

Sledujeme pro vás

Téma pro diskuzi

Hospicová péče

***Cokoliv můžeš udělat pro druhého člověka dobrého, zůstává.
(Albert Schweitzer)***

Lidstvu se povedlo zkrotit nemoci, jako jsou tyfus, cholera, mor, dětská obrna či neštovice, ale současně se rozšířily nemoci jiné: nemoci pohybového aparátu, AIDS, Alzheimerova choroba, a především onemocnění onkologická. Tyto nemoci činí často z konce života a umírání dlouhé utrpení, z něhož může být smrt vysvobozením. Do popředí zájmu se tak dostávají eutanázie a dystanázie (umělé prodlužování přirozeného procesu umírání léčbou, jejíž nevýhody z pohledu pacienta nebo jeho blízkých převažují nad jejími výhodami).

Zatímco ještě v první polovině 20. století se rodilo a umíralo doma a každý člen rodiny se od mala setkával se zaběhnutými postupy a rituály, přičemž znal jejich smysl, dnešní člověk odsouvá téma smrti na neurčito, jakoby se ho netýkalo. Když pak stojí tváří v tvář smrti, dostává se do situace, kdy neví, jak se chovat.

A stává se spíš pravidlem, než výjimkou, že lidé umírají v osamocení za bílou plentou. Přitom většina z nich si přeje umírat doma, za přítomnosti blízkých. Zde může ve velké míře poskytnout pomoc hospicová péče.

V Česku ročně zemře víc než sto tisíc lidí. Jako dobré či důstojné umírání si podle výzkumu sdružení Cesta domů a agentury Stem Mark nejčastěji představují: skonat ve spánku (26 %), bezbolestně (26 %), v kruhu rodiny (21 %), pokud možno rychle (14 %), se slušným zacházením, respektem a citlivou péčí (13 %), v domácím prostředí (11 %).

Přitom nechtějí být na obtíž příbuzným...

Z historie hospicového hnutí

V souvislosti s umírajícími lidmi použila termín hospic poprvé Jeanne Garnier v roce 1842 ve Francii – následně byl v roce 1879 přijat irskými charitními sestrami, když otvíraly Our Lady's Hospice v Dublinu.

Nicméně za zakladatelku hospicového hnutí a průkopnici paliativní medicíny je považována Cicely Saunders z Velké Británie. V roce 1945 dokončila vzdělání na Oxfordu a začala uvažovat o náboženském poslání při hledání misijní služby. Zkušenosti z role dobrovolnice v nemocnici pro chudé umírající ji přesvědčila o nutnosti změny ustáleného názoru zdravotníků na umírání, smrt a truchlení. Jako vystudovaná lékařka (r. 1956) pak spojila svou roli členky výzkumného týmu léčby bolesti s činností sociální pracovnice v nemocnici. Zde poznala od charitních sester, jak mnoho lze udělat pro umírající s podporou láskyplné péče, a tady také začaly stále větší roli hrát její neortodoxní názory na mírnění bolesti. V roce 1967 založila v Sydenhamu (jižní část Londýna) Hospic Sv. Kryštofa – první výzkumný a výukový hospic spojený s klinikou



péčí. To ještě u lékařů a zdravotníků převládalo přesvědčení, že „s pacientem, kterého nemůžeme vyléčit nebo mu alespoň významně prodloužit život, se již nic nedá dělat“.

V roce 1974, při návštěvě Yale University v New Havenu, pak Cicely Saun-

ders inspirovala studenty tak, že založili hospicové hnutí.

Dnes ve světě existuje přes 7 000 zařízení hospicové a paliativní péče a působí ve více než 90 zemích. Jejich společným znakem však dlouhou dobu byla existence mimo hlavní proud zdravotnictví.

V České republice navázala na myšlenku moderního hospice lékařka Marie Svatošová, která iniciovala hospicové hnutí Ecce homo a stála u zrodu prvního českého zařízení tohoto typu – Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Založen byl 1. 12. 1994 a zprovozněn 1. 1. 1996 s celkovou kapacitou 26 lůžek. Marie Svatošová se také stala prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která vznikla v roce 2005.

Asociace sdružuje na tři desítky organizací poskytujících lůžkovou i domácí hospicovou péči a garantuje kvalitu jejich služeb. Mimo jiné si klade za cíl přispět k proměně vztahu veřejnosti ke smrti a umírání. V roce 2008 pak vznikla Česká společnost paliativní medicíny při České lékařské společnosti J. E. Purkyně. Sdružuje lékaře, specialisty na paliativní přístup a dále odborníky z nelékařských oblastí psychologie, ošetrovatelství, sociální práce a duchovní služby. V současnosti nabízí nejnovější informace o stavu, vývoji a standardizovaných postupech paliativní léčby a péče v ČR jak odborníkům v tuzemsku, tak i ve světě.

