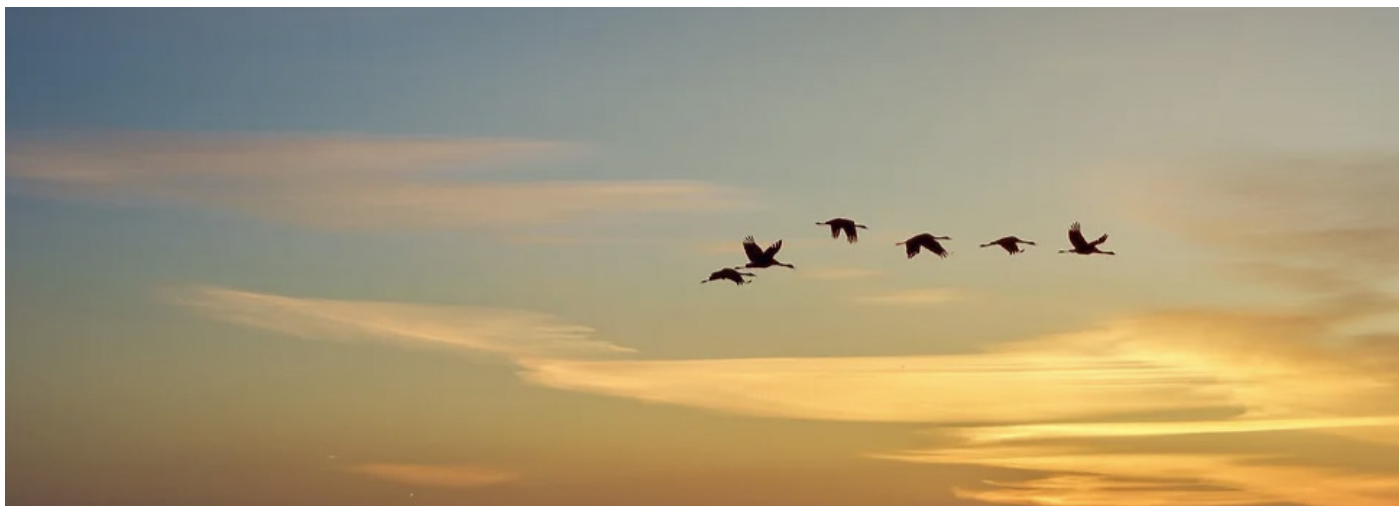




Sborník příspěvků z konference *„Umíráme, kde si přejeme?“*

21. 5. 2024

Priessnitzovy léčebné lázně a.s., Jeseník



Nadace
EP Corporate Group

Charita Jeseník
Zámecké náměstí 2/2, Jeseník 790 01
tel: 584 440 217
email: info@jesenik.charita.cz

Obsah

Předmluva	4
Mgr. Bc. Zdeňka Blišťanová <i>Slovo starostky</i>	5
Mgr. Helena Paschkeová <i>Úvodní slovo</i>	6
Vítezslav Vurst B. Th. <i>Komunikace v týmu a duchovní potřeby klienta</i>	8
Mgr. Lucie Rýznarová, Marie Václavská <i>Lze dobře umírat doma?</i>	14
MUDr. Karel Slováček <i>Úloha praktického lékaře v paliativní péči</i>	17
Žaneta Kargerová, Mgr. Marie Michálková, Hana Klásková <i>Přednosti a úskalí péče o klienta v domácím prostředí v závěru jeho života na Jesenicku</i>	21
Mgr. Helena Paschkeová <i>Závěrečné slovo</i>	26

Předmluva



Vážené dámy, vážení pánové, milí přátelé,

držíte v rukou sborník z konference „Umíráme, kde si přejeme?“, která proběhla v květnu 2024 v Zimní zahradě Priessnitzových léčebných lázní, a.s. Tuto konferenci jsme uspořádali v roce, kdy si připomínáme 30. výročí založení Charity Jeseník a jejich dvou terénních služeb, které pomáhají v domácnostech seniorům. Jde o Charitní pečovatelskou službu a Domácí zdravotní péči. Tyto dvě nejstarší služby Charity Jeseník v průběhu let pomohly stovkám, ba i tisícům klientů nejen v běžné péči. Od samého počátku se starají také o nevyléčitelně nemocné.

Umírání bylo z našich životů v minulých letech téměř vytěsněno. V současné době to naštěstí již začíná být jinak. Právě díky velkému rozvoji služeb, které nevyléčitelně nemocným klientům pomáhají, mohou si lidé již vybrat, kde své poslední dny chtějí strávit – jestli doma nebo v nemocnicích. A je mi velkou ctí, že můžeme ty, kteří si vyberou domácí prostředí, na jejich cestě doprovázet. Samozřejmě, v těchto chvílích

je velmi důležitá rodina, blízcí nebo přátelé. A i když je to pro ně často velmi náročné, svého rozhodnutí být s blízkými do konce nelitují.

Právě pro vás – naše klienty, rodinné příslušníky, blízké, přátelé, ale i pracovníky služeb nebo úřadů – jsme sestavili tento sborník, ve kterém najdete přepis přednášek pozvaných lektorů. Věřím, že v něm najdete potřebné informace z různých oblastí péče o nevyléčitelně nemocné, které často chybí. Zároveň jsou součástí sborníku příběhy lidí z naší praxe, kde ukazujeme, jak může být spolupráce mezi jednotlivými službami pro klienta prospěšná.

Při této příležitosti děkuji z celého srdce všem, kteří se podíleli na organizaci celé konference „Umíráme, kde si přejeme?“ Děkuji také Robertovi Neugebauerovi, bývalému řediteli Charity Jeseník, za to, že celou konferenci moderoval a daroval nám svůj čas.

Helena Paschkeová
ředitelka Charity Jeseník

Slovo starostky

Vážené dámy a pánové, milí přátelé,

kdybychom měli možnost odpovědět si na otázku, kde bychom chtěli umírat, jistě bychom všichni dali přednost odpovědi bez otazníku: „Umíráme, kde si přejeme.“

Jsem velmi ráda, že v této oblasti odcházení ze světa nastal značný posun a že se tímto těžkým tématem zabýváme otevřeněji a s větším porozuměním.

Existuje mnoho způsobů, jak se s tímto světem rozloučit a vytvořit z tohoto okamžiku situaci, kdy lidé odcházejí s vědomím, že vše je tak, jak má být, a ve smíru, je nelehký úkol. Tento úkol nesou na svých bedrech nejen lidé pracující v sociálních službách, zdravotníci, duchovní, ale také jednotlivci, kteří pečují o své nejbližší.

Téma této konference, stejně jako mnoho jiných podobných setkání, ukazuje, jak důležité je naslouchat a porozumět těm, kteří se nacházejí na sklonku svého života. Je nesmírně cenné slyšet příběhy a zkušenosti těch, kteří jsou denně konfrontováni s otázkami života a smrti, a získávat inspiraci, jak můžeme zlepšit kvalitu posledních chvil našich milovaných.

Chtěla bych tímto vyjádřit veliké poděkování Charitě Jeseník za organizaci této konference. Vaše úsilí je nesmírně důležité a přináší tolik potřebné světlo do neznámých koutů lidské zkušenosti.

Děkuji všem, kteří na konferenci byli a všem, kteří na konferenci vystoupili s příspěvkem, za to, že jste, že nasloucháte, sdílíte a že se snažíte udělat tento svět lepším místem i v jeho nejbolestivějších momentech.

Zdeňka Blišťanová
starostka města Jeseník



Úvodní slovo

Mgr. Helena Paschkeová, ředitelka Charity Jeseník

Charita Jeseník působí na území bývalého okresu Jeseník. Jedná se o 24 obcí. Do všech těchto obcí zajišťují Domácí zdravotní péče, což je charitní zdravotní služba, která poskytuje ošetrovatelskou a paliativní péči ve vlastním sociálním prostředí pacientů. Působí zde šest poskytovatelů pečovatelské služby. Na mapce je barevně rozlišena působnost v jednotlivých obcích. Charitní pečovatelská služba působí ve třinácti obcích mikroregionu Javornicko a Žulovsko. Dalšími poskytovateli jsou: organizace SOUŽITÍ 2005 o.p.s. z Mikulovic (působí v pěti obcích Jesenicka), obec Česká Ves, Domov důchodců Zlaté Hory a Centrum sociálních služeb Jeseník (dvě obce a město Jeseník). Do Ostružné zajišťuje Charita Šumperk. Všechny tyto pečovatelské služby mají území rozděleno a nekonkurují si.



Dalšími partnery, kteří jsou pro Charitu Jeseník významní a pro klienty v seniorském věku na Jesenicku klíčoví, jsou praktičtí a odborní lékaři a Nemocnice AGEL Jeseník a.s. V regionu působí také tři půjčovny kompenzačních pomůcek: jednu má Charita Jeseník, dále Centrum sociálních služeb a SOUŽITÍ 2005 o.p.s. Další službou, která v regionu působí, je osobní asistence Maltézské pomoci. A velkou oporou při péči jsou také duchovní z různých denominací, kteří zde na Jesenicku působí.

Na závěr přikládám tabulku se statistickými údaji. Ukazuje počet klientů Domácí zdravotní péče, která působí na celém ORP Jeseník. Řádově se staráme o více než 800 pacientů v domácí péči. Z toho v paliativní péči jsou to více než dvě stovky pacientů, u nichž se navyšuje objem poskytnuté péče. V domácím prostředí doprovází zdravotní sestry každoročně okolo čtyřiceti klientů.

Statistika

Domácí zdravotní péče	2020	2021	2022	2023
počet pacientů	814	822	846	839
počet návštěv	11 375	13 000	13 788	14 565
počet výkonů	22 315	24 489	23 293	23 479
celková péče (v hodinách)	6 680,00	7 508,00	7 729,50	8 078,50
Z toho pacienti, kterým byla poskytnuta paliativní péče				
počet pacientů	197	238	250	245
celková péče (v hodinách)	3 584,25	4 073,75	3 536,00	3 792,50
Počet pacientů, které doprovázely sestry v jejich domácím prostředí	37	37	39	41

Komunikace v týmu a duchovní potřeby klienta

Jak je důležitý rozhovor, naslouchání, porozumění a empatie v duchovním doprovázení blízkých.



