměr zavedení konceptu a především, aby rodina a blízcí věděli, co mohou od zařízení očekávat. Bylo třeba rodinám a blízkým nastínit jejich možnosti účasti až do úplného konce a rozptýlit jejich obavy o tom, co bude. Paliativní tým v zařízení se shodl na názvu programu Relaxace a doprovázení, jehož koncept péče v sobě tyto dvě složky obsahuje. **Relaxace** – cílem je klientům dlouhodobě upoutaným na lůžko a klientům s demencí pomoci co nejvíce si zpříjemnit dobu, kdy se z důvodu imobility nemohou účastnit dalších aktivit. Jedná se o individuální práci s klientem formou rozhovorů u lůžka s aktivní i pasivní účastí, nebo vyvezení klienta do jiných prostor, než je jeho pokoj. Pravidlem je minimálně jednu z technik

provést každý den. **Doprovázení** - má za úkol zajistit respektující prostředí a důstojné chvíle v terminálním stádiu, vše dle individuálních potřeb umírajícího klienta. Nedílnou součástí je i pomoc a podpora klientovy rodiny. V domově nastavili a zároveň zveřejnili metodiku, která slouží jako podpora pro zaměstnance a také pro kontrolní činnost v zařízení.

Zaměstnanci uvádějí, že jsou spokojeni s poskytováním této formy péče a vnímají smysl v každém jednotlivém případě, kdy klientovi mohou poskytnout odcházení z tohoto světa ve známém prostředí a často i za účasti rodiny. Jako výzvu vnímají přání, aby i v situaci personálního zajištění služby, mohli nadále poskytovat péči programu Relaxace a doprovázení.

Závěrem Pechová dodává, že *„Program v Domově důchodců Bystřany vznikl na základě potřeby poskytovat kvalitní, bezpečnou a důstojnou péči o klienty na sklonku života, který je v současné době realizován s pozitivními výsledky a bude realizován i v budoucí době. Stal se tak běžnou součástí péče o klienty.“* (Pechová, Lejsal, 2020, s. 186).

8.3 Dům seniorů Kdyně, p. o.

Jako další příklad vybírá Pechová Dům seniorů Kdyně, p. o., kde jak přiznává, byla paliativní péče dlouhou dobu okrajovým tématem, které nebylo řešeno. Průlom nastal v roce 2013, kdy se v zařízení setkali s moderními koncepty péče. Otevřela se pro ně otázka, zda by mohli pro své klienty v tomto ohledu udělat více. Rozhodli se pro absolvování kurzu ELNEC v hospici v Rajhradě, kde na svou otázku dostali jasnou odpověď. Výsledkem bylo uvědomění, že s klienty i jejich rodinami toto téma musí otevřít a dále na něm pracovat (Pechová, Lejsal, dle Visnerová, 2020, s. 186-187).

Jako zásadní vnímali skutečnost přirozenost smrti a umírání, jako jedné etapy lidského života. První kroky popisuje Pechová jako nesmělé, ale zásadní. Jedním z nich bylo poslední rozloučení se zemřelým klientem, jako možnost pietního aktu pro ostatní obyvatele domova. Pro klienty byla tato možnost také projevem osobního vztahu k nim (Pechová, Lejsal, dle Visnerová, 2020, s. 186-187).

Dnes si toto zařízení může právem přiznat, že je schopno samostatně realizovat paliativní péči pro své klienty a může jim bez nadsázky nabídnout domov až do konce jejich dní. Disponují kvalitním paliativním týmem pracovníků napříč profesemi v zařízení. Mají zpracovanou dokumentaci a hodnocení péče. Tento koncept péče je přirozeně zařazen do běžné péče a není považován za *„něco jako péče extra“*, jak uvádí (Pechová, Lejsal, dle Visnerová. 2020, s. 187).

Za výzvu považují další práci s **dříve vysloveným přáním**¹², které považují za rámec individuálního přístupu ke klientovi a jenž je pro následnou paliativní péči klíčový. Rádi by svým přístupem působili nejen na své klienty a jejich rodiny, ale i směrem k veřejnosti a podíleli se tím na odbourání tabuizace smrti a umírání ve společnosti.

Závěrem dodává, že *„Naše cesta, kterou jsme se v paliativní péči vydali, učí i nás samotné. Vidíme jinak životní příběhy našich obyvatel, učíme se více respektovat rodinné vazby, přání obyvatel, která často nejsou přáními našimi. Naše úloha není rozhodovat nebo soudit. Naše úloha je respektovat, pomáhat a být průvodcem v souladu s naším posláním.“* (Pechová, Lejsal, dle Visnerová, 2020, s. 187).

