

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Problematika kvality péče
o terminálně nemocné a umírající
seniory v domovech pro seniory**

**Možnosti zavádění paliativní péče
v domovech pro seniory**

Petra Kubištová

Katedra: Filozofie a teologie
Vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová
Studijní program: B7508 B Sociální práce
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Problematika kvality péče o terminálně nemocné a umírající seniory v domovech pro seniory“ s podtitulem „Možnosti zavádění paliativní péče v domovech pro seniory“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.

Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla zveřejněna v elektronické podobě.

V Praze dne 1. 12. 2012

Petra Kubištová

Bibliografická citace

Problematika kvality péče o terminálně nemocné a umírající seniory v domovech pro seniory : Možnosti zavádění paliativní péče v domovech pro seniory : bakalářská práce / Petra Kubištová; vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová. -- Praha, 2012. -- 74 s.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou umírání v domovech pro seniory a jejího možného řešení v podobě systematického zavedení paliativní péče do tohoto sociálního zařízení. Přitom se opírá o statistická data týkající se seniorské populace v České republice a o výsledky výzkumu veřejného mínění z roku 2004, který mimo jiné prokázal nutnost zásadního zvýšení kvality péče o umírající v domovech pro seniory.

Pro úplnou představu o této problematice, se práce nejprve soustředí na podrobnější popis služeb a činností poskytovaných v domově pro seniory, na postavení seniora v tomto druhu zařízení sociální péče a v neposlední řadě ukazuje i na možná úskalí provázející život v tomto pobytovém zařízení. Samotnou problematiku umírání v tomto prostředí pak otvírá popsáním konkrétních problémů.

Další část práce se zaměřuje na přiblížení kvality života umírajících seniorů, na jejich potřeby a postoje k vlastní smrti a umírání, ze kterých jsou pak odvozeny principy a nástroje kvalitní péče.

Součástí práce je i seznámení se specifiky chorob ve stáří a jak se tato specifika odráží při poskytování paliativní péče seniorům, tzn. jaké jsou hlavní ukazatele pro její poskytování, její znaky a priority. Tato část je pak uzavřena konkrétními fakty pro či proti zavedení paliativní péče do domovů pro seniory a v závěru jsou pak nastíněna možná řešení.

Tato písemná práce je doplněna malou anketou zjišťující do jaké míry jsou v případě terminálně nemocných a umírajících uživatelů domovů používány některé rysy paliativní péče.

Klíčová slova

Senior, domov pro seniory, kvalita péče, kvalita života, zdravotně sociální péče, paliativní péče, proces umírání, umírající, terminálně nemocný.

Summary

This dissertation deals with the process of dying in homes for senior citizens and the options of solving these problems by using methods of palliative care in the institutions. The author uses the statistical data concerning elderly people in the Czech Republic gathered from the opinion poll in 2004 which showed that it is necessary to improve significantly the quality of care for dying senior citizens in institutional care.

Firstly, this dissertation describes in detail social services provided in homes for senior citizens and the situation of the elderly people living there. It also points out the difficulties and problems that could be found in care homes.

Next part of this work focuses on the quality of life of dying senior citizens, their needs and their attitude to their own death and dying – from these pieces of information it is possible to deduce the principles and instruments of quality care.

The other part of this work deals with the particular features of the illnesses of elderly people and how they influence providing of palliative care. Further it describes the main indicators of good care, its character and priorities. This part also contains pros and cons of palliative care in homes for senior citizens and outlines possible solutions to these problems.

The dissertation also contains the interpretation of the data from a short inquiry whose aim was to find out to what extent some characteristics of palliative care are present in the care for the terminally-ill and dying elderly people in care homes.

Keywords

Senior citizens, home for senior citizens, quality care, quality of life, health and social services, palliative care, process of dying, dying and terminally-ill elderly people.

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PaedDr. Marii Vorlové za věcné připomínky, ochotu a trpělivost v průběhu vedení mé práce. Děkuji také mému manželovi za trpělivost a jeho mamince za pomoc při hlídání mé dcerky.

Obsah

Úvod.....	7
1. Základní fakta o stavu péče o umírající seniory a základní terminologie.....	9
1.1. Funkční různorodost seniorů.....	10
1.2. Základní terminologie v problematice paliativní péče.....	12
1.2.1. Umírání	12
1.2.2. Terminální stadium	13
1.2.3. Paliativní péče.....	14
2. Charakteristika služeb a života v domovech pro seniory	18
2.1. Služby a činnosti poskytované v domovech pro seniory	19
2.2. Další činnosti poskytované v domovech pro seniory.....	20
2.2.1. Ošetrovatelská péče	20
2.2.2. Zdravotní péče	22
2.2.3. Historie zavedení zdravotní péče v domovech pro seniory	23
2.3. Postavení seniora v zařízení sociální péče	26
2.3.1. Úskalí pobytu v domovech pro seniory	28
2.3.2. Charakteristika problematiky umírání v domovech pro seniory	29
3. Kvalita života.....	33
3.1. Kvalita života nemocného či umírajícího seniora.....	34
3.2. Potřeby ve stáří.....	35
3.2.1. Postoj seniorů ke smrti a umírání	36
3.2.2. Potřeby umírajících seniorů	38
3.3. Principy a nástroje kvalitní péče	40
3.3.1. Důstojnost	42
3.3.2. Autonomie	45
4. Paliativní péče o seniory	47
4.1. Specifika chorob ve stáří.....	47
4.2. Specifika paliativní péče o seniory	49
4.2.1. Senioři jako křehcí pacienti	51
4.2.2. Geriatrické syndromy	52
4.2.3. Syndrom terminální geriatrické deteriorace	53
4.3. Fakta pro a proti zavedení paliativní péče v domovech pro seniory	54
4.3.1. Fakta pro zavedení paliativní péče do domova pro seniory.....	55
4.3.2. Fakta proti zavedení paliativní péče do domova pro seniory	58
5. Anketa.....	60
5.1. Vyhodnocení jednotlivých částí ankety	60
5.1.1. Část I.....	61
5.1.2. Část II.....	64

5.1.3. Část III	68
6. Diskuse a návrhy řešení	73
Závěr	81
Literatura.....	82
Seznam příloh	85

Úvod

Ze své vlastní zkušenosti soudím, že postoj české společnosti k otázkám umírání a smrti je spíše přezíravý a má tendenci důležitost řešení této problematiky podceňovat a soustavně odkládat. Pokud toto téma zúžím do prostředí domovů pro seniory, pak je podle mého názoru nezájem ještě větší. Za touto přezíravostí a lhostejností stojí především strach ze smrti a umírání, ale i strach z vlastního stáří, a přesvědčení, že jakékoliv úvahy o smrti jsou předčasné, z čehož plyne neschopnost o ní mluvit či dokonce o ní diskutovat. I proto se nyní kdysi běžná a přirozená součást života se svými pravidly a rituály neodehrává v domácím prostředí člověka, ale převážně za zdmi různých zdravotnických a sociálních zařízení, tedy i v domovech pro seniory.

Ve své bakalářské práci „Problematika kvality péče o terminálně nemocné a umírající seniory v domovech pro seniory“ s podtitulem „Možnosti zavádění paliativní péče v domovech pro seniory“ se zaměřuji právě na okolnosti, realitu a možnosti zbývajících chvil života terminálně nemocných seniorů v tomto zařízení sociální péče. Zamýšlím se nad otázkou zavedení paliativní péče do tohoto typu sociální organizace, jeho pozitiva a negativa a nastiňuji možné cesty vyřešení nebo zmírnění negativních dopadů této problematické záležitosti. Přitom čerpám ze své téměř osmileté praxe v přímé práci se seniory, kde jsem však byla často svědkem ne příliš vstřícného postupu vůči umírajícím uživatelům tohoto typu sociální služby. Vnímala jsem především dva vzájemně se prolínající rozpory. Prvním je fakt, že senioři v převážně většině vstupují do „domova“ na základě vlastního rozhodnutí, ale v případě akutního zhoršení svého zdravotního stavu jsou bez jejich souhlasu či alespoň vědomí činěna rozhodnutí ohledně dalšího postupu. Druhou diferencí související s prvně jmenovanou, je skutečnost, že domovy pro seniory na základě Standardů kvality sociálních služeb¹ sice respektují uživatelské rozhodnutí v mnoha oblastech života a snaží se tím v nejvyšší možné míře zachovat jeho důstojnost, ale dle mých zkušeností, v případě umírání a smrti už tomu tak zdaleka není. Nemyslím si však, že by to bylo úmyslné, ale chápu to jako odraz záporného postoje společnosti ke své konečnosti. A přitom pro lidi vyššího věku jsou v první řadě podstatné dvě otázky - jak budou umírat a kde si je „smrt najde“. V první z nich řeší například, zda zůstanou v těžké hodině sami nebo zda budou na své poslední cestě doprovázeni a koho konkrétně by si přáli u sebe mít, a v druhé z nich pak přemýšlí o tom, zda to bude v nemocnici nebo ve svém domově, tedy v našem případě daném domově pro seniory, který se pro ně stal jejich druhým domovem, novým útočištěm.

¹ Příloha č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Cílem této práce tedy je přiblížit důležité aspekty kvalitní péče, které by neměly být opomíjeny a zároveň by měly být upřednostňovány při péči o terminálně nemocné a umírající seniory v domovech pro seniory. Proto jako vhodné řešení k zajištění všech stránek kvalitní péče o terminálně nemocné uživatele v domovech pro seniory pokládám zavedení systematického poskytování paliativní péče v tomto druhu zařízení. Vycházím přitom ze svých zkušeností z několikaleté praxe v domovech pro seniory, které navíc podkládám a doplňuji poznatky z odborné literatury na toto téma.

Zároveň jsem chtěla zjistit, do jaké míry jsou některé důležité rysy kvalitní péče v současné době naplňovány a do jaké míry jsou v případě terminálně nemocných a umírajících uživatelů používány některé prvky paliativní péče a co spatřují za hlavní překážky pro zavedení paliativní péče do prostředí domovů pro seniory. Pro tyto účely jsem jako prostředek použila anketu, kterou jsem prostřednictvím dotazníků adresovala pracovníkům sociálních úseků domovů pro seniory na území hlavního města Prahy, zřizovaných Hlavním městem Praha.

1. Základní fakta o stavu péče o umírající seniory a základní terminologie

V rámci činnosti Rady vlády pro seniory a stárnutí populace a jako součást plnění úkolu daného Národním programem přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 zpracoval Český statistický úřad statistická data týkající se seniorské populace² v České republice. Níže uvedené údaje jsou za rok 2010:

- obyvatelé nad 65 let tvoří 15 % z celkové populace;
- z celkového počtu seniorů jich 2,3 % žije v rezidenčních zařízeních;
- senioři v domovech pro seniory tvoří druhou největší skupinu uživatelů sociálních služeb;
- většina seniorských uživatelů využívajících sociálních pobytových služeb je zcela či částečně závislá na pomoci druhé osoby, zejména věková skupina nad 80 let je až téměř z 80 % nárokovateli příspěvků na péči;
- z úhrnného součtu všech zesnulých osob v ČR představují senioři 76 % podíl, z něhož 8 % připadá na seniory zemřelé v domovech pro seniory, tj. cca 11 % z populace osob nad 65 let;
- na domovy pro seniory připadá nejvíce zemřelých z vybraných typů zařízení sociálních služeb – 75 %;
- lze předpokládat, že pro 94 % všech přijatých seniorských uživatelů, jsou domovy pro seniory jejich posledním domovem.

V letech 2003 až 2004 byl občanským sdružením Cesta domů realizován poměrně rozsáhlý výzkum zaměřený na zjištění reálného stavu péče o umírající v projektu „Podpora rozvoje paliativní péče v České republice“. I když by výsledky této studie měly být podrobeny dalšímu podrobnějšímu bádání, v mnohém potvrzují realitu praxe paliativní péče v ČR a to i s odstupem deseti let.

Ze zveřejněných výsledků jsem vybrala ty údaje, které se nějakým způsobem dotýkají seniorské populace:

- téměř tři čtvrtiny všech úmrtí se odehrávají ve zdravotnických a sociálních zařízeních – konkrétně v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a v domovech pro seniory, což je naprosto v rozporu s preferencemi veřejnosti, která si až z 80 % nepřeje v těchto institucích zemřít,

² Senior = věk od 65 let (klasifikace stáří podle Mühlpachra)

- necelá jedna čtvrtina zesnutí nastává ve vlastním domově, přitom je ale podle Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku tento podíl pravděpodobně ještě menší a to z důvodu nesprávného vyplňování dokumentu o úmrtí,³ kde u osob zemřelých v sociálním zařízení, v němž měli nahlášeno trvalé bydliště, je v kolonce místa úmrtí uváděno „doma“, což znamená, že je s velkou pravděpodobností podíl umírajících lidí v zařízeních sociální péče až o několik procent vyšší,
- zpravidla dochází k častému převážení umírajících z jednoho zařízení do druhého, což vylučuje nepřetržitou přítomnost rodiny a blízkých osob u jejich lůžka,
- úroveň komunikace lékařů s pacienty o jejich zdravotním stavu a budoucích vyhlídkách je neuspokojivá,
- i přes určitá zlepšení právního rámce paliativní péče stále přetrvávají určité legislativní a finanční nedostatky.

Co je však podstatné, tento výzkum veřejného mínění prokázal nutnost zásadně zvýšit kvalitu péče o umírající jak ve zdravotnických tak sociálních institucích, zejména pak v domovech pro seniory. Tento požadavek je podle mého mínění stále aktuální, a proto je předmětem i této bakalářské práce.

1.1. Funkční různorodost seniorů

Heterogenita seniorské populace je velmi markantní a to jak u seniorů žijících v domácím prostředí tak u těch v ústavních zařízeních. Z heterogenity seniorů vyplývá značná různorodost problémů a potřeb, na které je během poskytování zdravotně-sociální péče nutné brát zřetel, aby nedocházelo k poklesu úrovně kvality života starého člověka.

Rozlišuje se sedm kategorií seniorů:

- Elitní senioři jsou i ve vysokém věku schopni dosáhnout extrémních výkonů a odolat extrémním zátěžím;
- Zdatní senioři mají i přes svůj věk velice dobrou fyzickou a duševní kondici, kterou si pravidelným cvičením udržují. Jejich výkonnost je často vyšší oproti výkonnosti neaktivních mladších lidí. Díky své zdatnosti také zvládají náročné aktivity denního života⁴ a snášejí dobře i náročnější zdravotnické výkony. Jejich rekonvalescence a případná rehabilitace probíhá bez větších problémů;

³ List o prohlídce mrtvého

⁴ AADL = Advanced Activities of Daily Life

- Nezávislí senioři jsou soběstační v každodenních aktivitách a nevyžadují ani zásadnější podporu od jiných lidí. Jelikož jde převážně o lidi žijící ne příliš aktivním způsobem života, jejich funkční rezervy jsou limitované a to zejména omezeným rozsahem kloubních pohybů a nízkou svalovou silou. Jejich odolnost vůči neobvyklým zátěžím jako onemocnění, operace, různé druhy kalamit apod. je snižena, což vyžaduje zásah druhých osob;
- Křehcí senioři jsou ti, u kterých riziko ohrožení náhlou dekompenzací zdravotního a funkčního stavu je velmi vysoké. Zvládání instrumentálních aktivit denního života⁵ je pro ně problematické, což snižuje jejich soběstačnost a nezávislost na druhých. V sociálních zařízeních představuje péče o tuto kategorii seniorů zvýšený dohled s prevencí a zvládním imobilizačního syndromu či delirantního stavu;
- Závislí senioři jsou ti, jejichž stav vyžaduje částečnou nebo úplnou asistenci při základních sebeobslužných činnostech, tzn. při jídle, mytí, oblékání, při používání toalety a při přesunech z lůžka a zpět. Také mají větší problémy s adaptováním se na nové prostředí či jakékoliv změny. Pokud jsou nemocní, potřebují trvalou péči;
- Zcela závislí senioři jsou trvale upoutáni na lůžku nebo mají těžký mentální deficit v podobě kvantitativní či kvalitativní poruchy vědomí. Jsou ohroženi rozvojem imobilizačního syndromu. Péče o ně vyžaduje bazální ošetřování jako například opatření proti vzniku dekubitů, aktivní zajištění hydratace, výživy apod.;
- Umírající senioři, kteří mají specifické potřeby komplexní paliativní péče.

Stanovit, do které z výše vypsanych kategorií lze jednotlivce zařadit, je možné na základě komplexního geriatrického hodnocení.⁶ Při něm se posuzuje pět oblastí:

- Osobnost daného seniora – v této oblasti se mapuje jeho životní situace, zjišťuje se jeho subjektivní hodnocení kvality života, jeho priority a rozhodnutí týkající se jeho posledních okamžiků na tomto světě, např. zda resuscitovat či nikoliv, zda v terminální fázi léčit či neléčit, jak postupovat při ztrátě soudnosti u demence apod.;
- Tělesné zdraví – vymezení základní choroby a případných chorob přidružených, posouzení jejich vlivu na zdravotní stav, vyhodnocení možných příznaků nemoci;

⁵ IADL = Instrumental Activities of Daily Living

⁶ CGA = Comprehensive Geriatric Assessment

- Funkční výkonnost neboli zdatnost – zde je posuzována stabilita a chůze, výkonnost a soběstačnost, tělesná kondice, výživa;
- Duševní zdraví – tato oblast zahrnuje určení duševních poruch, aktivní screening a vyhodnocení delirantních stavů, poruch řeči, afektivních poruch; stanovení míry psychické rovnováhy, projevů maladaptace apod.;
- Sociální souvislosti – zde je hodnocení soustředěno na množství zastávaných sociálních rolí a s tím souvisejících vztahů, na funkční náročnost a bezpečnost prostředí, a na sociální potřeby a poskytované či nárokované služby.

Z mé zkušenosti vím, že v domovech pro seniory se před přijetím potencionálního uživatele vyhodnocuje jeho soběstačnost, tělesné a duševní zdraví, jeho kondice, ale nesečkala jsem se s tím, že by byl senior dotazován na momentálně prožívanou míru kvality života, nebo na jeho přání v situaci zhoršení jeho zdravotního stavu a případné smrti, tj. resuscitovat ano či ne, léčit ano či ne. To je běžné spíše v nemocnicích, ale jen u pacientů s přesně určenou diagnózou, jako např. rakovina, a myslím si, že významnou roli zde hraje i věk. Pacientů vyššího věku se nikdo příliš neptá a nikdo se ani moc nezajímá o jejich situaci.

Uvědomuji si, že termín senior je velmi obecný a široký a proto upřesňuji, že v této bakalářské práci jsou jimi označováni ti staří lidé, jejichž soběstačnost je snížena a v důsledku svých progredujících chronických chorob jsou závislí na péči druhých.

1.2. Základní terminologie v problematice paliativní péče

Často dochází k záměně či ztotožnění některých pojmů používaných v závěru života umírajících, proto považuji za důležité vymezit pojmy běžně užívané zdravotníky.

1.2.1. Umírání

Umírání je proces završení jedinečného lidského života, tedy jeho konečná fáze, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. Je důsledkem již přítomné chronické nemoci, kdy dochází k postupnému nebo náhlému nezvratnému selhávání a poruše regulace funkčních systémů lidského organismu – onemocnění se dostává do stádia neslučitelného se životem. Toto selhání se může odehrát jak během několika minut tak až v průběhu týdnů,

řádově i měsíců. Běžná léčebná péče je nahrazena intenzivní paliativní péčí, přičemž bere na zřetel přání umírající osoby a její rodiny. Je to období, ve kterém by měla být umírajícímu poskytnuta veškerá podpora, a ve kterém by měl trpět co nejmenším pocitem dyskomfortu.

U vážně nemocných seniorů je často velmi obtížné rozpoznat a stanovit diagnózu umírání, což se v praxi může projevit zbytečným a další utrpení vyvolávajícím oddalováním neodvratného završení jejich života.

1.2.2. Terminální stadium

Terminální stav neboli období in finem, je obdobím smíření se s postupnou ztrátou svého zdraví v důsledku náhlého vzestupu vážné choroby nebo jako komplikace imobility a následek celkové sešlosti věkem s typickými geriatrickými syndromy u velmi starých a nemocných. Bezprostředně předchází samotné smrti a projevuje se trojímí druhy příznaků:

- Objektivní příznaky jako například narůstající celková slabost a únava, prodlužující se periody denního spánku, odmítání jídla a pití, nauzea a poruchy polykání, chrčivý a zrychlený dech, suché a popraskané rty, nepravidelný tep, ochlazování konců končetin, chladné uši a nos, inkontinence, poruchy vylučování moči apod.;
- Příznaky pozorovatelné ze vzhledu umírajícího - bledá až šedá kůže, studený pot, hippokratovská tvář, unavený výraz v obličeji, ztráta mimiky v obličeji apod.;
- Příznaky patrné ze změny chování, kdy dotyčný může trpět halucinacemi, ztrátou zájmu o okolí, dezorientací či neklidem, v jeho řeči je množství chyb; těsně před smrtí se může objevit euforie projevující se zvýšenou aktivitou a komunikativností, jeho vědomí se zakaluje a může dojít až ke ztrátě vědomí.

V případě, že nebude nalezena jiná léčebně ovlivnitelná příčina, lze podle výše popsaných příznaků vyhodnotit stav pacienta jako terminální fázi. Vždy by ale mělo být standardem toto vyhodnocení přiměřeným způsobem s umírajícím, případně jeho blízkými probrat, protože „stanovení diagnózy umírání vytváří nový klinický kontext péče. Cílem je umírajícímu umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit“.⁷

⁷ Sláma, Paliativní medicína, 304

1.2.3. Paliativní péče

Paliativní péče byla vždy stěžejní součástí lékařské i sociální péče a vždy zastupovala medicínu tam, kde byly její možnosti léčit omezené.

Jako samostatný obor se však začala rozvíjet až v 2. polovině 20. století a to vlivem různých faktorů. Těmi nejvýznamnějšími byly jednak změna hlavních příčin úmrtí a jednak radikální prodloužení života v průběhu posledního století a to především díky terapeutickým úspěchům moderní medicíny. Díky tomu sice žijeme déle, ale také déle a vůbec ne lehce umíráme. Trvalo nějakou dobu, než moderní medicína začala efektivně reagovat na své omezené možnosti vyléčit či alespoň prodloužit život a využila všech svých možných prostředků tišit bolest a utrpení. Nyní stále stoupá na významu a stále více se klade důraz na její rozvoj jako prioritu zdravotnické péče.

Světová zdravotnická organizace ji definovala takto:

Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, k zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých.⁸

Prevence a mírnění utrpení se provádí prostřednictvím včasné identifikace, přesným vyhodnocením obtíží a precizní léčbou bolesti i ostatních tělesných, psychosociálních a spirituálních problémů. V paliativní péči se totiž nelze zaměřit jen na pouhé tělesné prospívání, protože utrpení, kvalita života i pocit zdraví jsou velmi subjektivně prožívanými záležitostmi. Například utrpení nelze vnímat jen jako fyzickou bolest, ale také jako bolest v kterékoliv oblasti vytvářející osobnost.

„Paliativní péče se snaží zajistit, aby pacienti mohli žít svůj život smysluplným, plodným a hodnotným způsobem až do okamžiku své smrti. Význam rehabilitace ve smyslu fyzického, psychologického a duchovního blaha je nedozírný.“⁹ Přitom se opírá o tři východiska:

- Filozofické – smrt je součástí života a každý člověk tuto závěrečnou část svého života se všemi jeho fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá navýsost individuálně, tudíž paliativní péče chápe umírání jako normální proces, který usnadňuje „doprovázení“ umírajícího a nesnaží se o prodloužení života za každou cenu;

⁸ Doporučení Rec (2003), 10

⁹ Doporučení Rec (2003), 22

- Etické – bezpodmínečná a bezvýhradná úcta k člověku jako jedinečné a komplexní bytosti, ochrana důstojnosti, zajištění maximální možné kvality života a aktivity až do smrti, respekt k přáním, potřebám a hodnotovým prioritám umírajících a jejich blízkých;
- Praktické – péče o fyzické a psychické pohodlí a to prostřednictvím jak samotné ošetrovatelské péče, tak psychologické podpory ve formě aktivního naslouchání umírajícímu, věrné lidské blízkosti¹⁰ a rozvíjením otevřené komunikace; mezioborová a týmová spolupráce integrující v sobě lékařské, psychologické, sociální a spirituální aspekty péče; zajištění důstojného a vlídného prostředí; všestranná účinná opora příbuzných umírajícího; kontrola kvality této péče a nárok na ni ze strany pacienta.

Kvalitní poskytnutí paliativní péče v praxi v sobě zahrnuje:

- Expertní medicínské ošetření a léčení za použití patřičných paliativních intervencí¹¹ s bazální péčí o základní biologické potřeby, které ale důsledně dodržuje postup na základě přání a potřeb umírajícího, nikoliv na základě obecných schémat či představ ošetřujícího personálu. K tomu se využívají standardizované sestavy údajů specializované pro paliativní péči¹². Sem se řadí i péče terminální, která je součástí paliativní péče a představuje péči v období bezprostředně hrozící smrti, tzn. řádově několik hodin, maximálně dní;
- Ochranu důstojnosti;
- Podporu autonomie, participace, seberealizace a sociální role;
- Využití metod validace, interpretace a bilancování života.

Původně se paliativní péče soustředila především na terminálně nemocné a umírající onkologické pacienty a jejich rodiny, ale v současné době se již neomezuje jen na smrtelná onemocnění, ale je určena i pro „pacienty s chronickými chorobami, které lidský život bezprostředně neohrožují, ale které se mohou vyvíjet po mnoho let a nakonec mohou být příčinou smrti“¹³. Jsou to tato další onemocnění a stavy:

- Neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci či demence;
- Konečná stadia chronického srdečního, renálního nebo jaterního selhání;

¹⁰ Svatošová in Kalvach, Geriatrie, 484

¹¹ například chirurgické nebo chemoterapeutické postupy

¹² Minimal Data Set (MDS)

¹³ Ulrichová, Různé tváře, 59

- Chronická obstrukční plicní nemoc;
 - Syndrom získaného selhání imunity;¹⁴
 - Trvalý vegetativní stav;
 - Některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění jako například cystická fibróza;
 - Nevratné multiorgánové selhávání v prostředí intenzivní péče;
- a v neposlední řadě také polymorbidní geriatrickí pacienti.