Vítězslav Vurst B. Th.

Vystudoval teologii a působil jako duchovní. Po roce 1989 pracoval ve vedení církve adventistů na Moravě a později v humanitární organizaci ADRA, od roku 1998 jako předseda správní rady Nadace ADRA. Zúčastnil se humanitárních projektů na Balkáně, Ukrajině, Kavkazu či v jihovýchodní Asii. Je zakladatelem projektu Cena Michala Velíška.

Od roku 2009 působil jako nemocniční kaplan ve FN Motol a od roku 2014 ve FN Olomouc. Společně s dalšími nemocničními kaplany stál u zrodu Asociace nemocničních kaplanů. Působí v paliativním týmu ve FN Olomouc a jako poradce pro pozůstalé. Je ženatý, má tři děti a pět vnoučat.

Dnes budu hovořit na téma „Komunikace v týmu a duchovní potřeby klienta“. Rozdělím příspěvek na dvě oblasti. Nejdříve něco o komunikaci v týmu a o ošidnostech komunikace v týmu i ve vztahu ke klientovi. Uvedu to kazuistikou z olomoucké nemocnice. Druhá část bude o duchovních potřebách klienta.

Princip komunikace

My všichni žijeme v bublinách, v těchto bublinách fungujeme, z těchto bublin také komunikujeme. Dnes jsem celý den na cestě. Večer se potkám s manželkou. Něco jsme třeba řešili. Já o tom celý den přemýšlím, že jí něco večer řeknu. Potom přijedu večer domů a něco skutečně řeknu. Způsob, jakým to řeknu, již nebude otázkou celodenního přemýšlení, ale bude to otázka tří, čtyř vět.

Žijeme ve svých bublinách a komunikujeme ze svých bublin

1. Co jsem CHTĚL říct

2. Co jsem SKUTEČNĚ řekl
(taky JAK jsem to řekl)

6. Co já SLYŠÍM a co si MYSLÍM,
že druhá osoba ŘÍKÁ (myslí si)
o tom, co jsem původně
ŘEKL (chtěl říct)



3. Co druhá osoba
SLYŠELA

4. Co si druhá osoba MYSLÍ,
že slyšela

5. Co druhá osoba ŘÍKÁ
na to, co si MYSLÍ, že
slyšela

Do toho pak vstupuje druhá bublina – co druhá osoba slyšela. Manželka slyšela čtyři věty, a ještě mě viděla unaveného. Na to nějak reaguje, nějak tu situaci vnímá a slyší. A to, že si něco myslí, tak to proběhne přes její vlastní myšlení, přes její celodenní přemýšlení. A pak mně něco řekne, co druhá osoba říká na to, co si myslí, že slyšela. Na závěr tomu dám „korunu“ já. A co já slyším? A co si myslím, že druhá osoba říká nebo si myslí o tom, co já jsem původně řekl nebo chtěl říct nebo jsem si myslel?

Toto určitě všichni známe. Chcete partnerovi říct: „*Vidíš, to je ten důvod, proč mi nerozumíš. Protože ty si nikdy nemyslíš to, co si myslím já.*“ Tak to je, a je to normální. Tohle je základní princip komunikace a ten vstupuje i do našeho profesního života.

Slibovaná **kazuistika** z olomoucké nemocnice, kde jsem si to uvědomil. A chci vám to spojit i s dalším bodem, který budu mít ve vztahu k duchovnímu provázení.

V paliativním týmu jsme měli pacienta kolem 80 let, byl onkologicky nemocný, bez zájmu o spirituální, natož náboženské potřeby – na rozdíl od jeho manželky. Protože jsem se znal s jeho dcerou, požádala mě, že bych si s otcem promluvil. Nakonec jsme se s pánem setkali. To setkání dopadlo skvěle. Přál si, abych dál pokračoval v návštěvách a pomohl mu projít cestou, na které byl, protože už byl skutečně v závěru života.

Rodina nevěděla, jaký má pacient náhled na svůj zdravotní stav. Někdy je komunikace v rodině složitá. Všichni si myslí, že si myslí správně, ale hlavně spolu nemluví. Údajně se nikdy nebavili o tom, jaké má být rozloučení, jaký by měl být pohřeb. Rodinu to zneklidňuje a pacient, podle jejich názoru, rozhovor na to téma neguje.

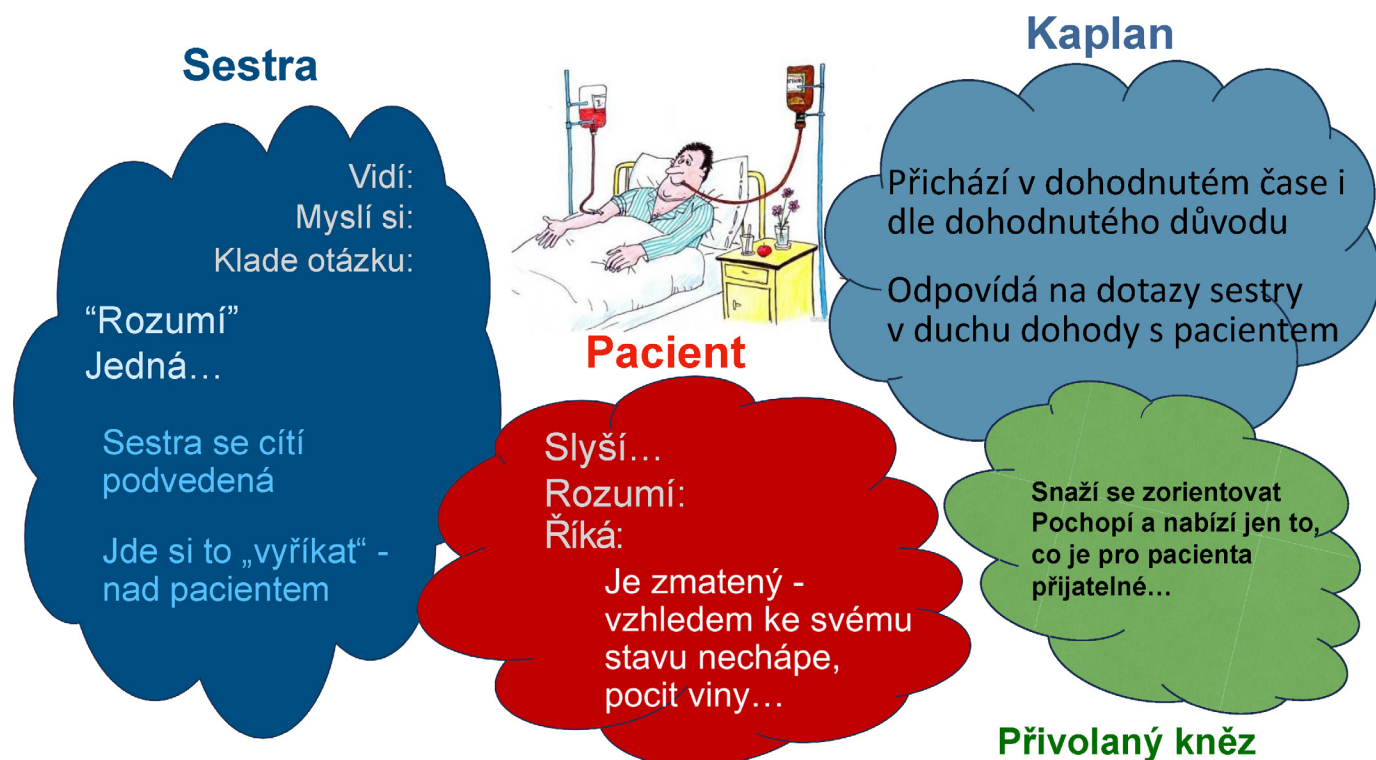
Poprosili mě, jestli by tohle nemohlo být součástí našich setkání. Mně se podařilo s ním navázat vztah. Pacient o své situaci hovořil otevřeně a neměl žádné klamné naděje ve vztahu ke svému zdraví. Podle jeho vyjádření „jsem mu sedl“ a chce, abych se s ním pravidelně setkával. A protože jako kluk chodil kdysi do kostela, kde ministroval (to bylo také všechno, tam to skončilo), tak mě začal nazývat svým „knězem“. Já jsem nemocniční kaplan, jsem protestant, v tom smyslu nejsem kněz. Já jsem duchovní, ale pro něho jsem byl knězem. A tady začíná zápletka.

V den plánované návštěvy, byla to má již několikátá návštěva, se pacientovi zhoršil zdravotní stav. Zdravotní sestra, která si toho všimla, vyhodnotila, že situace je vážná. A ona sama, velmi aktivní katolička, se ho zeptala, zda chce kněze. Pod tímto termínem, zda chce kněze, rozuměla, zda chce „poslední pomazání“. On slyšel, zda chce kněze, tak řekl: „*Ano, on přijde.*“ A koho tím myslel? Myslel mě. Úplně něco jiného, než si myslela ona.

Netušíc, co se stalo, přicházím na návštěvu, kde jsme měli naplánovaný rozhovor na téma „*Co by měli vědět nejbližší.*“ Ihned jsem pochopil, že se jeho zdravotní stav zhoršil. Sestra se mě ptá: „*Vy jste kněz?*“ A já, v duchu naší domluvy s pacientem, říkám: „*Ano.*“ Načež ona si mě „vygooglila“ a zjistila, že nejsem ten pravý kněz, jakého ona pro pacienta chtěla. A tak zavolala římskokatolického kněze, aby dal pacientovi poslední pomazání, které si nepřál.

Pak přišla za mnou a před pacientem mně řekla, co si o mně myslí. Když jsem ji požádal, aby jednala eticky, tak mně vynadala, že si na mě bude stěžovat. Začala stlát postel a odmítala, aby můj rozhovor jakkoliv dál pokračoval. Vykázal jsem ji z místnosti, ale pak jsem si při rozhovoru s pacientem všiml, že tam něco za mnou šustlo. Zjistil jsem, že sestra stojí za plentou a poslouchá, co si povídáme.