Pro obecnou paliativní péči dodnes platí, že praktičtí lékaři jsou v ní nedostatečně vyškolení. Pacienti se často dozvědí závažnou diagnózu nikoli v klidném soukromém rozhovoru, ale na nemocniční posteli, kde si na ně lékař udělá čas stěží deset minut. Přitom stále přetrvávají snahy pacientům v nemocnicích zachránit či prodloužit život a nevěnuje se dostatečná pozornost mírnění bolesti i utrpení koordinovanou paliativní péčí.

Co se týká financování, hospice u nás od svého vzniku získávají peníze z několika zdrojů. Zdravotní úkony jsou sice již hrazeny zdravotními pojišťovnami, ale tyto částky na pokrytí péče o umírající pacienty zdaleka nestačí a doplňují se o sociální příspěvek, dotace Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Dále rovněž přispívají kraje i obce, sponzoři, nadace a fyzické osoby svými dary. Částečně se na financování podílejí také pacienti a jejich rodiny.

Motto Hospice Anežky České

Spěchejme milovat lidi, protože rychle odcházejí! Až budeme na konci, nebudeme trpět tím, co jsme špatného udělali, pokud jsme toho litovali, ale tím, že jsme mohli milovat, ale nemilovali jsme, že jsme mohli pomoci, ale nepomohli, že jsme mohli zavolat, ale nezavolali, že jsme se mohli usmát, ale neusmáli, že jsme mohli podržet ruku, ale nepodrželi...



Mýty o hospicích podle Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

■ „Na rozhodování a zjišťování možností pobytu v hospici je vždy dost času.“

Není. Nemoc někoho z vašich blízkých se může objevit náhle bez předchozích příznaků a je dobré být informován a připraven pomoci co nejrychleji umožnit péči a úlevnou léčbu. Moc času pro společné sdílení života zbývat nemusí. Už v průběhu dlouhodobého léčení v nemocnici, které nemá očekávané výsledky, by nemocný a rodina měli mít kvalitní informace o hospicové péči. Pracovníci každého hospice ochotně zodpoví všechny otázky týkající se pobytu, navíc si rodina může zařízení nezávazně prohlédnout.

■ „Hospice jsou jen pro staré lidi.“

Hospice slouží všem, kteří z důvodu své nevléčitelné nemoci hospicovou péči potřebují. Nejčastěji se jedná o nemocné s onkologickou diagnózou, která se vyskytuje u lidí v jakémkoli věku. I když většina pacientů v těchto zařízeních je starší šedesátí let, výjimkou nejsou třicetiletí nebo děti. Hospic není v žádném případě domov pro seniory nebo LDN.

■ „Péče o umírající je jen pro odborníky a zdravotníky.“

Nebojte se najít odvahu k přirozenému běhu života a pečujte o své blízké doma s podporou hospicových pracovníků a doprovázejte je při pobytu v hospici. Od bolesti a nepříjemných příznaků nemocným uleví moderní medicína, ale blízkost, soucítění a lásku jim přinesete hlavně vy.

„Kde jinde, než u lůžka umírajícího můžeme lépe projevít vztah plný naslouchání, respektu a zájmu? Vztah, který

i nás obohatí a který snad jednou – v blízkosti naší vlastní smrti – nám bude velkou oporou a pomocí.“ (citace z knížky MUDr. Marie Svatošové *Hospic a umění doprovázet*, Praha, 2008) I když nepatříte mezi nejbližší rodinu, můžete třeba právě pečujícím příbuzným nabídnout pomoc a podporu.

■ „Milosrdná lež o vážném stavu pacienta je pro něj to nejlepší.“

Milosrdná lež je v důsledku velmi nemilosrdná. Bere totiž nemocnému a jeho rodině čas na kvalifikovaný a láskyplný proces vyrovnávání se s těžkou situací. Pacient, u něhož se příbuzní dohodnou na zatajení a omezení komunikace o vážném stavu, se ocitá v izolaci, cítí se všemi zrazen, podváděn, opuštěn a leckdy i urážen. Například, když jeho situaci v rámci takzvané milosrdné lži bagatelizují a drahoocenný čas posledních návštěv vyplňují planými vtípkami, na které nemocný v této situaci opravdu není zvědavý. Vážná nemoc není jen nepříjemným, mnohdy tristním zážitkem. Je-li správně uchopena a zúročena, je obrovskou příležitostí k osobnímu a osobnostnímu zrání všech zúčastněných. Neobávejte se hovořit se svým blízkým otevřeně a důstojně o situaci, v níž se nachází. Naslouchejte jeho přání a berete je vážně. Využijte vzácný (a omezený) čas pro poděkování, odpuštění, rozloučení, k organizaci zabezpečení rodiny... Dejte nemocnému najevo, že vám, tak jako celý život, i nyní může důvěřovat.