Míra potřeby paliativní péče se odvozuje od potřeb terminálně nemocných pacientů. Ty jsou ovlivněny základním onemocněním, stupněm jeho pokročilosti, možnou přítomností několika dalších závažných onemocnění, věkem umírajícího, jeho sociální situací a psychickým stavem.

Podle míry potřeby komplexní paliativní péče se ukázalo jako výhodné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých specializací v situaci pokročilého stadia onemocnění. Předpokladem ale je schopnost ji s ohledem na specifika své odbornosti poskytnout. Jejimi hlavními složkami je sledování, rozpoznání a ovlivňování, co je podstatné a důležité pro kvalitu života těžce nemocného člověka, jako například léčba nejčastějších příznaků, úcta k pacientově nezávislosti, citlivost, empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, organizačně zvládnuté zajištění péče a služeb, zajištění konkrétní formy paliativní péče aj.

Specializovanou paliativní péčí se rozumí aktivní odborná mezioborová péče poskytovaná speciálně vzdělaným a zkušeným týmem odborníků složeným z lékaře, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, psychologa, pastoračního pracovníka a jiných odborníků. Pro všechny členy tohoto specializovaného týmu je tento druh paliativní péče hlavní pracovní náplní. Má několik různých organizačních forem:

- Zařízení domácí paliativní péče neboli domácí hospic či mobilní hospic – jde o péči formou návštěv týmu v domácím nebo náhradním sociálním prostředí. I přes pobyt ve svém domově, má umírající zajištěnou trvalou dostupnost péče po 24 hodin denně 7 dní v týdnu;
- Hospic je určen zejména pro pacienty v preterminální a terminální fázi nevléčitelného onemocnění. Jde o samostatně stojící lůžkové zařízení s osobitou a domácí atmosférou, maximálním soukromím pacientů a volným režimem pro návštěvy. Péče je zde silně individualizovaná;
- Oddělení paliativní péče funguje v rámci nemocnic a léčeben a poskytuje péči nemocným, kteří současně potřebují komplexní

¹⁴ AIDS (angl.) = Acquired Immune Deficiency Syndrome

paliativní péči a ostatní služby nemocnice, které pomáhají diagnostikovat a léčit další zdravotní obtíže. Je základnou pro konziliární tým paliativní péče;

- Konziliární tým paliativní péče tvoří minimálně tři členové: lékař, sestra a sociální pracovník. Tento tým funguje v lůžkových zařízeních různého typu a zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče. Působením konziliárního týmu se posiluje kontinuita péče, protože pacient může zůstat na oddělení a lůžku, kde byl doposud léčen a které zná;
- Specializovaná ambulance paliativní péče je určena pro pacienty v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Ambulance úzce spolupracuje s praktickým lékařem, pečovatelskou službou a jinými zařízeními paliativní péče. Často je součástí hospiců, oddělení paliativní péče i součástí zařízení domácí paliativní péče;
- Denní stacionář paliativní péče neboli denní hospicový stacionář zajišťuje denní „pobyt“ pacienta s nabídkou komplexní edukační, relaxační a rekreační aktivity podle pacientových potřeb a možností. V neposlední řadě je mu nabízena pomoc při řešení různorodých zdravotních problémů;
- Zvláštní zařízení specializované paliativní péče - specializované poradny a tísňové linky, zařízení pro určité diagnostické skupiny atd.

Podle ustanovení v dokumentu Rady Evropy „O organizaci paliativní péče“ by tyto formy specializované paliativní péče měly poskytnout pacientovi podporu, ať je kdekoli, tedy i v domově pro seniory. Navíc je specializovaným zařízením připisována důležitá role v podpoře ostatních zdravotníků v nemocnicích i mimo ně.

Již zmiňovaný výzkum veřejného mínění, který zjišťoval reálný stav péče o umírající v České republice, nepřinesl příliš lichotivé výsledky. Z výzkumu vyplynuly tyto skutečnosti:

- Naléhavá potřeba zkvalitnění péče o umírající – současná úroveň je kritizována veřejností a ještě kritičtěji i samotnými zdravotníky;
- Nutnost orientace na péči o umírající v jejich vlastním prostředí a v úzké spolupráci s jejich rodinami;
- Naléhavá potřeba zásadním způsobem zlepšit péči o umírající ve zdravotnických a sociálních institucích, především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v domovech pro seniory.

Poslední dvě jmenované skutečnosti byly zároveň označeny za nejpálčivější.

2. Charakteristika služeb a života v domovech pro seniory

Po přijetí nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byly domovy důchodců přejmenovány na domovy pro seniory a došlo k zániku či transformaci domů s pečovatelskou službou a domovů-penzionů. Stejně jako se změnil název zařízení pobytové služby pro seniory, změnilo se také označení seniorů, kteří v takovémto sociálním zařízení žijí. Z „obyvatel“ se stali „uživatelé sociálních služeb“, tedy klienti, kteří si sami vybírají a rozhodují, v jakém domově budou žít a jaké služby budou využívat.

Jako jiná zařízení sociální péče musí i domovy pro seniory při poskytování svých služeb splňovat a dodržovat určité, v § 88 „sociálního zákona“ stanovené povinnosti:

- Zajišťovat dostupnost informací o svých službách, cílech a poslání, o tom komu jsou služby určeny, jakým způsobem je poskytuje a jaká je kapacita zařízení;
- Podat všem zájemcům informace o jejich případných povinnostech vyplývajících z podpisu smlouvy o poskytování sociální služby a o podmínkách a výši úhrady za sjednanou službu;
- Vytvořit takové podmínky, při nichž nebudou omezována lidská a občanská práva uživatelů služby a které svým charakterem budou nakloněny k prevenci střetu zájmů mezi příjemcem sociální služby a jejím poskytovatelem;
- Průběžně vypracovávat a upravovat vnitřní pravidla fungování služeb a pravidla pro uplatnění oprávněných zájmů osob;
- Mít vypracované vnitřní směrnice týkající se podávání a vyřizování stížností uživatelů v rámci poskytovaných služeb;
- Individuálně plánovat, písemně evidovat a průběžně vyhodnocovat dosažení osobních cílů sjednaných s uživatelem;
- Vést evidenci odmítnutých žadatelů o sociální službu;
- Dodržovat standardy kvality sociálních služeb;
- Uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby.

2.1. Služby a činnosti poskytované v domovech pro seniory

Domovy pro seniory jsou službou sociální péče, která podle § 49 a § 50 Zákona č. 108/2006 Sb., nabízí možnost trvalého domova zpravidla osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. V podstatě se jedná o kombinaci funkční nezdatnosti, horšící se prognózy a nepříznivých sociálních podmínek jako je osamělost, náročné životní prostředí s bariérami, neexistence dostatečně účinných terénních služeb apod.

Pokud se při posuzování míry závislosti dojde k závěru, že senior je oprávněným žadatelem o poskytnutí této sociální služby, je přijat na základě uzavření písemné smlouvy mezi ním a daným „domovem“. Tento smluvní princip je zárukou uplatnění uživatelské svobodné vůle – stává se aktivním účastníkem sjednávání podmínek služby. Výsledkem je pak individualizovaná smlouva, která se v co největší míře shoduje s osobními cíli budoucího uživatele a zároveň tak potvrzuje jeho důvod sjednání služby.

Domovy pro seniory poskytují celodenní kontinuální péči prostřednictvím níže uvedených základních služeb:

- Poskytnutí ubytování – to zahrnuje i úklid, praní a žehlení ložního a osobního prádla;
- Poskytnutí celodenní stravy;
- Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu – jedná se o pomoc při přesunech, při oblékání, při podávání nápojů a stravy, při manipulaci se speciálními pomůckami, apod.;
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – to znamená, že poskytovatel je povinen zajistit dostupnost služeb a informačních zdrojů a maximálně napomáhat k sociálnímu začlenění uživatele;
- Sociálně terapeutické činnosti – při těchto činnostech jsou rozvíjeny osobní a sociální kompetence uživatele pro jeho lepší sociální zapojení s využitím metod psychoterapie a socioterapie;
- Aktivizační činnosti, v nichž jsou obsaženy jednak volnočasové a zájmové činnosti, jednak pomoc při obnově nebo udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a v neposlední řadě též nácvik motorických, psychických a sociálních dovedností;
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, tzn. především pomoc a asistenci při vyjednávání oprávněných zájmů uživatele seniorského věku.

2.2. Další činnosti poskytované v domovech pro seniory

Vedle výše zmíněných základních služeb jsou vykonávány další činnosti, které jsou základem bezvadného fungování každého zařízení pro seniory a které tvoří rámec těchto služeb:

- Činnost sociálního pracovníka, který zastává velmi výraznou roli jak při kontaktu se zájemci o služby tak se samotnými uživateli a jejich rodinnými příslušníky – mimo jiné vede evidenci žadatelů i stávajících uživatelů, připravuje písemné smlouvy o poskytování služby, přijímá uživatele a pomáhá mu adaptovat se v novém prostředí, je jednou z klíčových osob pomáhajících při uplatňování práv a oprávněných zájmů uživatelů služby, atd.;
- Rehabilitační ošetřování, jehož cílem je udržení stávající soběstačnosti a funkční schopnosti, a zabránění vzniku imobilizačního syndromu;
- Ergoterapie, která je zaměřena na zachování a podporu kreativity, na procvičování jemné motoriky, a zahrnuje též oddechové, pohybové a společenské aktivity, relaxaci a různé druhy terapií;
- Duchovní péče;
- Ošetrovatelská péče;
- Zdravotní péče.

Vzhledem k tématu této bakalářské práce považuji za důležité podrobněji popsat poslední dvě jmenované činnosti poskytované v rámci služeb domovů pro seniory.

2.2.1. Ošetrovatelská péče

Podle § 49 zákona o sociálních službách jsou do „domovů“ přijímáni pouze ti senioři, jejichž soběstačnost je snížena a vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Z toho pro tato zařízení sociální péče vyplývá povinnost poskytnout ošetrovatelskou péči každému z uživatelů podle jeho potřeb:

Existuje přímá souvislost mezi vysokým stupněm nesoběstačnosti, tedy závislosti klienta, a nároky na poskytovanou ošetrovatelskou péči. Platí logická úměra – čím vyšší je nesoběstačnost klienta, tím náročnější je ošetrovatelská péče a vyšší ošetrovatelská zátěž pro personál.¹⁵

¹⁵ Malíková, Péče o seniory, 127

Ošetrovatelská péče tak může tvořit v zařízeních, kde převažují uživatelé částečně nebo úplně nesoběstační, ústřední součást péče, která je realizována vlastním personálem - především pracovníky v sociálních službách a všeobecnými sestrami. Opírá se přitom o prvky geriatrického ošetrovatelství, které je právě v pobytových zařízeních pro seniory velkým přínosem z následujících důvodů:

- Respektem k odlišnostem stáří klade na uživatele seniorského věku přiměřené požadavky;
- Spolu s individuálním plánem vytváří ucelený systém činností a prvků, které přispívají k důstojnému prožívání stáří bez utrpení, strádání a omezení;
- Je prováděno ve shodě se zásadami ošetrovatelského procesu, kdy kvalifikovaná sestra na základě příznaků a celkového stavu uživatele vytváří ošetrovatelský plán;
- Koreponduje se současnými předpisy a nároky na kvalitu moderního ošetrovatelství se zřetelem na potřeby seniorů;
- Vytváří prostor vyslovit své představy o podpoře a udržování svého zdraví a soběstačnosti;
- Projevuje se zde respekt k jedinci, k jeho vůli a názorům;
- Je poskytováno systematicky, cíleně a podle plánu s ohledem na individuální potřeby každého z uživatelů;
- Prostřednictvím motivačních prvků aktivizuje uživatele služeb domova k samostatnosti v péči o svoji osobu;
- Spolupracuje s rodinou jak při péči o zdraví a při ošetrování uživatele tak při rozvoji jeho soběstačnosti;
- Minimalizuje ošetrovatelské problémy a snaží se o redukci zhoršování soběstačnosti ve všech oblastech života uživatele v zařízeních pro seniory;
- Pečuje o umírající podle zásad paliativní péče.

Podstatným úkolem ošetrovatelské činnosti je zabezpečení základních biologických potřeb, jako je příjem potravy, zajištění dostatečného příjmu tekutin a pravidelné vyprazdňování. U osob zcela imobilních je pak stěžejní pravidelné polohování, péče o pokožku s prevencí vzniku proleženin a hygienická péče o celé tělo. Další nezbytnou součástí tohoto druhu péče je prevence bolesti, vytvoření vhodných podmínek ke spánku a odpočinku a v neposlední řadě zahrnuje i péči o umírající i zemřelé. Nelze opomenout ani fakt, že zdravotní stav některých seniorů vyžaduje specifické léčebné postupy, které si žádají i vysoce kvalifikované provedení ošetrovatelských úkonů. Závažný stav uživatelů navíc vyžaduje soustavné sledování, průběžné

posuzování jejich celkového stavu, zaevidování všech změn jak fyziologických tak emocionálních a vyhodnocení možných rizik, neboť včasným zjištěním rizik se minimalizují negativní dopady na zdraví i soběstačnost uživatelů služby.

Všechny úkony poskytnuté ošetrovatelské péče jsou pak zaznamenány do ošetrovatelské dokumentace uživatele.

2.2.2. Zdravotní péče

Zajištění poskytování zdravotní péče je pro všechna pobytová sociální zařízení povinné. Tato povinnost opět vyplývá ze „sociálního“ zákona a většina sociálních organizací ji plní prostřednictvím smluv s praktickými a různě odborně specializovanými lékaři, jako například psychiatrem, stomatologem či neurologem, případně s jinými lékařskými odborníky. Druhou skupinou obstarávající v zařízení základní zdravotní péči jsou nelékařští zdravotničtí pracovníci – všeobecné sestry a fyzioterapeuti, kteří však veškeré úkony této péče mohou provádět pouze v rozsahu předepsaném lékařem na základě jeho indikace.

Obvykle v „domově“ ordinuje jeden praktický lékař na základě smlouvy s ním uzavřené. Chodí v dohodnutou ordinační dobu a jeho působení je v mnohém totožné s praxí v jeho ordinaci:

- Vyšetření uživatele;
- Kontrola průběhu zdravotního stavu a vývoj nemoci;
- Hodnocení reakcí na léčbu;
- Předepisování receptů na potřebnou medikaci;
- Vystavení poukazů na různé pomůcky;
- Vstupní vyšetření nových klientů;
- Indikace činností ošetrovatelské péče;
- Podávání informací příbuzným;
- Vystavení doporučení k jiným lékařům k provedení diagnostických či terapeutických zákroků nebo doporučení k hospitalizaci;
- Ohledání těla zemřelého.

Jak praktický tak odborný lékař si pak vykazuje provedené úkony lékařské péče, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Pokud dojde k vážnému zhoršení zdravotního stavu či akutní příhodě, je přivolán smluvní praktický lékař nebo lékařská pohotovostní služba či zdravotnická záchranná služba. Ti pak rozhodnou o dalším postupu a provedou potřebný zdravotnický výkon. Důvody k jeho provedení mohou být pouze zdravotní, nikoliv i sociální. O léčebném zásahu je pak vyhotoven záznam

ve zdravotnické dokumentaci uživatele, kde jsou chronologicky vedeny záznamy všech ošetřujících lékařů.

Největší podíl práce a odpovědnosti v zajišťování zdravotní péče seniorských uživatelů však mají především všeobecné zdravotní sestry, jejichž působnost v domovech pro seniory je zpochybňována. Nelze však popřít jejich nezastupitelnost a to z důvodu nutnosti vysoce odborných výkonů, ke kterým musí být řádně kvalifikovány a které mohou provádět jen ony.

Argumentů k zachování či dokonce ke zvýšení stavu zdravotních sester je několik:

- Velká proměnlivost zdravotního stavu u starých lidí, kdy je třeba počítat s nestabilitou a nepředvídatelnými zvraty;
- Multimorbidita, kdy u vysokého počtu uživatelů služeb domova pro seniory je diagnostikováno několik onemocnění najednou;
- Nutnost včasného rozpoznání vzniku různých záchvatových stavů, jejichž zanedbání může mít velmi závažné následky;
- Požadavek systematického pozorování, klasifikování, stanovení míry a vyhodnocování rizika a na tomto základě provádění účinných opatření;
- Znalost a zkušenost s typickými projevy seniorského věku;
- Nedostatečná kompetence, nízká úroveň vzdělání a časová vytíženost pracovníků v sociálních službách;
- Nezbytnost poskytování systematické ošetřovatelské péče podle ošetřovatelského plánu jednotlivých uživatelů služby s ohledem na jejich současné i eventuální zdravotní i ošetřovatelské problémy;
- Zvýšená náročnost ošetřovatelské péče a vyšší nároky na sledování zdravotního stavu seniora po jeho návratu z nemocnice;
- Přání či požadavek uživatelů být doléčováni v sociálním zařízení, který se pro ně stal jejich druhým domovem.

2.2.3. Historie zavedení zdravotní péče v domovech pro seniory

Nemalá část zájemců o pobyt v domovech pro seniory předpokládá automatické poskytnutí zdravotní péče. Berou ji jako klíčovou součást péče, jako něco, co bylo jejím neodmyslitelným prvkem hned od počátku fungování tehdejších domovů důchodců v poválečných letech 20. století. „Domovy“ však byly původně zřizovány jako sociální zařízení bez zdravotnické komponenty na základě zákona č. 55/1957 Sb., o sociálním zabezpečení. Ten seniorům deklaroval jistotu hmotného zajištění v rámci komplexu společenské péče.

Pro generaci seniorů té doby splňoval pobyt v sociálním zařízení představu příjemnějšího a komfortněji stráveného „podzimu života“. Přicházeli do nich

stárnoucí či staří lidé z důvodu materiálního či sociálního nedostatku, na základě vlastního rozhodnutí a v relativně dobrém zdravotním stavu. Hlavními pečovateli byli výhradně sociální pracovníci.

Situace se začala otáčet v 60. letech minulého století, kdy se životní úroveň lidí obecně zvedala a někdejší domovy důchodců budované přestavbou jiných budov začali zaostávat za zvyšujícími se požadavky na pohodlí a vybavenost bydlení. Vedle toho v průběhu několika let obyvatelé „domovů“ zestárli a s postupujícím věkem docházelo k zhoršování jejich zdravotního stavu a ke stále častějšímu výskytu nemocí. Důsledkem byly stále čtenější hospitalizace. Nemocný senior se tak stal nedobrovolným účastníkem tzv. ping-pongové strategie,¹⁶ kdy po vyléčení vážného problému byl poslán z nemocnice nebo léčebny pro dlouhodobě nemocné zpět do „domova“, aby se do nemocnice zanedlouho vrátil s jinými zdravotními obtížemi. Důvodem byla právě absence základní zdravotní péče v domovech pro seniory. Tento stav zatěžující jak samotné seniory, tak nemocnice, kde tito pacienti zabírali akutní lůžka, a fakt potvrzený praxí, že „zdravotní a sociální problémy starých lidí jsou zpravidla nedělitelné“,¹⁷ byl příčinou zavedení zdravotní péče v podobě ošetrovatelských oddělení v sociálních zařízeních pro seniory. Postupem času tak docházelo k naplňování myšlenky sociálně zdravotní a zdravotně sociální péče a personál „domovů“ se rozšířil o kvalifikované zdravotní sestry, které praktikovaly medicínu chronických stavů.

Bohužel úsporná opatření v 90. letech zasáhla i do prostředí domovů pro seniory, kdy z důvodu snižování mzdových nákladů byly propouštěny zejména zdravotní sestry, jejichž finanční ohodnocení je v porovnání s jinými pracovníky „domova“ o hodně vyšší. Na druhé straně se sice ve vyšším počtu přijímali jiní pracovníci s kvalifikací pro práci v přímo obslužné péči, ale ta je v porovnání s kvalifikací zdravotních sester daleko nižší. Navíc je celkový počet pracovníků v přímé péči velmi neuspokojivý – v některých domovech pro seniory připadá na jednoho pracovníka až 15 seniorských uživatelů.

Dalším argumentem snižování počtu zdravotnického personálu byl názor, že v „domovech“ mají sice žít potřební senioři, ale pouze z důvodů sociálních nikoliv zdravotních. Pokud jsou nemocní, patří do nemocničního zařízení, neboť domovy pro seniory mají připomínat domov a ne nemocnici. Nikdo se však příliš nezaobíral názorem samotných nemocných seniorů v domovech.

V roce 2003 se chystal návrh zákona „O zdravotní péči“, který měl být novelizací zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Záměrem této novely mělo být jasné definování pojmu „následná péče“ zavedeného právě v 90. letech minulého století, o němž se mluvilo v souvislosti i s tehdejšími

¹⁶ Haškovcová, Fenomén, 224

¹⁷ Haškovcová, Fenomén, 224

domovy důchodců, ale který nebyl nikdy ani přesně definován a ani zakotven v české legislativě. Návrh vymezoval následnou lůžkovou péči jako zdravotní péči při pobytu na lůžku, pokud pominuly zdravotní důvody k poskytování akutní lůžkové péče, ale kde je současně potřeba více než tři hodiny zdravotní péče denně. Navrhovaný zákon byl reakcí na stav a potřeby nejenom léčeben pro dlouhodobě nemocné, ale i zařízení sociální péče, především pak domovů důchodců. V nich byla v roce 2001 vykázána téměř jedna čtvrtina zcela imobilních uživatelů. Zde byl navíc zaznamenán vyšší počet úmrtí než v léčebnách. Podle tohoto zákona by tak „domovy“ byly formou péče v sociálním prostředí jednotlivce používanou především na jejich ošetrovacích odděleních.

I když tento návrh zákona nebyl nakonec přijat, přece jen se dlouhodobá zdravotní péče dočkala právního rámce zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ten rozlišuje jednak již zmiňovanou následnou lůžkovou péči a jednak nově vymezenou dlouhodobou lůžkovou péči jako: „péči poskytovanou pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit, ale bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje“.¹⁸ Do této definice tak spadají i domovy pro seniory, které v současné době poskytují téměř 43 % ze všech ošetrovatelských lůžek jak ve zdravotnických¹⁹ tak sociálních²⁰ zařízeních. Bohužel i přes tak zjevně vysoký podíl úkonů poskytované ošetrovatelské péče, je problém s jejich úhradou. Mnohé z nich nemohou být vykázány a tudíž ani proplaceny zdravotními pojišťovnami, pokud neobsahují či nesplňují jimi předepsané složky.²¹

Je to důsledek komplikovaného financování z více zdrojů, které navíc vyžaduje důsledné rozlišování aspektů a prvků zdravotnických služeb od služeb sociálních. Přitom je ale opomíjen fakt, že zdravotní a sociální potřeby uživatelů sociálních služeb, v tomto případě seniorů v domovech pro seniory, se prolínají a jsou vzájemně provázané, tedy je nelze oddělovat.

S touto skutečností již počítá na schválení čekající návrh zákona o dlouhodobé péči,²² který by právně zabezpečil kombinované poskytování zdravotních a sociálních služeb v jednom logickém rámci v souladu se stávajícími zákony – zákonem o sociálních službách a zákonem o zdravotních službách, v jejichž rámci bude poskytovatel povinen plnit standardy kvality

¹⁸ podle § 9, písmena d)

¹⁹ Nemocnice následné péče, léčebny pro dlouhodobě nemocné, hospice

²⁰ Domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem

²¹ nositel výkonu (sestra), technické podmínky, spotřebovaný materiál či léčivo, čas trvání

²² označována též jako péče zdravotně-sociální, péče sociálně-zdravotní nebo jako péče ošetrovatelská, v angl. jako long term care

vycházející ze systému obou resortů. Konečně by se tak uznal stejný podíl důležitosti uspokojování jak zdravotních tak sociálních potřeb uživatelů seniorského věku v situaci snížené soběstačnosti způsobené zhoršením zdravotního stavu. Současně by příjemce této péče opravňoval podílet se na rozhodování a způsobu řešení svých zdravotně sociálních potřeb.

V domovech pro seniory by se to především týkalo péče o seniory se stupněm závislosti III a IV, kteří jsou trvale závislí na cizí pomoci, potřebují pomoc v základních sebeobslužných aktivitách, služby jim poskytované musí být individualizovány a zároveň jejich zdravotní stav vyžaduje kvalifikovaný zdravotnický dohled a ošetrovatelskou péči.

2.3. Postavení seniora v zařízení sociální péče

V průběhu posledních více než dvaceti let doznal původně kasárenský a odosobněný styl tehdejších domovů důchodců značných změn pozitivního charakteru. Lze jej popsat jako „vpád domova do domovů – otevřely se světu a svět byl vpuštěn do nich“.²³ Jejich hlavním cílem je co nejvíce přizpůsobit režim potřebám uživatelů ve všech jimi poskytovaných službách, a snaha vytvořit co nejpřirozenější prostředí, které zároveň poskytuje ochranu soukromí, osobnosti a důstojnosti. V praxi to znamená, že je čím dál tím více upřednostňován individuální přístup, je kladen důraz na přání a specifické potřeby seniora téměř ve všech oblastech života a je mu poskytováno stále více prostoru samostatně se rozhodovat v rozličných záležitostech, aby se tím snížila jeho závislost na pomoci druhé osoby.

Projevuje se to již při sjednávání jednotlivých služeb a podmínek, kdy budoucí uživatelé jsou rovnocennými účastníky při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby. Smlouva podepsaná oběma stranami je pro uživatele služeb domova zárukou oprávněného požadavku předem sjednaného rozsahu služeb a pro poskytovatele je závazkem k bezpečnému a kvalitnímu poskytování služeb. Z toho vyplývá, že každá smlouva je vytvořena na míru pro každého z uživatelů.

