

SBORNÍK PŘÍSPĚVKŮ

Mezinárodní odborné konference

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
a Asociácie hospicovej a paliatívnej starostlivosti Slovenska.



PÉČE O UMÍRAJÍCÍ V 21. STOLETÍ

HOŘET, ALE NEVYHOŘET

aneb

kde ostatní končí, hospice teprve začínají

13. října 2018

Vysoká škola ekonomická v Praze

Akce byla akreditována

Českou lékařskou komorou,

Českou asociací sester

a Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Recenzenti:
MUDr. Marie Svatošová
PhDr. et Mgr. Robert Huneš

Duchovní péče o nemocné bez víry

P. Vojtěch Kodet, Th.D., O.Carm.

Začnu osobním svědectvím.

Intenzivně jsem v životě pečoval asi měsíc jen o jednoho pacienta v terminálním stádiu – o svého otce. Odlišné od daného tématu to bylo jednak osobní vazbou mezi námi a také můj otec byl muž živé víry. Ale několik obecných skutečností jsem díky tomu mohl nahlédnout:

1. Procházet s někým závěrečný úsek jeho pozemského života je dar pro obě strany.
2. Většinou nám uniká, že právě tato etapa života může být v životě ta nejdůležitější a nejhlubší (a to pro obě strany).
3. Také nás nemusí napadnout, že na smrt nemocný člověk může mít v terminálním stádiu svého života nějaké poslání (a to i pro obě strany).
4. Je to etapa, ve které nemocný člověk otevírá oblasti života a témata, o kterých v plné síle neuvažoval anebo nemluvil.
5. Komunikace se noří na hlubší rovinu než jsou slova – pohled, gesta, dotek, vnímání beze slov, nebo jen se slovy podstatnými.

Mám mluvit na téma duchovní péče o nemocné bez víry. Kdo to je člověk bez víry? Pravděpodobně se tímto výrazem myslí ten, kdo žil mimo křesťanství nebo se k víře nehlásí, či ji nepropraktikoval.

Možná je dobře připomenout, že mnozí, kteří se k víře hlásí, jsou konfrontováni s tím, že to, co považovali za víru, jim ve zlomových okamžicích života nepřineslo oporu ale spíše zklamání v jejich očekávání.

Obecně se duchovní péčí myslí péče o spirituální potřeby pacienta. Nejde tam ani o to, abychom někomu posloužili liturgickými úkony. Během vážné nemoci se lidem často vynoří životně důležité otázky po smyslu života, utrpení, smrti, spojené s úzkostí, výčitkami, pocity viny, nespravedlnosti, hněvu, smutku či prázdnoty a beznaděje. V situaci těžké nemoci se vzdaluje svět nemocného od většiny toho, co prožívají lidé kolem něho. Neprožívá uspokojení z přítomnosti a často ani z minulosti.

Co se očekává od nás, kteří tuto péči lidem bez zkušenosti víry poskytujeme:

1. Úcta a respekt k nemocnému, k jeho životu a životnímu hledání, k jeho názorům i životním zkušenostem, a velkorysost k jeho náladám a projevům.
2. Ochota dát nemocnému k dispozici svůj čas, blízkost a důvěru. Duchovní pomoc začíná vzájemným přijetím a nasloucháním.
3. Očekává se od nás, že jsme lidmi, kteří mají poznání Boha a zkušenost s živým Bohem, že máme v sobě jistotu Boží lásky, péče a prozřetelnosti, prožitou i v těžkých a lidsky beznadějných situacích. Očekává se od nás, že máme důvěru v Boží dobrotu, velkorysost, milosrdenství a záchranu nabídnutou každému člověku.

4. Očekává se od nás, že máme ochotu k zástupnosti. Náš dar pro nevěřícího je právě naše víra, ve které věřím i za něj, modlím se za něj, odpouštím za něj,...
5. Naslouchání Duchu svatému a snaha nechat se Duchem svatým vést – jak v péči, tak ve slovech. Nespoléhat na vlastní zkušenost a varovat se jakékoli rutiny. Slova mohou zavřít, zranit, ponížít, ale i otevřít, zhojit, pozvednout, sejmut tíhu, pocit viny, dát naději. Naše slova se mají stát Božím slovem v našich ústech. To nejde bez našeho naslouchání Duchu svatému.

Na závěr několik biblických inspirací:

1. Uzdravení ochrnutého u rybníka Bethesdy (Jan 5,1-9)

Bethesda se dá přeložit „dům milosrdenství“; postižení toho člověka přivedlo do domu milosrdenství, tedy k podstatné zkušenosti, kterou by jinak neudělal. V biblickém textu čteme: „Byl tam jeden člověk“. To je důraz na vnímání každého nemocného jako jedinečnou osobnost s jedinečným životním příběhem a prožíváním.