8.4 Domov pro seniory Česká Třebová

Domov pro seniory Česká Třebová si dovolím představit sama, protože jsem zařízení mohla provést výzkum pro svou absolventskou práci, kde formou přehledové studie popisují implementaci paliativní péče do konkrétního zařízení. Zařízení poskytuje všechny základní činnosti

ze zákona o poskytování sociální služby, na konci jejichž výčtu je dovětek **...v kontextu paliativní péče**. Druhým rokem je zařízení zapojeno v projektu Spolu až do konce, který se zaměřuje na rozvoj paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory.¹³

Již během nástupu do sociální služby dostává klient v tomto zařízení informaci o souvislostech poskytování paliativní péče. Klientovi i jeho rodině jsou poskytnuty informace o tom, co paliativní péče znamená a též se seznamuje s pojmem Průvodce budoucí péče¹⁴. Tyto informace jsou mu předávány jako údaje, které neznamenaají, že paliativní péče je ihned aplikována na klienta, ani to, že bude tato forma péče soustavně připomínána. V zařízení se osvědčila zkušenost, že po této úvodní informaci při nástupu se na téma rozhovoru s klientem snadněji

¹² Více v poznámce pod čarou č. 14

¹³ <https://paliativnicentrum.cz/projekty/spolu-az-do-konce-2019-2021>

¹⁴ Průvodce budoucí péčí je komplexní přehled informací přicházejících postupně od klienta nebo jeho rodiny o tom, jak by si představoval klient konec svého života. Průvodce má souvislost i s individuálním plánem, kde klient udává své priority a přání. Součástí tohoto průvodce je i dříve vyslovené přání, ve kterém klient může vyjádřit svá přání pro případ, že se ocitl v natolik závažném zdravotním stavu, kdy by nebyl schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím nebo se způsobem poskytnutí zdravotních služeb. Dříve vyslovené přání klient konzultuje i s lékařem. Tento průvodce je součástí této práce jako příloha.

navazuje v případě, že začne být aktuální. Ideálním v tomto konkrétním domově je též kombinace koordinátorky paliativního týmu a sociální pracovníce v jednom, neboť úvodní i následující rozhovor na toto téma vede s klientem jedna osoba, což je v s ohledem na situaci vhodné. Multidisciplinární tým tvoří lékař, který se zařízením úzce spolupracuje, ředitelka organizace, vedoucí zdravotního úseku, koordinátorka paliativní péče – sociální pracovníce, vedoucí přímé obslužné péče, koordinátorky jednotlivých budov domova a aktivizační pracovníce. Garantem zajištění spirituálních potřeb v zařízení je místní farář a pokud je třeba, domov má zajištěnu spolupráci s Domácí hospicovou péčí.

Paliativní péče je zde poskytována v základním pojetí od nástupu do zařízení, rozsah péče se mění v závislosti na okolnostech zdravotního stavu a končí pomocí a podporou rodiny klienta a v době zármutku.

Domov pro seniory Česká Třebová disponuje edukovaným personálem, který má kvalitní vybavení a jako zařízení je schopno poskytovat paliativní péči na výborné úrovni. Umožňuje svým klientům odejít tak, jak si budou přát.

Závěr

Jak jsem uvedla již v úvodu práce, motivací k výběru tématu byla moje vlastní praxe z pobytových zařízení pro seniory. Již během svých pracovních zkušeností jsem nabyla dojmu, že péče o klienty domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem, přestože to jsou převážně lidé s chronickým a jiným vážným onemocněním, není tolik zdravotně – ošetrovatelským, ale sociálním tématem. Ideálním stavem by mělo být propojení obou forem péče při poskytování služby klientovi a ochota vnímat jeho potřeby. Na tento nesoulad jsem upozornila mimo jiné v kapitole č. 1.1. Paliativní péče v českých domovech pro seniory, když poukazují na nelogicky oddělenou složku zdravotní a sociální péče o klienty. Dle mého názoru nelze dobře léčit geriatrického pacienta bez znalosti některých okolností jeho života. Starý nebo umírající člověk má za sebou již většinu svého života a jeho zdravotní stav je často důsledkem mnoha životních epizod, které nemusejí nutně souviset pouze s fyzickou schránkou jedince. Stejně je tomu u sociální práce, pokud řešíme s klientem například situace pomoci ve vztahu s nefunkčními rodinnými vazbami a netušíme přitom, jaké souvislosti mohou tyto nefunkční vztahy mít se zdravotním stavem klienta, se zažitou zkušeností ze života s jeho onemocněním apod. Věřím, že jsem svou prací upozornila na nedostatečně využívanou a aplikovanou sociální práci z důvodů praktické neprovázanosti s dalšími obory, a to v institucích, které jsou nazvány domovy. Domovy, kde by měl člověk nalézt vše, co k životu (i smrti) potřebuje.