Přijatý senior si pak smí do svého pokoje, jehož typ měl možnost si předem vybrat, přinést drobné doplňkové vybavení nebo dokonce i svůj vlastní nábytek, pokud to ale poskytovatel umožňuje. Přitom je u každého uživatele kladen velký důraz na respektování jeho soukromí, především pak na dvou a více lůžkových pokojích.

Dále si senior může podle potřeby určit způsob stolování, zda ve společné jídelně spolu s ostatními nebo ve svém pokoji. Stravování ve společné jídelně

²³ Haškovcová, Fenomén, 236

musí být umožněno všem, kteří o to projeví zájem bez ohledu na jejich stupeň imobility. Zároveň jsou respektovány uživatelské stravovací návyky a bere se ohled na jeho osobní přání.

Dalším právem volby, které je zařízení povinno akceptovat, je i výběr svého praktického lékaře. Navíc by mělo uživateli pomoci organizačně zajistit lékařské návštěvy. Tato možnost je alespoň podle mého názoru ne příliš využívána. Uživatelé souhlasí s přijetím smluvního lékaře zařízení, ale domnívám se, že je to často i tím, že o možnosti této volby nejsou dostatečně informováni.

Nejsou opomíjeny ani duchovní potřeby uživatelů, které jsou zjišťovány při jeho nástupu do domova a podle jeho potřeb a požadavků je příslušně informován o formách a druzích duchovní péče. Ať už je senior příslušníkem či stoupencem jakéhokoliv náboženského vyznání, organizace je povinna zajistit službu podle konkrétního požadavku. Tím vyjadřuje respekt k náboženské a duchovní orientaci každého z uživatelů.

Domovy pro seniory mimo jiné nabízí širokou škálu volnočasových aktivit, pořádají mnoho kulturních a společenských akcí, organizují různé výlety a snaží se o větší zapojení svých uživatelů do veřejného života.

K této proměně velkou měrou dozajista přispělo povinné zavedení standardů kvality sociálních služeb, jež přesně vymezují jak povinnosti při poskytování dané služby tak povinnosti vůči uživateli sociální služby a jsou zárukou ochrany a dodržování práv uživatelů seniorského věku.

Standardy mimo jiné ukládají povinnost individuálního plánování, konkrétně prostřednictvím standardu č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby. Výsledkem je individuální plán pro každého ze seniorů žijících v domově. Kromě toho, že zohledňuje jejich potřeby, aktuální situaci, požadavky i změnu požadavků, je jeho dalším velkým kladem aktivní účast uživatele služby na tvorbě plánu a dává mu pocit, že veškeré jím prováděné činnosti a úkony jsou prostředkem k dosažení jeho osobního cíle.

Individuální plánování se stanovením osobního cíle tak vedle výše zmíněných pozitiv zajišťuje seniorům:

- Individualizovaný, holistický přístup;
- Možnost úprav režimu podle uživatelských dřívějších návyků a aktuálních potřeb, které se odvíjí například od jeho zdravotního stavu či různých osobních důvodů;
- Dostatečnou a trvalou informovanost o službách domova;
- Vyšší důvěru ke svému novému domovu a k pracovníkům v něm;
- Dodržování lidských práv uživatele;
- Nový a bezpečný prostor k prožívání další etapy života;

- Podporu samostatného vykonávání některých činností a vyvíjení vlastní iniciativy podílející se na dění v domově;
- Zvýšený respekt uživatele služby k pečujícímu personálu;
- Napomáhá k sociálnímu začlenění seniora;
- Spokojenost s nabízenými službami a s přístupem personálu k uživateli jako k rovnocennému partnerovi při prováděných službách;
- Vyšší pocit sounáležitosti, jistoty, důvěry a bezpečí;
- Pocit vlastní hodnoty, který je důležitý pro sebevědomí starého člověka;
- Zachování jejich důstojnosti.

2.3.1. Úskalí pobytu v domovech pro seniory

Vstup seniora do „domova“ je otevřením nové, pro jeho další život velmi významné etapy. Každý je schopen se s takovou změnou vyrovnat různým způsobem a různě rychle. Závisí to na síle vazby s původním domácím prostředím, na míře smíření s odchodem do zařízení a na síle pocitu zásadního životního zlomu. Každopádně toto rozhodnutí je obvykle založeno jen racionálních důvodech – odchod do domova pro seniory je brán jako nutnost, jako důsledek nedostatku možností a sil udržet si dosavadní status. Nejčastějším důvodem je zhoršení zdravotního stavu, které má vliv na úroveň sebeobsluhy a soběstačnosti. „Motivace typu, „když už nic jiného nezbývá“, ztěžuje adaptaci na nové prostředí, protože je apriorně chápáno jako důkaz úpadku, jako významně horší alternativa, z níž není úniku.“²⁴

Každé zařízení pro seniory má tak jeden ze svých zásadních úkolů – vytvořit vhodné podmínky pro co nejplynulejší přechod z domácího prostředí seniora, dát mu potřebný čas k adaptaci a nejrůznějšími způsoby mu ji usnadnit. Přitom je velmi klíčové brát v úvahu určitá úskalí a zátěže, jež starého člověka na jeho cestě přijetí nového domova čekají a jež mají vliv nejen na jeho prožívání, rozumové schopnosti a chování, ale i na jeho zdraví. Těmi nejčastějšími jsou:

- Vědomí ztráty osobního zázemí, známého teritoria a s ním spojené identity vnímané starým člověkem jako ohrožení z důvodu pozbytí jistoty orientace a pocitu bezpečí vlastního prostředí;
- Potvrzení ztráty autonomie a soběstačnosti, což starý člověk vnímá jako následek postupného úpadku své osobnosti;
- Vnímání přestupu do domova pro seniory jako signál blížícího se konce života, jako jeho poslední fázi před smrtí, tzv. jako svoji „poslední štaci“, což se odráží ve zhoršení emočního ladění v podobě deprese,

²⁴ Vágnerová, Vývojová psychologie, 422

apatie, ztráty smyslu své existence a vyhasnutí naděje – senior nemá žádná pozitivní očekávání a výsledkem může být až rezignace na jakýkoliv další život;

- Pocit sociální izolace především u imobilních či jinak handicapovaných uživatelů;
- Ztráta soukromí způsobená jak personálem, tak spolubydlícími;
- Úzkost, pocit nejistoty a pocit ztráty bezpečí;
- Různé psychicky podmíněné zdravotní stesky jako zhoršení chronické bolesti, závratě, nespavost, nechutenství, zácpa apod.;
- Konfliktnost;
- Pocit prázdnoty a neúčelnosti;
- Ztráta kompetencí, která může mít za následek vypěstování zbytečné nesoběstačnosti, pasivity a syndrom naučené bezmocnosti;
- Zhoršení zdravotního stavu.

Navíc v každém režimovém prostředí, jakým bezesporu domovy pro seniory jsou, hrozí nebezpečí popření osobnosti a je to i prostředí, v kterém často dochází ke střetu zájmů, tzn. zájmy a potřeby seniorů v domově jsou v rozporu se zákonitostmi a nároky skupinového života domova.

2.3.2. Charakteristika problematiky umírání v domovech pro seniory

Podle statistických údajů jsou domovy pro seniory zařízením sociální péče s nejvyšším podílem zesnulých uživatelů. Současně jsou vedle nemocnic a léčeben pro dlouhodobě nemocné nejčastějším místem umírání. Přesto péče o pokročile a terminálně nemocné seniory v nich postrádá jakoukoliv legislativní platformu, tudíž není nijak systematicky zajišťována.

Většina zařízení pro seniory se vyznačuje absencí prostoru k vyjádření vlastního rozhodnutí uživatele o dalším postupu v léčbě a péči, pokud dojde k závažnému a nezvratnému zhoršení jeho zdravotního stavu, které může vést až ke smrti. Nějak se totiž stále opomíjí, že domovy pro seniory jsou v drtivé většině poslední stanicí před neodvratným naplněním koloběhu lidského života, že je to jediný a poslední domov, který jim může poskytnout bezpečí a jistotu. Nesmí být opomíjen fakt, že přicházejí ze svého přirozeného prostředí a musí si zvykat na mnoho nových podmínek – jiná časová struktura činností, určité přizpůsobení domovnímu řádu, nové prostory, noví lidé, spolubydlíci atd. Navíc schopnost adaptace s přibývajícím věkem klesá a zpomaluje se. Odvíjí se podle osobnosti, zdravotního stavu, úrovně mentálních schopností, okolnostmi přestěhování, spokojenosti v novém bydlišti a náročnosti nového bydliště. Přejít do sociálního zařízení, který lze charakterizovat jako dramatickou změnu životního způsobu spojenou se strachem z neznámého a anticipační úzkostí, je proto pro lidi vyššího věku někdy až život ohrožující –

úmrtnost starých lidí se může pohybovat od 30 až do 70 %. Na personálu „domova“ pak je, aby přechod z domácího prostředí byl co nejpřirozenější, co nejméně bolestný a podle možností i co nejrychlejší, tedy aby se nově příchozí uživatelé co nejlépe adaptovali v novém prostředí. Je to však vždy velmi individuální a v drtivé většině případů je to záležitost minimálně několika měsíců, ale v některých případech i několika let. Pokud se během adaptace nevyskytnou žádné komplikace a zařízení se aktivně podílí na jejím podporování, senior si postupem času na nové prostředí zvykne, naváže kontakty s ostatními uživateli a s personálem, začne se v zařízení orientovat a stejně tak si i přivykne na nastavený denní řád. Jeho důvěra v nové prostředí a v pečující personál časem stoupne a nově příchozí senior tak nabude pocit jistoty.

V případě náhlého nástupu nemoci a kritického zhoršení zdravotního stavu však může být tento pocit jistoty a bezpečí velmi snadno oslaben - uživatel se dostane do pozice úplné závislosti na pomoci a také na rozhodnutí zdravotnického personálu. Stále je totiž v mnoha zařízeních sociální péče upřednostňován medicínský přístup s jeho důrazem na nemoc a paternalistickým vztahem k člověku, který je naprosto běžnou praxí v zařízeních nemocničního typu. V domovech pro seniory se to projevuje například při rozhodování o nutnosti hospitalizace, kdy je uživatel zcela vyřazen z diskuse a ztrácí tak příležitost i prostor pro vyjádření svých přání a potřeb v případě nezbytného pobytu v nemocničním zařízení. Jsou nepochybně případy, kdy se vše odehraje tak rychle, že ani není čas přemýšlet o dalším postupu v léčbě. Jsou však případy a ne ojedinělé, že uživatel doslova „pendluje“ mezi nemocnicí a domovem – v takových situacích se mluví o dystanázii neboli zadržené smrti. Všem je jasné, jaká je prognóza, ale povinnost léčit je uplatňována za každou cenu, aniž by bylo přihlíženo na jeho přání. Výsledkem je, že senior po tomto martyriu nakonec stejně umírá v nemocnici sice o několik dní později, ale přesto nakonec neodvratně. Je pochopitelné, že zdravotnický personál sociálního zařízení má odpovědnost za zdraví uživatelů a že není lehké rozhodnout, zda v léčbě pokračovat či ne. Ale na druhé straně je opomíjen fakt, že i přes veškeré úsilí zdravotnického personálu jak v nemocnicích, tak v domovech a zároveň bez zjevných objektivních příčin dochází k zhoršení zdravotních obtíží právě v důsledku hospitalizace – zpravidla tomu předchází negativní změna emočního ladění vyvolaná anonymitou nemocničního prostředí, v němž se starý člověk dostává do neosobní role pacienta, a současně s tím se aktivizují různé obranné reakce. Také nejsou příliš často zohledňována seniorova přání, chybí prostor pro možnost vyjádřit se k situaci a umění empatie je omezeno jen na záležitosti týkající se „nového“ života v domově.

V nemocnicích se paternalistický přístup projevuje zjevným redukováním pacienta na pouhý objekt péče, kdy převažující hodnotou vztahu lékaře a hospitalizovaného seniora je „odstranění symptomu nemoci ve stylu opravy toho, co nefunguje“.²⁵ Cokoliv, co nesouvisí s léčbou, jako například zajištění práv nebo zohlednění individuálních potřeb v jejich komplexnosti, je bráno jako nepodstatné a nedůležité. Tento přístup se váže s chápáním pacienta vyššího věku „jako bytost, která potřebuje pomoc, je závislá na péči jiných a v zásadě neschopná pro sebe něco udělat nebo o sobě rozhodovat“.²⁶

Nadto je zcela „samozřejmé“, že seniori v případě přidruženého akutního onemocnění vyžadujícího bezprostřední pomoc jsou přijímáni na běžná oddělení jako ostatní dospělí pacienti a v průběhu jejich léčby je postupováno standardně bez ohledu na jejich specifické potřeby, což pro ně není výhledově optimální. Proto se často objevují komplikace jako zpoždění vhodného lékařského zásahu z důvodu podcenění atypické geriatrické symptomatologie a dochází k častým pochybením vyplývajících jednak z neznalosti specifické geriatrické problematiky a jednak z nedostatečného vyhodnocení smyslových, mentálních a pohybových omezení a rizik nemocného seniora.

Dalším problémem spojeným s hospitalizací je jednání a zacházení s pacienty seniorského věku, a to zejména u pacientů při dlouhodobé hospitalizaci zapříčiněné vážným zdravotním stavem, kdy dochází ke ztrátě většiny sociálních rolí i kontaktů a kdy dotyčný jedinec „přestává být aktivním činitelem v životě jiných lidí“.²⁷ Stává se pak, že se ke starému nemocnému člověku přistupuje jako k mrtvému i přesto, že je klinicky i biologicky stále naživu – tomuto jevu se říká sociální smrt. Tento postoj se odvíjí od vnímané sociální hodnoty ze strany lékařů a ostatního zdravotnického personálu, tzn. míra kvality péče věnované pacientovi je závislá na jeho věku, zdravotním stavu, vzdělání, povolání, společenské pozici, etnické příslušnosti, osobnosti i vykonané práci. Shrnutím všech údajů lze vyvodit stupeň tzv. sociální ztráty – čím je nižší tím je nižší i věnovaná pozornost, snaha a péče. Z toho je zřejmé, že starý člověk, jehož domovem je sociální instituce může být v nemocnici vyhodnocen jako člověk s nízkou sociální ztrátou neboli jako člověk s minimální užitečností pro společnost.

Výsledek takového přístupu má pak dvě podoby, z nichž však ani jedna není lichotivá. V „lepší“ verzi se senior vrací do zařízení zpět sice vyléčen z akutního, život ohrožujícího onemocnění, ale se syndromem geriatrického hospitalismu, mezi jehož projevy se řadí:

²⁵ Štegmánová, Havrdová, Hodnoty v prostředí, 49

²⁶ Vágnerová, Vývojová psychologie II, 427

²⁷ Johnstonová, Principy a praxe, 371

- maladaptace na změnu prostředí;
- úzkost a deprese;
- stavy zmatenosti s náhlým poklesem pozornosti a poznávání okolí, s poruchami myšlení až změnami vědomí;
- snížený pocit důstojnosti, sebedůvěry a sebehodnocení, který může vést až k rezignaci;
- pokles funkční zdatnosti a výkonnosti, které významně ovlivňují soběstačnost;
- vznik imobilizačního syndromu z důvodu nadměrného utlumování léky – proleženiny na různých částech těla, zkrácené svalstvo, apod.;
- rozvoj malnutrice;
- poruchy vyměšování – např. vznik inkontinence;
- celková zanedbanost.

V té horší umírají v nemocnicích, zcela opuštěni bez jakékoliv opory, v cizím a neosobním prostředí, mnohdy bez lidí, které znají a kteří znají je.

3. Kvalita života

Současný koncept kvality života ve stáří se vyvinul pozvolna a postupně od pouhé materiální pomoci zajišťované církví, přes rozvoj jednak složitějších forem zdravotní péče zdůrazňující zachování hodnoty zdraví, a jednak sociální pomoci vyvíjející se od domovského práva, zavedením důchodového zaopatření až po sociální služby. Klade důraz na tradiční křesťanské hodnoty, jako je respekt a úcta k lidské bytosti a přitom se opírá o koncept práv a navazujících práv a svobod různých ohrožených skupin.

Konkrétní míra kvality života se odvozuje podle toho „jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“.²⁸ Tento výrok lze doplnit jednou z definic, která ji vymezuje jako „relativní pojem, který odráží subjektivní pocity člověka spojené s prožitkem štěstí, životní pohody, ale i zdraví, naplněném potenciálu osobního rozvoje a smyslu života“.²⁹ Prožitky štěstí a životní pohody v sobě zahrnují potřeby jako být užitečný, mít možnost a svobodu rozhodovat sám o sobě a mít pocit svázanosti s jinými lidmi. Všechny tři společně jsou nezbytné pro pocit sebeúcty, která je základem celkové spokojenosti člověka. Pokud však nejsou naplňovány a není to ani umožňováno, může to zapříčinit až ztrátu smyslu života. Z toho vyplývá, že otázku kvality života nelze omezovat pouze na fyzickou funkční schopnost člověka a že ji nelze odvodit jen z úsudků okolí, ale že je to něco, co může vymezit jen člověk sám a co se navíc postupem času může zcela podstatně změnit.

Tento novodobý proud v oblasti péče o seniory z konce 90. let důsledně upozorňuje na existenci individuálních potřeb a zájmů seniorů, čímž vyvolává určité pnutí v zaběhnuté praxi institucionální péče, která je stále ve většině případů poskytovaná rutinně. Snaží se o demedicinalizaci, která je podmínkou vzniku konceptu aktivního stáří.

Bohužel převládají sklony vnímat kvalitu života jen jako dodržování standardů kvalitní péče v systémově řízené péči, nikoliv však jako skutečnou kvalitu života nemocného.

Pečující kladou větší důraz na uspokojování biologických potřeb, menší pak na saturaci psychosociálních a nejmenší důraz je kladen na potřeby spirituální. Co se v poskytování péče téměř nezohledňuje, jsou životní hodnoty osob přijímajících péči. Poskytování péče je zcela jistě ovlivněno masivním využíváním nejmodernějších technických pomůcek, časovou limitací výkonů, nárůstem administrativy a složitou politickou a ekonomickou

²⁸ definice Světové zdravotnické organizace in Haškovcová, Thanatologie, 161

²⁹ definice Janečková in Štegmánová, Havrdová, Hodnoty v prostředí, 53

situaci ve zdravotnictví. Nicméně je potřeba brát v úvahu i jiné hodnoty, než jsou finance, čas a perfektně provedený výkon.³⁰

3.1. Kvalita života nemocného či umírajícího seniora

Mnohé asi překvapí, když se o kvalitě života mluví v souvislosti s umíráním starého člověka, u kterého selhala jakákoliv možná léčba, čímž se jeho perspektiva zužuje k neodvratnému konci – smrti.

Je to ale především proto, že vedle vnějšího vnímání této „bídy“ je zcela opomíjeno subjektivní hodnocení samotného umírajícího. Ošetřující personál nebo rodinní příslušníci hodnotí celou situaci pouze z vnějšku a měřítkem je jejich plné zdraví. Proto v případě seniora zcela upoutaného na lůžku, závislého na pomoci ve všech úkonech a situacích, jehož vědomí je zastřené či změněné, je snadné se domnívat, že jeho kvalita života je velmi nízká nebo dokonce žádná, že jeho další život nemá už prakticky smysl a že by bylo pro dotyčného nejlepší, kdyby smrt vzala za co nejkratší konec, tzn. kdyby jeho utrpení co nejdříve skončilo. Tuto situaci velmi výstižně popisuje Heinrich Pera:

Nemocný se mění a obrací se do svého nitra. Barvy vnějšího světa pro něho blednou. Při pohledu zvenčí vykazuje nezáměr, což si okolí často vykládá jako ztrátu vitality. Jeho tvořivost, vitalita a schopnost zvládat úkoly jsou však stejné jako dříve – jenom už příliš nevystupují na povrch. Nemocný se podobá starému a sešlému domu, kterému hrozí zřícení. Ale uvnitř – tam proudí život! My však vidíme jen cáry, zlomky a fragmenty.³¹

Z toho je zřejmé, že umírající může mít zcela opačný názor. Prožívání a postoj k svému utrpení a obtížím může být naprosto v rozporu s jeho skutečně vážným zdravotním stavem. I přes všechna úskalí a bolest mu může na jeho životě velmi záležet a spatřovat v něm smysl. A tak i když kvalita jeho života má značně zredukovanou podobu, pro dotyčného je nesmírně cenná. Nemělo by se zapomínat na to, že je to především jeho život a že i zanedbatelná maličkost může být pro umírajícího zdrojem velké radosti či uspokojení. A pokud je kvalita života definována také jako osobní pohoda, je potřeba o ni pečovat v každém okamžiku života, tedy i v jeho finální části.

³⁰ Rohanová, Holmerová in Havrdová, Hodnoty, 130

³¹ Pera, Nemocným nablízku, 123

3.2. Potřeby ve stáří

Kvalita života souvisí s mírou uspokojování biologických, psychosociálních a spirituálních potřeb, které jsou základním motivačním prvkem chování člověka. Díky nim se člověk lépe přizpůsobí změnám prostředí a na druhé straně přispívají ke změně prostředí. Znamená to, že vznik a průběh potřeb není izolovanou záležitostí, ale že jsou ovlivňovány a zároveň ovlivňují hodnoty, názory a pocity.

Udržují rovnováhu jak uvnitř organismu, tak mezi člověkem a prostředím. Pokud je tedy uspokojování potřeb v nerovnováze vyvolává to v člověku napětí a současně energii, která se soustředí na znovuoživení životní rovnováhy neboli splnění přání a životních hodnot. Takový nerovnovážený stav může mít mnoho příčin – v případě seniorů a zvláště těch v zařízení sociální péče je vyvolán především věkem, nemocí či náročnou životní situací jakou je například přestěhování se do nového prostředí. To jsou situace, kdy je narušena nejen integrita starého člověka, ale i rovnocenný vztah s vnějším prostředím. Projevem je frustrace, která může vyústit až v agresi. Obecně se totiž předpokládá, že senioři strádají pouze z neuspokojování základních tělesných a fyziologických potřeb, nikoliv z potřeb na psychosociální či dokonce spirituální úrovni. A proto i přes důraz na stejnoměrnou saturaci všech potřeb, stále je pozornost zaměřena prioritně a v mnoha případech pouze na biologické potřeby, tedy na zajištění náležité výživy, pitného režimu, pravidelného spánku a odpočinku, na péči o osobní hygienu a čistotu prostředí, na mírnění bolesti a utrpení. To platí o to více, čím je senior křehčí, nemocnější a nezdatnější - je zde vyšší riziko redukování potřeb pouze na ty biologické, i když to není plánovité. Často se zapomíná, že i velmi staří terminálně nemocní senioři a senioři s pokročilou demencí mají také své vyšší potřeby, které jsou zmíněny v následující kapitole.

Psychosociální potřebou je pocit bezpečí a jistoty, který je především u méně soběstačných seniorů spjat s posílením vztahu k pečující osobě, neboť ztráta původního domova, který představoval určitou jistotu, je pro starého člověka velice psychicky zatěžující. Může se pak cítit odložený a opuštěný, a hledá tak náhradní citové uspokojení ve vztahu k někomu z pečujícího personálu domova. Jde vlastně o potvrzení jistoty, že bude o něj velmi dobře postaráno kompetentním ošetrovatelským a zdravotnickým personálem.

Třetí úroveň potřeb s přízviskem společenské či sociální reprezentují citové vztahy – lásku, přijetí, důvěru a spolupatříčnost, které jsou nezbytné pro kohokoliv, osamělé a na pomoci závislé seniory nevyjímaje. Tato potřeba může být velmi silně pocíťována při hospitalizaci seniora, násobně pak u hospitalizovaného uživatele služeb domova pro seniory. Právě zde je ze strany nemocného ještě více vyžadován respekt ke své osobě prokazovaný

trpělivým nasloucháním všech jeho potřeb a nářků a je pro něj znamením porozumění a pochopení.

Stále je zanedbávána čtvrtá úroveň pomyslné pyramidy potřeb³² - uznání a úcta, a to především ve smyslu respektu k autonomii uživatele, která představuje právo na sebeurčení, právo rozhodovat sám za sebe ve všech záležitostech a situacích, tedy i o okolnostech neodvratného konce svého života.

Nejvýše pak stojí potřeba seberealizace, která člověka motivuje vydat ze sebe co nejlepší a při které se snaží o naplnění svých cílů, plánů a představ. Může mít podobu vlastní tvorby – rukodělné práce apod., nebo obdarovávání někoho tím co vytvořil nebo co si celý život schraňoval. Ale pro většinu seniorů je cílem jejich snahy zůstat co nejdéle soběstačný a co nejvíce užitečný pro své okolí, což může být v prostředí zařízení sociální péče velice těžko splnitelné nebo udržitelné.

Nad všemi úrovněmi potřeb je pak jejich absolutní vrchol – sebetranscendence neboli duchovní potřeby, které zahrnují osobní růst a rozvoj, smíření se sebou a svým životem, hledání odpovědi smyslu svého života, ale i smrti, a v neposlední řadě rozvíjení vrcholných zážitků a nalezení duševního pokoje uspokojováním náboženských potřeb.

3.2.1. Postoj seniorů ke smrti a umírání

Otázky kolem smrti a umírání jsou postmoderní společností vytěšňovány. Místem umírání je v převážné většině případů instituce zdravotnického či sociálního charakteru. Smrt byla „vytržena“ ze svého přirozeného prostředí, bylo ji odňato její soukromí a stala se něčím okrajovým, co se příliš netýká běžného lidského života a co postrádá jakýkoliv pozitivní význam a užitek.

Tento postoj obsahuje tři složky:

- citový vztah ke smrti, který je obvykle vyjádřen strachem a úzkostí, případně i jinou emocí – apatie, rezignace, ale i touha, a představuje **emoční** odmítání smrti;
- rozumová složka, která chápe smrt jako logický a nevratný konec života. Zahrnuje vědomosti o umírání a vlastní zkušenost se smrtí, která je však bohužel minimální z důvodu nezájmu, odporu, ale i nedostatku příležitostí;
- chování jako výsledek poměru předchozích dvou složek.