MUDr. Marie Svatošová ze své praxe uvádí: „Pacient mě požádal, abych vyřídila vzkaz jeho rodině, která se s jeho praktickým lékařem už při stanovení diagnózy zhoubného nádoru dohodla na taktice ‚milosrdné lži až do konce‘. Do té však postupně zabředla tak hluboko a tak trapně, že už raději návštěvy u nemocného vzdala a omezovala se na telefonický ▶

kontakt s personálem hospice. Pacientův vzkaz zněl doslova takto: Vyřídte jim, ať přijdou, ale nedělají ze mě blbce. Nemám to rád...“

■ „Hospic je moc drahý, normální člověk na zaplacení péče nemá peníze.“

Informujte se v konkrétním hospici o ceníku služeb. Pacient platí zlomek ceny celkové péče, hospice vynakládají velké úsilí při získávání zdrojů státních i soukromých, aby péče v hospici byla dostupná pro každého, kdo ji potřebuje. Hospic nabízí péči naprosto odlišnou od nemocniční – zaměřuje se na podporu pacienta a jeho rodiny v důležité etapě jejich života.

■ „Hospice jsou smutná místa.“

V hospicích se užívá každého dne, každé minuty. Zdravotníci dbají na to, aby nemocný neměl zbytečné bolesti a obtíže, pracovníci a dobrovolníci nabízejí svůj čas při organizování akcí pro pacienty, rodiny i veřejnost. Právě společné sdílení a užívání si „běžného života“ v hospici patří mezi specifika péče. Vyjížděky nemocných na zahradu či terasu na vozíku či na posteli v doprovodu dobrovolníků nebo rodiny jsou ve většině zařízení samozřejmostí.

Hospice zvou aktivně všechny na nejruznější společné akce – např. výtvarné dílny, koncerty, opékání buřtů na zahradě, dny otevřených dveří. Vloni za dobu pobytu pacient jednoho hospice (výtvarník, architekt) připravil svou vlastní výstavu... Takže až bude hospic v regionu, kde žijete, pořádat koncert, módní přehlídku či benefiční běh, neváhejte a podpořte jej svou účastí.

■ „Hospice jsou křesťanská zařízení, kam ‚nevěřící‘ nevezmou.“

Ačkoli řada hospiců vznikla na základě křesťanských myšlenek a ideálů, není příjem do nich nijak omezený a vztah k víře je soukromou záležitostí pacienta. Mezi komplexní nabídku hospicové péče patří samozřejmě i péče spirituální, vždy se ale respektuje přání nemocného a rodiny. Návštěvu duchovního či účast na bohoslužbě si nemocný vyžádá podle svého vlastního rozpoložení a rozhodnutí.

MUDr. Marie Svatošová:
Aby každý začal sám u sebe...

MUDr. Marie Svatošová (*1942) je česká lékařka, publicistka a spisovatelka. Je zakladatelkou a vůdčí osobností českého hospicového hnutí.

• Co vás vedlo k tomu, abyste založila hospice u nás v ČR?

Měla jsem k tomu dva pádné motivy. Jako praktická lékařka jsem se stále se-

tkávala s rodinami, které by rády svým blízkým dosloužily, ale z nějakého důvodu na to nestačily – fyzicky, psychicky, odborně... A taky mě už tehdy před více než dvaceti lety děsila představa, že tu může někdo vyrukovat s nápadem zbavovat se nemocných lidí uzákoněním eutanazie. Nečekala jsem a rozhodla se udělat něco pro to, aby tu byla jiná alternativa než zabíjení nemocných.

• Jak jsou klienti s hospicovou službou spokojeni?

Vždycky je možné službu zlepšit. Ale podle toho, co slýchám od pacientů samotných, jsou s péčí v hospici v naprosté většině velmi spokojeni. Srovnávají ji s péčí v jiných zdravotnických zařízeních, kterými prošli. Zde si chválí laskavý a individuální přístup, vstřícnou komunikaci, soukromí, možnost neomezených návštěv včetně možnosti pobytu rodinného příslušníka na přistýlce. Dále kvalitní léčbu bolesti a ostatních příznaků, péči komplexní, včetně péče duchovní, možnost individuální stravy, možnost s doprovodem opustit areál hospice, pokud to jeho stav dovoluje atd.

• A jaké jsou ohlasy rodinných příslušníků?