Zvláštní pozornost jsem ve své práci věnovala kontrastu odlišnosti podmínek při tak zásadním aktu, jakým je finalita lidského života a příchod smrti v prostředí anonymního nemocničního pokoje a nebo důvěrně známého prostředí. V porovnání s prostředím, kde je k umírajícímu přistupováno v souladu s konceptem paliativní péče, je prostředí osamocení, bezmoci a neinformovanosti čirým utrpením. Jak bylo popsáno v práci a jak jsem to i sama zažila v zařízení, kde se nepracuje se zmiňovaným přístupem; velice často - a zbytečně, dochází k tomu, že klient, jenž se nachází v terminálním stádiu, je odvážen (většinou RZP) k hospitalizaci, odkud se již nevrací. Není nastaven plán budoucí péče a personál z důvodu zhoršení zdravotního stavu volí tuto cestu, neboť se jeví logickou, přestože pro klienta je to mnohdy přesně to, čeho se obává. Pokud se v takovémto zařízení „poštěstí“ někomu zemřít, většinou je to ve spánku, náhle a bez toho, aby předtím klient o tom co bude, s někým hovořil.

Ze své praxe v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem, kde je využíván paliativní přístup péče a kde jsem byla několikrát u lůžka klienta v terminálním stádiu, mohu říci, že většina klientů odcházela za okolností, kdy byl personál schopen zajistit maximální

podmínky dle přání a zvyklostí klienta. Vždy byl u něho někdo přítomen, buď rodina, pokud chtěla možnost využít, nebo pečující personál. Tuto potřebu nelze v klasickém nemocničním prostředí zajistit, přitom je to jedna z nejzákladnějších potřeb umírajících – nebýt sám. Velmi bolestnými odchody z tohoto světa v neznámém prostředí mohou hrát i ryze praktické záležitosti, spojené se zvyklostmi a návyky člověka. Nikdo nechce umírat v prostředí, kde probíhá něco, k čemuž je nekompromisně vymezen. Jde o zdánlivé malichernosti, které ale v této situaci mohou hrát zásadní roli. Například noční svícení. Někdo má rád v noci absolutní tmu, jiný tlumené světlo. V nemocnici oproti domovu pro seniory člověku, který leckdy není schopen komunikace a projevu své vůle, nikdo nezaručí, že mu v těchto okamžicích bude poskytnuto to, na čem lpí, co považuje za důležité, a už vůbec ne to, co by mu mohlo v těchto okamžicích přinést klid a bezpečí. Této problematice jsem se věnovala v páté kapitole o potřebách umírajících.

Výzvu vnímám také ve vzdělávání sociálních pracovníků a dalšího nezdravotnického personálu pobytových zařízení pro seniory. Já sama jsem byla na mnoha školeních, kurzech a stážích. Převážně se jednalo o vzdělávání zaměřené na individuální plánování, motivaci klientů, rehabilitační kurzy, komunikační dovednosti apod. Školení pro nezdravotnické pracovníky v oblasti paliativní péče téměř neexistují. S touto tematikou se lze setkat spíše okrajově, v rámci jinak zaměřených kurzů (bazální stimulace, výživa u seniorů apod.). Záleží na konkrétním zařízení a na tom, co považuje za důležité. Jenže smrt se v domovech pro seniory objevuje a přichází do nich bez vztahu k této okolnosti. My jako bychom ji nechtěli vidět, často se k ní otáčíme zády a řešíme raději to, co bychom v domovech mít chtěli. Tím se ale můžeme míjet s realitou, čím hůře – s potřebami našich klientů.

Ráda zdůraznila aktuálnost potřeby rozšířit paliativní péči nebo paliativní přístup péče do pobytových zařízení pro seniory. Jak jsem uvedla v práci, v posledních letech na tento deficit v sociálních službách upozorňuje řada odborníků zdravotnické oblasti a problém je diskutován i na poli sociální práce. Bylo by vhodné paliativní péči na úrovni pobytových sociálních služeb pro seniory standardizovat a zakotvit do legislativy.