³² Hierarchie potřeb podle Maslowa

Poměr emoční a racionální složky vyjadřuje vztah člověka ke smrti. Obecně se dá říci, že jsou ve vzájemném konfliktu a to ve prospěch **emocionálně** laděného vztahu k umírání.

Vztah ke smrti se mění v závislosti na věku, na zkušenostech. Čím vyšší je hodnota obou veličin, tím častěji má člověk sklon zabývat se svojí smrtelností. Když člověk zestárne, není pro něj už tak těžké o smrti mluvit a ani reakce na závažné zhoršení zdravotního stavu naznačující riziko konce života nevyvolává tolik vypjatých emocí jako u mladší generace. Samozřejmě to souvisí i s osobností starého člověka – vyžralá osobnost je připravená přijmout vlastní konečnost. Vedle toho hraje svoji roli také celková kondice a sociální podmínky, tzn. že pokud zdravotní stav seniora je celkově nepříznivý a současně je jeho domovem nějaké sociální zařízení jako například domov pro seniory, jeho potřeba popírání smrti je velmi nízká. Naopak, smrt se stává jedním z ústředních témat rozhovorů, což je také jejich způsob jak se se smrtí vyrovnat a ulevit svým obavám. Obvykle mluví o úmrtí svých vrstevníků, případně se rádi účastní pohřbu. I to je jeden ze způsobů, jak dochází ke smíření, k akceptaci perspektivy konce života. Velmi staří lidé dokonce pociťují touhu zemřít v důsledku negativní bilance svých budoucích vyhlídek. Bohužel jejich otevřenost k diskusi k tomuto tématu není sdílena lidmi okolo nich, ať už se jedná o rodinné příslušníky nebo ošetřující personál v nemocnicích a v domovech pro seniory.

I když v postoji starých lidí k umírání převažuje složka emotivní, neskrývá v sobě obavu ani tak ze své smrtelnosti jako především strach z utrpení, které může umírání „doprovázet“. Přejí si, aby nemělo dlouhé trvání, což by jinak pro ně znamenalo setrvávat v degradující situaci, která s sebou přináší ztrátu autonomie, bezmocnost, úplnou závislost a bolest, ale také úbytek soudnosti s možností kontrolovat, co se s nimi děje. Bojí se, aby neztratili své Já, což by mohlo zapříčinit nedostatek vůle, respektu a úcty k jejich osobnosti ze strany druhých lidí.

Z této skutečnosti a nahlížení smrti jako završení života vyplývá potřeba kontroly nemocných seniorů nad koncem svého života, která se projevuje v podobě různých přání a nároků, jimiž si sami „organizují“ svůj nevratný odchod ze světa. Realizací těchto požadavků je však ve většině případů již pověřen někdo z blízkých.

Starý člověk na konci svého života předává své materiální i psychické vlastnictví a akceptuje proměnu své existence. Smrt ukončí pouze jeho fyzické bytí, ale na symbolické úrovni bude přítomen i nadále: ve vzpomínkách blízkých lidí, prostřednictvím vlastního

potomstva i toho, co v životě vytvořil. Takovým způsobem je zajištěna kontinuita jeho existence na jiné úrovni.³³

V domovech pro seniory je však důležitost „posledních věcí“ opomíjena. O otázkách smrti se personál raději ani nezmiňuje a pokud přece jen na toto téma přijde řeč, je odbyto nějakou výmluvou nebo formálními, nereálnými útechami. Při akutním zhoršení zdravotního stavu nemají uživatelé moc příležitostí a „vyhrazeného prostoru“ vyslovit svá poslední přání – buď jsou okamžitě převezeni do nemocnice, kde má péče zcela jiné priority, nebo je na zjišťování přání a jejich následného zajišťování příliš pozdě a nebo ani nikoho nenapadne, že umírající uživatel vůbec nějaká přání má. Stává se tak velmi často, že uživatel umírá aniž by měl jakoukoliv možnost vyřešit si nějaké osobní záležitosti, smířit se s někým či vyslovit svá přání, natož aby byla zaručena saturace potřeb významných v posledních okamžicích jeho života.

3.2.2. Potřeby umírajících seniorů

„Ten, kterého nazýváme „umírajícím“, je ve skutečnosti stále živý. Až do konce svého života má potřeby, jež je třeba uspokojovat, zvláště potřebu netrpět. Má právo, abychom s ním i na konci jeho života zacházeli jako se svobodnou a odpovědnou bytostí.“³⁴ Proto aby byla zajištěna co možná nejvíce udržitelná úroveň kvality života křehkých a závislých starých lidí, je důležité znát jejich očekávání a potřeby a při zhodnocení jejich fyzických a psychických možností jim dopomoci je uskutečnit. Některé výše uvedené potřeby ubývají v bezprostřední blízkosti smrti na významu, některé z nich nejsou vyžadovány vůbec – ztrácí za takovýchto okolností svůj smysl, jiné však mají nejvyšší důležitost:

- potřeba citové jistoty a bezpečí, která může být tím silnější čím více je pociťován úbytek kompetencí a energie. Jde o požadavek projevit své pocity, potvrdit si vztah se svými nejbližšími a případně se někomu svěřit či něco předat;
- potřeba zachování sebeúcty při úzkostném prožívání některých aspektů smrti;
- potřeba otevřené budoucnosti, tzn. přesahu své vlastní existence, která se projevuje požadavkem umírajícího vyjádřit se k některým budoucím záležitostem týkajících se jeho blízkých apod.

³³ Vágnerová, Vývojová psychologie II, 434 - 435

³⁴ Minibergerová, Vybrané kapitoly, 62

Tyto potřeby jsou většinou doplňovány individuálními cíli, kterým umírající přikládá velkou důležitost a jejichž splnění může přinést nejen velké uspokojení, ale i klid pro jeho duši – může „odejít“ z tohoto světa s klidným svědomím. Jsou velmi různorodé – od vyřešení dávného konfliktu s nějakou osobou, vyrovnání se s utrpenými křivdami a neúspěchy, přes vypovídání se ze svých prohřešků a chyb, kterých byl původcem, až po vyplnění malých skromných přání většinou z oblasti jeho zálib či nesplněných tužeb.

Naopak potřeba stimulace je z těch, jejichž důležitost se během procesu umírání postupně zmenšuje. Je to důsledek zhoršování celkového zdravotního stavu, kdy schopnost vnímání podnětů z okolí a schopnost koncentrace pozornosti znatelně klesá. Následkem toho dochází k postupnému zúžení okruhu dřívějších zálib a činností. I tak by však neměly ustát jakékoliv pokusy o animaci, tedy jakési „oživení života“,³⁵ které mohou přispět ke zlepšení nebo alespoň udržení určité úrovně kvality života.

K saturaci ať už více či méně aktuálních potřeb je nutné dodržovat určité zásady:

- za předpokladu, že je toho nemocný senior alespoň částečně schopen, dát mu prostor a možnost k spolurozhodování o formách a dalším průběhu ošetřování, což předpokládá i jeho dostatečnou informovanost o jeho zdravotním stavu;
- přiměřená otevřenost při poskytování informací;
- v případech náhlé nouze zajistit jistotu kontaktu;
- přiměřená a detailní pozornost k fyzickým a emocionálním potížím za použití všech vhodných metod a pracovníků;
- vstřícně komunikovat a citlivě a empaticky naslouchat, případně jen mlčky doprovázet;
- přijímat umírajícího takového jaký je, tedy i s jeho výkyvy nálad a případnou agresí, a to přiměřeným způsobem jednání a zacházení, úctou k jeho osobnosti a vysloveným přáním;
- napomáhat umírajícímu pozitivně hodnotit prožitý život;
- přispívat ke kontinuitě životního příběhu zesnulého například snahou vykonat jeho poslední přání vyslovená před smrtí, projevením účasti a podpory jeho členům rodiny, věnováním vzpomínky na něho apod.

³⁵ Haškovcová, Thanatologie, 164

3.3. Principy a nástroje kvalitní péče

Populace seniorů je značně heterogenní, a proto je při projektech a službách na ně cílených požadována důsledná individualizace neboli „šití péče na míru“ a respekt k jejich heterogenitě. Tyto požadavky zvyšují kvalitu života jednotlivých seniorů, jejichž potřeby jsou značně proměnlivé. Zároveň jejich uznání a dodržování je ukazatelem konkrétní míry kvality péče, podstatného prvku určujícího míru kvality života.

Úroveň kvality péče je stanovena na základě pěti mezinárodně uznávaných principů³⁶ obecně platných priorit v přístupu ke starým lidem³⁷ bez ohledu na jejich zdravotní stav a funkční zdatnost:

- zabezpečení ve smyslu zajištění životně důležitých potřeb jako je přístřeší, potrava, čistá voda, základní zdravotní péče, ošacení atd.;
- autonomie neboli nezávislost jako klíčová součást přístupu zcivilnění péče o uživatele služeb sociálního či nemocničního zařízení, díky které je umožněno zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad dnem a soukromí;
- důstojnost, jejíž dodržování představuje respektování osobnosti, soukromí a studu;
- smysluplnost, která zahrnuje pomoc při hledání životní náplně a je významným prvkem prevence komunikační a sensorické deprivace;
- participace ve smyslu zapojení uživatele služby do života „domova“, uschopnění uživatele podílet se na řešení vzniklého problému, uspokojivé předávání informací, apod.

Tyto principy se u kvalitně poskytované sociálně-zdravotní péče uplatňují prostřednictvím svých základních nástrojů, jakými jsou zájem o uživatele, respekt k jeho osobnosti a vůli projevující se jednak ponecháním co nejvíce kompetencí a jednak oceňováním jeho schopností, posilování zodpovědného přístupu ke svému životu, empatické naslouchání a v neposlední řadě psychoterapeuticky poučená komunikace přiměřená různorodým limitacím seniorů.

Pokud však při poskytování celkové péče zejména pak křehkým a závislým seniorům nejsou tyto nástroje používány a je dodržován pouze princip zabezpečení ve smyslu profesionálně provedených úkonů zdravotnické péče, nelze takovouto péči považovat za kvalitní a to proto, že i přes veškerou

³⁶ Zásady OSN pro seniory z roku 1991

³⁷ Jsou jimi společenská integrace seniorů s odmítnutím projevů věkové segregace, mezigenerační solidarita a kvalita života ve stáří (Kalvach, Geriatrie, 465).

dobrou vůli být uživateli nápomocen, jsou opomíjeny klíčové principy péče – autonomie, důstojnost a smysluplnost.

K tomu se váže důležitá skutečnost, kterou je nutné mít stále na paměti, že uživatelé služeb domova pro seniory jsou zde nejen z důvodů zdravotních, ale i sociálních a tudíž služby obou sektorů musí být vždy vzájemně provázané, návazné a koordinované s vymezením konkrétních cílů, které jsou průběžně vyhodnocovány. Jde o zásadu desektorializace – jednu ze čtyř zásad sociálně-zdravotní péče v přístupu k osobám s ohroženou či ztracenou soběstačností.

S tím je provázána druhá zásada - demedicinalizace, podle které by všechna sociální i zdravotní zařízení měla usilovat o zachování civilního prostředí i způsobu života. Klade důraz na kvalitu života a jejím záměrem je oprostit nazírání personálu na uživatele služby domova pouze jako na starého člověka s řadou zdravotních omezení, která vyžadují častou zdravotnickou péči. Zdůrazňuje, že i v případě dlouhodobé nemoci nebo jakéhokoliv handicapu vždy je to nejprve uživatel služby až teprve nemocný člověk, respektive pacient.

I když hlavním motivem zásady deinstitucionalizace je především vytvoření podmínek pro poskytování zdravotně-sociální péče v domácím prostředí prostřednictvím terénních služeb, je účinná i pro zařízení sociální péče. Ta by podle ní měla usilovat o vytváření přirozeného prostředí s respektem k soukromí, osobitosti a přirozené komunikaci stimulující aktivitu a zamezující vzniku smyslové i sociální deprivace.

Poslední, čtvrtou zásadou je tzv. deprofesionalizace, která požaduje posílení zlaičtění péče ve smyslu navázání lepší spolupráce s rodinou či častějším zapojením dobrovolníků. Odborní pracovníci jako například sociální pracovníci, instruktoři volnočasových aktivit, rehabilitační pracovníci apod. by pak působili spíše v roli instruktorů a supervizorů.

Přijetí a dodržování těchto čtyř zásad, které společně představují perspektivní strategii péče o staré lidi, tzv. strategie 4xD, přispívá k vyšší účelnosti a komplexnosti sociálně-zdravotních služeb. Na základě své zkušenosti mohu potvrdit, že v domovech pro seniory převažuje snaha tyto zásady uplatňovat a prosazovat, ale u každé ze zásad jsou jisté limitace, které domovy nemohou, ale také nechtějí překročit, ať už jsou k tomu důvody opodstatněné či nikoliv. Kdyby například byla v domovech s vyšší kapacitou ošetrovatelských lůžek zcela plněna zásada desektorializace, mohl by nemocný a na pomoci závislý senior setrvat ve známém prostředí i při zhoršení jeho celkového stavu. Vyžadovalo by to jen změnu spektra poskytovaných služeb, aniž by muselo dojít k převozu uživatele do jiného typu zařízení. K tomu ale zároveň musím poznamenat, že takovýto postup vyžaduje legislativní změnu financování poskytovaných služeb v domovech pro seniory.

Je samozřejmé, že poskytování kvalitní péče klade i vyšší nároky v přístupu veškerého ošetrovatelského personálu a sociálních pracovníků k uživatelům služeb domova. K tomu, aby veškerá poskytovaná péče byla účinná a maximálně efektivní je potřeba vytvořit mezi pracovníkem a uživatelem vztah na bázi respektu, důvěry, partnerství a oboustranné zodpovědné spolupráce. To vyžaduje:

- holistické pojetí přístupu k seniorům;
- schopnost empatie do situace seniorů a uplatnění emoční inteligence;
- znalost psychologie stáří;
- schopnost porozumění a analýzy jednotlivých situací;
- dobrá znalost verbální i neverbální komunikace;
- znalost vhodných komunikačních technik a sociálních dovedností a schopnost je efektivně použít;
- zběhlost v oboru gerontologie, geriatrie, platné legislativy a etických norem;
- trpělivost a ochota řešit problémy a zdánlivě neřešitelné situace;
- schopnost nebrat si osobně negativní chování uživatele vůči sobě;
- důvěra v sebe, ve své schopnosti a v možnost změnit k lepšímu nepříznivé, komplikované a náročné situace, které při práci se seniory vznikají.

3.3.1. Důstojnost

Jak už bylo výše zmíněno, předpokladem kvalitní péče, tedy péče vysoké úrovně, je zachování a posilování důstojnosti jejího uživatele. V praxi to znamená, že sociální zařízení, v tomto případě domov pro seniory, uznává jedinečnost a hodnotu každého z uživatelů svých služeb a přiznává jim stejná práva jako ostatním lidem ve společnosti, neboť důstojnost je hodnotou náležející všem lidem bez rozdílu.

Zpravidla je spojována s pojmy jako úcta, autonomie a ovládání a uvádí se jako tradiční znak stáří a důležitého životního postavení. Tento popis však zkrsluje skutečnou realitu, protože čím více se člověk stává závislý na pomoci druhých, tím více je závislý na míře respektu a empatie ze strany lidí, kteří o něj pečují. Vzhledem k znatelným involučním změnám, pomalejšími reakcím na změny a časově delšímu osvojení si věcí nových, tedy projevům spojených se stárnutím a stářím, vzniká v okolí starého člověka pocit, že není schopen samostatného rozhodování a tudíž potřebuje někoho, kdo bude rozhodovat v jeho zájmu. Důsledkem je předčasné vytvoření pocitu závislosti jak při běžných denních úkonech tak při učinění rozhodnutí o své osobě.

Ve studii „Důstojnost a starší Evropané“, která zkoumala význam a prožívání důstojnosti u starších, na pomoci závislých osob, jsou rozlišeny čtyři typy důstojnosti:

- Důstojnost k člověku jako k lidské bytosti a jeho nezcizitelné hodnotě, označovaný německým výrazem Menschenwürde – právo člověka na tuto důstojnost vyplývá z podstaty samotného lidství, o které nemůže přijít a nelze ho o něj připravit. To znamená, že úcta náleží všem lidským bytostem, bez ohledu na jejich sociální, duševní či tělesný stav. Tento typ důstojnosti je právně vymezen a zakotven v profesních kodexech³⁸ i v právním systému České republiky.³⁹
- Důstojnost zásluh, která se odvíjí nejen podle ekonomického a sociálního statusu, popularity, příbuzenských a přátelských svazků nebo podle dosaženého vzdělání, ale i podle těch nejmenších osobních úspěchů. Je člověku připisována jinými lidmi, kteří ji vyjadřují mírou projevení respektu. Její ztrátu pak mohou pociťovat senioři odchodem do důchodu, protože přestávají být ekonomicky činní. Nejvíce je jimi ale prožívána z důvodu přemístění do zařízení sociální péče nebo při dlouhodobější hospitalizaci, kde se mohou cítit vyčlenění z širší společnosti jako neperspektivní a kde je péče zaměřena především na výkon, nikoliv však na individuální potřeby starého člověka.
- Důstojnost mravní síly souvisí se schopností žít v souladu se svými mravními zásadami. Její míra se odvozuje podle úrovně mravního standardu, chování a postojů konkrétního člověka, někdy i podle okolností a má jen dočasné trvání. Ovlivňuje pocit sebeúcty, ale také míru respektu okolí k danému člověku.
- Důstojnost osobní identity, která odráží osobitost jednotlivce, lze uvést následující citací: „Je-li přítomna důstojnost osobní identity, znamená to obvykle pocit úplné lidské bytosti s dobrými vztahy vůči jiným lidem a začlenění do komunity. To pak umožňuje nalezení smyslu vlastního života.“⁴⁰ Podlomení této důstojnosti je nejcitlivěji vnímáno starými lidmi v případech nešetrného prolomení jejich soukromí, nedostatečné a nevhodné komunikace, špatného a nedbalého zacházení, přehlížení a zanedbávání jejich potřeb. Může to vést až k vytvoření trauma, což má za následek změnu identity starého člověka s pochybami o své

³⁸ Etický kodex České lékařské komory, Kodex pro zdravotní sestry, Etický kodex sociálních pracovníků ČR

³⁹ V listině základních práv a svobod, v Úmluvě na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v občanském zákoníku č. 40/1964 Sb.

⁴⁰ Kalvach, Respektování, 13

nezávislosti, svébytnosti a zodpovědnosti. Jeho vědomí vlastní ceny je redukováno a sebedůvěra značně otřesena.

Protože se tento projekt soustředil především na seniory, kteří se neobejdou bez pomocných služeb zdravotní či sociální péče, byla jedním z ústředních témat důstojnost péče. Senioři, kteří se projektu účastnili, se nejvíce zabývali otázkou ztráty nezávislosti. Kritizovali příliš protektivní přístup ze strany profesionálů, který jim neumožňuje zachovat si vlastní kontrolu nad rozhodováním o svém životě a dalším postupu v péči. Zdravotní péče je navíc nadměrně soustředěna na záchranu života za každou cenu, na stanovení přesných diagnóz a léčbu chorob. Řešení záležitostí jako například ochrana důstojnosti a smysluplnosti života, paliativní péče a podobně je považováno za zatěžující a zbytečné. Nikoho proto nezajímá, že stoprocentní zdravotní péče může být zdrojem utrpení a ponížení důstojnosti křehkého a chronicky nemocného seniora.

Mezi časté formy ponižující a nedůstojné péče jak v nemocničním tak sociálním zařízení se řadí:

- ignorování uživatelské vůle, odnímání kompetencí a možnosti vyjadřovat se k rozhodnutím o dalším postupu;
- neúcta k soukromí a podhodnocování jeho nezávislosti;
- ponižující obnažování a nerespektování studu uživatele při intimních činnostech;
- odmítání pomoci k použití toalety;
- nevyužívání uživatelských zbývajících schopností při sebeobsluze;
- anonymizace člověka, odnímání jeho osobitosti;
- nedostatečná informovanost, špatná komunikace až zvěcnění;
- infantilizace starých lidí včetně nevhodného oslovování;
- falešně pozitivní diagnostikování syndromu demence;
- obecné nedocnění schopností starého člověka.

Velmi silně vnímali nerovnost vztahu mezi příjemcem péče a jejím poskytovatelem a poukazovali na velkou zranitelnost při ošetřování a další poskytované péči. Jejich představa důstojné péče je spojena se s projevy zájmu o každého uživatele péče, s vlídností, zdvořilostí, nasloucháním a respektem k soukromí.

Pokud je kladen požadavek na důstojnost péče, není důvodu, proč by důstojnost neměla být vyžadována i v závěru života. Možnost důstojného umírání a koncept dobré smrti je atributem opravdového zájmu o udržení kvality života těžce nemocného a umírajícího seniora a to nikoliv pouze v jeho posledních minutách, ale až v několika zbývajících týdnech jeho života. To

představuje vytýčení cíle „léčby“, stanovení přiměřených a konzistentních postupů k dosažení tohoto cíle a důslednou a obětavou péči s přístupem vidět v umírajícím člověku plnohodnotnou bytost i přes veškeré fyziologické projevy strádání. Takovýto přístup je projevem respektu k důstojnosti umírajícího.

Velmi důležitým prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je přítomnost a osobní blízkost druhého člověka. „Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám. Přítomnost druhých lidí činí z procesu zrodu i skonu sociální akt.“⁴¹

Pro seniory je důležité mít právo a možnost rozhodnout o místě a způsobu své smrti. Stejně tak je pro ně důležité ujištění, že i na samém konci svého života bude s nimi zacházeno jako s důstojnou lidskou bytostí, proto se staví odmítavě k přehnané a samoučelné snaze lékařů udržet člověka na živu ať to stojí co to stojí. Pro takovýto postoj zdravotníků se používá termín „terapeutická zuřivost“.⁴²

3.3.2. Autonomie

Spolu se svobodou volby je autonomie základním klíčem k žité důstojnosti. Většina lidí si pod tímto pojmem představuje svobodné a samostatné rozhodování, kontrolu nad svým životem, schopnost volit, co se mnou bude, rozhodnost nebo v neposlední řadě i nezávislost. Možnost svobodného rozhodování představuje významný zdroj individuálního uspokojení. „Schopnost určovat a kontrolovat svůj osud zakládá respekt individua vůči sobě samému a současně žádoucí respekt druhých.“⁴³

Volba jako vyjádření vlastní autonomie je utvářena a ovlivňována rozličnými okolnostmi a jednou z nich je i bezesporu stárnutí a stáří.

Předpokládá se, že staří lidé jsou s větší pravděpodobností méně svobodní v „konstruování světa svých voleb“ než ti ostatní, mladší. Fyzické a psychické důsledky stárnutí a zejména nemoci, které jsou ve stáří relativně čtenější, mohou zúžit možnosti voleb v určitých oblastech života, omezit přístup k informacím a dovednost využít je pro rozhodování. Do rozhodovacího procesu vstupují také finanční zdroje, v případě seniorů spíše redukující míru jejich „volnosti“ v řadě životních situací. Kontext individuálního rozhodování se mění i životními ztrátami, jimž jsou staří lidé nezdědka vystaveni, například ovdověním.⁴⁴

Všechny tyto situace mohou silně ovlivnit seniorovo rozhodování, bohužel většinou v jeho neprospěch. Vědomí, že jeho rozhodnutí je podmíněno mnoha

⁴¹ Haškovcová, Thanatologie, 161

⁴² Kalvach, Respektování, 16

⁴³ Dworkin in Sýkorová, Autonomie, 140

⁴⁴ Sýkorová, Autonomie, 140

kompromisy, při nichž ze dvou zel volí to menší, nebo dokonce situace, kdy je k nějakému rozhodnutí dotlačen, i když odporuje jeho postojům, může vést až k pocitu změny identity. Tím jsou ohroženi především lidé s rostoucí závislostí na péči poskytovanou druhými osobami.

„Rostoucí závislost ale nemusí nutně znamenat ztrátu autonomie,“⁴⁵ tedy nemožnost udržet si kontrolu nad rozhodováním. Existuje totiž alternativní pojetí autonomie, které by vzniku takového pocitu „rozdvojenosti“ zamezila. Jde o autentické průběžné rozhodování, kdy autonomie a volba jsou brány jako nedílná součást každodenního života člověka a mezilidských vztahů vůbec. Je to způsob, kterým se člověk může ztotožnit sám se sebou, se svými činy a svým okolím. V praxi domova pro seniory to znamená snahu pečujícího personálu aktivně každého konkrétního seniora zapojit do činností, spolupracovat s ním a nabízet možnost volby, která odpovídá a podporuje jeho dosavadní identitu. Tato alternativa je tak funkcí vztahu mezi poskytovatelem péče a jejím příjemcem.

⁴⁵ Kalvach, Respektování, 27

4. Paliativní péče o seniory

Úměrně tomu, jak bude současná populace stárnout, bude se také neustále zvyšovat počet křehkých seniorů, kteří budou potřebovat odpovídající zdravotně sociální péči, jejíž neodmyslitelnou součástí by podle mého názoru měla být i péče o člověka v terminální fázi, tedy paliativní péče zohledňující specifika umírání starých lidí.

S věkem narůstá úmrtnost, jejímiž hlavními příčinami, které se od příčin ve středním věku zásadně liší, jsou:

- kardiovaskulární onemocnění jako ischemická choroba srdeční nebo cévní onemocnění mozku;
- infekční onemocnění jako například pneumonie;
- zhoubné nádory nejčastěji na plicích, v tlustém střevě a konečniku;
- úrazy vinou pádů, dopravních nehod;
- demence.

Paliativní péče o seniory neboli geriatrická paliativní péče má své zvláštnosti, které je potřeba zohledňovat. Tomu nasvědčuje i jeden z aspektů stáří, že fáze různých druhů onemocnění nejsou zdaleka tak vyhraněné jako u mladších lidí s diagnózou, která jasně vymezí přechod od kurativní k paliativní péči.