Odvolávám se na neetičnost. Pacient byl rozrušený, velmi rozrušený a jenom šeptal. Vůbec jsme se k tématu už nebyli schopni vrátit. Za sestrou jsem pak zašel a vyjasnili jsme si to na chodbě. Při návštěvě římskokatolického kněze pacient svátosti odmítl. Kněz jednal velmi taktně.



Ted' si to dáme do našich bublin. Je tady sestra a pacient. Sestra vidí, že to s pacientem není dobré. Myslí si, že pacient by si měl dát své poslední věci do pořádku. Klade mu otázku: „*Chtěl byste kněze?*“ Pacient slyší, ale jak tomu rozumí?

Na otázku: „*Chcete kněze?*“ odpovídá: „*Ano, on přijde.*“

Rozumí sestra opravdu správně? Ne. Ale něco si myslí a podle toho jedná.

A najednou tam přichází třetí bublina – já. Odpovídám na dotazy sestry v duchu dohody s pacientem. Výsledek? Sestra se cítí podvedená. Jde si to vyříkat se mnou nad pacientem. Pacient je zmatený. Vzhledem ke svému stavu nechápe. Má pocit viny, že něco zavinil a jeho umírání je v té chvíli velmi smutné.

Vstupuje čtvrtá bublina – a to je kněz, který se v dané situaci snaží zorientovat, pochopí a nabízí jen to, co je pro pacienta přijatelné.

Výsledek pro pacienta? Nepochopení, rozčarovnost, otazníky a pokažený závěr života.

Se zdravotní sestrou jsme si to vyříkali i na úrovni vedení nemocnice, protože tyhle věci se nedají tolerovat.

Proč o tom tady mluvím? Každý vstupuje do nějakého prostředí, nějakého světa, nějakého myšlení. Vstupuje tam se svým světem, se svým myšlením. S tím, jak věci slyší, vidí, vnímá a jaké má nastavené priority sám v sobě. A tam se potkávají dva světy – v každém setkání, v každé rodině. Podobný rozhovor se tedy může odehrát na jakémkoliv téma. Obsah slov se dozvídáme až tím, že se na ně ptáme. Kdo by měl být tím knězem? Najednou by se dozvěděla úplně něco jiného, než si myslela.

Správné principy komunikace spočívají v kouzelné otázce: „**Rozumím správně tomu, co se právě teď odehrává?**“ Nebezpečí projekce vlastních představ a dobrá vůle, naše sebelepší přání a „geniální nápady“, nejsou samy o sobě dobrým rádcem. Jsme tu pro klienta, a ne klient pro nás.

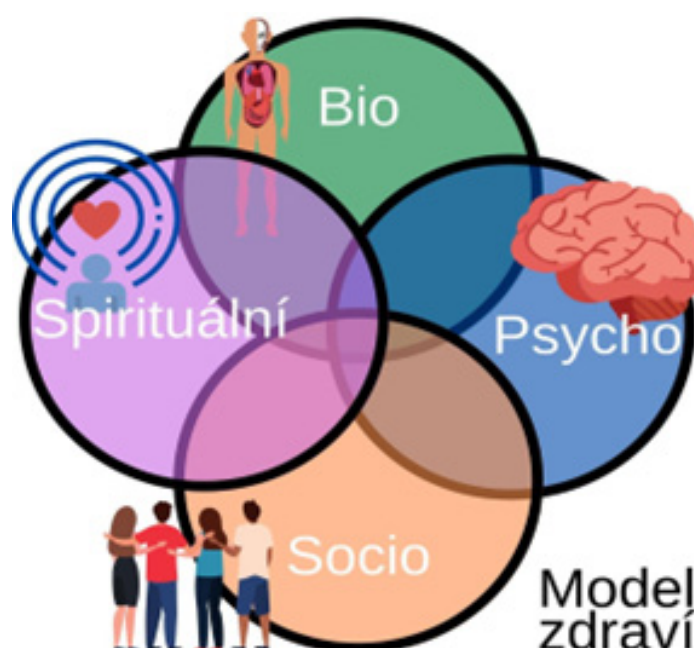
Poučení:

- Podobný „rozhovor“ se může odehrát na jakákoliv témata.
- Obsah slov se dozvídáme až dotazováním (někdy i opakovaným).
- Kouzelná otázka: ROZUMÍM SPRÁVNĚ?
- Nebezpečí projekce vlastních představ.
- Dobrá vůle, sebelepší naše přání a „geniální nápad“ nejsou samy o sobě nejlepším rádcem.
- Jsme tu pro pacienta, ne on pro nás.

O gordickém uzlu „duchovních potřeb klienta“

Co si představujeme, když se řekne duchovní potřeba klienta? Zhruba od poloviny padesátých let mluvíme o biopsychosociálních a spirituálních potřebách člověka. Když se zeptáme, co jsou bio potřeby – rozumíme, psycho potřeby – rozumíme, sociální potřeby – rozumíme. A spirituální potřeby?

Asi před rokem jsem si nechal akreditovat výcvik o spirituálním provázení nenáboženských pacientů. Přednáším ho pod mobilním hospicem Ondrášek. A když se tam zeptám, co to jsou spirituální potřeby, tak ani dnes většina lidí nedovede odpovědět. Nevíme.



Jak rozumíme pojmu spirituální? Rozumí váš klient pojmu stejně tak, jak mu rozumíte vy? Když řekneme duchovní potřeby klienta, nemyslíme tím spíše to, co nazýváme náboženskými potřebami? Nemyslí si to náš klient? Spiritualita je neoddělitelná od našeho bytí. Platí totéž o náboženských potřebách?

To jsou otázky, u kterých je důležité, abychom je my měli vyjasněny, když chceme provázet lidi v jejich nejtěžších anebo vrcholných chvílích jejich života – myslím si, že umírání je vrcholem života.

Jak to vypadá s vírou v našich českých zemích?

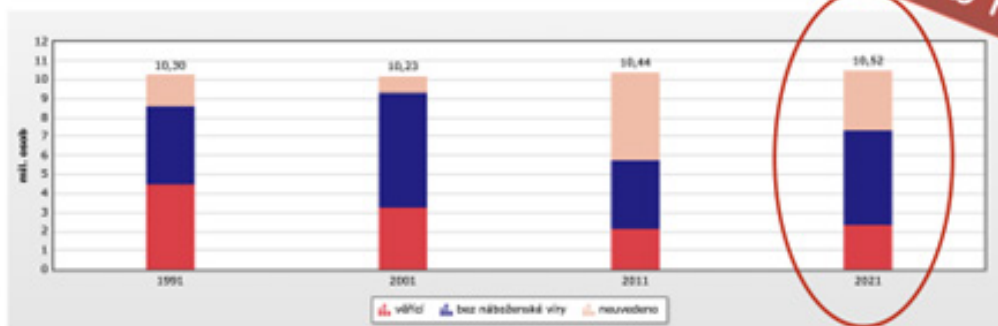
Při průzkumu Evropské komise na otázku: „V co věříte?“ pouze 19 % obyvatel říká, že věří, že je Bůh, 50 % věří, že je nějaký druh životní síly a 30 % uvedlo, že nevěří, že by bylo cokoliv z toho.

Jak je to s vírou v České republice?

Při průzkumu Evropské komise na počátku roku 2005 uvedlo jako konstatování nejbližší svému přesvědčení:

- 19 % obyvatel České republiky věří, že Bůh je
- 50 % věří, že je nějaký druh duchů nebo životní síly
- 30 % nevěří, že by cokoli z toho bylo

Jsme schopni (a ochotni) tyto skutečnosti zrcadlit ve svém přístupu a chápání „duchovních potřeb klientů“?



Marie Svatošová, nestorka paliativy v České republice, zakladatelka hospicového hnutí, mluví o těchto spirituálních potřebách:

- potřeba lásky,
- potřeba zbavit se hrůzy ze smrti,
- potřeba přijmout svůj život a sebe sama včetně nezměnitelných daností a omezení vlastních chyb,
- potřeba usmíření (narovnání) vztahů,
- potřeba odpuštění a smazání viny,
- potřeba cítit se bezpečně a respektovaně.

Snažíme se porozumět všem těm bodům, které přesně vystihují, co je to ta naše spiritualita. A já se zeptám: Kdo z vás má také tyto potřeby? Vy nechcete být milovaní? Vy nechcete, aby vám bylo odpuštěno? Vy jste spokojení, když máte neodpuštění ve svém srdci? Když jste s někým rozhádání?

Cítíme, jak jsou tato témata pro nás bytostná? Jak se týkají každého z nás? Jak s tím pracujeme? Jak s tím pracujete vy, kteří se setkáváte s lidmi, kteří odcházejí ze života? Jak s tím pracujete vy, kteří se setkáváte s lidmi, kteří provází ty, kteří odchází? Je péče zdravotníků, pečovatелů pouze v tom, že dají morfin, pleny, vymění stomický sáček? To je vrchol péče? Anebo je to také to, že umíme otevřít témata, která nebyla otevřena celý život, ale máme je hluboko v nás. Moje sestra si dořešila svůj vztah s otcem až sedm let po jeho smrti. Pořád jsme se k tomu vraceli. Bylo třeba, aby k tomu došlo, ale nedošlo k tomu, dokud žil.

Jak s tím dokážeme pracovat?

Aleš Opatrný říká:

„Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho:

- respektujeme v jeho jedinečnosti,
- přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů,
- doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání,
- pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“

A o tom jsem hovořil u individuální spirituality každého člověka. Přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, a tady bych chtěl zdůraznit hodnotu Charity.