Na příkladech konkrétních tří domovů pro seniory jsem identifikovala možné způsoby, jak tento typ péče do zařízení postupně implementovat a upozornila na základní podmínku pro uskutečnění, a tou je motivace jednotlivých zařízení. Kde termín domov není jen prázdným pojmem, tam je šance na naplnění jeho pravého významu.

Sociální práce jako taková má přispívat ke zlepšení kvality života lidí, sociálních skupin a celé společnosti. To je hlavní a nejdůležitější její význam. Neměli bychom tedy zapomínat, že i umírání je část – etapa lidského života. Smyslem tedy je, přispět ke kvalitě života i v tomto období. Je třeba ptát se zda a jak to děláme. Může se totiž stát, že přes veškerou důmyslnou metodiku o způsobech naplňování cílů při spolupráci s klientem, nám unikne jedna základní klientova potřeba. Tou je vědomí, že i když bude žít v pobytové sociální službě, nic neztrácí. Zvláště u seniorů – jako cílové skupiny sociální práce, by mělo být benefitem naopak ujištění že stále, až do konce, jim bude umožněno o sobě a o tom co přijde, legitimně rozhodovat. Jedním ze způsobů jak to udělat je, umožňovat péči na paliativním přístupu jako plnohodnotnou součást poskytované sociální služby. V každém domově pro seniory, v každém zařízení, kde lidé mohou zemřít a přitom „zůstat ve hře“ až do finále.

Bibliografický seznam

AUGUSTYN, Józef. *Bolest křivdy a radost odpuštění*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2013. Malý duchovní život. ISBN 978-80-7195-683-9.

BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, Kateřina. *Geriatrická problematika v pastorální péči: [postulát křesťanské etiky v péči o seniory]*. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2296-5.

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

DIGIULIO, Robert a Rachel KRANZ. *O smrti*. Přeložil Eva KLIMENTOVÁ. Praha: NLN, Nakladatelství Lidové noviny, 1997. Linka důvěry. ISBN 80-7106-210-3.

FRANKL, Viktor Emil. *Teorie a terapie neuróz: úvod do logoterapie a existenciální analýzy*. Přeložil Karel BALCAR. Praha: Portál, 2019. Klasici. ISBN 978-80-262-1478-6.

GÄRTNEROVÁ, Aranka. *V době zármutku: těm, kteří ztratili blízkého člověka : těm, kteří je provázejí*. 6. vydání. Praha: Cesta domů, [2017]. ISBN 978-80-88126-25-6.

GRÜN, Anselm. *Otče, odpusť jim: sedm Ježíšových slov na kříži*. Přeložil Jindra HUBKOVÁ. V Praze: Karmelitánské nakladatelství, 2018. Malý duchovní život. ISBN 978-80-7566-009-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 80-7262-034-7.

HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. Praha: Grada Publishing, [2014]. ISBN 978-80-247-5439-0.

HORECKÝ, Jiří. 2021. Dlouhodobá péče – zajištění důstojného stárnutí a kvality života ve stáří. *Sociální služby*, říjen 2021, s. 16 – 18. ISSN 1803-7348.

HORECKÝ, Jiří, 2018. Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste. In: *Zdravotnický deník* [online]. 23.10. [cit. 8.3.7.2022]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/od-ignorujících-az-vzorné-úroveň-paliativní-péče-v-domovech-seniory-se-různí-zájem-roste/>

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2018. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5049-4.

KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KLIMEŠ, Pavel, 2018. Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste. In: *Zdravotnický deník* [online]. 23.10. [cit. 8.3.7.2022]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/od-ignorujicich-az-vzorne-uroven-paliativni-pece-domovech-seniory-se-ruzni-zajem-roste/>

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. Turnov: Arica, 1993

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

LOUČKA, Martin, 2018. Od ignorujících až po vzorné. Úroveň paliativní péče v domovech pro seniory se různí, zájem ale roste. In: *Zdravotnický deník* [online]. 23.10. [cit. 8.3.7.2022]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/10/od-ignorujicich-az-vzorne-uroven-paliativni-pece-domovech-seniory-se-ruzni-zajem-roste/>

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 3. aktualizované vydání. [Praha]: Cesta domů, 2021. ISBN 978-80-88126-77-5.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

NEZBEDA, Ondřej. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.

PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-80-7017-197-4.

ŠPIDLÍK, Tomáš. *Prameny světla: (příručka křesťanské dokonalosti)*. Vyd. 5. (v nakl. Refugium). Olomouc: Refugium Velehrad-Roma, 2012. ISBN 978-80-7412-111-1.

TOMKA, Milan a KASANOVÁ, Anna. Modely starostlivosti o zomierajúcich. *Sociální práce/sociálna práca* č. 2, s. 89. ISSN 1213-6204

VÁVROVÁ, Soňa a POLEPILOVÁ, Renata. Výzkumné šetření o vzdělávání studentů pomáhajících profesí v oblasti thanatologie. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 2, s. 71–80. ISSN 1213-6204

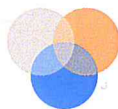
Přílohy:

- 1) Průvodce budoucí péčí z Domova pro seniory v České Třebové

Pro účely této bakalářské práce poskytla organizace Domov pro seniory v České Třebové pouze část průvodce, který používají.

Průvodce budoucí péčí

Centrum paliativní péče



Obsah

K ČEMU PRŮVODCE SLOUŽÍ? – 3

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE – 3

JAK PRŮVODCE VYPLNIT A JAK HO AKTUALIZOVAT – 4

PLÁN PÉČE – 5

DŘÍVE VYSLOVENÁ PŘÁNÍ (DVP) – 11

PŘEDBĚŽNÉ PROHLÁŠENÍ – 16

DALŠÍ PROSTOR PRO AKTUALIZACI INFORMACÍ – 17 + 18

K ČEMU TENTO PRŮVODCE SLOUŽÍ?

Tento průvodce je nástrojem pro zachycení Vašich přání a představ o tom, jakou péči byste si do budoucna přáli a čemu byste se naopak rádi vyhnuli. Mnoho lidí o těchto věcech přemýšlí, ale nikomu o svých přáních neřeknou. V situaci, kdy je třeba udělat nějaké rychlé a důležité rozhodnutí o zdravotní péči, pak mohou být blízcí nebo zdravotníci postaveni před těžkou volbu, kdy si nejsou jisti, co by si daný člověk sám přál, a ne vždy je možné tyto informace získat přímo od něj. Tento průvodce tak může být prostředek, jak zajistit abychom až do konce života mohli rozhodovat o své péči a nebyli vydáni na pospas okolnostem, ve kterých se ocitneme.

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa bydliště	
Telefon	
Praktický lékař (jméno a kontakt)	
Kontaktní osoba (jméno) Telefon / email Tato osoba je můj/moje	
Kontaktní osoba (jméno) Telefon / email Tato osoba je můj/moje	

Když si vyplníte svého průvodce

Na jeho základě budou ostatní vědět, co je pro Vás z hlediska zdravotní péče důležité, jaké jsou Vaše cíle, jaké léčebné postupy si přejete a jaké ne. Tyto informace pomohou nastavit Váš plán péče podle Vašich hodnot.

Když si svého průvodce nevyplníte

Vyplnění průvodce je zcela dobrovolné. I bez jeho vyplnění se Vaši blízcí, zdravotníci a další personál budou snažit všechnu budoucí péči zakládat na tom, co je pro Vás nejlepší. Pro jejich rozhodování však může být vyplnění průvodce velkou oporou.

Průvodce má dvě části



Pojednává šířeji o Vašich hodnotách a přáních. O tom, co je pro Vás důležité, co by měli lidé okolo Vás vědět, aby o Vás dokázali správně pečovat.



Pojednává o Vašich přáních vůči život udržující léčbě a dalším zdravotním výkonům.

Tato část má pro poskytovatele zdravotní péče právní závaznost a informací z nich se musí držet v případě, kdy člověk sám není schopen rozhodování o své péči, například kvůli tomu, že je v bezvědomí.

JAK PRŮVODCE VYPLNIT

Vyplnění

Průvodce je určen pro osoby starší 18 let. Druhou část průvodce (Dříve vyslovená přání) může vyplnit osoba, která není navíc omezena ve svéprávnosti. Průvodce je možné vyplnit celého najednou nebo to udělat postupně po částech.

- Průvodce si můžete vyplnit sami (kromě části poučení lékařem v dříve vysloveném přání) a požadované části opatřit Vaším ověřeným podpisem.
- Pokud byste na vyplnění dokumentu neměli sílu nebo by Vám ve vyplnění bránily jiné důvody, může Vám s vyplněním pomoci někdo blízký. Pokud jste v péči nějakého zařízení (domov pro seniory, nemocnice a podobně), může Vám s vyplněním pomoci někdo z personálu.