4.1. Specifika chorob ve stáří

V průběhu stárnutí dochází k postupnému zhoršování vnitřní rovnováhy organismu. To vede k redukci různých tělesných funkcí. Tomuto regresivnímu procesu se říká geriatrická deteriorace, která má hned několik vzájemně se kombinujících příčin:

- involuční změny – například tkáňová atrofie, úbytek svalové hmoty, svalové dysbalance;
- chorobné změny jako ateroskleróza, osteoporóza, osteoartróza, Alzheimerova nemoc aj.;
- vliv životního způsobu – zejména špatná kondice způsobená nedostatečnou aktivitou a poruchami výživy.

Charakteristickým projevem stárnutí a stáří je atypický průběh různých nemocí, které se jinak vyskytují v každém věku, ale ve stáří mají své specifické

zvláštnosti, jako například stařecká forma cukrovky, primární žaludeční vřed či stařecká involuční osteoporóza.

Většina seniorů se potýká s několika nemocemi najednou, které se vzájemně prolínají a ovlivňují. V takovém případě se mluví o tzv. polymorbiditě⁴⁶ s tzv. dominovým efektem, kdy určitá – manifestní – nemoc způsobí zhoršení těch ostatních, latentních, které se do té doby příliš neprojevovaly. Tento efekt je příčinou, že se mění klinický obraz nemocí, což ve svém konečném důsledku znamená, že nemocní senioři nezapadají přesně do rámce jednotlivých odborných specializovaných oborů. Dalším problémem polymorbidity je fakt, že člověk mající více chorob musí užívat celou řadu léků najednou, tzv. polypragmaziie.

S přibývajícím věkem může docházet ke kumulaci chronických nemocí a to také tím, že si člověk nemoc do stáří přinese a navíc může dojít ke změně jejího klinického obrazu. Až osmdesát procent lidí starších 65 let má minimálně jednu, ale často i více chorob.

Nejčastějšími chorobami jsou chronická onemocnění kardiovaskulárního systému, postižení kloubního systému – artritida, poruchy sluchu či onemocnění endokrinního systému jako například již zmiňovaná stařecká forma cukrovky – diabetes mellitus. Neméně častými jsou nemoci nervového systému, onemocnění zažívacího ústrojí, postižení respiračního systému, problémy s chrupem a nemoci močopohlavního systému. Dochází k oslabení imunitního systému, což zapříčiňuje horší průběh i banálních infekcí a následně i vyšší výskyt dalších obtíží. Mění se spotřeba kyslíku, je snížena intenzita syntézy bílkovin a orgány jsou celkově méně výkonné. Zhoršuje se i smyslové vnímání - především zrak a sluch. Zcela běžný je nedostatečný příjem potravy - tzv. malnutrice, jako nedostatek nezbytných složek ve stravě. Ve starším věku také narůstá výskyt onkologických onemocnění.

Klinický obraz chorob probíhajících u lidí seniorského věku může mít mnoho rozličných zvláštností, jako například tzv. mikrosymptomatologii, kdy se nemoc projevuje nepodstatnými klinickými příznaky a mírnějším průběhem než je tomu u lidí mladšího věku. Lze rozeznat jen nevelkou část příznaků, ty významné zůstávají skryty – mluví se o tzv. fenoménu ledovce. Nebo na konkrétní nemoc může místo typické škály příznaků ukázat jen jeden symptom – v takové případě jde o monosymptomatologii. Není ani neobvyklé, že se nemoc projevuje „naříkáním“ zcela nevinného orgánu nebo se u nemocného nevyskytuje ani jeden z příznaků právě probíhajícího onemocnění a nebo se objevují jen celkové symptomy, které se však mohou vztahovat k mnoha dalším chorobám.

⁴⁶ některé zdroje uvádí termín multimorbidita

Komplikacemi jakéhokoliv závažného onemocnění je vytlačení původního klinického obrazu, tzv. fenomén vytlačení, a nebo může dojít k urychlení procesu stárnutí, což je označováno jako akcelerační fenomén.

Při léčbě a péči o nemocného starého člověka je potřeba počítat s delší dobou nezbytnou na uzdravení. Navíc se onemocnění ve většině případů už nikdy zcela nevyhojí a často přechází do chronicity. A je tu i větší nebezpečí vzniku komplikací vyvolaných řetězovou reakcí několika chorob, kdy jedna předpokládá vznik dalších. Výsledkem je časté spouštění řetězce kauzálně kombinovaných chorob.

Nemocnost ve stáří dále charakterizuje vysoký invalidizující potenciál nemoci, který může být příčinou ztráty soběstačnosti a v konečném důsledku může změnit sociální statut nemocného seniora. Tento fakt poukazuje na důležitost nezapomínat na sociální rozměr nemoci.

Dalším charakteristickým rysem nemocnosti ve stáří jsou prudká zhoršení zdravotního stavu v důsledku malé funkční rezervy a jsou provázeny zvýšeným rizikem úmrtí stejně jako všechny nemoci prodělané ve stáří, i když se nemusí jednat o nijak závažnou nemoc.

Je zřejmé, že léčba starých lidí by neměla být orientována pouze na vyléčení jasně diagnostikovaných nemocí podle biomedicínského modelu, stejně tak jako poskytovaná sociální péče by neměla být zaměřena jen na uspokojení fyziologických potřeb v rámci ošetrovatelské péče. Stanovení diagnóz je tedy třeba doplňovat hodnocením poruch zdraví, funkční zdatnosti a ošetrovatelských postupů a posouzením sociální situace, sociálních rolí a vztahů.

4.2. Specifika paliativní péče o seniory

Tento druh paliativní péče není specifický jen samotným věkem klientů, ale také okolnostmi, které výhradně souvisejí se stářím. Její poskytování však nespočívá ve věkové segregaci, ale především v respektování křehkosti, zranitelnosti a zvláštních potřeb seniorů, protože právě staří lidé, a zvláště ti, kteří trpí kognitivními či fatickými poruchami ztěžujícími komunikaci jsou ohroženi přístupem, který člověka redukuje na předmět, na pouhou věc – jde o tzv. „zvěcnění“ lidské bytosti, a zároveň je tento komunikační deficit původcem nedostatečně prováděné kontroly míry bolesti. Je to i tím, že se příliš nevyužívá metod validace a preterapie, které umožňují snáze navázat kontakt s takto postiženými seniory.

Velmi specifickým znakem tohoto druhu péče je, že se jen velmi těžko dá posoudit zbývající délka života a nástup terminální fáze. Je jisté, že trajektorie umírání křehkých, deteriorujících starých lidí se liší od trajektorie umírání

například pacientů s rakovinným onemocněním. Buď úmrtí následuje po krátké fázi zvýšené zátěže, jakou může být obyčejná viróza, nebo k němu může dojít nečekaně aniž by předtím došlo k jakémukoliv zhoršení zdravotního stavu, anebo jde o tzv. „dohořívání svíčky“, při němž dochází k plynulému zhoršování celkového stavu. Tuto variantu lze také chápat jako syndrom terminální geriatrické deteriorace, který je popsán níže. U části křehkých a nezdatných seniorů, kteří jsou početnou skupinou uživatelů služeb domovů pro seniory, je obvyklé, že jejich zdravotní stav nespěje bezprostředně ke smrti, ale po různě dlouhou dobu, tedy i po několik let, žijí v jejím riziku. Z toho vyplývá, že v péči o ně nejde tak o dodržení pravého hospicového režimu, ale především o kvalitu, komplexnost a oživení dlouhodobé péče a v neposlední řadě o ochranu důstojnosti.

Vzhledem k obtížné identifikovatelnosti terminálního stavu dochází k překrývání úlevné péče paliativní s animačními přístupy u lidí se závažnou disabilitou především v rámci dlouhodobé ústavní péče. V obou případech, bez ohledu na to, zda pacientovi zbývají týdny, či roky křehkého nezdatného života, jde o důraz především na kvalitu života, ochranu osobnosti a důstojnosti s ponecháním kompetencí a kontroly nad děním, o bránění osamělosti a utrpení, o validaci a smysluplnosti zbývajících života, o zprostředkování libých pocitů a prožitků.⁴⁷

K hlavním ukazatelům a přednostním nárokům paliativní péče o přestárlé patří:

- multimorbidita a geriatrická deteriorace s rozvojem geriatrické křehkosti a geriatrických syndromů;
- změněné psychosociální a existenciální důsledky umírání;
- některá věkem podmíněná onemocnění, jako je např. Alzheimerova nemoc nebo jiné formy syndromu demence;

Přitom je nutné dbát na dodržení pěti priorit paliativní péče z pohledu umírajícího starého člověka:

- účinné zvládnutí bolesti a ostatních obtíží;
- vyloučení nepřiměřeného prodlužování umírání;
- dosažení pocitu kontroly;
- zmírnění zátěže pro blízké osoby;
- posílení vztahu s blízkými osobami.

⁴⁷ Z. Kalvach, L. Kabelka in O. Sláma, Paliativní medicína, 269

4.2.1. Senioři jako křehcí pacienti

Nemocní senioři jsou lékaři označováni jako křehcí pacienti, protože riziko vzniku náhlého zhoršení nebo dokonce selhání funkce orgánu, tzv. dekompenzace, je vysoké. S postupujícím zhoršením výkonnosti se křehkost prohlubuje. „Geriatrická křehkost může dospět do terminální fáze, vyžadující paliativní péči nebo u výrazně křehkého multimorbidního pacienta se může projevit terminální fáze neléčitelného onemocnění.“⁴⁸ Je ale důležité podotknout, že křehkost se může vyskytnout i u poměrně zdravých seniorů – projevuje se úbytkem kostní tkáně, tzv. osteoporózou a úbytkem svalové hmoty, tzv. sarkopenií.

To naznačuje, že se na geriatrickou křehkost lze dívat několika způsoby:

- věchost, snížená schopnost snášet standardní léčebné postupy a dávky léků;
- závažný pokles potenciálu zdraví s nízkou odolností k jakékoliv zátěži, s prodloužením fáze uzdravení, s nepříznivým odhadem vývoje onemocnění i provedených zdravotnických úkonů, při nichž může docházet k častějšímu výskytu různých přidružených komplikací;
- labilita, zranitelnost, rizikovost ve smyslu náhlého zhoršení zdravotního nebo funkčního stavu starého člověka;
- nezdatnost, snížená až nulová soběstačnost, která vyžaduje dopomoc v základních nebo instrumentálních činnostech každodenního života – tento způsob pojetí křehkosti je základem činnosti terénní nebo ústavní zdravotně-sociální péče;
- multidimenzionální pojetí současného postižení více systémů a oblastí jako je aktivita, soběstačnost, výživa, pohyblivost, smyslové vnímání, poznávací schopnosti, subjektivní hodnocení zdraví a jím podmíněné kvality života.

Základními znaky indikující geriatrickou křehkost jsou:

- pokles váhy o 5 a více kg v posledním roce;
- snížení úchopové síly o 20 a více % podle pohlaví a BMI;⁴⁹
- pomalá a nejistá chůze, omezená pohyblivost kloubů;
- instabilita s pády;
- poruchy všech smyslů, tzv. sensorický deficit;
- kognitivní deficit;
- celková slabost, snadná unavitelnost a pocit vyčerpání;

⁴⁸ Z. Kalvach, L. Kabelka in O. Sláma, Paliativní medicína, 266

⁴⁹ Body Mass Index (angl.) = index tělesné hmotnosti

- nízká úroveň vlastní aktivity;
- rozladěnost, úzkost a ztráta zájmů;
- „začarovaný kruh“ syndromu geriatrické křehkosti.⁵⁰

4.2.2. Geriatrické syndromy

Kombinace projevů involučních a chorobných změn, špatná výživa a dekonďice vytváří soubor vzájemně se ovlivňujících a stupňujících příčin, což má za následek, že nelze s přesností určit, která z nich zodpovídá za klinický obraz a obtíže nemocného nejvíce. Stanovení přesné diagnózy je tedy velmi často zavádějící a proto v léčbě a péči o staré lidi narůstá význam tzv. geriatrických syndromů. Jedná se vlastně o závažný příznak či komplex příznaků vyvolávaný měnlivě kombinovanými příčinami, které vyvolávají stereotypní projev či problémový okruh vyžadující všestranný a kompenzační přístup. Ukazuje se tedy, že je mnohem prospěšnější charakterizovat nemocného starého člověka deskriptivně příslušným syndromem, než mu stanovit často spornou diagnózu. Tento přístup tak klade důraz na víceborové zvládnání obtíží a celkovou situaci nemocného.

Mezi hlavní geriatrické syndromy náleží:

- Syndrom instability: projevuje se závratěmi a nestabilitou různého původu. Tím „původcem“ může být například porucha krční páteře, porucha mozkového prokrvení, závažná anémie, svalová slabost, porucha srdečního rytmu apod. Největším rizikem tohoto syndromu jsou pády a jimi způsobená poranění. Nebezpečím je také prochlazení a dehydratace z důvodu nedostatku sil vstát. V neposlední řadě mají pády také své sociální důsledky v podobě omezení pohybových aktivit, strachu z pádů, dekonďice aj. Z toho plynou i psychické poruchy jako úzkost a deprese.
- Syndrom dekonďice a hypomobility je důsledkem omezování pohybové aktivity s posedáváním a poleháváním, zužuje se okruh činností i prostoru, v kterém byl senior aktivní. Dochází k atrofii svalů, k poklesu kondice ztlačně pocíťovaný i při běžných denních aktivitách. Příčiny mohou být velmi různorodé, jako například deteriorace smíšeného původu, ztráta motivace, deprese, poruchy výživy, nežádoucí účinky léků, bolest při pohybu apod.
- Syndrom imobility představuje komplex nežádoucích důsledků dlouhodobého či trvalého upoutání na lůžku: dekubity, zkrácení svalů, mělké dýchání, zahlenění, zánět plic, záněty žil dolních končetin,

⁵⁰ Z. Kalvach, L. Kabelka in O. Sláma, Paliativní medicína, 267

svalová atrofie, dekontrace, porucha stereotypu chůze, sklon k závratím a mdlobám při změně polohy těla, dehydratace, riziko výskytu močových kamenů a ledvinové koliky, zácpa, problémy s močením, deprese a strádání nedostatkem smyslových podnětů.

- Syndrom anorexie a malnutrice může spustit například závažné nádorové onemocnění, ale může být i důsledkem pouhé involuce, nežádoucím účinkem léků, depresí, zácpy, nevhodnou úpravou potravy apod. Podvýživu mohou navíc nepříznivě ovlivnit poruchy chrupu, polykání a vstřebávání potravy, poruchy příjmu a složení potravy v souvislosti s chudobou, imobilitou, syndromem demence nebo při zanedbávání sebe sama či ze strany pečujících osob.
- Syndrom psychické alterace postihuje kognitivní funkce a může vést až k syndromu demence s poruchami chování a orientace, nebo způsobuje stavy zmatenosti ve smyslu deliria.
- Syndrom inkontinence je ztráta schopnosti ovládat odchod moči nebo i stolice.
- Syndrom smíšeného smyslového a komunikačního deficitu je zapříčiněn souběžnými poruchami zraku a sluchu, které omezují kontakt s okolím, způsobují strádání v oblasti smyslových podnětů a komunikace a mohou vyústit až v sociální izolaci.
- Syndrom maladaptace a psychosomatické dekompenzace postihuje především uživatele služeb dlouhodobé péče ve zdravotním či sociálním zařízení. Maladaptace se projevuje apatií, bezcílným přecházením, pohybovými stereotypy. Zájem seniora se soustředí pouze na základní životní potřeby, má sklony k nadměrnému spánku a velmi často zdůrazňuje své chronické obtíže. V případě psychosomatické dekompenzace se objevují nejrozmanitější obtíže jako závratě, bušení srdce, pocení, pokašlávání, nadýmání apod.
- Syndrom terminální geriatrické deteriorace

4.2.3. Syndrom terminální geriatrické deteriorace

Dochází k němu už u seniorů označovaných jako křehcí, zejména však těch, u kterých bylo diagnostikováno několik chorob. Projevuje se rychlým zhoršováním zdravotního a funkčního stavu aniž by byla přesně určena jednoznačná chorobná příčina. Jakákoliv léčba již není účinná a vše spěje ke smrti. Signály tohoto syndromu jsou nechutenství, hubnutí, progredující únava, svalová slabost, instabilita s opakovanými pády, omezování aktivit a zájmů, apatie, nástup či zhoršení inkontinence, postupující imobilita s rozvojem

imobilizačního syndromu a stavy zmatenosti. Přes všechny tyto znaky však nesmí být opomíjeno léčení kurabilních příčin deteriorace.⁵¹

Pokud je ale syndrom rozpoznán, měl by být seriózně zvažován jako možná indikace vstřícné a laskavé paliativní péče a to z důvodu skutečnosti, že i ve velmi vysokém věku a až do okamžiku smrti, s výjimkou seniorů v pokročilé fázi syndromu demence, zůstává zachován koncept života člověka. V tomto konceptu má své nezastupitelné místo důstojnost, jejíž ochrana by neměla být opomíjena ani při poskytování paliativní péče umírajícím seniorům. Nemocným a umírajícím seniorům, a zvláště těm, kteří mají komunikační poruchy totiž zejména v ústavních zdravotnických zařízeních hrozí riziko fenoménu zvěčnění, kdy chybí jakákoliv komunikace a takt ze strany ošetřujícího personálu. Proto jedním z důležitých úkolů paliativní péče je zprostředkování a zajištění kontaktu s nejbližšími umírajícího seniora nebo alespoň kompenzování jeho osamělosti jiným způsobem, například zapojením dobrovolníků.

4.3. Fakta pro a proti zavedení paliativní péče v domovech pro seniory

Jsem toho názoru, že mnohé z toho, co umírající senioři, jejichž domovem se stal domov pro seniory, potřebují, jim může toto zařízení sociální péče poskytnout či zajistit, aniž by museli být přemístěni do jiného sociálního nebo zdravotního zařízení.

Nepochybně je velice těžké a stále také ožehavé, přijmout myšlenku vysadit či nezajistit jakoukoliv léčbu a kurativní péči u starých lidí se syndromem geriatrické deteriorace, s vážným orgánovým selháním nebo jinými vážnými zdravotními komplikacemi, zvláště pak jsou-li uživateli služeb domova pro seniory. V každém případě existuje velmi tenká a někdy těžko rozpoznatelná hranice mezi zásahy a rozhodnutími, které zvyšují komfort umírajícího starého člověka, a mezi „zásahy“, které naopak nechávají umírajícího „svému osudu“ bez jakékoliv péče. Na jedné straně vystává mnoho citlivých otázek jak a kdy v konkrétních situacích postupovat. Jde například o situace náhlého zhoršení zdravotního stavu, vysazení léků účinných při různých vážných chorobách, odsávání dýchacích cest, polohování, podávání tekutin a výživy apod. Odpověď ani na jedinou z naznačených situací není jednoznačná a jednoduchá. Na straně druhé stále více vystupuje do popředí myšlenka, že komfort a co nejvíce možná úroveň kvality života je přednější než dosavadní a zaběhlé zvyky v péči o umírající seniory.

⁵¹ seznam kurabilních příčin deteriorace: Sláma, Paliativní medicína, 270

Na následujících řádcích jsem se pokusila vypsát veškerá fakta, která svědčí pro zavedení paliativní péče, ale i fakta proti jejímu zavedení v domovech pro seniory.

4.3.1. Fakta pro zavedení paliativní péče do domova pro seniory

Mezi skutečnosti, které mluví pro širší zavedení paliativní péče o seniory v domovech pro seniory lze zařadit:

1. Paliativní péče jako právo občana vychází z přesvědčení, že „zajištění kvalitní paliativní péče každému, kdo ji potřebuje, a to bez zbytečné prodlevy a v prostředí, které si pacient zvolí, je konkrétním výrazem respektu k právům a důstojnosti nevléčitelně nemocných“.⁵²
2. Možné problémy spojené s hospitalizací:
 - medicínský přístup s důrazem na nemoc a paternalistický vztah k člověku;
 - popírání a podceňování specifických potřeb starých lidí, což může mít za následek zpoždění vhodného lékařského zásahu nebo také častá pochybení z neznalosti specifické geriatrické problematiky;
 - fenomén sociální smrti odvozený od vnímané sociální hodnoty ze strany lékařů i ostatního zdravotnického personálu, což úzce souvisí s problémem financování léčby seniorů, které je bráno jako velice nákladné a málo efektivní;
 - fenomén zvěcnění seniora jako pouhý objekt péče;
 - bagatelizace zdravotních obtíží, která je příčinou nedůsledné diagnostiky a léčby;
 - poměrně rychlé zhoršení zdravotního stavu a negativní změna emočního ladění v důsledku hospitalizace, která neuznává priority a potřeby;
 - fenomén dystanázie;
 - opuštěnost, nedostatečný kontakt s rodinou, komunikační izolovanost;
 - nedostatečné uspokojování psychologických a duchovních potřeb;
 - nedostatek respektu k osobnosti a jeho lidské důstojnosti.
3. Již zavedené poskytování odborné, kontinuální a systematické ošetrovatelské péče:
 - Zdravotní sestry tvoří ošetrovatelský plán pro každého uživatele služeb domova, což prakticky znamená sběr informací týkající se jeho zdraví a zhodnocení jeho celkového stavu. Podle tohoto šetření určí uživatelovy aktuální problémové oblasti a zformuluje je do ošetrovatelských diagnóz, na jejichž základě pak společně s uživatelem

⁵² Sláma, O., Koncepce, 27

- vytvoří ošetrovatelský plán, čímž zajistí vlastní realizaci ošetrovatelské péče, jejíž efekt po nějaké době společně s uživatelem zhodnotí;
- Jedním z obecně definovaných zaměření ošetrovatelství je zajištění klidného umírání a smrti;
 - Systematické sledování zdravotního stavu uživatelů a vyhodnocování rizik;
4. Podobně jako v hospici i zde je znatelná náročnost ošetrovatelské péče:
- Velká proměnlivost zdravotního stavu, celkově vyšší nemocnost, vyšší incidence akutních zhoršení a dekompenzací;
 - Mnoho uživatelů služeb domova je multimorbidních nebo jsou ve velmi vážném zdravotním stavu z důvodu chronického nebo degenerativního onemocnění, což vyžaduje provedení specifických léčebných postupů zohledňovaných pak při poskytování jak ošetrovatelské péče, tak sociálních služeb – v domovech žijí senioři se zavedeným močovým katétrem nebo žaludeční sondou, s umělým vývodem žaludku, s kachexií, s pravidelnou hemodialyzační léčbou, s onkologickým onemocněním, s otevřenými bércovými vředy a mnoha dalšími závažnými zdravotními problémy.
5. I zde je požadavek odborného zdravotního vzdělání pro zdravotnický nelékařský personál:
- vrchní sestra musí být vysokoškolsky vzdělaná v oborech ošetrovatelství, všeobecná sestra, ošetrovatelská péče v gerontologii ukončených státní závěrečnou zkouškou a musí být držitelkou osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru všeobecná sestra;
 - všeobecná sestra neboli sestra v sociálních službách musí být absolventkou nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách nebo nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester nebo specializačního studia ošetrovatelské péče v gerontologii a nebo vysokoškolského studia v oboru ošetrovatelství či ošetrovatelská péče v gerontologii, a musí být držitelkou osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu v oboru všeobecná sestra;
6. Pracovníci v přímé péči i zdravotní sestry znají poměrně dobře všechny obyvatele domova a ti zas znají je. Většina uživatelů má zde určitý pocit domova, proto velmi citlivě vnímají často propastný rozdíl v přístupu, jednání a komunikaci, kterého se jim dostává při pobytu v nemocnici;
7. Sociální zařízení, kde je evidována vysoká úmrtnost - na domovy pro seniory připadá nejvíce zemřelých z vybraných typů zařízení sociálních služeb – 75 %. K této skutečnosti lze připojit i 70. článek v Doporučení

výboru ministrů Rady Evropy, v kterém se uznává, „že některá prostředí, ačkoliv se nezabývají výhradně službami paliativní péče, přitahují větší množství pacientů s potřebou paliativní péče. Je zřejmé, že některé pečovatelské domy, zařízení pro seniory a další zařízení se setkávají s větší poptávkou po paliativní péči.“⁵³ To doplňuje další z článků v dokumentu,⁵⁴ který se zmiňuje o tom, že největší podíl na poskytování paliativní péče mají a vždy budou mít nesespecializovaná zařízení jako jsou pečovatelské domy, domovy pro seniory apod., což je zdůvodněno faktem, že v mnoha případech je péče poskytována buď nesespecializovanými zdravotníky bez zákroku specialistů nebo specialisty při nesespecializované péči.