Charita je organizací, která by měla nést i duchovno sama o sobě. Ale ne způsobem, jak to vnášela sestra v úvodním příběhu, kdy nerespektovala pacienta v jeho prožívání. Ne to, co já si myslím, ale to, co daný člověk potřebuje. Pomoci mu projít a dojít k něčemu, co možná bude jinak, než si já přeji anebo myslím, ale bude tak, že se dojde k cíli a nedojde k rozladění. Doprovázíme ho v jeho utrpení či nemoci. Pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to **na jemu dostupné úrovni víry**. Já bych řekl: „*Na jemu dostupné úrovni spirituality.*“

Lze dobře umírat doma?

Představení služeb a příkladů z praxe v mobilní specializované paliativní péči v Charitě Zábřeh.



Mgr. Lucie Rýznarová

Vystudovala SZŠ Šumperk obor Všeobecná sestra, na UP v Olomouci obor Sociální práce se zaměřením na vzdělávání a navazující obor Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední a vyšší odborné školy.

Krátký čas pracovala jako všeobecná sestra na Dětském oddělení nemocnice Šumperk, později pak jako všeobecná sestra Hematoonkologické a odběrové ambulance nemocnice Šumperk. Od roku 2018 působí na pozici sociální pracovnice MSPP (mobilní specializovaná paliativní péče) na distančním pracovišti hospicové péče Caritas.

Marie Václavská

Vystudovala SZŠ Šumperk obor Všeobecná sestra a SZŠ Olomouc obor Porodní asistentka, poté pracovala 3 roky jako porodní asistentka v zábřežské porodnici.

Od roku 2002 působí jako sestra domácí péče Charity Zábřeh a od roku 2019 jako paliativní sestra v MSPP (mobilní specializovaná paliativní péče) na distančním pracovišti hospicové péče Caritas.



Lucie Rýznarová

Pracuji jako sociální pracovník v mobilní hospicové péči Caritas na distančním pracovišti v Zábřehu. Společně s mojí kolegyní Marií Václavskou, která je koordinátorkou domácí hospicové péče, jsme si připravily prezentaci na téma, zda lze dobře umírat doma.

Nejdříve bychom vám rády přiblížily naši službu, dále práci v terénu prostřednictvím kazuistiky. Nakonec promluví, prostřednictvím krátkého videa, i pečující a pacientka. Myslím si, že jejich zkušenost bude asi tou nejlepší odpovědí na to, jestli „lze“ umírat doma dobře.

Marie Václavská

Naše mobilní specializovaná paliativní péče je vlastně terénní službou. To znamená, že je poskytována v přirozeném domácím prostředí pacienta. Zřizovatelem naší služby je Hospic na Svatém Kopečku, který poskytuje kromě terénní služby i pobytovou odlehčovací službu. Toto propojení je pro nás velkou výhodou. Pod hospicem fungujeme ve třech pracovištích. Jedno pracoviště máme v Olomouci, jedno v Zábřehu a jedno v Šumperku.

Působíme tedy na území Olomouckého kraje v děkanátu Zábřeh. Naše mobilní specializovaná paliativní péče je vykazována pod odborností 926, což je vlastně domácí hospitalizace. Tedy všechno, co by pacienti dostali v nemocnici, tak dostanou ve svém domácím prostředí. Rozdíl mezi odborností 925, kterou určitě znáte (sesťářka z domácí péče), a odborností 926 je v tom, že se jedná o lékařskou odbornost. To znamená, že pacienta přebíráme se všemi závazky od praktického lékaře a zajišťujeme pro něj veškerou medikaci, inkontinentní pomůcky, stomické pomůcky. Všechno, co by pacient dostal v nemocnici.

Proto nesmí být souběh „naší“ mobilní specializované péče s „jinou“ zdravotní službou. To znamená, že pacient, který je v péči mobilního hospice, už nemůže navštěvovat další odborné lékaře, nemůže být dál hospitalizován v nemocnici, vyjma neodkladného zubního ošetření, překlady do kamenného hospice anebo výjezdu rychlé záchranné služby za účelem ohledání zemřelého.

Kdo jsme?

Náš multidisciplinární tým tvoří čtyři lékaři. Garantem naší služby je lékař paliatr, ale máme mezi sebou lékaře, kteří mají více odborností. Je to praktický lékař, lékař internista, lékař z ARA a lékař se specializací algeziologie. Máme sedm zdravotních sester. Tři pracují na plný úvazek a čtyři na dohodu. Nedílnou součástí týmu je také sociální pracovník. Dále je to pastorační asistentka, která se věnuje spirituálním potřebám našich pacientů a z externích pracovníků bych doplnila ještě duchovního a psychologa. Psychologa využíváme převážně tam, kde v rodině, o kterou pečujeme, jsou děti.

Jaké jsou podmínky přijetí pacienta do mobilní hospicové péče?

Základní podmínkou je ukončená aktivní léčba. Většinu pacientů máme s onkologickou diagnózou. To znamená, že pacienti musí mít ukončenou protinádorovou aktivní léčbu. U chronických pacientů, kde je vyčerpána kauzální léčba a zdravotníci už nemají co dál nabídnout, tam přecházíme k symptomové léčbě pacienta.

Další podmínkou přijetí je 24hodinová pomoc pečující osoby. To znamená, že do mobilního hospice nemůže být přijat pacient, který žije sám a nemá žádné příbuzné. Je potřeba, aby měl u sebe pečující osobu, která vyhodnotí jeho zdravotní stav. Obrátí se na náš tým a my můžeme reagovat.

Nutná je také informovanost pacienta a pečujících. Je důležité, aby pacient i pečující byli seznámeni se zdravotním stavem pacienta, aby věděli o tom, že léčba je ukončena, a že onemocnění je nevyléčitelné a spěje neodkladně k závěru života. Pacient při uzavření smlouvy s naší službou podepisuje informovaný souhlas.

Další podmínkou péče je, že si přeje zůstat v domácím prostředí, že si nepřeje hospitalizaci, ale že si přeje zůstat v ty poslední chvíle doma, se svými blízkými. A blízcí toto jeho přání vyslyší a „dopečují“ o něj doma. A poslední indikací je vlastně indikace lékaře. Naši službu není možné zahájit na základě telefonátu (třeba pacienta), že by si nás objednal. Podmínkou je indikace praktického lékaře nebo odborného lékaře anebo lékaře z nemocnice.

Velkým bonusem právě v nemocnicích jsou nyní paliativní týmy. Od loňského roku v šumperské nemocnici funguje paliativní tým, který zjistí zázemí pacienta, propojí se s rodinou a osvětlí možnosti následné péče. Buď v tom pobytovém zařízení anebo v domácí péči a nasměruje je na naši podporu.

Lucie Rýznarová

V krátkosti bych připomněla informace, které si může každý z vás zjistit, ale je dobře, aby zazněly. Mobilní hospicovou péči poskytujeme 24 hodin, 7 dní v týdnu.

Sociálně právní podpora. Poskytujeme sociálně právní podporu. Velkou pomocí pro pečující je dlouhodobé ošetřovné. Vedení této agendy mám na starosti. Rodinní příslušníci mohou využít i krátkodobé ošetřovné. Komunikuji s různými úřady, podle toho, co vlastně pečující nebo pacient potřebují. Řešili jsme třeba otázky finanční s finančním úřadem u osob samostatně výdělečně činných. Nejčastěji jednáme s úřadem práce ohledně příspěvku na péči. Finanční otázka je velmi důležitá, takže i třeba příspěvek na péči pečující často vítají.

Zajištění pomůcek a návazných služeb. Naším zřizovatelem je Hospic na Svatém Kopečku, ale máme obrovskou výhodu v zázemí Charity Zábřeh. S pracovníky Charity Zábřeh máme nadstandardní vztahy. V okamžiku,

kdy potřebuji pro klienta například lůžko, zavolám do Půjčovny kompenzačních pomůcek, kterou spravuje úžasná žena, která má veliké pochopení pro naši práci. Lůžko nám sežene do dvou dnů, někdy ho máme k dispozici už druhý den ráno. Ať už se jedná o zajištění pomůcek anebo pečovatelské služby, jsou hospicoví pacienti pro všechny prioritou. Pokud třeba mají více zájemců, což je běžný standard, že poptávka je větší než nabídka, i tak se nám snaží vyjít maximálně vstříc.

Péče o pozůstalé. Specifickou činností je péče o pozůstalé. To by vydalo na samostatnou přednášku, tak jen velice ve zkratce. Naše péče nekončí tím, že daný pacient zemře, ale fungujeme dál dle potřeb pečujících. Pracujeme s rodinou už v období před úmrtím jejich blízkého. Naši pečující po úmrtí dostávají informace pro pozůstalé, kde mají sepsané všechny klíčové informace. Mohou se do toho podívat, jak postupovat, co zařídit. Běžně bývá týden až 14 dní po pohřbu pozůstalostní návštěva. Vždy se vychází z přání pozůstalého pečujícího. V rámci pozůstalostní péče vedeme „Knihu živých“. Jedenkrát ročně pořádáme vzpomínkový koncert a odesíláme vzpomínkovou SMS zprávu. Všechny tyto činnosti se s respektem odvíjejí od přání pozůstalých, má-li rodina zájem s námi být dál v kontaktu.

Statistika.

Jsme mladá služba, fungujeme od roku 2019. Od roku 2023 naši terénní službu dostal „darem“ Hospic na Svateém Kopečku. V loňském roce jsme pečovali celkem o 81 klientů. Od začátku služby jsme dochovali 314 pacientů. Loni jsme absolvovali 2 039 návštěv, za celou dobu fungování naší služby pak 9 116 návštěv. Přitom jsme najeli v loňském roce 30 269 km, což jsou 3/4 zeměkoule, a od začátku fungování služby celkem 115 546 km.

Kazuistika.