Veskrze velmi pozitivní, vyjadřují vděčnost a také obdiv k personálu. V archivech všech hospiců jsou uloženy dnes už tisíce děkovaných dopisů od pozůstalých po našich pacientech. Jsou to právě pozůstalí, kteří dělají hospicům nejučinnější propagaci. Poté, co se vrátí z hospice, vypráví lidem kolem sebe, co tam zažili a prožili. Nastane-li v rodině obdobná situace znovu, tedy v případě vážného onemocnění někoho dalšího, vracejí se už tito lidé do hospice jako domů, s důvěrou a beze strachu.

• Domníváte se, že by mělo hospiců přibývat?

Především nám chybí hustá síť mobilních hospiců. Ta by měla doplňovat stávající síť hospiců lůžkových. Tyto dvě

formy hospicové péče jsou stejně důležité. Nekonkurují si, ale doplňují se. V určité fázi onemocnění vystačí pacient a jeho rodina s péčí mobilní, kdy tým a pomůcky putují za nemocným domů. Pokud už nestačí nebo není z jiného důvodu možná, přichází na řadu hospic lůžkový. A po stabilizaci stavu se může pacient zase domů vrátit.

• Co všechno musí člověk absolvovat, aby mohl pro hospic pracovat?

Musí splňovat kvalifikační předpoklady pro pozici, o kterou se uchází. Kromě toho musí splňovat jisté osobnostní předpoklady. Musí být vyrovnán se svou vlastní smrtelností, musí mít rád lidi, musí mít k této službě tu správnou motivaci. Ve většině hospiců požadují od uchazečů alespoň krátkou stáž, aby si obě strany mohly ověřit, zda na práci uchazeč stačí – nejen fyzicky a odborně, ale i psychicky.

• Myslíte, že víra může pomoci i lidem se zdravotním postižením?

Pod pojmem víra si dnes někteří představují křesťanství. Ptáte-li se na víru křesťanskou, kterou a ze které žiju i já, tak odpovídám ano, a nejen zdravotně postiženým, ale každému, úplně každému člověku. Bohužel se opakovaně setkávám s tím, že mnozí pacienti přicházejí do hospice za pět minut dvanáct, aniž jim někdo něco o křesťanství řekl. Bývají v tomto smyslu naprosto nevědomí, skoro bych řekla negramotní. Z velké části za to mohou křesťané, kteří si „radostnou zvěst“ nechávají jen pro sebe. To je hlavní důvod, proč jsem se už nenechala zvolit do čela hospicové asociace. Předala jsem ji mladšímu, velmi schopnému kolegům, abych si uvolnila ruce a čas pro evangelizační Kurzy Alfa. Z výše uvedených důvodů jsem se rozhodla věnovat jim zbytek života.

• Jaký máte názor na komunitní péči lidí se zdravotním postižením?

Tady se neorientuji tak dobře jako v problematice pacientů se smrtelnou prognózou. Ovšem z toho, co kolem sebe vidím a co slyším, nemají tito lidé na různých ustláno. Často trpí nejen nedostatkem financí, ale i sociální izolací.

• Není – z hlediska psychiky – pro klienty hospiců a jejich rodiny umístění v hospici hlavně projektem rezignace?

To je jedna z mylných představ. Asi vás překvapí, že asi třetina nemocných z hospice odchází domů. Ne proto, že by se tam uzdravili z pokročilé rakoviny, ale zvládli jsme bolest, nastavili správně léčbu, rodina si odpočala a je schopna v péči pokračovat doma. Pokud je naděje na uzdravení nebo zlepšení reálná a ne falešná, je správné, aby nemocný neodmítl nemocniční léčbu. Pokud mu je podsouvána naděje falešná, je to špatně. Čas utíká, nemocný to brzy stejně prokouk-



ne, je zklamán, cítí se podveden a je po důvěře. V takové situaci je umírání hodně těžké. Většinou se v nemocnici nikdo nevěnuje doprovázení (psychice) nemocného, protože tam na to není čas a personál se v tom nevzdělává a necvičí. Hospic se naopak na doprovázení zaměřuje, má s tím nejen bohaté, ale nesmírně krásné zkušenosti. Nemocný přijde do hospice ve fázi deprese, rezignace nebo smlouvání, ale po pár týdnech umírá smířený, doslova a do písmene s úsměvem na tváři. Vyrovnaná je i jeho rodina, protože se jí někdo věnoval. Umírání může být klidné a důstojné pouze za předpokladu, že do fáze smíření dospěli všichni zúčastnění – nejen pacient, ale i jeho okolí. Do té doby je to totiž vždycky boj. Bolavý boj, bolavý zápas...

• **Spolupracujete hodně s církevními řády?**

Bohužel řádovým sestřám chybí dvě až tři generace. Najdete mezi nimi pár mladých a mnoho velmi starých, podobně, jako kdyby v rodině žila pravnoučata a prababičky. Navíc ne všechny řády jsou ošetrovatelské. Jsou i školní, kontemplativní atd. V několika hospicích ale několik řádových sester pracuje, jsme za ně moc vděční a litujeme, že jich není víc.