8. Racionální rozhodnutí seniora k nástupu do domova pro seniory z důvodu špatného zdravotního stavu a ztráty soběstačnosti, což je současně podle zákona o sociálních službách podmínkou k přijetí do zařízení. Očekávají, že v případě nezvratného zhoršení zdravotního stavu jim domov poskytne adekvátní péči reagující na jejich potřeby.
9. Zhoršená schopnost adaptace, což se může projevit právě převozem do nemocnice, kdy může dojít k urychlení terminální fáze a předčasné smrti i kdyby jen o pár hodin, v kterých by však měl možnost vyřešit si určité své záležitosti nebo by mu mohla být splněna jeho poslední přání.
10. Přání starých lidí zemřít ve vlastním domově anebo tedy alespoň v prostředí, které se jim stalo domovem. Tato skutečnost může být podle mého názoru předmětem střetu zájmu uživatele se zájmy poskytovatele sociální služby, protože ten je ze zákona povinen vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, která uživatelům umožní naplňovat jejich lidská i občanská práva.
11. Důraz i tlak na zvyšování kvality služeb domovů pro seniory ze strany státu, v nichž je stále silněji uplatňován individualizovaný a holistický přístup formou individuálního plánování a stanovení osobního cíle - to umožňuje individuální úpravy režimových opatření v domově, které uživateli vyhovují a odpovídají nejen jeho návykům, ale především jeho změněným potřebám například z důvodu zhoršování zdravotního stavu.
12. Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy týkající se organizace paliativní péče, v němž je mimo jiné zdůrazňováno, že paliativní péče by měla být bez zbytečného prodlení dostupná každému, kdo ji potřebuje, a to v prostředí odpovídajícím v maximální možné míře jeho potřebám a přáním. Navíc přístup k tomuto druhu péče by měl být založen na potřebě a nesmí být ovlivňován druhem nemoci, zeměpisnou polohou,

⁵³ Doporučení, čl. 70, 26

⁵⁴ Doporučení, čl. 72, 26

socioekonomickým postavením ani jinými podobnými faktory. Ve své důvodové zprávě pak například uvádí:

- „Zdravotníci by si měli být vědomi omezení medicíny a vyvarovat se nadměrného léčení.“ Toto tvrzení komentuje tím, že bolest a utrpení nelze řešit pouze lékařskými prostředky, ale že je k tomu zapotřebí i autentický vztah.⁵⁵
- „Poskytovatelé péče by měli pečlivě zvažovat přínos léčby a zátěž, kterou tato léčba pro pacienta představuje.“⁵⁶ Vedle toho by měli být posuzovány přínosy a rizika každého klinického rozhodnutí. Tak se poskytovatelé vyhnou zbytečnému léčení, které je pro pacienta neefektivní a zatěžující.
- „Pacienti v pokročilém stádiu nemoci a umírající mají ze zásady stejná práva jako jiní pacienti, mezi něž patří právo na lékařskou péči a osobní podporu, právo na informace, ale i právo odmítnout informace, diagnostický postup nebo léčbu a to zejména v případě, že tato léčba nemůže zabránit smrti.“⁵⁷ Přitom toto rozhodnutí nesmí nijak ovlivnit kvalitu paliativní péče, při jejímž poskytování musí být zachováno právo na lidskou důstojnost v maximální možné míře, největší možné zmírnění bolesti a zmenšení utrpení.

4.3.2. Fakta proti zavedení paliativní péče do domova pro seniory

Existují však i skutečnosti, které zavedení paliativní péče do domovů pro seniory brání a jejichž překonání by v některých případech nebylo vůbec jednoduché:

1. Nedostatečné personální zajištění – v pobytových sociálních zařízeních je počet pracovníků na uživatele služby v poměru 1 : 1,6, ale za předpokladu, že jsou do tohoto počtu započítáni i ti pracovníci, kteří se na poskytování přímé péče uživatelům nepodílejí⁵⁸. Bez nich totiž na jednoho pracovníka v přímé péči vychází v tom lepším případě „pouze“ tři uživatelé, v tom o dost horším může pečovat až o 15 uživatelů a to navíc bez ohledu na jejich funkční zdatnost.
2. V domovech, v kterých není poskytována ošetrovatelská péče, tzn. kde nejsou k dispozici ošetrovatelská lůžka či přímo oddělení, není podle

⁵⁵ Doporučení, čl. 60, 24

⁵⁶ Doporučení, čl. 62, 24

⁵⁷ Doporučení, čl. 65, 25

⁵⁸ jsou to například pracovníci administrativy, údržby, autodopravy, úklidu aj.

zákona o sociálních službách možné poskytovat sociální služby osobám, které jsou závislé nebo zcela závislé na pomoci jiné osoby.⁵⁹

3. Problematické vykazování a proplácení některých ošetrovatelských výkonů ze strany zdravotních pojišťoven, což ve svém důsledku vede k snižování počtu zdravotních sester. Problematickými oblastmi jsou: například:
 - Indikacemi k provádění zdravotnických výkonů mohou být pouze zdravotní důvody a rozhodně ne ty, které patří mezi ze zákona poskytované sociální služby;
 - Veškeré zdravotnické výkony se mohou provádět jen na základě ordinace indikujícího lékaře – nelze měnit rozsah, formu ani způsob provedení výkonu;
 - Velmi striktní podmínky vykazování výkonů;
 - Je stanovena minimální doba provedení výkonu – pokud je kratší než 10 minut, není již možné ji vykazovat jako ošetrovatelskou intervenci;
 - Neúplnost Seznamu zdravotních výkonů, kde chybí mnoho dalších odborných činností, které jsou oprávněny provádět pouze sestry.
4. Nedostatečná příprava, znalost, zkušenost a také otevřenost personálu domovů poskytovat paliativní péči umírajícím uživatelům – je to důsledek nedostatečného systému vzdělávání lidí v zařízeních sociální péče.
5. Popírání tohoto problému nejen v zařízeních sociální péče, ale i v celé společnosti. Důvodem je také nedostatečná informovanost veřejnosti, která by mohla přispět k širší diskusi.
6. Nedostatečná erudovanost, vybavenost i ochota praktických lékařů pro péči o umírající;
7. Často nevyhovující technický stav budov domovů, uspořádání pokojů, počet lůžek na pokojích, lokalita i dopravní dostupnost atd.:
 - mnoho budov, které jsou využívány jako domovy pro seniory pochází z období 50. až 80. let a některé domovy dokonce sídlí v historických budovách, jako jsou zámky, bývalé kláštery apod. Z toho vyplývá, že mnohé z nich neodpovídají současným nárokům na řízení kvality poskytované péče.
 - Ještě stále se můžeme setkat v domovech s vícelůžkovými pokoji, převažují však zejména ty dvoulůžkové. Tak či tak nelze zajistit úplné soukromí, jako by tomu bylo v jednolůžkových pokojích, kterých je i v nově postavených či zřizovaných domovech stále velmi málo.
 - Většina domovů nemá prostory, které by mohla nabídnout rodinným příslušníkům umírajícího seniora k dočasnému bydlení.

⁵⁹ zákon č. 108/2006, část třetí, § 36, odst. 3

5. Anketa

Součástí této práce je i malá anketa, která sonduje míru a způsoby zjišťování přání a postojů uživatelů v případě zhoršení jejich zdravotního stavu a v případě jejich úmrtí. K jejímu vyplnění jsem oslovila Domovy pro seniory na území hlavního města Prahy zřizované Hlavním městem Praha⁶⁰. Jedná se celkem o osm zařízení a ankety se účastnilo šest z nich:

- Domov pro seniory Ďáblice,
- Domov pro seniory Elišky Purkyňové,
- Domov pro seniory Háje,
- Domov pro seniory Kobylisy,
- Domov pro seniory Krč,
- Domov pro seniory Malešice.

Anketa měla podobu dotazníku rozděleného na tři části. V první části se zjišťovaly informace o zařízení, druhá část se zaměřila na jednání s uživatelem a jeho příbuznými v případě zhoršení zdravotního stavu či v případě terminálního stadia nemoci uživatele. Otázky v třetí části dotazníku se pak dotazují na některé z prvků dotýkající se poskytování paliativní péče v domovech pro seniory.

Dotazník byl vyplňován převážně vedoucími sociálního úseku.⁶¹ Jelikož se na základě mé zkušenosti a podle reakcí některých respondentů jedná o citlivější téma, přislíbila jsem v úvodu dotazníku, že žádné ze zúčastněných zařízení nebude figurovat ve spojení s konkrétními odpověďmi a to zejména z druhé a třetí části dotazníku.⁶²

5.1. Vyhodnocení jednotlivých částí ankety

V dotazníku využívám převážně uzavřené otázky a otázky polouzavřené. Tyto typy otázek jsou pak v některých případech doplněny filtrujícími otázkami a případným odůvodněním zvolené odpovědi.

Až při vyhodnocování jednotlivých otázek se bohužel ukázalo, že některé z nich mohly být pro respondenty matoucí – chybělo u nich jasné dovysvětlení nabízených možností, jako například v případě otázky č. 1 v druhé části

⁶⁰ V dalším textu pouze Domovy

⁶¹ Názvy sociálního úseku v různých obměnách, např. sociálně zdravotní úsek, sociální a aktivizační oddělení, sociální oddělení apod.

⁶² U části I dotazníku jde v převážné většině o informace, které lze zjistit z webových stránek nebo výročních zpráv domovů.

dotazníku, kdy možnost „a) pouze ústně“ měla být doplněna poznámkou v závorce „bez jakéhokoliv zápisu“. U některých otázek se naopak ukázalo, že by bylo užitečné, kdyby byly doplněny dalšími doplňujícími otázkami, jako např. u otázky č. 2 v třetí části dotazníku, kdy se dotazují na spolupráci s některým specializovaným zařízením paliativní péče. Tato otázka mohla být doplněna podotázkou, o jaký druh zařízení jde, pokud by šlo o kladnou odpověď.

Výsledky ankety si v žádném případě nedělají nárok na zobecnění. Důvodem je jednak velmi malý vzorek respondentů, kteří mají společného zřizovatele a také, že anketa byla provedena jen v jednom regionu České republiky. Jde jen o malou sondu do problematiky v konkrétním regionu s konkrétně vybranými respondenty.

5.1.1. Část I

V této části souhrnně představím všechna dotazovaná zařízení. Otázky jsou převážně polouzavřené s kolonkami pro doplnění konkrétních údajů.

Všechny zúčastněné domovy pro seniory jsou zařízeními sociální péče s vysokým počtem uživatelů seniorského věku a to v rozmezí od 152 do 259.

Jsou standardně personálně složeny, tzn. zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci, pracovníci volnočasových aktivit, pracovníci administrativy a pracovníci provozu, jako například údržba, kuchyně, prádelna, úklid apod. Některá zařízení mají navíc například psychologa, ordinační sestru, či nutričního terapeuta. Co se týče názvů jednotlivých pracovních zařazení, není terminologie vždy jednotná, jako například v případě rehabilitačního pracovníka - někde je používán termín fyzioterapeut, nebo v případě pracovníka volnočasových aktivit, kde je zas používán termín jako např. ergoterapeut, sociální pracovník apod. Podobné je to i v názvu některých úseků.

Pokud pak přepočteme, kolik uživatelů služeb domova připadá na jednoho pečujícího pracovníka, tím zde myslím zdravotní sestry a pracovníky v sociálních službách dohromady, činí tento počet od tří do pěti uživatelů.

V případě poskytování lékařské péče, čtyři domovy mají smluvně zajištěného praktického lékaře, který do zařízení dochází 2krát až 3krát týdně. Zbylé dva mají své vlastní lékaře, tzn. v pracovněprávním vztahu, a to z toho důvodu, že se jim podařilo uzavřít smlouvu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a prostřednictvím této smlouvy jsou zaregistrováni jako nestátní zdravotnické zařízení. Ve všech Domovech je v noci a ve dnech pracovního klidu zajišťována lékařská péče akutních případů rychlou záchrannou službou, případně lékařskou službou první pomoci nebo pohotovostí.

Co se týče smluvně sjednaných specialistů, existují mezi Domovy značné rozdíly – někam dochází až 7 specializovaných lékařů, jinde například jen tři. Specializace docházejících lékařů, stejně jako četnost jejich návštěv je velice rozmanitá. Nejčastěji jsou využívány specializace psychiatrie a ORL.⁶³

Zajímaly mě i nabízené možnosti ubytování uživatelů. Ve všech Domovech je poměrně vysoký podíl jednolůžkových pokojů – někde až s téměř 95 % zastoupením, tzn. že podíl uživatelů tohoto zařízení, ubytovaných na tomto typu pokoje, dosahuje až 90 % z celkového počtu jeho uživatelů. Nejmenší podíl jednolůžkových pokojů činí 39 %. Druhým nejčastěji využívaným typem jsou dvoulůžkové pokoje.⁶⁴ Domovy však disponují i trojlůžkovými pokoji⁶⁵ a to hned v pěti zařízeních. Dokonce jeden z domovů má i jeden čtyřlůžkový pokoj bez vlastního sociálního zařízení.

Vyhodnocení

Ne všechny dotazy z Části I byly zodpovězeny všemi – jedná se zejména o věkovou složení uživatelů a stupně závislosti, proto je nemožno plnohodnotně vyhodnotit. Oba údaje sledávám za podstatné a považuji je za hlavní důvody, proč se zabývat otázkou zavedení paliativní péče v domovech pro seniory. Vyplněné údaje mi měly potvrdit nebo vyvrátit mé domněnky:

- nejpočetnější věkovou kategorií jsou senioři nad 85 let a spolu s kategorií seniorů 76 – 85 let tvoří více jak 75 % všech uživatelů domova;
- v domovech pro seniory tvoří největší skupinu uživatelé se stupněm závislosti III a IV.⁶⁶

Podle částečných údajů to vypadá, že první domněnka by se mi teoreticky potvrdila. Zastoupení těchto věkových skupin tvoří dokonce až 80 a více procent. Naopak v případě druhé domněnky je to zcela jinak, protože podle zpracovaných dat jsou nejčastěji zastoupeni senioři ve stupni závislosti I a II.⁶⁷ Na druhé straně ale lze předpokládat, že většina seniorů z této skupiny se postupem času stanou závislejšími na pomoci druhých.

Velice mě překvapilo, že i přes svoji velikost, disponují všechna jmenovaná zařízení minimálně z jedné třetiny jednolůžkovými pokoji z celkového počtu pokojů.⁶⁸ Jednolůžkové pokoje nabízí svým obyvatelům určitý komfort ve smyslu soukromí a klidu. Mohou ulehčit adaptaci seniora na nové prostředí při

⁶³ Otorhinolaryngologie = chirurgický lékařský obor zaměřený na léčbu ušních, nosních a krčních chorob.

⁶⁴ Celkový počet dvoulůžkových pokojů, tzn. jak s vlastním sociálním zařízením, tak bez.

⁶⁵ Celkový počet trojlůžkových pokojů, tzn. jak s vlastním sociálním zařízením, tak bez.

⁶⁶ § 8 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁶⁷ Viz Příloha č. 2

⁶⁸ Viz Příloha č. 3

jeho nástupu do domova a stejně tak mohou usnadnit jeho „odchod“ z tohoto světa, kdy mu mohou dělat společnost jeho blízcí, aniž by někoho dalšího rušili nebo byli rušeni, natož aby se nemohli se svými blízkými rozloučit vůbec. Tato možnost zvyšuje kvalitu života umírajícího seniora a to byl také důvod, proč mě tento údaj zajímal. Je to další faktor, který by se mohl brát v potaz při řešení otázky zavedení paliativní péče do prostředí domovů pro seniory.

Významná je i otázka dostatečného personálního zajištění. I když podle již zmíněného přepočtu vychází na jednoho pečujícího pracovníka poměrně ideální počet uživatelů v rozmezí 3 až 5 osob⁶⁹, nesmí se zapomenout vzít do úvahy, že jde vlastně o třísměnný provoz. Pak je přepočet uživatelů na jednoho pečujícího pracovníka až 3krát vyšší. K tomu je nutné dodat, že potřeby jednotlivých uživatelů mohou být velice různorodé. Z toho podle mého názoru vyplývá, že personální zajištění z hlediska vysoké kvality zdravotní péče a zejména pak péče o umírající a terminálně nemocné seniory je nedostačující. O dostatečném počtu sociálních pracovníků a pracovníků volnočasových aktivit by se dalo taky velice dlouho diskutovat. Dle mého mínění by mělo platit, že čím různorodější je skladba uživatelů domova, tím širší a „pestřejší“ by měla být skladba pracovníků sociálního úseku. V případě dotazovaných domovů to mohu jen těžko posoudit, ale na základě částečně zjištěných dat o složení uživatelů z hlediska stupně závislosti lze hypoteticky předpokládat, že počty pracovníků sociálního úseku jsou vyhovující.

Při poskytování lékařské péče se většina domovů neliší od zaběhnuté praxe smluvních praktických lékařů. Ale v případě dvou zbylých domovů jsem se s praxí registrace jako nestátní zdravotnické organizace setkala poprvé. Nepochybně je výhodná a jednodušší především z hlediska financování a vykazování poskytované zdravotnické péče přímo v domovech pro seniory, která je jinak zatím komplikovaná. Stálou přítomnost lékaře osobně vnímám jako velice užitečnou pro samotné uživatele služeb domova – v případě jakéhokoliv úrazu či nemoci může včas a rychle zasáhnout. Také má větší možnost poznat lépe své „pacienty“, což mluví ve prospěch i případného zavedení paliativní péče. Navíc by byl kompetentní zastávat úkoly navrhovaného referenta pro paliativní péči nebo s ním alespoň úzce spolupracovat.

⁶⁹ Viz Příloha č. 4

5.1.2. Část II

Druhá část dotazníku má šest otázek, z nichž první dvě jsou polouzavřené a další čtyři jsou uzavřené.

OTÁZKA Č. 1: Je s uživatelem dohodnut postup při zhoršení jeho celkového zdravotního stavu?

Odpovědi: Jasně ANO odpověděly 3 Domovy ze šesti. Další Domov odpověděl také ANO, ale s poznámkou: „U klientů, u kterých toto nebylo zjištěno se postupuje na základě rozhodnutí praktického lékaře, pokud je přítomen, či lékařem přivolané rychlé záchranné služby. Přitom přivolání lékaře ke klientovi je na rozhodnutí vedoucího úseku přímé péče, tj. staniční sestry.“

Další z nich uvedl ANO i NE s tím, že v případě ANO, tak jen „u vybraných uživatelů“. V případě odpovědi NE poznamenal, že se postupuje různým způsobem, dle stavu uživatele.

V jednom z Domovů se tato "dohoda" nezajišťuje vůbec, tzn. jasně NE a neúčast na zodpovězení dalších otázek související s otázkou č. 1.

Pokud ano, jakým způsobem je „dohoda o postupu“ zajišťována?

Odpovědi: Nejčastěji, tj. třikrát, je zajišťována písemně do uživatelské karty či dokumentace.

Dva z Domovů uvedly jako způsob záznam do formuláře určeného pro takovéto situace. Jeden z nich uvedl i jeho název: „Sociální záznam“. Druhý dále uvádí, že při zhoršení zdravotního stavu je uživatel přestěhován z oddělení určeného pro ty, kteří nejsou příliš závislí na pomoci druhých, na oddělení určené pro seniory, kteří naopak pomoc druhých potřebují. Tento přestup se dojednává již při nástupu seniora do zařízení - uživatel podepisuje s touto případnou změnou souhlas u sociálního pracovníka.

Dva z Domovů uvádí jako způsob „pouze ústně“, ale jeden z nich tuto odpověď zkombinoval s možností „zápisem do uživatelské dokumentace“.

Pokud ano, kdy k této „dohodě“ dochází?

Odpovědi: Možnosti „při příjmu klienta do zařízení“ a „v případě, když o to klient požádá“ byly vybrány celkem třikrát.

Jeden z Domovů má kombinaci tří možností – „při příjmu“, „při zhoršení zdravotního stavu“ a „při požádání uživatelem“.

Další Domov pak uvádí kombinaci možností „při zhoršení zdravotního stavu“ a „při požádání“.

Pokud ano, kdo tuto „dohodu“ zajišťuje?

Odpovědi: Ve čtyřech Domovech je to úkolem klíčového pracovníka, ale ve třech z nich se na tom podílí i jiní zaměstnanci – ve dvou případech jde o sociálního pracovníka, v jednom případě jde jednak o zdravotní sestru a jednak o někoho jiného, konkrétně lékaře a psychologa.

Možnost „někdo jiný“ je pak zvolena ještě jedním z Domovů - jedná se o vedoucí oddělení.

Vyhodnocení: V převážné většině dotazovaných Domovů mají uživatelé možnost dohodnout si, jak s nimi bude zacházeno v případě zhoršení jejich zdravotního stavu. Ale spíše mi z toho vychází, že Domovy sice vyjdou uživatelům vstříc, pokud si něco takového přejí, ale musí s tím přijít vyloženě sami, anebo Domovy jsou na takovouto situaci připraveni, ale přistupují k tomu velmi zjednodušeně a ve své podstatě bez přizvání uživatele o tom rozhodovat. Příliš se mi totiž nelíbí postup domluvy při nástupu uživatele do Domova. Osobně si myslím, že je to příliš brzy – starý člověk by měl mít čas se nejprve adaptovat na nové prostředí, aby poté mohl v klidu o takovém kroku přemýšlet. S tím souvisí i další postřeh, že ani jednou nebyla zvolena možnost „během prvního půl roku“ – myšleno od doby přijetí seniora do zařízení, kdy jsem brala v úvahu určitou dobu na adaptaci.

Ani výše zmíněné řešení této situace nepovažuji, stejně jako samotný respondent, za ideální. Stěhování uživatelů do jiného oddělení, byť s komplexněji vedenou péčí pokládám za velmi stresující. Myslím si, že se to může odrazit v podobě rychleji probíhající dekompenzace zdravotního stavu.

Naopak oceňuji, že ve většině Domovů tuto „dohodu“ nezajišťuje jen jedna pracovní pozice, jako nejčastěji zmiňovaný klíčový pracovník, ale minimálně jedna další jako například sociální pracovník, zdravotní sestra nebo psycholog. Uživatel má tak možnost sdělit svá přání tomu z pracovníků, ke komu má větší důvěru.

OTÁZKA Č. 2: Jsou zjišťována přání uživatele týkající se jeho posledních momentů života a jeho smrti?

Odpovědi: Dva Domovy odpověděly jasné ANO.

Stejně tak dva Domovy uvedly ANO i NE s poznámkou, že je to jen v případech, kdy si to uživatel přeje a pokud je to možné zajistit. Jeden z nich pak k tomu dodává: „Tato přání nejsou předem nijak cíleně s klientem probírána. Řeší se individuálně.“

Pátý z Domovů přidal k nabízeným dvěma možnostem třetí možnost s odpovědí „občas“.

Jeden odpověděl NE, a tudíž na následující podotázky neodpovídal, ale v poznámce dodává, že v případě, kdy o to uživatel projeví zájem sám, tak ANO.

Pokud ano, jakým způsobem je přání zajišťováno?

Odpovědi: Čtyři z Domovů uvádí možnost „zápisem do uživatelské dokumentace“. Pátý z Domovů zvolil možnost „jinak“ a uvedl to jako záznam do individuálního plánu v rámci mapování potřeb a přání.

Pokud ano, kdy k této dohodě dochází?

Odpovědi: Na tuto otázku už odpovídaly jen čtyři zařízení a všechna uvedla možnost „když o to klient požádá“. Navíc jeden z nich k tomu zvolil ještě jednu z možností a to „již při přijetí uživatele do Domova“.

Pokud ano, kdo tato přání zajišťuje?

Odpovědi: Jeden z Domovů uvádí všechny nabízené možnosti a do možnosti „jiný“ uvádí, že se to děje v rámci mapování potřeb a přání v IP.

Další z Domovů sice odpověděl pouze možnost „jiný“, ale pak ji rozvádí: „Zajišťování vyplývá z typu přání a možností realizace. Některá podchycuje při nástupu sociální pracovník. Klíčový pracovník nebo jiný pracovník pak z další komunikace s klientem může zprostředkovat jiná přání, jako například zajištění kněze, který do našeho zařízení dochází, nebo zajištění psychologa, který je zaměstnancem domova.“

Jeden z Domovů uvádí tři možnosti - sociální pracovník, klíčový pracovník a zdravotní sestra.

Poslední z Domovů, který na tuto otázku reagoval, uvedl pouze jedinou možnost – klíčového pracovníka.

Vyhodnocení: Ze všech odpovědí, včetně těch, které odpověděly nejasně, vyplývá, že tuto možnost uživatelé dotazovaných Domovů mají, ale musí vycházet výhradně z jejich osobní iniciativy. Na jedné straně vnímám tento výsledek pozitivně, ale zároveň mě při hlubším zamyšlení napadá, že si to Domovy opět zjednodušují a to v tom smyslu, že čekají, až uživatel přijde, místo aby hledaly způsob, jak uživatele k rozhovoru na toto téma motivovat. Přitom on ani možná neví, že by něco takového mohl někomu z personálu sdělit. Uvědomuji si, že jde o citlivé téma, ale možná by pro začátek stačilo, aby se pracovníci Domovů případným rozhovorům s uživateli o smrti a umírání nevyhýbali. Nemám sice nikde nijak podloženo, že se tak děje, ale z předchozích odpovědí lze odvodit, že otevřenost ze strany Domovů k otázkám smrti a umírání není příliš velká.

Opět se mi líbí, že zjišťováním a případným zajišťováním těchto přání je v některých Domovech pověřeno hned několik osob, což jsem již okomentovala v předchozí odpovědi k otázce č. 1.

OTÁZKA Č. 3: Ověřujete si po určité době, zda se přání uživatelů nezměnila?

Odpovědi: Čtyři Domovy odpověděly ANO.

Dva uvedly NE. Jeden z nich navíc upřesnil, že to není ověřováno cíleně, ale například v rámci IP, kdy uživatel má možnost toto téma probírat s klíčovým pracovníkem.

Vyhodnocení: Tato otázka těsně souvisí s předchozí, ale je tu rozdíl v jednoznačnosti jejich odpovědí. Přesto si ale myslím, že tyto odpovědi je nutné brát v kontextu s odpověďmi na otázku č. 2, tzn. nebrat je jako jednoznačné.

OTÁZKA Č. 4: Je uživateli umožněno zvolit si vlastního ošetřujícího lékaře?

Odpovědi: Všechny Domovy odpověděly ANO – uživatelé si mohou zvolit vlastního ošetřujícího lékaře.

Vyhodnocení: Důvodem k položení této otázky, byla má zkušenost z působení v domově pro seniory, kdy vrchní sestra automaticky uživatele registrovala u smluvního všeobecného lékaře. Pohnutky byly zcela praktické, což je na jednu stranu pochopitelné – je jednodušší se domlouvat a komunikovat jen s jedním obvodním lékařem než s několika. Přitom ale zastávám názor, že by i seniorům žijícím v tomto typu sociálního zařízení mělo být umožněno ponechat si svého dosavadního ošetřujícího lékaře či si případně zvolit nového. I tato volba přispívá podle mého názoru k zvyšování kvality života uživatelů. Zvláště pro ty křehké a na pomoci závislé je určitě přínosnější, když se o ně budou starat lékaři, které znají třeba i celý život a kdy je mezi nimi vybudována určitá vzájemná důvěra.