Krátce bychom ukázaly naši praxi na konkrétní kazuistice. Pan Josef, ročník 1949, onkologický pacient, byl hospitalizován na neurologickém oddělení, celkem 4 dny. Během hospitalizace ošetřující lékařka rozhodla, že už mu nemohou nic nabídnout. Aktivní onkologická léčba byla ukončena a pacient bude nadále profitovat z péče paliativní. Kontaktovala jsem tedy paliativní tým. Jeho koordinátorka svolala rodinnou konferenci třetí den hospitalizace. V průběhu rodinné konference byla pozvaná manželka a dcera, přítomen byl i pacient. Domluvili se na dalším postupu. Rodina i pacient preferovali domácí hospicovou péči. Koordinátorka nás kontaktovala, a ještě tentýž den manželka a dcera přišly k nám do kanceláře. Po dohodě s koordinátorkou jsme naplánovali příjmovou návštěvu na následující den.

V průběhu péče, která trvala celkem 51 dní, došlo k postupnému zhoršování zdravotního stavu pacienta. Zdravotní stav pacienta byl konzultován s lékařem. Řešili jsme ošetřovatelskou i pečovatelskou službu, příspěvek na péči, krátkodobé ošetřovné. Proběhla dvakrát i návštěva pastorační asistentky, která vyjednala návštěvu duchovního, protože pan Josef byl katolík. Po jednapadesáti dnech pan Josef umírá v domácím prostředí, v péči svých nejbližších, s podporou naší zdravotní sestřičky. Rodina byla velice ráda, že je po celou dobu doprovázela. Sestra rodině byla instrumentální, praktickou i psychickou podporou.

Úloha praktického lékaře v paliativní péči

Zkušenosti a spolupráce praktického lékaře s Domácí zdravotní péčí Charity Jeseník v terénu s přihlédnutím ke specifickým daného regionu — velké dojezdové vzdálenosti a obtížná primární péče.



MUDr. Karel Slováček

Je lékařem s rozsáhlou kvalifikací a praxí v oblasti všeobecného a vnitřního lékařství. Získal atestace 1. a 2. stupně ve vnitřním lékařství a atestaci z všeobecného lékařství.

V současné době působí jako vedoucí lékař ve společnosti UNIMED Jeseník, spol. s r. o., kde se věnuje pacientům jako praktický lékař.

Rád bych pohovořil o úloze praktického lékaře v paliativní péči. Provozují na Jesenicku několik ambulancí. Moje činnost je týmová práce. Se mnou spolupracuje doktorka Bodnárová, doktorka Schlögelová a moje žena doktorka Lada Slováčková. V této sestavě točíme asi čtyři obvody a interní ambulanci, v evidenci máme zhruba 18–19 tisíc lidí. A upřímně řečeno, péči o pacienty, kteří jsou v domácí léčbě, bychom bez „děvčat“ z Charity Jeseník nebyli absolutně schopni zvládat. Návaznost na zdravotní péči sester z Charity je pro mě docela zásadní a klíčová.

Asi víte, že jsme specifický region, je tady všechno daleko. Připomíná mi to Karlovarsko, Sokolovsko, Chomutovsko, kde je nízká hustota obyvatel, ne všechny ambulance fungují ve všechny dny. Velmi často je to o improvizaci a o tom, že si lidé musí poradit sami.

Úlohu praktického lékaře v paliativní péči vidím v tom, že praktický lékař a eventuelně ambulantní specialisté, jsou jakoby hlavou nebo mozkiem, který by měl péči řídit. Ale bez sester, které jsou v terénu bezprostředně v kontaktu s pacienty a svou činnost a péči provádí, je prakticky nepoužitelný. Lékař musí mít zpětnou vazbu, zda se pacienti lepší nebo zhoršují. Takže doktor je hlava, sestřičky jsou ruce, ale „ruce se zpětnou vazbou“. Je to hodně o komunikaci. Tolik tedy na úvod.

Jednotlivé zásadní oblasti, kde vidím přínos Domácí zdravotní péče, kterou realizujeme se zdravotními sestrami z Charity Jeseník:

1. Krevní testy a odběry v domácím prostředí.

Zdá se, že je to jednoduchá věc, ale pro spoustu lidí, kteří bydlí v odlehlých oblastech a jsou omezeně mobilní nebo třeba i imobilní, je to velmi komplikované. Ne všichni mají dostatečné sociální zázemí nebo mají automobil. Ne všichni se k lékaři bez problému dostanou, takže odběr v domácím prostředí je důležitý. Je pěkné napsat do propouštěcí zprávy – co tři měsíce zkontrolovat glykemický profil, ale bez týmu sester, které nám ty odběry dělají, je to neproveditelné. Nemluvě o času. Všichni, kteří pracujete se seniory nebo se špatně mobilními pacienty, to znáte. Odběr v terénu je mimořádně přínosný a zrychluje práci našich ambulancí.

2. Léčba bolesti.

Velmi operativně provádíme se zdravotními sestrami z Charity analgetizaci čili léčbu bolesti. Bolest je subjektivní fenomén. Pokud někoho něco bolí, má člověk diskomfort a hlavním opatřením proti jakékoliv bolesti

je ji buď zmírnit, nebo odstranit. S úspěchem používáme injekční léčbu pomocí antiflogistik čili antirevmatik anebo i pomocí třeba slabších opioidů v léčbě bolavých zad, vyhřezlých plotýnek, u artropatie. Také u lidí, kteří mají těžké artrózy kolen, kyčlí, jsou v čekacích listinách na operaci páteře nebo na výměny velkých kloubů. A pokud dojde ke zhoršení, hraje ambulantní léčba nezastupitelnou roli. Představa, že pacienta „vláčím“ z domu, naložím ho do sanitky, přijede k nám do ordinace, dostane injekci a odjíždí, není dobrá. Transport je pro pacienta mnohem horší než samotná nemoc. Takže v domácí péči je zase analgetizace k nezaplacení. Stejně tak léčíme pooperační stavy, pásové opary atd.

Léčíme standardní bolesti běžného typu, ale věnujeme se i léčbě **velmi těžkých bolestí**, které vyžadují velké dávky opiátů. Těchto pacientů přibývá, především starých a terminálně onkologicky nemocných. Spousta pacientů odchází z nemocnice, kde je tlak na lůžka, s nedostatečně nasazenou léčbou bolesti. Člověk tam bere léky na bolest půl dne, nebo maximálně den. Není vyzkoušené, jestli léky toleruje, nebo ne a už je propuštěný domů. Takže přijde domů a je mu zle třeba po slabších opioidech. Díky sestrám v terénu máme korekci, zda tento lék sedí, nebo nesedí, zda musíme léčbu zintenzivnit, či zeslabit. Se zdravotními sestrami velmi dobře kooperujeme z hlediska léčby „opiáty náplastového typu“, kterou mají perfektně zvládnutou. Umí nasazovat nejnižší dávku, dle předpisu schodovitě tu léčbu stupňujeme podle toho, jak je potřeba. Nemáme problém přecházet u opravdu těžce trpících pacientů na silné opiáty morfiového typu. Radíme se, telefonujeme si. V podstatě upravujeme léčbu tak, jak je pacientům potřebná, aby ji měli šitou přímo na míru.

3. Infuzní podpora v domácím prostředí.

Říct ještě před patnácti, dvaceti lety, že se bude podávat infuzní podpora v domácím prostředí, tak to by bylo na „non lege artis“ postup. Odborné společnosti by nás v podstatě „ukamenovaly“, že nelze podat parenterální infuzní podporu v domácím prostředí. A dnes za ni děkujeme, že jsme schopni se takto postarat o pacienty, kteří projdou onkologickým programem, mají zažívací potíže a nejsou schopni nic pozřít. Díky sestrám jsme schopni je s pomocí infuze zavodnit. Je nepřehledné množství pacientů, kteří profitují z infuzní podpurné léčby, kterou lze realizovat doma, jako například pacienti se střevními potížemi a podobně. Je vynikající, že zdravotní sestry z Charity umí obsluhovat porty. Onkologická centra „sypou“ pacienty a propouštějí je se zavedenými porty. Sestry jsou schopné aplikovat infuze do portu, ošetřovat a proplachovat porty dle standardu. Co se před deseti lety zdálo jako virtuální realita, teď standardně funguje.

U ležících pacientů s chybějícím periferním přístupem používáme i podkožní dermoklýzu k jejich zavodnění. Občas ji používáme i z důvodu psychické podpory. Hlavně rodinní příslušníci nás u terminálních pacientů žádají, abychom jim dali aspoň výživu. Oni nemají ani ponětí, jaká výživa se dává do žíly, ale jenom to, že jejich blízkému něco „kape“, tak to na ně působí příznivě. Psychologický efekt není zanedbatelný.

4. Převazová činnost.

Když se před patnácti, dvaceti lety rozjížděly kardiochirurgické programy, svolávaly si pak kardiochirurgie pacienty na kontroly. Pacienti, kteří dostali kardiostimulátor, museli být převázáni třetí den po operaci v kardiocentru. My jsme vozili lidi sanitkou sto kilometrů tam a sto kilometrů zpátky. Dneska extrakce stehů a převazování operačních ran dělají běžně sestřičky v terénu. Tady trochu improvizujeme. Protože nikde není dáno, jak by se to mělo dělat. Sestry komunikují s ošetřujícím lékařem, zašlou mu fotografii s vyfocenou ránou. Předáváme si informace, abychom nějakým způsobem zabezpečili péči, a pacienti nejezdili stále sem a tam.

5. Péče o permanentní močové katetry.

Sestry jsou erudované, vyškolené, mohou cévkovat pacienty. Jsou schopné se postarat o spoustu pacientů s karcinomem prostaty nebo s malignitou močového měchýře v domácím prostředí. Komunikují jen s urologickou ambulancí. Pro pacienty je to obrovský komfort být ošetřen doma.

6. Kožní oblast.

Je docela široké portfolium spolupráce s kožní ambulancí nebo s onkologickou ambulancí – v bandážování pacientů s chronickou žilní nedostatečností, s opakovanými erysipely dolních končetin. Léčba otevřených bércových vředů by bez sester prakticky nebyla možná. Léčba vlhkým krytím při léčbě bércových vředů je

sice moderní, ale administrativní zátěž na schválení převazového materiálu je tak složitá, že polovina praktiků to nedělá, protože se utopí v papírech. Sestřičky z Charity to mají nasmlouvané s kožním nebo chirurgickým periferním lékařem a materiál mají k dispozici. O tom se nám před deseti lety ani nezdálo.