• **Sami se zpravidla obtížně vyrovnáváme s blízcími se smrtí blízkého, jak mu přesto můžeme pomoci smířit se s životem i s nevyhnutelným odchodem z něj? Jakých chyb bychom se přitom měli vyvarovat?**

Život je jedinečná a neopakovatelná příležitost. Je moudré žít tak, abychom ho naplnili a nepromarnili. Je moudré o posledních věcech přemýšlet a v rodině mluvit dávno předtím, než ta situace nastane. Je moudré vzít občas i malé děti na cizí pohřeb nebo je nechat na hřbitově zalévat kytičky, rozsvítit svíčku. To pro ně není stresující a pomalu si zvykají na skutečnost, že smrti se nelze vyhnout.

• **Co může člověk udělat pro to, aby se smrti nebál?**

Většinou se bojíme toho, o čem nic nevíme. Mnoha lidem proto pomohla stáž v hospici, kde se přesvědčili, že skutečnost je jiná než na televizní obrazovce, kde většinou ukazují horory. Ale hlavně: snažte se mít stále v pořádku své svědomí, stále čistý stůl a tzv. „sbaleno“. Být připraven kdykoliv předstoupit před Boží tvář. Pokud chápete smrt jako bránu do života věčného, tak se s tím dříve nebo později dobře vyrovnáte. Pokud tu víru nemáte, hledejte, protože kdo hledá, najde.

• **Jaký máte názor na umírání doma? Není každý člověk v domácím prostředí, při veškeré úctě k hospicům, spokojenější?**

Souhlasím, ale je třeba vycházet z rea-



lity. Aby mohl pacient umírat doma, musí být splněny tři podmínky. Rodina chce, umí a může. Když nechce, nic s nimi nenaděláte. Bohužel to není až tak vzácný případ a souvisí to s devastací naší společnosti. Když rodina neumí, leccos ji můžeme naučit a v hospicích si mohou vypůjčit pomůcky (polohovací lůžko, koncentrátor kyslíku, lineární dávkovače léků a mnoho jiných). Mnozí by ale chtěli a také by věděli jak, ovšem z objektivních důvodů nemohou – těch důvodů je mnoho, snadno si je domyslíte.

• **Četla jste Moodyho Život po životě? Věříte, že po smrti nás ještě něco čeká?**

Četla, je to zajímavé, dokonce jsem se osobně s takovým člověkem, který měl podobný zážitek, setkala. Nemám důvod mu nevěřit, ale moje víra na Moodym nestojí. Kdyby se ukázalo, že je to podvod, mou vírou v posmrtný život to neotřese, ta nestojí na Moodym, ale na Kristu.

• **Co byste si přála změnit v naší zemi?**

Hlavně uzdravit mezilidské vztahy. Od těch se odvíjí všechno ostatní. K tomu je ovšem zapotřebí, aby každý z nás začal sám u sebe.

O služby Mobilního hospice sv. Kryštofa je čím dál větší zájem

Dlouhodobě ztrátový provoz Mobilního hospice sv. Kryštofa v Ostravě, o jehož služby je mezi rodinami umírajících stále větší zájem, udržuje Charita Ostrava především díky sponzorům a partnerům. Velkou pomoc zde loni znamenal například stotisícový příspěvek, který získala Charita od Nadace ČEZ.

Smyslem Mobilního hospice sv. Kryštofa a návazných služeb je zajišťovat co nejlepší kvalitu života umírajících a podporu jejich rodin. Díky nepřetržitě a vysoce specializované zdravotní péči pomáhá lidem prožívat důstojně závěr života

ve vlastním, domácím prostředí v kruhu své rodiny a blízkých. Hospic využívají především rodiny z Ostravy a okolí, každý rok pomůže zhruba stovce klientů.

„Péči poskytujeme nepřetržitě 24 hodin denně a bezplatně. Náklady jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, ale vzhledem k nákladnosti péče se neobejdeme bez dotací, veřejných sbírek, darů a nadačních příspěvků. Spolupráce s Nadací ČEZ je pro nás neocenitelná, protože podporuje naše hospicové služby pravidelně již několik let,“ řekl ředitel Charity Ostrava Martin Pražák.

„My jsme velmi rádi, že v regionu existují tak kvalitní organizace, jako je Charita Ostrava. Víme, že mají seriózně zmapovaný terén a dělají to, co je nejpotřebnější. A dělají to dobře. Máme jistotu, že ani koruna z darovaných peněz nepříjde nazmar,“ konstatoval mluvčí Skupiny ČEZ Vladislav Sobol.