Bohužel až při vyhodnocování této otázky jsem zjistila, že by pro účely tohoto dotazníku byla hodnotná informace, nakolik je možnost výběru vlastního lékaře uživateli využívána.

OTÁZKA Č. 5: Je s uživatelem projednáván způsob a postup informování jeho příbuzných či osob mu blízkých pro případ zhoršení jeho zdravotního stavu?

Odpovědi: Všechny ze zúčastněných Domovů odpověděly ANO.

Vyhodnocení: Tato otázka v podstatě souvisí s otázkou č. 1, kde polovina Domovů neodpověděla zcela jednoznačně. Vycházím z myšlenky, že pokud je s uživatelem projednáván postup při zhoršení zdravotního stavu, je velmi pravděpodobné, že se bude dotýkat i postupu informování uživatelovy rodiny.

Myslím si, že tato otázka byla převážně pochopena ve smyslu zaběhnutého úzu při přijímání uživatele do domova, kdy je od něj požadováno, aby někoho pro takové situace nahlásil. Netvrdím, že je to špatné, ale ani to, že je to jediný

správný postup. I v této záležitosti se mohou okolnosti měnit – jde přeci jenom o dlouhodobý pobyt, kdy může docházet ke změnám ve vztahu k jednotlivým členům rodiny nebo kdy uživatel bude chtít své příbuzné informovat jen o určitých událostech či jen o určitých změnách.

OTÁZKA Č. 6: Jsou s příbuznými uživatele na základě jeho souhlasu projednávány další postupy a zákroky v péči o jeho osobu?

Odpovědi: I v této otázce všechny Domovy odpověděly jednomyslně ANO.

Vyhodnocení: Je to další z otázek, při které jsem si uvědomila, že by bylo vhodné ji doplnit podotázkou, zda se to děje v přítomnosti uživatele či nikoliv a jakým způsobem. Byl by to jeden z ukazatelů, do jaké míry má uživatel prostor k spolurozhodování o dalším vývoji péče o jeho osobu a jaký je v zařízení preferován přístup – zda paternalistický či biopsychosociální.

V jiných státech, mám na mysli ty s rozvinutou paliativní péčí v zařízeních pro seniory, je běžné, že při nějaké významnější změně ve zdravotním stavu klienta, je dohodnuta schůzka se zastoupením všech zainteresovaných stran.

5.1.3. Část III

Je zde celkem devět otázek, z nichž většinu tvoří otázky kombinované, tzn. uzavřené a doplněné otevřenými, případně polouzavřenými. Další dvě jsou otevřeného typu a pouze jediná otázka je výhradně typu uzavřeného.

OTÁZKA Č. 1: Je vytvořen nějaký vnitřní předpis, např. směrnice, který zajišťuje postup při péči o pokročile a terminálně nemocné seniory?

Odpovědi: Kromě jednoho Domova, odpověděla ostatní zařízení, že žádný vnitřní předpis zajišťující postup při péči o pokročile a terminálně nemocné uživatele vytvořen nemá.

Ten jediný, který uvedl, že má předpis vytvořen, neuvedl jeho konkrétní název. Pouze připsal poznámku Standardy, z které není jasné, zda jde o přesně formulovaný postup v podobě směrnice s vlastním názvem nebo zda jde jen o nějakou obecně formulovanou poznámku v rámci standardů.

Vyhodnocení: Tento výsledek potvrzuje i moji zkušenost z praxe. Podle mého názoru, z předepsaných kritérií standardů kvality přímo nevyplývá jakákoliv povinnost zvláštního postupu při péči o umírající. Domnívám se, že je to jen na samotném zařízení, zda si vytvoří své předpisy, které by zaručovaly potřebnou péči podle aktuálních potřeb jednotlivých uživatelů v jejich posledních chvílích života, čímž by jim zajistily co nejvyšší možnou míru zachování kvality života.

OTÁZKA Č. 2: Spolupracujete v oblasti péče o terminálně nemocné uživatele se zařízením specializované paliativní péče?

Odpovědi: Pouze dva Domovy uvádí ANO. Z toho však jeden dodává, že pouze ve smyslu překlady klienta z Domova do hospice.

Zbylé čtyři Domovy odpověděly jasné NE.

Vyhodnocení: Přestože dvě odpovědi ANO obvykle nejsou valným výsledkem, v této záležitosti to hodnotím jako výsledek velice dobrý.

I přes drobný úspěch, ale stále převládají záporné odpovědi, z nichž lze vyvodit, že Domovy tuto otázku příliš neřeší a při nevratném zhoršení zdravotního stavu postupují zaběhlým standardním způsobem – převozem uživatele do nemocničního zařízení. Na druhou stranu je ale těžké obrátit se na zařízení paliativní péče o pomoc, když je jich v České republice hrubý nedostatek, zvláště přičteme-li k tomu vysoce pravděpodobnou domněnku, že by šlo ze strany Domova o velmi intenzivní spolupráci vzhledem k jeho cílové skupině uživatelů.

Tuto otázku by bylo užitečné doplnit opět podotázkou ve smyslu o jaké konkrétní zařízení se jedná, za předpokladu, že by předchozí odpověď zněla kladně.

OTÁZKA Č. 3: Máte ve Vašem zařízení zvláštní pokoj (oddělení) pro terminálně nemocné uživatele?

Odpovědi: Domovy nedisponují žádnými zvláštními pokoji ani celým oddělením pro terminálně nemocné uživatele.

Tři z Domovů pak připojují komentář. Například jeden z Domovů uvádí, že i přes snahu vedení, které tuto možnost opakovaně nabízelo, nebyl o ní ze strany uživatelů projev jakýkoliv zájem.

Další argumentoval tím, že jsou domovem pro seniory klasického typu, jehož zřizovatelem je Magistrát hl. Města Prahy, a že nejsou hospic.

Třetí pak uvádí, že zvláštní pokoje ani nijak nepotřebují, protože mají vysoký podíl jednolůžkových zařízení.

Vyhodnocení: Původně jsem si myslela, že lůžka či zvláštní oddělení pro terminálně nemocné a umírající uživatele služeb domova pro seniory jsou jedním z vhodných řešení problematiky péče o umírající a proto jsem do dotazníku zařadila i tuto otázku. Teď už však o tom nejsem tak silně přesvědčena. Ne že bych tuto možnost teď naopak zavrhovala – určitě má svá pozitiva. Navíc takováto oddělení využívají i zařízení pro seniory v některých státech Západní Evropy a jde o zaběhlou praxi. Ale po hlubším proniknutí do problematiky díky studiu odborné literatury si myslím, že je celá řada více vyhovujících možností, které nejsou tak finančně i personálně náročné a zároveň respektují „svět“ a potřeby umírajících.

OTÁZKA Č. 4: Jakým způsobem je zajišťováno soukromí uživatele ve dvou a více lůžkových pokojích v případě jeho zhoršení zdravotního stavu a terminální fázi života uživatele?

Odpovědi: Čtyři Domovy používají závěsy mezi lůžky.

Další z Domovů využívá pevné i mobilní zástěny instalované na každém pokoji.

Jedno zařízení postupuje po vzájemné dohodě dočasným přestěhováním spolubydlícího na jiný pokoj.

Vyhodnocení: Používání zástěn či závěsů je v těchto zařízeních běžně používanou praxí. Zajímavý je i způsob spočívající v přestěhování spolubydlícího, s kterým jsem se ještě nikdy předtím nesetkala. Považuji ho za velmi ohleduplný k oběma stranám – za předpokladu, že to umírajícímu uživateli nevadí, má jeho spolubydlící možnost rozhodnout se, zda v pokoji zůstane či nikoliv.

Většině Domovů ale tuto situaci usnadňuje poměrně dost velký počet jednolůžkových pokojů – v jednom z dotazovaných zařízení je to až 95 % všech pokojů.

OTÁZKA Č. 5: Jsou rodinným příslušníkům umožněny časově neomezené návštěvy u uživatele, tzn. v jakoukoliv denní a noční dobu, v případě terminální fáze jeho života a za předpokladu, že si to přeje?

Odpovědi: Jasná odpověď ANO od všech Domovů.

Vyhodnocení: U této otázky jsem očekávala spíše zápornou odpověď. Tato informace mě pozitivně překvapila.

OTÁZKA Č. 6: Umožňuje vaše zařízení delší pobyt uživatele rodinného příslušníka či blízké osoby v případě jeho zhoršujícího se zdravotního stavu?

Odpovědi: Pouze jedno zařízení umožňuje delší pobyt rodinného příslušníka uživatele v případě jeho zhoršujícího se zdravotního stavu - disponuje pokojem pro hosty.

Všechny ostatní to neumožňují - jako důvody udávají nedostatečné prostorové, kapacitní a personální možnosti. Jedno zařízení k tomu dodává, že nejsou zařízením hospicového typu.

Vyhodnocení: Tyto odpovědi i s uvedenými důvody jsem naopak čekala. Při hlubším zamyšlení mě ale napadá, že u tak velkých Domovů a zejména těch nedávno vybudovaných by to zase neměl být až takový problém. Ale ze své zkušenosti vím, že je to podceňováno a vnímáno jako neefektivní. Hlavním

argumentem je, proč udržovat po většinu roku prázdný nevyužívaný pokoj, když o ubytování v domově žádá mnoho zájemců?

OTÁZKA Č. 7: Umožňuje vaše zařízení doprovázení umírajících?

Odpovědi: Doprovázení umírajících nebo také duchovní doprovázení je umožněno téměř ve všech zařízeních. Pouze jeden z domovů odpověděl NE. Ten také neodpovídal na dvě související podotázky.

Doprovázejícími jsou pak ve všech zařízeních převážně kněží. Sociální pracovníci doprovázejí ve čtyřech zařízeních. Dva z Domovů využívají 5 možností ze všech, přičemž u možnosti „jiné“ uvádí buď psychologa Domova, příbuzné a nebo pečující personál.

Dva z Domovů pak zvolily dvě možnosti, pátý Domov zaškrtl jen jednu možnost a to kněze.

Ani jeden z Domovů nezvolil možnost pracovníka mobilní hospicové péče a možnost dobrovolníci.

Vyhodnocení: Doprovázení není v zařízeních nijak výjimečné a některá z nich navíc umožňují doprovázení prostřednictvím co nejširší škály doprovázejících. Umírající si v případě potřeby druhé osoby u lůžka může svobodně zvolit osobu, kterou si opravdu přeje a ke které má blízký vztah a důvěřuje jí.

Mají Vámi vybraní s výjimkou bodů e) a f) potřebnou odbornost pro tuto činnost?

Odpovědi: Na tuto otázku odpověděly čtyři Domovy – tři z nich uvedly ANO s drobnými výjimkami.

Pátý z Domovů sice na tuto otázku neodpověděl, ale vznesl dotaz: „Jak by taková odbornost měla vypadat?“

Vyhodnocení: Měla bych zde uvést na pravou míru, že termín odbornost není příliš šťastně zvolen, je matoucí. Vyvolává dojem, že je k tomu bezpodmínečně potřeba speciálního vzdělání. Určitě je velkou výhodou, ale myslím si, že pro potřeby těchto doprovázejících by postačovaly odborně vedené kurzy s profesionály v paliativní péči.

Ani jeden z Domovů nezvolil mobilní hospicovou péči. Domnívám se, že důvodem je mimo jiné nedostupnost služeb „mobilních hospiců“ ve smyslu jejich nedostačující kapacity, a také to představuje poměrně složitý proces „papírování“ než by tito profesionálové mohli za uživatelem přijít.

OTÁZKA Č. 8: Zajišťuje zařízení pro své zaměstnance vzdělávání zaměřené na problematiku péče o pokročile a terminálně nemocné seniory?

Odpovědi: Polovina z dotazovaných zařízení zajišťuje pro své zaměstnance vzdělávání zaměřené na problematiku péče o umírající a terminálně nemocné seniory a shodně také uvádí, že s vyhledáváním školení na toto téma nemají potíže.

Vyhodnocení: Je otázkou, zda v zařízeních, kde je vzdělávání zajišťováno, jde o součást procesu vytváření nějakého systému péče o umírající nebo zda jde o školení, která sice rozšiřují znalosti pracovníků, ale jsou nahodile vybírána, nijak na sebe nenavazují a nejsou v praxi ani nijak využívána.

OTÁZKA Č. 9: Co spatřujete za největší překážku při zavedení péče o pokročile a terminálně nemocné seniory ve Vašem zařízení?

Odpovědi: Na tuto otázku odpověděly čtyři domovy s těmito odpověďmi:

- Nedostatek kvalifikovaných pracovníků v této oblasti, zavedené staré postupy u pracovníků, kteří zde pracují déle a neochota těchto pracovníků zaběhnuté režimy měnit, nezájem ze strany příbuzných o to, jakým způsobem a v jakých podmínkách umírají jejich blízcí aj.
- Prostorové a personální podmínky.
- Jsme zařízení sociálních služeb a ne zařízení zdravotnické, které pečuje o nemocné klienty, kteří vyžadují soustavnou zdravotní péči.
- Prostorové zázemí pro realizaci, možnost lůžka na pokoj, nebo pokoj pro hosty, dále problematická otázka soukromí na vícelůžkových pokojích. Tato problematika by měla být standardní povinnou součástí odborné přípravy pro tuto práci, často chybí povědomí a vůle u zdrav. personálu (bohužel i u lékařů), jak o tyto klienty pečovat. Je častou praxí, že se klienti odesílají na poslední momenty svého života do nemocnice, z obavy, aby se něco nezanedbalo po zdravotní stránce, kde umírají v cizím prostředí. Zdravotní aspekty často převyšují ty lidské. Odborná péče o terminálně nemocné by měla být součástí nejen konceptu ošetrovatelské péče o seniory v pobytových zařízeních, ale i součástí celkového konceptu poskytování služeb a filozofie těchto zařízení.

Vyhodnocení: Dva respondenti vnímají velké nedostatky v oblasti péče o umírající seniory v jejich zařízení, čímž umožňují alespoň malý, i když ne směrodatný, pohled do reality tohoto problému.

6. Diskuse a návrhy řešení

Vlivem vyvíjející se demografické situace projevující se stárnutím populace bude čím dál tím naléhavějším úkolem prosazovat, zavádět a stále propracovávat a prohlubovat perspektivní strategii péče o staré lidi jak na úrovni státu, tak na úrovni jednotlivých zařízení pečujících o seniory.

Jako je heterogenní seniorská populace, ať už pojmána obecně nebo právě v domovech pro seniory, jsou silně heterogenní i její potřeby, které ukazují na nezbytnou provázanost sociální a zdravotní péče a také na nutnost odpoutat se od velmi hluboko zakořeněného paternalistického přístupu, zjevného především v případech hospitalizace nemocných seniorů. Požadavek respektu, informovanosti a individuálního přístupu vůči seniorům závislých na pomoci druhých, transformuje původní nerovnocenný vztah ve vztah partnerský, v němž se uplatňuje tzv. biopsychosociální přístup k člověku⁷⁰ zaměřený na ochranu práv uživatele a celostní přístup zahrnující biologickou, psychickou, sociální a v neposlední řadě i spirituální dimenzi jeho potřeb.

Z výsledků ankety, která je součástí této práce, je patrné, že i přes různé odchylky v odpovědích jednotlivých zařízení, proces individualizace péče probíhá a je snaha, aby vztah obou dvou stran, tedy uživatele služeb a personálu Domova byl co nejvíce partnerský.

Domnívám se, že plné uznání a osvojení si tohoto přístupu je také klíčem k řešení otázky péče o umírající, konkrétně o ty, jejichž „domovem“ se stal domov pro seniory. Této problematice se věnovaly další otázky ankety, z jejichž odpovědí vyplynula určitá protichůdnost. Na jedné straně:

- Ve většině dotazovaných Domovů je umožněno doprovázení umírajících, které kromě kněze či duchovního mohou vykonávat i samotní pracovníci Domova, pokud o to umírající projeví zájem.
- Dva z domovů také uvedly, že spolupracují se zařízením specializované paliativní péče, i když nebylo blíže specifikováno s kterými.
- Všechna zařízení umožňují u umírajících časově neomezené návštěvy.

Ale na straně druhé:

- V podstatě ani jeden z nich nemá vypracovaný nějaký vnitřní předpis ať už v podobě plánu, strategie či směrnice.
- Vzdělávání zaměřené na problematiku péče o umírající zajišťuje svým zaměstnancům jen polovina z nich.
- Není běžné spolupracovat se zařízeními specializované paliativní péče.

⁷⁰ („člověk ve zdraví a nemoci“)

- Jen jeden z Domovů disponuje pokojem pro hosty pro rodinné příslušníky uživatelů v případě jejich zhoršujícího se zdravotního stavu.

Dva respondenti se pak zmiňují o neochotě a nevoli měnit zaběhnuté postupy, nedostatečném prostorovém zázemí pro realizaci paliativní péče, nedostatku soukromí na vícelůžkových pokojích, neexistenci povědomí o této problematice i u samotných lékařů, nedostačujícím vzdělání a zkušenostech personálu, jak o umírající seniory pečovat, a v neposlední řadě i o nezájmu ze strany příbuzných jakým způsobem a v jakých podmínkách umírají jejich blízcí.

Je však bezesporu jisté, že hlavním předpokladem systémového zavedení paliativní péče v domovech pro seniory je rozvoj moderní paliativní péče, která však v České republice ve srovnání s jinými zeměmi silně zaostává. Potýká se s velkým opožděním, vlivem předchozí politické a ekonomické situace. Nejcitlivěji je to znatelné v rozvoji domácí paliativní péče,⁷¹ která by svou podstatou mohla mít zásadní vliv na rozvoj péče o umírající v domovech pro seniory. Zlepšení kvality je však nutné i v případě obecné paliativní péče a to lepší organizací a koordinací stávajících zdravotních služeb a širším prosazením principů i konkrétních postupů paliativní péče do obecné praxe. Specializované péči by pak vedle rozvoje stávajících typů zařízení prospělo také ustavení některých nových forem zdravotní péče jako například konziliární týmy v akutních nemocnicích, nebo podporování rozvoje paliativní péče právě v domovech pro seniory či léčebnách pro dlouhodobě nemocné prostřednictvím testování různých vzorů péče.

Pro překonání těchto překážek a problémů je důležité vytvořit koncepci, aby se paliativní péče systematicky rozšiřovala a současně s tím si udržela vysokou úroveň kvality.

V roce 2004 předložilo Hospicové občanské sdružení Cesta domů návrh takovéto koncepce,⁷² která je postavena na přesvědčení, že zlepšení kvality péče o nevléčitelně nemocné a umírající v ČR vyžaduje koncepční kroky tvůrců státní a regionální zdravotní politiky s cílem zlepšení rámcových podmínek pro poskytování paliativní péče. Zároveň však zdůrazňuje, že „skutečnou změnu může přinést pouze kreativní iniciativa zdravotníků a ostatních zúčastněných při hledání konkrétních podob efektivní paliativní péče v různých prostředích a zařízeních“.⁷³

⁷¹ neboli Zařízení mobilní specializované paliativní péče (MSPP) = „domácí hospic“ neboli „mobilní hospic“

⁷² s využitím Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským zemím „O organizaci paliativní péče“.

⁷³ Sláma, Koncepce, 22

Pro zavedení a rozvoj paliativní péče v domovech pro seniory koncepce doporučuje, aby v zařízeních sociální péče, tedy i v domovech pro seniory s ošetrovatelskými lůžky byl zformulován a vypracován tzv. Program paliativní péče, jehož cílem by mělo být zajištění a zvýšení dostupnosti kvalitní paliativní péče pro uživatele služeb domova. Výhodiskem tohoto Programu by měla být metodická doporučení národního a regionálního plánu paliativní péče. Na jeho vzniku by se měl podílet pracovní tým složený jednak z personálu daného domova – například lékař, zdravotní sestra, zástupce z managementu domova, sociální pracovník, případně psycholog, a jednak z osob mimo domov jako odborník na paliativní péči, duchovní, různí specialisté či jiné významné osobnosti. Jeho úkolem by bylo zhodnocení úrovně dosavadní péče o umírající v daném domově, posouzení úrovně nabízených služeb a identifikace nedostatků s určením plánu na jejich řešení.

Program paliativní péče by měl obsahovat:

- postupy pro včasné zjištění míry potřeby paliativní péče;
- způsoby zjišťování a hodnocení uživatelova dyskomfortu a postupy pro jeho mírnění;
- doporučené postupy při rozhodování o podílu kurativní a paliativní péče;
- dostatečná informovanost uživatele o zdravotním stavu a jeho předpokládaném vývoji a možnostech další péče;
- zapojení uživatele do rozhodování o způsobu a místě léčby a následné tvorby plánu paliativní péče;
- zapojení rodiny do péče a rozhodování o plánu péče;
- zajištění dostupnosti psychologické, duchovní a sociální péče;
- způsob spolupráce se zařízením specializované paliativní péče;
- plán přípravy překladů a propuštění u pacientů vyžadujících paliativní péči;
- proces rozhodování o klinických a etických dilematech nastalých při poskytování paliativní péče;
- zajištění soukromí pro uživatele sdílejšího pokoj s jiným seniorem;
- kontinuální vzdělávání personálu v paliativní péči;
- vytváření standardů pro sledování a zvyšování kvality péče;
- způsoby prevence profesního vyčerpání.

Konkrétní podoba uplatňování tohoto Programu by se mohla inspirovat například modelem prosazovaným v Austrálii, který se mi líbí také z toho důvodu, že některé jeho aspekty mají společné nebo alespoň podobné, právně zakotvené znaky s poskytovanými zdravotními a sociálními službami v České republice.

V Austrálii se o poskytování paliativní péče rozhoduje v rámci případového managementu,⁷⁴ který je vlastně analogií u nás zákonem požadovaného individuálního a ošetrovatelského plánu pro každého z uživatelů služeb sociálního zařízení. V australských realitách je o každém z klientů zařízení vedena dokumentace, v níž je představena jeho krátká životní historie, tzv. souhrn života a zdraví⁷⁵ - například jeho zaměstnání, koníčky, rodinná historie – rodinný stav, děti, jak často je navštěvován a kým, jak se jeví vztahy v rodině a jaká je komunikace s jejími členy. Dále je v ní popsána lékařská anamnéza, která je průběžně doplňována dalšími záznamy o všech změnách zdravotního stavu, o provedených zákrocích a s klientem či jeho rodinou dohodnutém postupu při příští dekompenzaci, o rozhodnutí přejít z kurativní péče na paliativní. Na žádost klienta je možné vést také dokument „Životní vůle“⁷⁶ – dokument předem vyslovených přání týkajících se zejména posledních okamžiků jeho života. V roce 2011 se tento prvek, u nás označovaný jako „dříve vyslovené přání“, dočkal právní úpravy i v české legislativě.⁷⁷

Všechny tyto informace, přístupné pro ty, kteří o danou osobu pečují, jsou pak velmi užitečné a důležité pro poskytování základní péče a také v případech, kdy klient například vlivem demence, cévní mozkové příhody či Parkinsonovy nemoci není schopen komunikovat normálním způsobem. Navíc poskytují podklady k posouzení jeho případných přání a pomáhají zohlednit rozmanité stránky následující péče, tedy případně i té paliativní. Současně dopomáhají k hájení klientových zájmů, což je důležitý prvek pro zachování jeho důstojnosti až do konce života – „aby sestra mohla plánovat pro pacienta důstojnou budoucnost, musí znát jeho minulost“.⁷⁸ Samozřejmě všechny jiné důležité informace, jako jsou důvěrné lékařské zprávy a finanční údaje jsou s ohledem na ochranu informací uvedeny na jiném místě.

Aby ošetřující a pečující personál mohl takto postupovat, je po něm požadována znalost příslušného zákona či směrnice, znalost postojů organizace a základy práv. Předávání těchto znalostí je pak úkolem pro management zařízení. I tento aspekt australské praxe je velmi podobný způsobu předávání znalostí o vytvořených směrnicích a dalších legislativních úpravách v rámci zavádění standardů kvality sociálních služeb v domovech pro seniory v ČR.

V domovech seniorů, které nemají vlastní ošetrovatelská lůžka by podle této Koncepce byla paliativní péče zajišťována obdobně jako v domácím prostředí a to službami obecné domácí paliativní péče, tzn. praktickým lékařem

⁷⁴ používán také výraz z aj. case management

⁷⁵ (z aj.) life-and-health summary

⁷⁶ (z aj.) living wills

⁷⁷ § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování

⁷⁸ Abbey in O'Connor, Paliativní péče, 254

a službami domácí ošetrovatelské péče.⁷⁹ V případě obtíží komplexního rázu, kdy by stav nemocného seniora vyžadoval častější návštěvy nebo specifické znalosti a dovednosti, by byl předán do péče specializované domácí paliativní péče, která by se současně s tím stala jeho poskytovatelem primární péče a to prostřednictvím tzv. domácího hospice, jehož tým v součinnosti s registrujícím praktickým lékařem by dotyčného člověka pravidelně navštěvoval a průběžně mu poskytoval specializovanou paliativní péči nebo alespoň jednorázové expertní posouzení a pomoc.

Koncepcí též doporučuje, aby pro realizaci a koordinaci programu péče byla zavedena pozice referenta pro paliativní péči, kterým by mohl být někdo z pracovníků ošetrovatelského personálu a nebo také konziliární tým paliativní péče.

Další možností, kterou by domovy mohly využívat v případě terminálně nemocných uživatelů, jsou specializované ambulance paliativní péče, jejichž podstatou jejich působení je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními obecné domácí péče a specializované paliativní péče. Bohužel obě posledně jmenované možnosti naráží na neexistenci zákonné úpravy specializované paliativní péče, o čemž vypovídá i celkový oficiální počet těchto zařízení v České republice - pouze dvě specializované ambulance paliativní péče, které jsou ale zaměřeny na pacienty s onkologickým onemocněním.