O Ježíši se píše, že nemocného nejprve spatřil, jak tam leží, pak poznal, že už je dlouho nemocen. V Ježíšově pohledu je přijetí a pochopení. Následně Ježíš nemocnému klade pro nás těžko srozumitelnou otázku: „Chceš být zdrav“? Tím nemocného přivádí k převzetí zodpovědnosti za sebe sama, aby se nevzdal sebe a nepřenesl zodpovědnost na někoho jiného, jak to často nemocí zkoušejí. Posléze Ježíš naslouchá, což je nedůležitější činnost v komunikaci s nemocným.

Nemocný ve své odpovědi vysloví podstatu celého problému, když řekne: „Nemám člověka“. Každý potřebuje člověka! Nemoc ho zavřela do samoty a opuštěnosti. Nemocný se cítí v nevýhodě vůči ostatním, srovnává se a vyjevuje svou představu o uzdravení. Ježíš mu ale nedá to, co chce, nedonese ho do vody, ale dá mu, co má – svoji lásku, svůj život, a tím i uzdravení! Každý potřebuje setkání s milujícím člověkem, aby objevil pramen života ve svém vlastním srdci. Ježíšův pokyn, aby uzdravený nemocný vzal své lehátko a šel domů, je vyjádřením nároku, aby se nemocný naučil zacházet jinak s tím, co symbolizovalo jeho nemoc.

2. Uzdravení chromého v chrámu (Sk 3,1-9)

Když chromý od narození žádal v chrámové bráně o almužnu apoštoly Petra a Jana, kteří právě do chrámu přicházeli, Petr mu řekl: „Stříbro ani zlato nemám, ale co mám, to ti dám...“. Nemůžeme uspokojit všechny požadavky nemocných, ale musíme si být dobře vědomi, co můžeme nabídnout a čím můžeme pomoci.

3. Uzdravení ochrnutého (Mk 2,1-12)

Čtyři kamarádi nesli ochrnutého k Ježíšovi, aby ho uzdravil, ale nemohli se pro zastup lidu k němu dostat. Proto odkryli střechu tam, kde byl Ježíš a otvorem spustili dolů nosítka, na kterých ochrnutý ležel. Za povšimnutí

stojí několik detailů příběhu. Jednak je to vynalézavost kamarádů ve vaze nemocnému pomoci. Ježíš se ujímá ochrnutého poté, co viděl víru jeho kamarádů. Tedy ne víru postiženého. To je příklad zástupnosti ve vztahu k Bohu. Ježíš ochrnutého však hned neuzdravuje, ale říká mu: „Odpouštějí se ti hříchy“. O to neprosil ani nemocný ani jeho kamarádi, ale Ježíš věděl, co postižený potřebuje na prvním místě. Pro naši víru může tedy Ježíš dát právě to, co nejvíce potřebují.

Závěr:

Chtl bych skončit vzpomínkou na Matku Terezu. V jednom rozhovoru pro nějaký časopis se jí redaktor zeptal, jestli při své službě umírajícím na ulicích Kalkaty, kteří byli převážně hinduisté, svědčí o Kristu a vede je k vyznání hříchů. Matka Tereza se udiveně obrátila na tohoto redaktora a řekla: „Když umírající ode mne přijme službu lásky, kterou dělám pro něj a pro Ježíše, přijme jistě i Krista, až se s ním ve smrti setká.“

Ars moriendi – ztracené a nalézané

Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc.

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova, Praha

Je obecně známo, že současný stav péče o umírající není uspokojivý. Aby se situace výrazně zlepšila, je vhodné seznámit se nejprve s důvody, které vedly ke vzniku stále dominantního scénáře institucionálního umírání, který byl pro téměř jedno století plně funkční, tzv. že vyhovoval jak umírajícím, tak i jejich příbuzným (a dalším osobám blízkým) a také s důvody, proč dnes nevyhovuje. Vše se však začalo výrazně měnit po 2. světové válce. Dramatický rozvoj medicíny po roce 1945 lze rozdělit do tří základních etap. V letech **1945 – 1970** se rozvíjela především **intenzivní medicína**. Akutní péče o nemocné byla mimořádně efektivní a právem obdivovaná. Zavládl optimismus odborníků i laiků nad tím, že lze zvítězit nad všemi nemocemi. Logickým důsledkem byla postupná **tabuizace smrti**. Mnoho nemocných, které v minulosti čekala zcela jistě neodvratná smrt, bylo sice díky metodám intenzivní medicíny zachráněno, ale nebylo zcela uzdraveno. Není divu, že v letech **1970 - 1990** došlo k rozvoji **medicíny chronických stavů** a následné detabuizaci umírání smrti. Vzpomeňme na legendární knihu E. Kübler-Rossové s názvem Rozhovory s umírajícími, která nelehký proces detabuizace umírání a smrti zahájila. I když oba uvedené vývojové proudy pokračovaly a pokračují, bylo zřejmé, že smrt, jako zákonitý závěr života každého člověka, nelze porazit. Jednou přijde a měla by proběhnout v důstojných podmínkách. Proto **od roku 1990** „odstartovala“ dosud neukončená etapa rozvoje **paliativní a hospicové péče**.