Tým Mobilního hospice sv. Kryštofa tvoří speciálně vyškolené zdravotní sestry a lékaři, které doplňuje také sociální pracovník, psycholog a duchovní, aby mohly být uspokojeny všechny oblasti potřeb klientů, případně jejich blízkých či pečovatелů. Mohou také využít bezplatné poradenství v Charitní hospicové poradně nebo si zapůjčit potřebné vybavení v půjčovně kompenzačních pomůcek.

Anketa Umírání a odchod ze života

Tina Malá: Před několika léty těžce onemocněl můj partner. Přes všechno léčení se stav stále zhoršoval a lékařkami oznámila, že se mám připravit na to, že zůstanu sama. Díky ordinaci paliativní medicíny můj partner zemřel za 3 hodiny po odvozu do nemocnice, kde jsem s ním byla. Dnes jsou léky velice kvalitní a nemocní lidé již nekřičí bolestí. Potřebují ale vedle sebe někoho, kdo s nimi dojde až na ten práh odchodu ze života. Jsem velice ráda, že jsem to zvládla a i na ten poslední den nemám špatné ►

vzpomínky. Z nemocnice jsem odcházela vyrovnaná se vším a s jistotou, že můj drahý odcházel v klidu a bez bolesti. Proto podporuji tento způsob péče o lidi, kteří jsou na konci své životní cesty. Víím, práce je důležitá, ale ti, kteří odcházejí, často věnovali svá nejlepší léta a spoustu lopoty těm, kteří se v poslední chvíli od nich odtáhnou. To je smutné...

Hedvika Prachařová: Kde je lepší umřít? Je zcela jasné, že na některé nemoci je lepší umírání doma, na některé v nemocnici. A věřte, že víím, o čem mluvím... Moje matka měla posledních pár let demenci, utíkala nám, jak jen to šlo z bytu, kam jsme ji chodili střídavě posloužit a hlídat. Byli jsme zřejmě všichni rádi, když jsme vypadli a povinnosti o nemocnou matku přešly na druhého. A to podotýkám, že jsme to dělali s láskou, protože jsme si byli všichni vědomi, že nám matka obětovala život. Posledních pár dnů jejího života byla v nemocnici, matku totiž hlídal vnuk, ten to však nezvládl, matka spadla z postele a následoval převoz do nemocnice. Je pravda, tam už ležela pouze oblnutá z infuzí, na které byla snad pořád napojena, ale ve své podstatě byla doma až do konce svého života, obklopená nejbližšími.

Dovolím si tvrdit, že opatrovat doma nemocné lidi je sice hezké, ale mnohdy je zřejmě nad lidské síly poskytnout doma nemocnému alespoň základní podmínky k zachování lidské důstojnosti. Navíc si neumím představit, že u nás, kde žije div ne polovina lidí v panelácích, si vezme rodina do paneláku nemocného: uvědomte si, že tím je chod rodiny vždy velmi narušen...

Neházejme nemocné (mladé nebo staré) do jednoho pytle a dopřejme jim dožít v podmínkách, které jsou pro ně nejvhodnější.

Jiří Procházka: Je podle mě dost

smutné, že jev zvaný racionalizace ve vyspělých zemích prorostl do naprosto všech sfér lidského života. Lidé píšou své zážitky a užívají k tomu extrémní – duševně nemocné, smrtelně nemocné... Je pochopitelné, že u takových lidí je to mnohdy komplikované a někdy není jiné možnosti, než je umístit do nějakého ústavu. Nicméně z osobní zkušenosti víím, že drtivá většina lidí v těchto institucích žádné tak závažné problémy nemá a příčinou jejich pobytu zde je prostě a jednoduše fakt, že by se stařík či stařenka pletli do cesty a přidělávali starosti navíc. Ano, takové řešení je bezesporu ekonomicky efektivnější, protože díky tomu mohou ekonomicky činní potomci v klidu zvyšovat HDP a svou kupní sílu a časově je to většinou bude stát pouze těch pár hodin o narozeninách, či o Vánocích. Nicméně z lidského hlediska to považují za velice amorální a jako člen takové vyspělé civilizace se za to hluboce, ale opravdu hluboce stydlím.

Jaroslav Cilan: Pochopitelné je péče o nemocného v posledním stádiu doma nejlepší, ale když má umírající člověk zaměstnané děti a ještě bydlící daleko od domova, je rád za ošetřování odborníkem. To všechno odsávání hlenů, zavádění drenáží, čištění vývodních trubiček z těla, píchání morfia atd. Pochopitelně všichni vííme, jaká je o „ležáky“ péče ve špitálech a v LDN. Stát doposud žádnou koncepci v péči o umírající nezavedl, což je nepochopitelné. Proto v dnešní době je pro starého člověka lepší rychlá smrt, než se trápit a být odkázán na péči sester v přeplněných LDN.