Inspiraci lze čerpat i ze zahraničí, kde paliativní péče o seniory v zařízeních pro seniory není ničím zvláštním ani výjimečným. Například ve Velké Británii existují ošetrovatelské domovy s lůžky určenými pro terminální péči, které jsou financovány místními zdravotními úřady.

V Nizozemí se klade důraz na to, aby domovy pro starší lidi měly oddělené jednotky pro klienty vyžadující paliativní péči. Tyto jednotky jsou tvořeny pěti až deseti jednolůžkovými pokoji, do kterých jsou z jiných zařízení přemísťováni umírající lidé s komplexními problémy. O ně pak pečují široký multidisciplinární tým paliativní péče,⁸⁰ v němž mají své nezastupitelné místo i dobrovolníci.

I v Belgii je pro jakékoliv zdravotnické nebo sociální zařízení stanovena povinnost disponovat multiprofesním týmem paliativní péče, jehož přesné složení je nařízeno vládou.

Ve Francii či ve Finsku mohou zase lidé využívat službu tzv. domácí hospitalizace neboli domácí nemocnice, která poskytuje zvýšenou lékařskou a ošetrovatelskou péči v jejich domácím prostředí namísto hospitalizace v nemocnici. Blíží se úrovni nemocniční péče, ale má různé organizační modely od posilování stávajících zdrojů v rámci domova až po služby specializovaného týmu schopného řešit jakékoliv potřeby.

⁷⁹ někdy také používán výraz z aj. home care

⁸⁰ přesný výčet jednotlivých pracovníků v týmu: Paynové, Principy a praxe, 445

Jak už bylo zmíněno výše, nejideálnější formou paliativní péče v domovech pro seniory by byla mobilní specializovaná paliativní péče neboli domácí hospic. Jak ale uvádí „Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015“, ⁸¹ oblast paliativní péče v zařízeních sociální péče není u nás dosud zajištěna a to i právě v důsledku absence mobilní specializované paliativní péče, která dosud není integrována do zdravotního systému, chybí legislativní zakotvení a možnost jejího financování ze zdravotního pojištění. S těmito „neduhy“ se kromě hospicové lůžkové péče ⁸² potýkají všechny formy specializované paliativní péče.

Jedinou výjimkou, kdy je možná úhrada z veřejného zdravotního pojištění za specializovanou paliativní péči poskytnutou člověku v terminálním stavu ve vlastním sociálním prostředí, potažmo v domovech pro seniory, je její indikace praktickým lékařem. ⁸³ Ale i tato výjimka má několik „háček“ – praktičtí lékaři nejsou k dispozici 24 hodin 7 dnů v týdnu a navíc jejich zkušenost v oblasti paliativní péče a medicíny je nedostatečná. ⁸⁴ Nadto tato zákonná úprava neumožňuje hrazení poskytnuté specializované paliativní péče v domácím prostředí prostřednictvím multiprofesního týmu. Pokud by umírající trval na péči od paliativního specialisty, musela by být každá jeho návštěva žádána praktickým lékařem. Vezme-li se v úvahu, že v konečném stadiu nemoci je potřeba i několik návštěv specialisty za den, je tento způsob péče více než problematický a přičte-li se k tomu, že zařízení mobilní specializované paliativní péče nebo jiných specializovaných forem v některých regionech vůbec nejsou, je prakticky nemožný. Z toho vyplývá, že těžce nemocný senior nemá příliš na výběr, kde a jakým způsobem stráví závěr svého života. To samozřejmě ovlivňuje i kvalitu jeho života - ve většině případů negativním způsobem. Dále k tomu lze přičíst neexistenci kontinuity péče, nedostatečné prosazování holistického modelu péče a chybí také akceptace modelu specializované, finančně hrazené, paliativní péče.

„Strategie rozvoje paliativní péče“ klade důraz na kvalitu péče poskytovanou lidem v terminálním stadiu. Pokládá za důležité, aby péče odpovídala aktuálnímu zdravotnímu stavu, rodinnému zázemí a dalším okolnostem, a aby bylo zohledňováno místo pobytu umírajícího, tzn. že uznává jeho právo na volbu místa, kde bude umírat.

⁸¹ Jde o realizaci Doporučení Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče, a to zejména požadavku směřovaného národním a regionálním vládám k navržení a realizaci strategie komplexní racionální paliativní péče v těsné spolupráci s profesionály, pacienty a jejich rodinami nebo jejich zástupci.

⁸² V roce 2006 novelizace zákona o veřejném pojištění č. 48/1997 Sb., § 22a upravující zvláštní ústavní péči – paliativní péči lůžkovou; Vyhlášky č. 619/2006 a č. 620/2006 Sb. definující minimální personální zajištění a způsob kalkulace úhrady za ošetrovací den.

⁸³ V roce 2008 novelizace zákona o veřejném pojištění č. 48/1997 Sb., konkrétně § 22

⁸⁴ Kalvach, Umírání, 78

Jedním z nejdůležitějších úkolů uvedených v její „Koncepci rozvoje paliativní péče“, který já považuji za zásadní pro zavedení paliativní péče v domovech pro seniory, je zajistit prostřednictvím vymezení v právních předpisech správné a účinné fungování paliativní péče co největšímu okruhu osob. Pro účely domovů jsou těmi nejpodstatnějšími jednak zajištění a respektování práv pacientů s očekávanou omezenou délkou života,⁸⁵ kdy jde především o naplnění práva na paliativní péči a rovného přístupu k ní a jednak legislativní úprava specializované paliativní péče, tzn. získání zákonné opory jako ostatní typy zdravotní péče.

Je neméně důležité vyřešit financování zdravotních výkonů poskytovaných v rámci zdravotní a ošetrovatelské péče, natož pak případných výkonů paliativní péče. To je do značné míry závislé na přijetí zákona o dlouhodobé péči, který se zabývá právní úpravou modelu zdravotně-sociálních lůžek.

Další prioritou je samozřejmě podpora a rozvíjení vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků v této oblasti a to zařazením povinné výuky paliativní medicíny do osnov středoškolského, vyššího odborného a vysokoškolského pregraduálního a postgraduálního studia. U stávajících pracovníků paliativní péče, ale i pracovníků v zařízeních sociální péče je nezbytné podporovat a zvýšit jejich odbornost.

V případě zařízení sociální péče by podle mého názoru, odvozeného z mé zkušenosti, muselo celé vzdělávání začít rozsáhlou osvětou v řadách nejen ošetřujícího a pečujícího personálu, ale i v řadách managementu domovů. Domnívám se totiž, že zavádění paliativní péče do tohoto prostředí nebude vůbec jednoduché. Během svého působení v tomto typu sociálního zařízení, jsem narážela na neochotu na toto téma hovořit a nějak se jím zabývat. Měla jsem pocit až jakési nepatřičnosti. Považuji to přinejmenším za zvláštní, v kontrastu s úsilím stále více zvyšovat kvalitu života uživatelů, na čemž se aktivně podílí všichni pracovníci zařízení. Nikdy jsem se však nesetkala ani se snahou o jakékoliv jiné než standardní řešení akutního zhoršení zdravotního stavu nemocného seniora. Proto si myslím, že zavedení systému péče o terminálně nemocné v domovech pro seniory a jeho následný rozvoj, bude narážet nejen na legislativní, ekonomické, politické a společenské překážky, ale i na nepřipravenost, neznalost, neinformovanost a nedostatek iniciativy ze strany samotných zařízení.

A přitom v rámci požadavku individualizované péče by mělo být zájmem každého domova vědět, jak kvalitně jednotliví uživatelé a zejména ti těžce nemocní a závislí na pomoci prožívají život právě teď a kam směřují jejich tužby. Nepodceňovat a nesnižovat význam nezastupitelné a mimořádně významné funkce všestranné neboli tzv. obyčejné péče, kterou právě nemocní

⁸⁵ bod 9, písmeno a) Charty práv umírajících

a umírající v určité době potřebují ze všeho nejvíc. Na tomto základě vyvinout snahu docenovat i redukovanou kvalitu života, která ale může být pro dotyčného člověka nesmírně cenná a kterou lze podpořit pěstováním medicíny a péče maličností.⁸⁶ Kromě samozřejmé lékařské a ošetrovatelské péče by se měla věnovat pozornost duchovním a emočním aspektům nemoci a umírání, kulturním a náboženským zvyklostem, právním otázkám souvisejících se smrtí, zapojení příbuzných a přátel, společenskému životu v domově a zapojení jiných uživatelů domova apod.

Základem toho všeho je pak „respektovat důstojnost starých lidí a opatrně zvažovat své zásahy, aby neúmyslně nevyvolaly předčasnou ztrátu nezávislosti. Proto je nutná výchova k takovým modelům péče, které „zeschopňují“, stavějí na silných stránkách každého seniora a vedou k udržení byť malého množství nezávislosti v době nemoci či slabosti“.⁸⁷

⁸⁶ Haškovcová, Thanatologie, 163

⁸⁷ Respektování, 31

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit důležité aspekty kvalitní péče, které by měly být upřednostňovány při péči o terminálně nemocné a umírající seniory v domovech pro seniory. K jeho naplnění jsem využila především poznatky z odborné literatury, mé několikaleté zkušenosti z působení v tomto typu zařízení sociální péče a také anketu, která mi pomohla vytvořit si alespoň malý obrázek současného vývoje této problematiky.

Jsem přesvědčena, že této problematice by prospělo, kdyby se o ní více hovořilo a diskutovalo. Také by si zasloužila zevrubný, profesionálně vedený výzkum, který by nám odhalil její reálný obraz a zároveň by odhalil konkrétní problémy, na nichž by se dala postavit přesnější podoba navrhované koncepce.

Zároveň připouštím, že k rozvoji paliativní péče o umírající a terminálně nemocné seniory v domovech pro seniory je sice potřeba překonat opožděný vývoj paliativní péče jako oboru, ale nemyslím si, že by pobytová zařízení pro seniory měla čekat, až bude poskytování paliativní péče v tomto prostředí legislativně ošetřeno a bude pro poskytovatele sociální péče nějakým způsobem závazné. Domnívám se, že i teď mohou učinit určité, třeba i jen malé kroky vedoucí k postupnému zvyšování úrovně kvality péče o terminálně nemocné a umírající seniory ve svém zařízení, tím přispívat k stálému zvyšování kvality života svých uživatelů i na jeho samém konci, a vlastně se tak podílet na vývoji určitých společných základů poskytování paliativní péče v tomto prostředí.

Literatura

Knihy

BYSTRICKÝ, Zdeněk, (odborná spolupráce), Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče. 1. vyd., Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4332-4

HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Fenomén stáří*. 2. přeprac. vyd., Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9

HAŠKOVCOVÁ, Helena, *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd., Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3

HAVRDOVÁ, Zuzana a kolektiv, *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. 1. vyd., Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7

KALVACH, Zdeněk, (odborná spolupráce), *Respektování lidské důstojnosti. Příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4334-0

KALVACH, Zdeněk a kolektiv, *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídka)*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5

KALVACH, Zdeněk a kolektiv, *Úvod do gerontologie a geriatrie. Gerontologie obecná a aplikovaná. Díl I.*, 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0

KALVACH, Zdeněk, HRABĚTOVÁ, Eva, *Senior a já – já a senior*. 1. vyd., Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2005

KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice, *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, KACMARCZYK, Stanislav, *Poslední úsek cesty*. 1. vyd., Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0

- LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana, *Vývojová psychologie*. 3., přeprac. a doplň. vyd., Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X
- MALÍKOVÁ, Eva, *Péče o seniory v bytových sociálních zařízeních*. 1. vyd., Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3
- MINIBERGEROVÁ, Lenka, DUŠEK, Jiří, *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd., Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-436-4
- OPATRNÝ, Aleš, *Jak zmírnit niterná trápení nemocných?: informace pro zdravotníky o saturování spirituálních potřeb vážně nemocných*. 1. vyd., Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2004. ISBN 80-7192-347-8
- O'CONNOR, Margaret, ARANDA Sanchia, *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vyd., Praha: Grada, 2005. 80-247-1295-4
- PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane, INGLETONOVÁ, Christine, *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vyd., Brno: Barrister a Principal, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1
- SLÁMA, Ondřej, ŠPINKA, Štěpán, *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vyd., Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4330-8
- SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří, et al., *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-505-5
- SÝKOROVÁ, Dana, *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vyd., Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5
- ŠPINKOVÁ, Martina a kolektiv. *Na cestách domů: paliativní péče a dobré umírání*. Praha: Cesta domů, 2006
- ŠPINKOVÁ, Martina., ŠPINKA, Štěpán, *Standardy domácí paliativní péče. Podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 1. vyd., Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-4329-4
- TOPINKOVÁ, Eva, *Geriatric pro praxi*. 1. vyd., Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6

ULRICHOVÁ, Monika, *Různé tváře smrti. Vybrané kapitoly z thanatologie*. 1. vyd., Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-743-0

VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5

Právní předpisy, zákony, vyhlášky

Zákon č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*

Vyhláška č. 505/2006 Sb.

Zákon č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*

Zákon č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních*

Zákon č. 48/1997 Sb., *o veřejném pojištění*

Elektronické zdroje

CHLOUBOVÁ, Helena, *Změny potřeb ve stáří* [online], in: Zpravodaj ústavů sociální péče pro management rezidenčních zařízení, č. 2 (červen 2005), 22 – 23 (cit. 20. 9. 2012). URL: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf

VACHEK, Stanislav, *Organizace následné a dlouhodobé zdravotní péče v ČR. Jak jsme na tom a co potřebujeme?* [online] 19. 6. 2012 (cit. 20. 9. 2012). URL: http://www.ivd.cz/download/Stislav_Vachek.pdf

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011 – 2015 [online] 15. 2. 2011, (cit. 20. 11. 2012). URL: http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/strategie_paliativni_pece_pripominkoverizeni_fin_prani.pdf

Věcný záměr zákona upravujícího řešení dlouhodobé péče [online] 7. 9. 2011 (cit. 10. 9. 2012). URL: <http://www.apsscr.cz/intranet/dokumenty/read.php?70,442>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, veřejná databáze [online]. URL: http://vdb.czso.cz/vdbvo/maklist.jsp?kapitola_id=18&expand=1&

Seznam příloh

- **Příloha č. 1** Dotazník k anketě
- **Příloha č. 2** Věkové kategorie a stupně závislosti
- **Příloha č. 3** Počty jednotlivých typů pokojů
- **Příloha č. 4** Počty zaměstnanců jednotlivých úseků

Příloha č. 1

DOTAZNÍK

Prosím Vás o vyplnění následujícího dotazníku pro účely bakalářské práce na téma problematiky umírání v domovech pro seniory. Účelem dotazníku není hodnocení kvality péče v jednotlivých zařízeních. Bude využit pouze pro studijní účely. Data budou zpracována obecně, tzn. název zařízení nebude figurovat ve spojení s konkrétními informacemi.

Ráda Vám zodpovím jakékoliv otázky týkající se této práce. Děkuji za Váš čas a ochotu.

Kontakt: Petra Kubištová, e-mail: petra.g@centrum.cz, tel: 775075202

Pokyny k vyplnění: Prosím, zakroužkujte písmeno před vybranou odpovědí a/nebo odpověď doplňte. U některých otázek lze zakroužkovat i více možností.

Část I – Informace o zařízení

1. Počet uživatelů _____

2. Věkové složení uživatelů:

- | | |
|-------------------------|-------------|
| a) do 65 let věku | počet _____ |
| b) od 66 do 75 let věku | počet _____ |
| c) od 76 do 85 let věku | počet _____ |
| d) nad 85 let věku | počet _____ |

3. Stupně závislosti na pomoci

- | | |
|---|-------------|
| a) ve stupni I (lehká závislost) | počet _____ |
| b) ve stupni II (středně těžká závislost) | počet _____ |
| c) ve stupni III (těžká závislost) | počet _____ |
| d) ve stupni IV (úplná závislost) | počet _____ |

4. Typy a počet pokojů (u každého typu pokoje uveďte přesný počet)

- | | |
|---|-------------|
| a) jednolůžkový | počet _____ |
| b) dvoulůžkový s vlastním sociálním zařízením | počet _____ |

- c) dvoulůžkový se společným sociálním zařízením (tzn. společné pro více pokojů) počet _____
- d) tří a více lůžkový s vlastním sociálním zařízením počet _____
- e) tří a více lůžkový se společným sociálním zařízením počet _____
- f) jiné: _____ počet _____

5. Složení personálu

- a) zdravotní sestry počet _____
- b) sociální pracovníci počet _____
- c) pracovník v sociálních službách počet _____
- d) rehabilitační pracovníci počet _____
- e) pracovníci volnočasových aktivit počet _____
- f) administrativní a techničtí pracovníci počet _____
- g) jiní: _____ počet _____

6. Má vaše zařízení „vlastního“ všeobecného lékaře, tzn. je zaměstnancem domova?

- a) Ano b) Ne

Pokud *ne*, jak často do zařízení dochází?

- a) 1krát/týden c) 3krát/týden
- b) 2krát/týden d) jiná možnost: _____

7. Jak je zajišťována lékařská péče v nočních hodinách a ve dnech pracovního klidu?

8. Kterí jiní specialisté dochází do Vašeho zařízení a jak často?

- a) _____ krát/ _____
- b) _____ krát/ _____
- c) _____ krát/ _____
- d) další: _____ krát/ _____
- e) do zařízení nedochází žádný specialista

Část II

1. Je s uživatelem dopředu dohodnut postup při zhoršení jeho celkového zdravotního stavu?

- a) Ano b) Ne

Pokud *ano*, jakým způsobem je „dohoda o postupu“ zajišťována?

- a) pouze ústně
- b) zápisem do uživatelské karty (dokumentace)
- c) na zvláštním, k tomu určeném formuláři
- d) jinak: _____

Pokud *ano*, kdy k této „dohodě“ dochází?

- a) při příjmu uživatele do zařízení
- b) během prvního půl roku pobytu uživatele
- c) při zhoršení jeho zdravotního stavu
- d) když o to uživatel požádá

Pokud *ano*, kdo tuto „dohodu zajišťuje“?

- a) sociální pracovník
- b) klíčový pracovník
- c) zdravotní sestra
- d) jiný: _____

Pokud *ne*, jak je při zhoršení zdravotního stavu uživatele postupováno?

2. Jsou zjišťována přání uživatele týkající se jeho posledních momentů života a smrti?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud *ano*, jakým způsobem je přání zajišťováno?

- a) pouze ústně
- b) zápisem do uživatelské karty (dokumentace)
- c) na zvláštním, k tomu určeném formuláři
- d) jinak: _____

Pokud *ano*, kdy jsou tato přání zjišťována?

- a) při příjmu uživatele do zařízení
- b) během prvního půl roku pobytu uživatele
- c) při zhoršení jeho zdravotního stavu
- d) když o to uživatel požádá

Pokud *ano*, kdo tato přání zajišťuje?

- a) sociální pracovník
- b) klíčový pracovník
- c) zdravotní sestra
- d) jiný: _____

Pokud *ne*, popište důvody proč:

3. Ověřujete si po určité době, zda se přání uživatelů nezměnila?

- a) Ano
- b) Ne

4. Je uživateli umožněno zvolit si vlastního ošetřujícího lékaře?

a) Ano

b) Ne

5. Je s uživatelem projednáván způsob a postup informování jeho příbuzných či osob mu blízkých po případ zhoršení jeho zdravotního stavu?

a) Ano

b) Ne

6. Jsou s příbuznými uživatele na základě jeho souhlasu projednávány další postupy a zákroky v péči o jeho osobu?

a) Ano

b) Ne

Část III

1. Je vytvořen nějaký vnitřní předpis, např. směrnice, zaštiťující postup při péči o pokročile a terminálně nemocné seniory?

a) Ano

b) Ne

2. Spolupracujete v oblasti péče o terminálně nemocné uživatele se zařízením specializované paliativní péče?

a) Ano

b) Ne

3. Máte ve vašem zařízení zvláštní pokoj či oddělení pro terminálně nemocné a umírající?

a) Ano

b) Ne

Pokud ano, je v něm režim uzpůsoben podle konkrétních potřeb každého umírajícího?

a) Ano

b) Ne

Pokud není uzpůsoben, uveďte důvody:

4. Jakým způsobem je zajišťováno soukromí uživatele ve dvou a více lůžkových pokojích v případě zhoršení zdravotního stavu a terminální fázi života uživatele? Popište:

5. Jsou rodinným příslušníkům umožněny časově neomezené návštěvy u uživatele, tzn. v jakoukoliv denní a noční dobu, v případě terminální fáze jeho života a za předpokladu, že si to přeje?

a) Ano

b) Ne

Pokud *ne*, napište důvody proč:

6. Umožňuje vaše zařízení delší pobyt uživatele rodinného příslušníka či blízké osoby v případě jeho zhoršujícího se zdravotního stavu?

a) Ano

b) Ne

Pokud *ano*, popište jak (např. pokoj pro hosty, lůžko u uživatele apod.)

Pokud *ne*, napište důvody proč:

7. Umožňuje vaše zařízení doprovázení umírajících?

a) Ano

b) Ne

Pokud *ano* jsou doprovázejícími:

a) sociální pracovník

b) zdravotní sestra

c) pracovník v sociálních službách

d) dobrovolníci

e) pracovníci mobilní hospicové péče

f) kněz či duchovní

g) jiná možnost: _____

Mají vámi vybraní, s výjimkou bodů e) a f), potřebnou odbornost pro tuto činnost?

a) Ano

b) Ne

8. Zajišťujete pro své zaměstnance vzdělávání zaměřené na problematiku péče o pokročile a terminálně nemocné seniory?

a) Ano

b) Ne

Pokud *ano*, máte problém s hledáním a zajišťováním takovýchto školení?

a) Ano

b) Ne

Pokud *ano*, uveďte konkrétně jak?

9. Co spatřujete za největší překážku při zavedení péče o pokročile a terminálně nemocné seniory ve vašem zařízení?

Za váš čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku Vám velmi děkuji!

Dotazník vyplnil (není třeba uvádět jméno, stačí pracovní pracovní pozice:

Dne:

Příloha č. 2

Věkové kategorie a stupně závislosti

Název Domova	Počet uživatelů	Věkové kategorie				Stupně závislosti				
		do 65	66 - 75	76 - 85	nad 85	I	II	III	IV	nemá
DS Háje	220	2	22	56	140	59	55	33	26	47
DS Krč	152	0	13	53	84	24	42	37	41	8
DS Malešice	218	3	15	55	145	62	56	33	26	41

Největší zastoupení z uvedených věkových skupin mají:⁸⁸

- V DS⁸⁹ Háje: kategorie 76 - 85 = **21 %**
: kategorie nad 85 = **59 %**

- V DS Krč: kategorie 76 - 85 = **35 %**
: kategorie nad 85 = **55 %**

- V DS Malešice: kategorie 76 - 85 = **25 %**
: kategorie nad 85 = **67 %**

Největší zastoupení z uvedených stupňů závislosti mají:⁹⁰

- V DS Ďáblice: stupeň I 40 %
: stupeň II 26 %

- V DS Háje: stupeň I 27 %
: stupeň II 25 %

⁸⁸ Informace dodaly jen tři ze šesti Domovů

⁸⁹ Domov pro seniory

⁹⁰ Informace dodaly jen čtyři ze šesti Domovů

- V DS Krč: stupeň II 28 %
 : stupeň IV 27 %
- V DS Malešice: stupeň I 28 %
 : stupeň II 26 %

Příloha č. 3

Počty jednotlivých typů pokojů

Název domova	Počty pokojů					
	1 lůžko	2 lůžko s ⁹¹	2 lůžko bez ⁹²	3 lůžko s	3 lůžko bez	4 lůžko bez
DS Ďáblice	116	16	0	8	4	0
DS Elišky Purkyňové	73	0	90	0	2	0
DS Háje	74	44	0	0	11	0
DS Kobylisy	49	0	70	0	6	1
DS Krč	136	8	0	0	0	0
DS Malešice	106	24	0	16	0	0

Procentuální podíl uživatelů v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích v jednotlivých zařízeních

Jednolůžkové pokoje

Název Domova	% pokojů	% uživatelů
DS Ďáblice	81 %	67 %
DS Elišky Purkyňové	44 %	28 %
DS Háje	57 %	34 %
DS Kobylisy	39 %	23 %
DS Krč	95 %	90 %
DS Malešice	73 %	49 %

Dvoulůžkové pokoje

Název Domova	% pokojů	% uživatelů
DS Ďáblice	11 %	19 %
DS Elišky Purkyňové	55 %	70 %
DS Háje	34 %	40 %

⁹¹ s vlastním sociálním zařízením

⁹² bez vlastního sociálního zařízení

<i>DS Kobylišy</i>	56 %	66 %
<i>DS Krč</i>	6 %	11 %
<i>DS Malešice</i>	17 %	22%

Příloha č. 4

Počty zaměstnanců jednotlivých úseků⁹³

<i>Název Domova</i>	<i>Počet uživatelů</i>	<i>Pracovníci⁹⁴</i>				
		<i>Zdravotní sestry</i>	<i>Sociální pracovník</i>	<i>Pracovník v soc. službách</i>	<i>Rehabilitační pracovník</i>	<i>Prac. volnočas. aktivit</i>
<i>DS Ďáblice</i>	172	10	4	28	3	4
<i>DS Elišky Purkyňové</i>	259	28	6	30	5	3
<i>DS Háje</i>	220	13	4	52	4	4
<i>DS Kobylišy</i>	211	16	6	59	2	6

Přepočty uživatelů na zaměstnance

	<i>Celkem zaměstnanců</i>	<i>Počet uživatelů na jednoho zaměstnance z veškerého personálu</i>	<i>Počet uživatelů na jednoho ze zdravotnických pracovníků (sestry + PSS)</i>
<i>DS Ďáblice</i>	81	2,12	4,52
<i>DS E. Purkyňové</i>	90	2,87	4,46
<i>DS Háje</i>	104	2,11	3,38
<i>DS Kobylišy</i>	117	1,8	2,81

⁹³ Informace dodaly jen čtyři ze šesti Domovů

⁹⁴ Vybrala jsem jen pracovníky v přímé práci s uživateli