7. Paliativní péče o terminálně nemocné a umírající pacienty.

Sestry z Domácí hospicové péče se s těmito pacienty setkávají denně. Já se k těmto nemocným dostanu také často, ale ne tolik. Kromě analgetizace, domácího prostředí, psychologické podpory, psychologické podpory příbuzných, kteří se třeba nikdy se smrtí nesetkali, je tak paliativní péče pro zdravotní sestry v terénu náročná z hlediska technického, z hlediska provádění, ale i z psychologického hlediska. Když mají umírajícího pacienta, tráví u něj třeba pátek, sobotu, neděli. V průběhu víkendu komunikujeme a v neděli mi třeba napíší, že pacient už zemřel. Pro sestry, které se věnují paliativní péči, to je docela řehole.

Pro lidi, kteří umírají doma, je to benefit. Dříve to tak přece bývalo, lidé umírali v domácím prostředí. Neumírali inkognito na LDN a v zařízeních, kde by se kolem nich střídal trojsměnný provoz, ale umírali mezi svými. Takto to můžeme pacientům, za podpory a dohledu sestry z Charity, umožnit také dnes.

Měl jsem v péči, přibližně před rokem a půl, jednoho staříčkého pána, který zemřel v pokročilém věku doma. Zemřel kolem 14. hodiny. Rodina mi volala, jestli bych jej přijel ohledat. Zrovna jsem měl v ordinaci odpolední provoz. Omluvil jsem se, že mám ordinaci až do 18. hodiny a čekárnu plnou lidí. Doporučil jsem jim, ať zavolají rychlou záchrannou službu. Odpověděli, že si pána nachystají a já ať tedy přijedu po ordinaci. Když jsem přijel, byl jsem překvapen, protože ne vždy se to vidí. Dědečka měli vzorně umytého, oblečeného v černém. Ležel v obyváků na kanapi, kolem rukou měl růženec. Sešla se tam v podstatě celá rodina. Chodili tam vrstevníci, dcery, synové a vnoučata. Pravnuci jezdili kolem nebožtíka na odrážedlech. Říkal jsem si, že takhle bych chtěl v budoucnu umřít. Takto by to mělo vypadat. Takto bychom si to představovali asi všichni. Ale bylo to dáno také tím, že rodina byla věřící, a ještě k tomu byla jedna z dcer sestrou Domácí zdravotní péče.

Výhled do budoucnosti z hlediska paliativní péče je poměrně dost široký.

a) Kardiopacient

Kardiocentra „sypou“ jednoho pacienta za druhým, přibývá kardiopacientů, kteří mají vystentované koronární tepny, jsou po infarktech, opakovaně jsou po bypassech, mají vyřešenou chlopňovou chirurgii a terén to zvolna zahuje. Nestíhají to sledovat ani kardiologické ambulance a obávám se, že to všechno doputuje do „ranku“ praktických lékařů, a na konci až do péče sester v terénu. Výsledkem toho bude, že nám tito pacienti neumřou „na náhlou srdeční smrt,“ ale čeká nás epidemie srdečního selhání. Po mnoha infarktech zemřou na plicní otok. Pacienti často mají ICD. Stimulátor jim nedovolí umřít na náhlou srdeční smrt. Takže výhled u této skupiny pacientů je ten, že budeme muset být vybaveni i monitory na sledování saturace, na sledování kardiomarkerů typu pro BRP. Budeme muset být nachystaní na kyslíkovou léčbu. I když pacienti budou brát všechny svoje acylpyriny, beta blokátory, statiny, glifloziny a všechny ty léky prodlužující srdeční slabost, tak stejně zemřou, akorát to posuneme třeba o dekádu dál. Takže nás do budoucna čeká problém s obrovským množstvím pacientů se srdečním selháním.

b) Pacienti s diabetem

Značně narůstající skupinou pacientů jsou lidé s diabetem. Už nyní je u nás asi 800 tisíc diabetiků, o kterých víme, a možná 1,2 milionu pacientů, o kterých nevíme. Diabetologické ambulance připouští, že tyto pacienty budou muset sledovat praktičtí lékaři. Jak se lidé dožívají vyššího věku, bude přibývat diabetických noh a diabetických neuropatií. Tady vidím obrovské pole práce, protože budeme muset monitorovat diabetes a umět pracovat s čidly, s analyzátory, umět kooperovat s cévními a neurologickými ambulancemi ohledně léčby diabetických pacientů.

c) Onkologický pacient

Díky pokroku v onkologii, díky protonové léčbě, imunoterapii a biologické léčbě, se strašně moc rakovin podaří vyléčit, ale tito lidé dostanou často další nemoc nebo přejdou do terminální fáze a zase skončí v péči

paliativních týmů. Když měli před pár lety pacienti duplicitu, měli dva nádory, bylo to vzácné. Já jsem měl teď nedávno pacienta, který měl čtyři nádory. On přežil karcinom tlustého střeva, lymfom, karcinom žaludku a zahubil jej nakonec, tuším, bronchogenní karcinom. Takže ten člověk zápasil osm nebo devět let v onkologickém programu a takových pacientů bude přibývat a péče bude stále náročnější.

d) Pacient s demencí

V neposlední řadě, asi to vnímáte taky tak, že celou řadou medicínských postupů zachraňujeme lidi, nenecháme je umřít a ti pacienti se pak dožívají demence. Díky ředění krve a statinové léčbě lidi stále žijí a najednou jim vypadne paměť a přejdou do vaskulární demence. Přestanou poznávat své děti a začnou se ztrácet. Takže další „průšvih“, který osobně vidím jako odvrácenou stranu moderní medicíny, je zvyšující se počet osob trpících demencí a péče o ně.

Co je podle mě ale nejhorší?

Už v roce 2000 jsme věděli, že v roce 2020 nebudou lékaři, a teď to tady máme. Nyní víme, že za patnáct let nám bude chybět 15–20 tisíc lůžek pro tyto pacienty s demencí a my je nemáme. Opravdu nevím, co bude v roce 2045 s lidmi, kteří nebudou schopni sebeobsluhy. Jen doufám, že tito lidé nebudou umírat někde na přistýlkách na LDN, pokud se tenhle problém nezačne kauzálně řešit. To není zrovna pozitivní výhled, protože musím říct, že na to nejsme legislativně připraveni.

Nyní se zdravotními sestrami z Charity Jeseník komunikujeme intuitivně, ale nemá to dostatečný právní rámec. Bylo by dobré vymyslet odpovídající, právně zakotvené komunikační kanály mezi praktickými lékaři a Domácí zdravotní péčí. Kdyby se legislativcům podařilo spojit sesterskou a pečovatelskou péči dohromady, nebylo by to špatné. I když to je asi výhled na dlouhou dobu.

Bylo by skvělé, kdyby se nám podařilo dosáhnout elektronizace zdravotnictví, abychom neustále nepřepisovali anamnézy a léky. To, co dokázali v Izraeli v roce 1995, tak my v České republice stále nejsme schopni. Když pacient dostane zprávu z nemocnice, tak nám ji musí přinést a my si ji musíme ručně přepsat. Dále ji musíme přepsat sestrám z Charity, aby věděly, jak mají postupovat. Takové věci, které by lidem zrychlily práci, to by nám hodně prospělo.

Na lékařských seminářích se přednáška vždy zakončuje nějakou pozitivní zprávou. Co bychom si tedy měli všichni odtud odnést je to, že **vše, co v paliativní péči děláme, má smysl.**

Moc děkuji za pozvání. Moc děkuji „děvčatům z Charity“, se kterými můžu pracovat, že jsou stále pozitivně naladěné a mají entuziasmus.

Přednosti a úskalí péče o klienta v domácím prostředí v závěru jeho života na Jesenicku

Zkušenost pečovatelky – péče o paliativní pacientku Evu v domácím prostředí



Žaneta Kargerová

Narodila se v Jeseníku, v současné době bydlí ve Skorošicích. V Charitě Jeseník pracuje pátým rokem jako pečovatelka v Charitní pečovatelské službě. Pomáhá klientům přímo v jejich domácím prostředí.

Dříve působila jako pedikérka. Je vdaná, má dva syny.

Paliativní pacientku paní Evu si vzal syn z nemocnice na „dožití“ domů. V úvodu nám řekl, že lékaři mamince „dávají“ 14 dnů života. Pamatuji si dodnes na ten den, kdy jsme s mou vedoucí jely k nim na sociální šetření a čekaly před jejich domem. Syn s maminkou právě přijeli vozem z nemocnice. Z auta vystoupila milá paní, vzala si hůlku a vyrazila ke svému domovu. V té chvíli jsem si řekla: „*Tato paní má zemřít za dva týdny?!?*“

Péče začala hned druhý den ráno. A protože se jezdilo 2x denně, musely jsme se střídat dvě pečovatelky. Paní Eva byla velice samostatná, byla třeba jen dopomoc u hygieny a podání snídaně a obědů. Neměla už vůbec chuť na jídlo a kdybychom za ní nepřijely, asi by se ani nenajedla.

První týden byl klidný, paní Eva byla slabší, ale vše nám šlo dobře a měly jsme spolu čas i na povídání. Oznámila mi, že ví, že umírá a dlouho tady nebude a že je moc ráda, že ji syn vzal domů. Další týden šlo u paní Evy vidět každý den zhoršení. Byla slabší, měla problém dojít do koupelny nebo sníst sousto. Ráno před mou péčí jezdila sestřička a zároveň vždy na mě čekal její syn, aby mi sdělil další informace. Ke konci týdne paní Eva už jen ležela v posteli a začala jsem tedy s hygienou na lůžku.