Aktualizace

Pokud budete chtít v budoucnu provést změnu v **Plánu péče** (první část průvodce), nový zápis označte aktuálním datem změny a napište změnu vedle původního vyjádření do prostoru k tomu určenému. Když budete potřebovat více místa, využijte prostor na straně 16.

Když budete chtít změnit **Dříve vyslovené přání**, využijte nový list formuláře a vyžádejte si znovu poučení lékaře.

O tom, že jste vyplnili průvodce, je potřeba informovat všechny důležité osoby, například:

- rodinu a další blízké
- praktického lékaře
- odborného lékaře, v jehož jste péči
- dle okolností právníka nebo notáře
- při hospitalizaci
- personál domova pro seniory nebo jiné zdravotní nebo sociální služby, kterou využíváte

Plán péče

V této části jsou otázky, které mají pomoci lidem okolo Vás porozumět tomu, co je pro Vás důležité, a co by o Vás měli vědět, pokud by bylo třeba učinit nějaké důležité rozhodnutí.

1. Co je pro Vás v tuto chvíli v životě velmi důležité?

Ať už v oblasti fyzického zdraví, vztahů, osobních záležitostí nebo čehokoli jiného.

ZMĚNA

DATUM:

2. Je něco dalšího, o čem si myslíte, že pro Vás bude důležité v budoucnosti?

ZMĚNA

DATUM:

3. Co je ve Vašem životě zdrojem radosti, pohody, štěstí?

ZMĚNA

DATUM:

4. Co je pro udržení Vaší kvality života nejdůležitější?

ZMĚNA

DATUM:

5. Je něco, čeho se v souvislosti s Vaším zdravotním stavem do budoucna obáváte, co byste nechtěli, aby se stalo?

ZMĚNA

DATUM:

6. Jaké je vaše nejvíc preferované místo pro poskytování péče v úplném závěru života?

NEJMÉNĚ PREFEROVANÉ

NEJVÍCE PREFEROVANÉ

doma

domov pro seniory

nemocnice

hospic

jinde

doplňte kde: _____

Myslíte si, že je Vámi nejvíc preferované místo reálné?

ANO

NE

Když NE – jaké překážky vnímáte?

6.
ZMĚNA

DATUM:

7. Pokud jste věřící nebo jsou pro Vás duchovní otázky důležité, co by v této oblasti o Vás měli pečující vědět?

ZMĚNA

DATUM:

8. Nakolik souhlasíte s následujícími výroky ohledně sdělování informací o vývoji Vašeho zdravotního stavu?

Chci znát všechny dostupné informace, ať už pozitivní nebo negativní.

SILNĚ SOUHLASÍM

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

SILNĚ NESOUHLASÍM

V případě nevléčitelného onemocnění bych chtěl/a vědět, jaká je očekávatelná prognóza, tedy kolik času do konce života by mi zbývalo.

SILNĚ SOUHLASÍM

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

SILNĚ NESOUHLASÍM

Přeji si, aby závažné zprávy o mém zdravotním stavu lékař komunikoval nejdříve se mnou a až poté s mou rodinou.

SILNĚ SOUHLASÍM

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

SILNĚ NESOUHLASÍM

9. Přemýšlel/a jste někdy o sepsání závěti?

ANO

NE

Pokud ANO – máte ji sepsanou?

ANO

NE

ZMĚNA

DATUM:

10. Chtěl/a byste určit konkrétní osobu, se kterou by lékaři a další pečující personál konzultovali Váš plán péče v případě, kdy byste toho Vy sami z nějakého důvodu nebyli schopni?

ANO

NE

V případě, že ANO vyplňte potřebné předběžné prohlášení na str. 15.

Pokud takto určíte konkrétní osobu, její stanoviska budou pro lékaře závazná i v případě, že by jiný člen Vaší rodiny měl odlišný názor.

11. Lidé často přemýšlí o tom, jak by si přáli mít zorganizovaný pohřeb. Předem to však nikomu neřeknou, a tak to nakonec může vypadat jinak, než by si sami přáli. Pokud i Vy máte ohledně pohřbu nějaká přání, můžete je uvést zde:

ZMĚNA

DATUM:

12. Je ještě něco dalšího, co je pro plánování Vaší péče důležité a chcete to sdělit?