Zdeněk Volf: Moje babička se kdysi starala o prababičku s alzheimerem. Ode dne kdy za ní začala jezdit denně, uplynulo pět let a v posledních dvou letech se její stav rapidně zhoršoval (nad rámec toho, že nás nepoznávala, říkala, že jí je

45 let, stěžovala si, že má hlad pár minut po jídle apod.). Když jsem viděl, že babička za těch pět let péče sama zestárla minimálně o deset, přemluvil jsem ji, ať dá prababičku na speciální oddělení domova důchodců, kde po asi půl roce v 88 letech zemřela. Buď se obětujete, nebo ne, nějaký kompromis neexistuje...

Lumír Petrovský: Umřít doma v klidu je obrovský dar.

Pavel Kaštovský: Dnes už spoustu lidí z celé republiky pracuje ve prospěch umírajících – jedním z příkladů mohou být lidé z Mobilního hospice Ondrášek. (www.mhondrasek.cz). Pracují i s tím vědomím, že neví, co bude za rok, jestli dostanou dotace od sponzorů – zdravotní pojišťovny na ně kašlou. A pracují i s tím vědomím, že za pár let budou fyzicky a psychicky vyhaslí. Taková práce se nedá dělat moc dlouho. Ale jsou tady, aby umožnili člověku takovou „banální“ věc – zemřít ve vlastní posteli, mezi svými. A to je to podstatné.

Evžen Vlach: Pokud tohle čte někdo, kdo se chystá, že se bude o umírajícího starat doma, nejdřív si domluvte jeden den v domě s pečovatelskou službou, ať máte představu. Péče o ležáka je fyzicky a psychicky neskutečně vyčerpávající. Po osobní zkušenosti (půl roční péče o umírajícího dědečka) bych už znova nikdy nic takového neudělal.

Petra Helikarová: Švagrová pracovala v domácím hospici. Do domácnosti chodí pravidelně lékař a tlumí bolesti, zapůjčí rodině všechno potřebné vybavení na hygienu, spaní apod. Pokud má umírající takovou možnost a rodinu ochotnou se o něj takto postarat, je to opravdu dobré řešení. Jednak pro ty umírající, že jsou doma a ne někde v nemocnici, a i příbuzní ten jejich odchod většinou lépe zvládají, mají dobrý pocit, že udělali pro blízkého maximum, že s ním byli a neumřel někde sám.

Jaké problémy trápí českou paliativní péči?

Je tomu 21 let od doby, kdy byl otevřen první hospic v Červeném Kostelci. A celou tu dobu se hospicové hnutí snaží marně etablovat v české legislativě. Částečně se to podařilo u lůžkových hospiců, kde je však péče o umírající státem silně podhodnocena.

„Z ředitelů těchto zařízení jsou profesionální žebráci, aby si vyžebřili na dotacích a darech podprůměrné mzdy. A to je segment, který je na tom lépe – ještě hůře jsou na tom domácí hospice, které nejsou legislativně ukotveny vůbec a jsou tak na proměnlivé zdroje odkázány ze sta procent,“ konstatuje Robert Huneš, prezident



Slovníček vybraných pojmů

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

U domácích hospiců by se snad situace měla zlepšit díky pilotnímu projektu probíhajícímu ve spolupráci s VZP. V jeho rámci se zkouší úhrada v devíti zařízeních. Pokud vše klapne, budou na tom domácí hospice podobně jako ty kamenné – na část fungování budou mít finance od pojišťovny, další peníze si musí sehnat jinde (celkem se náklady za den na pacienta pohybují kolem 1 900 korun, úhrada je v pilotu nastavena na 1 100 až 1 400 korun).

Doposud pojišťovny hradily péči v domácím prostředí přes praktické lékaře, kteří vedou pacienta po lékařské stránce a ošetrovatelsko-zdravotnickou složku indikují agenturám domácí péče. VZP má takto ošetřených pacientů v terminálním stadiu zhruba tisíc ročně.

„Ambicí pilotního projektu mobilní hospicové péče je prokázat, že v domácím prostředí lze tuto péči poskytovat lege artis a že je o ni zájem. Také má prokázat nákladovou efektivitu. Výsledky by měly být odrazovým můstkem, zda to ukotvíme do právního prostředí a péče se bude hradit,“ říká Hana Šustková z VZP.

Právě VZP byla jediná pojišťovna u nás, která se pilotního programu a financování mobilních hospiců rozhodla účastnit. Ostatní pojišťovny se chtějí s výsledky nejdříve dopodrobna seznámit a poté zváží svou účast v dalším pokračování programu. Ideální by bylo zařadit mobilní hospice do systému standardní úhrady z veřejného zdravotního pojištění od roku 2018. Jan Švancara z Ústavu zdravotnických informací a statistiky vysvětluje váhání a obavy, které projektu předcházejí.