Syn byl z celé situace už hodně unavený a v pátek odpoledne mi oznámil, že to nezvládne a bude muset nechat maminku převést do nemocnice. Krátce jsme o celé situaci mluvili a řekla jsem mu, že pokud se tak rozhodne, budu očekávat zprávu na telefonu. Pokud se rozhodne maminku ponechat v domácím prostředí, ráda v pondělí přijedu. V neděli mi večer došla SMS – „*Žaneto, nemám sílu dát maminku do nemocnice, a tak Vás zítra budeme očekávat.*“ Udělalo mi to radost, že to nevzdal a nechá maminku zemřít v domácím prostředí, tak jak si přála. V pondělí, když jsem přijela, byla paní Eva bolavá a nevrlá. Proto jsem požádala svou nadřízenou, zda by mohla se mnou jezdit na péči i kolegyně, abychom si u hygieny pomohly. Kolegyně mi byla zároveň oporou.

Paní Eva byla totiž můj první paliativní klient a já vůbec nevěděla, jak budu reagovat. Projdeme sice školením a kurzy, ale být s umírajícím, sedět u jeho postele, držet ho za ruku, slyšet jeho sténání, dávat mu napít, vidět, jak se mění tělo a obličej, to vás žádný školitel ani kurz nenaučí. Ale jsem velice ráda, že jsem paní Evu dostala do péče. Byla to zajímavá zkušenost, pěkná spolupráce se synem, paní vedoucí, kolegyněmi i se zdravotní sestřičkou Marií.

Přednosti a úskalí péče o klienta v domácím prostředí v závěru jeho života na Jesenicku

Zkušenost zdravotní sestry – péče o paliativní pacientku Evu v domácím prostředí



Mgr. Marie Michálková

V Charitě Jeseník je zaměstnaná od roku 2008 jako zdravotní sestra v Domácí zdravotní a hospicové péči. Krátce pracovala také v Domově pokojného stáří sv. Františka v Javorníku. I když by si mohla již několik let užívat zaslouženého odpočinku v důchodu, stále se obětavě stará o nemocné.

Žije v Bernarticích. S manželem vychovali 8 dětí a má 25 vnoučat.

Paní Eva byla předána z Hematologické ambulance Nemocnice Jeseník, léčila se s onemocněním krve a byla v paliativní péči. Měla dva syny, kteří měli mezi sebou nejednotný přístup k péči o maminku. Jeden ze synů se chtěl starat o maminku doma, protože bydlel kousek od ní. Druhý si přál péči v nemocničním zařízení a za maminkou pravidelně dojížděl z daleka na víkend. Paní Evu propustili z nemocnice v úterý 30. 5. do péče syna, byla jí naordinována infuzní terapie v domácím prostředí a to glukóza 10% 500 ml intravenózně/denně. K první aplikaci došlo ve čtvrtek 1. června.

V sobotu 3. 6. jsem při návštěvě zjistila otoky dolních končetin, tento stav jsem konzultovala s lékařem, který infuzní terapii následně ukončil. V úterý 6. 6. se objevily bolesti dolních končetin, do této chvíle si paní Eva na bolest nestěžovala, kontaktovala jsem obvodního lékaře. Bolest byla řešena transdermální náplastí v kombinaci s analgetiky v tabletové formě.

Při našich rozhovorech o tom, jak se cítí, co potřebuje, jsme došly k tématu duchovních potřeb. V jejím životě nebyl aktivní přístup k žádnému náboženství. Ale přesto paní Eva projevila přání a já ji poskytovala duchovní podporu formou předčítání Žalmů. Držela jsem ji za ruku a paní Eva v klidu odpočívala a naslouchala.

Každé ráno jsme se setkaly s pečovatelkou Žanetou a předaly si informace. V pátek 9. 6. se stav klientky zhoršil. Pečovatelka mě informovala, že při ranní hygieně paní Eva nařikala bolestí. Po mém příjezdu bolest přetrvávala. Kontaktovala jsem lékaře, který k fentanylovým náplastem a analgetikům per os přidal injekci Morfinu 1% podkožně jednou denně. Tentýž den večer ve 22 hodin mi volal pečující syn, aby mě informoval, že maminka má opět nesnesitelné bolesti a nařiká. Využívám SOS medikace Morfin 1% podkožně při bolesti a injekci aplikuji.

V sobotu 10. 6. při našem ranním setkání mi pečovatelka Žaneta sděluje, že paní Eva při ranní péči opět nařikala bolestí. Aplikovala jsem další Morfin 1% podkožně, kontaktovala jsem lékaře a změnila jsem frekvenci aplikací po 6 hodinách dle ordinace. Přijíždím v 16 hodin ke kontrole zdravotního stavu a aplikuji Morfin. Doporučila jsem kontaktovat příbuzné pro blížící se odchod maminky. Kolem desáté hodiny večerní paní Eva dýchá nepravidelně, aplikuji Morfin dle ordinace. A o hodinu později paní Eva umírá.

Synové nechtěli být přítomni úmrtí, chtěli být přivolání až maminka zemře. Zůstala jsem s ní tedy já. Nabídla jsem péči o zemřelou, umytí a oblékání. Syn chtěl péči ponechat na pohřební službě, což jsem respektovala. Po poskytnutí psychické podpory rodině odjíždím.

Přednosti a úskalí péče o klienta v domácím prostředí v závěru jeho života na Jesenicku

Zkušenost zdravotní sestry – péče o paliativní pacientku Janu v domácím prostředí



Hana Klásková

Vystudovala obor Všeobecná sestra, pracovala v ambulanci urologa a obvodního lékaře. Na oddělení LDN v nemocnici v Jeseníku strávila 8 let. Druhým rokem je zaměstnána v Charitě Jeseník jako zdravotní sestra v Domácí zdravotní a hospicové péči.

S rodinou žije v Mikulovicích, je vdaná a má 4 děti.

Existují různé formulace, co je paliativní péče. Já jsem našla jednu velmi zásadní, která vysvětluje všechno. „Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi trpícímu nevyléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zachovat důstojnost a poskytnout podporu i jeho blízkým. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání.“

Paliativní péče je součástí medicíny. Čím dříve je tato péče zahrnuta do celkové péče o těžce nemocného pacienta, tím více prospěchu z ní pacient i jeho blízcí získají, protože cílem paliativní péče není neléčit. Je vhodným doplněním léčby a oba tyto typy péče mohou být pacientovi poskytovány současně. Pozitivem včasného zapojení paliativní péče často je, že pacient žije spokojeněji a déle.

Kdy tedy paliativní péče začíná a jak dlouho trvá?

Je to od okamžiku stanovení diagnózy a končí podporou rodiny v době zármutku. Tito klienti jsou nám předáváni ze zdravotnických zařízení nebo obvodními lékaři. Přáli bychom si, aby tito pacienti měli propouštěcí zprávy, ve kterých je uvedený plán léčby a naplánovaná i SOS medikace. Jde o plán lékaře, kde nám přesně napíše, co kdy nastane, kdy a za jakých podmínek můžeme použít tuto léčbu. SOS medikaci můžeme tedy použít bez toho, abychom lékaře předem museli kontaktovat. Samozřejmě jsme na této SOS medikaci domluveni a vždy dáváme vědět, že ji používáme. Z propouštěcí zprávy by také mělo být jasné, do jaké fáze péče se zapojujeme. Jestli jde o klienta, který už má ukončenou léčbu, nebo který teprve prochází léčbou a vypadá to, že léčba bude neúčinná a přesune se tedy do paliativní péče.

Doma u klienta zjišťujeme, v jakém sociálním zázemí žije. Zajímá nás, jestli nežije sám, zda se má na koho obrátit, kdo mu pomůže s věcmi souvisejícími s nemocí. Potřebujeme vědět, jak je pacient informovaný, zda zná svou diagnózu a jaké informace mají rodinní příslušníci. Zajímáme se aktivně o to, co by si člověk přál. Jestli by si přál zůstat a zemřít doma nebo jestli nechce, aby jej děti viděly umírat. Dále zjišťujeme i potřeby pečující rodiny, a to, jak jsme schopni ulehčit jim péči o blízkého. Může to být polohovací lůžko, klozetové křeslo, pleny, koncentrátor kyslíku, lineární pumpa nebo také zapojení pečovatelské služby, se kterou rádi spolupracujeme. Oslovujeme i faráře nebo duchovního nebo kohokoli, kdo je pro klienta důležitý. Pak se dostáváme k odbornějším věcem, jako je měření fyziologických funkcí a zjišťování psychického a fyzického stavu a v neposlední řadě plníme ordinaci lékaře.

Kazuistika.

Paní Jana se narodila v roce 1953. Vyučila se švadlenou. Byla vdaná, měla dvě dcery. S jednou dcerou a její rodinou žila v domě a druhá dcera za ní dojížděla z Prahy. Paní Jana nám byla přidělena do péče v květnu 2023 z Fakultní nemocnice Olomouc z oddělení parenterální výživy, kam pravidelně dojížděla na kontroly, a to až do srpna 2023. Dojížděla také na kontroly do paliativní ambulance a do onkologické ambulance FN Olomouc. V srpnu ji v souvislosti se zhoršujícím se stavem přeložili do paliativní ambulance v Šumperku, která byla pro paní Janu blíže na dojíždění. Z FN Olomouc nám byly předány informace, že klientka je soběstačná, je léčená pro nádor krku, který prorůstal do vnitřní části krku, s poruchou příjmu potravy a po neúspěšném zavedení PEGu.

Klientka měla v pravé horní končetině zavedený PICC a nastavenou parenterální výživu. Dcery byly v ambulanci zaučeny v podávání výživy, obsluze dávkovače, chystání vaku a odpojování a napojování výživy. Manipulaci ale nezvládaly, protože obsluha není pro laika úplně snadná. Bylo tedy nutné zajistit péči o PICC a dohled nad podáváním výživy.

V tomto momentě jsem si s rodinou domluvila první kontakt. Zajímala jsem se, zda mají k dispozici polohovací postel, zda se paní Jana dostane na WC, jestli s ní bydlí dcery a jaké mají informace dcery i pacientka. Změřila fyziologické funkce pacientky. Zjistila jsem, že paní Jana má na krku ránu zvenku, která prosakuje a musí se ošetřovat, že PICC je delší a jednocestný a po vytažení PEGu jí zůstala rána, která se také musí ošetřovat. Bylo zřejmé, že má paní Jana velké bolesti v krku, které jí brání mluvit, a že potřebuje hodně zvlhčovat hrdlo. Jakákoliv komunikace je pro ni náročná a bývá velmi rychle unavená.

Podle propouštěcí zprávy jsme oslovili její ošetřující lékařku, která velmi ochotně spolupracovala. Byli jsme v komunikaci i s paliativní ambulancí. Ze začátku, když jsme chystali parenterální výživu, dcera přihlížela a měla velké obavy a blokády. Avšak vnučka pacientky, již dospělá žena, projevila přání se to naučit. I když nebyla zaučená parenterální ambulancí, povedlo se mi jí vše ukázat a po několika společných a samostatných pokusech se to podařilo. Tím pádem už nebyla má návštěva nutná dvakrát denně, rodina to zvládla sama. Střídala jsem je pouze v momentech, kdy si vnučka potřebovala odpočinout a odjet na dovolenou. Udělala jsem si prostor na to, abych je navštívila a povídali jsme si o tom, co potřebují, jak to cítí, co by si přáli.

V srpnu, kdy paní Janě začal krk hodně otékat, se paliativní ambulance rozhodla, že už nebude poskytovat aktivnější léčbu. Pacientce ponechali jen podporu hydratace a parenterální výživa se vysadila. Nádor rostl opravdu tak rychle a mocně, že paliativní ambulance uvažovala o zavedení tracheostomie. Lékaři komunikovali s rodinou, která byla informována o zhoršujícím se stavu. Rodině bylo sděleno, že tím, jak nádor postupuje, tak je možné, že proroste do krkavic a paní Jana může vykrváct. Tahle prognóza, toto sdělení lékařů, rodinou velmi otřásl a společně jsme pak strávili hodiny a hodiny času komunikací nad tím, co se vlastně může stát, co by mohli dělat a jak by to měli řešit. Bojovali jsme s obrovským strachem, jak to zvládnou. Podařilo se mi domluvit se s nimi, že pokud by tohle nastalo, zavolají mi. Byla to pro ně dostatečná opora pro to, aby se rozhodli, že chtějí pokračovat dál a neumístit maminku, která si přála zemřít doma, do kamenného hospice. Paní Jana se svou rodinou prožila své narozeniny a přála si dožít se Štědrého dne. Její stav se ale opravdu rychle zhoršoval.

Nebyla téměř schopná mluvit. S rodinou si našli způsob komunikace a byli schopni se dorozumět. Když na mě klientka mluvila, já jsem jí absolutně nerozuměla a musely jsme si psát, ale oni mezi sebou komunikovali tak, že si rozuměli.

Den před Štědrým dnem jsem v pět hodin balila dárky a chystala jsem Vánoce pro své děti. V tom mi volala dcera klientky, že se stav maminky zhoršil, že nekomunikuje a nemohou ji vzbudit. Všeho jsem nechala a sedla do auta a jela k nim. Mezitím mi několikrát volali, byli velmi nervózní a chtěli volat „rychlou“. Nevěděli, co mají dělat, protože se maminka vůbec neprobírá, vůbec na ně nemluví, nekomunikuje. Ujišťovala jsem je, ať vydrží, že už jsem na cestě.

Po příjezdu jsem našla klientku v posteli, v obklopení rodiny. Ležela na boku, oddychovala přerývavě a na

ústech měla úsměv. Změřila jsem jí fyziologické funkce, které mi potvrdily, že opravdu umírá. Rodiny jsem se začala vyptávat, co se dělo předtím, abych vyloučila náhlou příhodu. Rodina mi řekla, že spolu strávili úplně úžasný den. Ráno všichni vstali usměvaví, komunikovali spolu. Maminka byla v dobré náladě a vtipkovala. Dali si spolu oběd a po obědě se paní Jana rozloučila s tím, že je strašně unavená a jde si na chvilku odpočinout. V tu chvíli jsem měla sama co dělat se svými emocemi.

Protože jsme měli opravdu hodně času – uplynulých sedm měsíců byla dostatečně dlouhá doba, abych nemusela rodinu poučovat o tom, co v této fázi mají a nemají dělat. Všechno jsme už měli dávno probrané. Vysvětlila jsem jim, že opravdu není důvod volat rychlou záchrannou službu, protože by jejich maminka pravděpodobně zemřela po cestě při převozu do nemocnice. Ať tedy zavolají, koho chtějí a ať stráví poslední chvíli společně. To se opravdu podařilo. Rodina paní Janu obklopila a vytvořila se tam hluboká rodinná atmosféra, takže jsem se v tichosti rozloučila a odešla. Asi deset minut před půlnocí mi volala vnučka s tím, že babička zemřela a že se stihl přijet rozloučit i vnuk. Zvládli to. Strávili potom velmi smutný Štědrý den, ale na druhou stranu v rodinném kruhu, v přítomnosti úplně všech. To se jim nestalo dlouhé roky.

V naší péči se často setkáváme s rodinami, které se chtějí starat o své příbuzné a které s naší pomocí zvládají velmi těžké životní situace. Chtějí své příbuzné dochovávat v jejich sociálním zázemí, tedy doma. Často hledají možnosti, jak toho dosáhnout. Důležité jsou pro ně informace. Rádi nabízíme možnost zapojení pečovatelské služby. Jsem vděčná za pomoc pečovatelek, které jsou velkým přínosem pro pečující rodinu.

Také se nám často stává, že se setkáváme s osamocenými klienty, kteří mají rodinu daleko nebo je časově příliš vytížená nebo mají mezi sebou velmi těžké vztahové problémy. I takové klienty se nám daří doprovázet doma v jejich sociálním zázemí. Osobně znám několik takových případů. A bylo to hezké, přirozené, za pomoci pečovatelské služby, či blízkých přátel, kteří docházejí a pomáhají, s čím je třeba. Je to komplikované, ale je to možné.

Závěrečné slovo

Mgr. Helena Paschkeová, ředitelka Charity Jeseník

Na závěr bych v rámci svého příspěvku chtěla shrnout přednosti a úskalí hospicové paliativní péče na Jesenicku. Bohužel nefungujeme jako ve velkých městech, jak o tom již mluvil pan doktor Slováček. Ale našli jsme si systém, který je v našich podmínkách na Jesenicku funkční. Snažíme se zajistit, aby bylo o klienta v závěru jeho života vždy postaráno, abychom naplnili všechny jeho potřeby. Zcela zásadní je výměna informací a komunikace mezi všemi aktéry péče. Může to občas „skřípat“, přesto se snažíme, aby každý věděl o všem, co ke své práci potřebuje. Na vyžádání jde také svolat paliativní tým v jesenické nemocnici.

Bolestivým místem je, jak to i zaznívalo v příspěvcích zdravotních sester a pečovatelek, že ony často suplují profese, které tady na Jesenicku prostě nemáme. Nahrazují mnohdy krizové interventy, terapeuty, psychology či sociální pracovníky, kteří se zaměřují na paliativní péči. Některé zdravotní sestry mají výcvik v krizové intervenci. To je skvělé, je to velká pomoc v péči. Řada zdravotních sester a pečovatelek dokáže poskytnout také duchovní péči. Fungují namísto pastoračních asistentů nebo duchovních. Nebojí se mluvit s klientem o spirituálních a duchovních tématech. Toto se týká především těch pacientů, kteří nejsou nijak nábožensky zakotveni.

Pečovatelky jsou často psychickou podporou nejen klientům, ale hlavně jejich rodinám. Rodina je totiž při doprovázení blízkých v domácím prostředí velice zásadní.

Tyto zkušenosti nás vedou k tomu, v čem bychom na Jesenicku rádi pokračovali a o co chceme i nadále usilovat. Uvedu čtyři témata, která jsou vzájemně provázána.

1. Lékař paliativní medicíny na Jesenicku

V současné době v regionu zcela chybí. Zřízení ordinace lékaře paliativní medicíny by zcela jistě usnadnilo pomoc lidem v terminálním stádiu onemocnění. Třebaže praktičtí a odborní lékaři fungují skvěle, chceme zajistit dostupnost tohoto specialisty pro občany Jesenicka.

2. Poradna pro pozůstalé

Plynule navazuje na péči, kterou v terénu zdravotní sestry i pečovatelky dělají. Pozůstalým často chybí prostor, kde se mohou setkávat, sdílet, kde by získali potřebné informace.

3. Multidisciplinární tým

Na Jesenicku není tým, který by byl složený z lékaře, zdravotních sester, sociálního pracovníka, pečovatelek, duchovního, případně dalších odborností. Jeho vznik předpokládá opět přítomnost lékaře paliativní medicíny v regionu.

4. Stát se součástí celokrajského charitního projektu Hospicové péče Caritas

Až bude splněno vše předchozí, můžeme se stát součástí celokrajského projektu, který představovaly pracovníce ze Zábřehu. Charita Jeseník byla u zrodu tohoto projektu, ale z důvodu absence lékaře paliativní medicíny dočasně z projektu odstoupila.

Pro úspěšnou realizaci těchto čtyř rozsáhlých úkolů, které před námi stojí, je potřebné získat správné a kompetentní nadšence, ale i finanční a materiální zdroje. Pak se péče o paliativní pacienty a o pozůstalé rodiny více přiblíží péči ve větších městech. Jak již zmínil MUDr. Slováček, naše charitní zdravotní sestry dnes dělají takové úkony, které byly před 10 lety nemyslitelné. Já jim za to chci poděkovat. A chci poděkovat také našim pečovatelkám, které se na paliativní péči podílí. Dále děkuji také našim partnerům, kteří nám v péči pomáhají. Děkuji všem lékařům a dalším odborníkům, se kterými se setkáváme při péči o klienty.

Jak vidíte, je za námi velký kus práce. Ale jak jsem již předdeslala, pořád nás toho ještě mnoho čeká. Ale já se toho nebojím, protože s týmem, který mám kolem sebe, jsme schopni udělat velké věci.