„Panovalo podezření, že se pacienti stejně dostanou do lůžkové péče, to se ale úplně nepotvrdilo. I když to byli z velké části onkologičtí, těžce nemocní pacienti, přesto dožívali v domácím prostředí.“

Projekt získal podporu i u ministerstva zdravotnictví a jeho mluvčí Ladislav Šticha říká: „Chceme, aby se pilotní projekt rozšířil a aby se připojily i ostatní pojišťovny.“

*Téma připravil a stále pro vás sleduje
Jiří Muladi*



■ **Ars moriendi** = umění zemřít.

■ **Eutanazie** = vědomé a úmyslné usmrcení člověka na jeho žádost, bez ohledu na to, zda je činem aktivním (úmyslné podání smrtící dávky „léku“) nebo činem pasivním (úmyslné nepodání léku, který by život mohl zachránit). Naopak úmyslné a vědomé nepodání marné léčby eutanazií není, i když výsledek (smrt) může být stejný. V tomto případě nemocný zemřel na svoji smrtelnou nemoc, nikoliv rukou druhé osoby. Rozhodující je úmysl a motiv, nikoli způsob provedení.

■ **Hospicová péče** = forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby. Pokračuje však léčba symptomatická, s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující potřeby nemocného.

Hospicová péče má tři základní formy:

1. **Domácí** – je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky. Pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci.

2. **Stacionář – denní pobyt** – je obvykle součástí provozu hospice. Pacient se v tomto případě přijímá ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

3. **Lůžková** – je aktuální zejména tehdy, když předchází dvě formy nestačí, popř. nejsou vůbec k dispozici. V případě zotavení jeho rodiny nebo zlepšení zdravotního stavu nemocného se může vrátit do domácí péče.

■ **Charta umírajících** = v roce 1999 přijalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících, známé též zkráceně jako *Charta umírajících*. V dokumentu je zdůrazněna ochrana důstojnosti lidských bytostí obecně, zároveň dává do protikladu lékařsky posouvanou hranici přirozené smrti s délkou a kvalitou takového života.

■ **Paliativní péče** = slovo *paliativní* pochází z latinského slova *pallium* a znamená plášť, příkryvku. Evokuje představu, že když nemůžeme ránu vyléčit, tak ji alespoň přikryjeme, aby trpícímu bylo teplo, netrápily ho bolesti a měl pocit naší účasti. Paliativní péče se soustředí především na přinášení úlevy terminálně nemocným pacientům, prostřednictvím zvládnutí symptomů nemoci a bolesti. Cílem není léčit, ale poskytnout člověku pohodlí a dosáhnout maximální možnou kvalitu života. Pozornost se nesoustředí na smrt, ale na specializovanou péči o kvalitu života umírajícího.

■ **Potřeby pacienta** =

1) **Biologické potřeby**: všechny potřeby nemocného těla. Mezi základní patří potrava, zbavení se odpadů metabolismu, přísun kyslíku, spánek. Dále to jsou potřeby, které více či méně zabezpečuje odborně medicínská péče: ozařování, chemoterapie, hormonální léčba. O většinu těchto potřeb by se obvykle měli dobře postarat v nemocnici.

2) **Psychologické potřeby**: potřeby spojené s respektováním lidské důstojnosti nezávisle na stavu nemocného těla. Každý člověk je jedinečnou bytostí se svým neopakovatelným posláním, které se musí vždy respektovat.

3) **Sociální potřeby**: vyplývají z postavení člověka jako tvora společenského, žijícího v určitém sociálním prostředí, majícího svou rodinu, své problémy, svou práci, koníčky, závazky, sny a přání. Měli bychom jeho slovům i v této oblasti stále naslouchat a pomoci mu patřičně se s ní vyrovnat.

4) **Duchovní potřeby**: u těžce nemocných a umírajících lidí byly až dosud v lékařství opomíjeny. Dnes přibývá těch, kteří si uvědomují i tuto potřebu nemocných a chtějí přispět k nápravě. Duchovní potřeby nejsou vlastní jenom lidem věřícím, jak by sám název napovídá, ale jejich uspokojování se ukázalo být důležitým pro každého pacienta. Můžeme zde dále radit respektování lidské důstojnosti, na kterém je celé hospicové hnutí založeno, blízký kontakt nemocného s dalšími lidmi nebo potřebu žít plně až do konce.

■ **Terminálně nemocný** = nevléčitelně nemocný pacient v konečném stadiu své nemoci, kdy již lékaři ukončili medicínskou léčbu.