Paradoxně ale už v roce 1970 však bylo formulováno **pět zásad pro rozvoj paliativních strategií, které měly pomalu** a postupně dopad i na klinickou praxi a zlepšování péče o umírající. Dnes je na jejich realizaci upřena pozornost ve všech vyspělých zemích světa. V České republice se s jistým časovým zpožděním začaly zásady paliativních strategií také uplatňovat v praxi. Zatímco došlo k významnému pokroku ve vzdělávání lékařů a sester, ke vzniku kamenných hospiců i domácí hospicové péče, **nedostatky lze spatřovat především v inkorporaci paliativních strategií do stávajících nemocnic nebo sociálních institucí**, kde také umírají lidé. Důvod, proč tomu tak je, spočívá v **konfliktu vítězné a paliativní medicíny**. Tomuto především etickému problému je třeba věnovat pozornost s cílem, aby vítězná i paliativní medicína byly přijímány jako rovnocenné. Fakt, že s ohledem na vývoj nemoci konkrétního člověka, nastupuje paliativní péče jako časově druhá v pořadí neznamená, že je svým významem až druhá. Podceňování nebo nedocenění hospicové a paliativní péče brání rozvoji oborové paliativní léčby a péče, ve které, ve srovnání s vyspělými zeměmi, stále zaostáváme. Proto lze rozhodně uvítat například **Národní program paliativní péče v nemocnicích s platbou pojištěn**, který byl formulován v roce 2017, stejně jako třeba **projekt Spolu až do konce**, do kterého je zapojeno 18 nemocnic atd. Perspektivně je nutné budovat rozličné scénáře důstojného umírání. To proto, že je žádoucí respektovat, že pro určitou diagnostickou skupinu bude umírajícím vyhovovat jen určitá forma hospicové nebo paliativní péče, náležitě zakotvená v odbornosti ošetřujících týmů.

Cena nezlišnosti v systému zdravotní a sociální péče (O roli peněžních a osobních motivací v péči o naše bližní)

Prof. Ing. Lubomír Mlčoch, CSc.

1. Úvod.

Název svého příspěvku jsem si vypůjčil tak trochu od Italského profesora Luigi Brunioho, jehož knížka o „ceně nezištnosti“ vyšla v Bratislavě (SAV Veda) - psal jsem k ní závěrečné slovo. Ekonomem jsem byl 50 let, na této škole jsem promoval, a přednáším zde poprvé, a to paradoxně, na ekonomii o nezištnosti! Za to vděčím pozvání Dr. Huneše. O původní paradox se zasloužil už Bruni - jak může nezištnost mít cenu? Příspěvek by se mohl také jmenovat „peníze a láska dobrořejná“ - „pecunia et caritas“.

Ve svém příspěvku se budu snažit doložit, že ani ekonomie ve svém hlavním proudu se neobejde bez noblesnější motivace než je ta pekuniární, a dále to, že ve zdravotním a sociálním systému má nezištnost cenu přímo nenahraditelnou, a to dokonce tím více, čím více moc peněz roste.

Byl bych rád, kdyby mé zamyšlení bylo dobře pochopeno. Proto začnu vyjádřením vděčnosti. Zákeřná nemoc mé ženy za těch víc než 5 let mne přesvědčila, že máme skvělé zdravotnictví, které je profesionální a pořád ještě vysoce solidární, a lidský přístup převažuje i přes stále chybějící peníze. Léčba musela stát mnoho peněz a dnešní pokrok medicíny umožnil zadržovat chorobu a zajišťovat poměrně kvalitní život nemocné i nám kolem ní - to ještě donedávna nebylo možné. V závěrečné fázi, fakticky domácího hospicu, jsme zažili i obětavou pomoc od sester Domácí péče, která jistě také něco musela stát. Můj obdiv patří kolegům lékařům a lékařkám, a mé díky platí mnoha sestřím které se o ženu staraly. Na to kolik peněz teče do zdravotního a sociálního systému máme možná jeden z nejlepších na světě, o tom jsem přesvědčen.

Je ale třeba myslet i na budoucnost, našich dětí a vnoučat. A klást si nepřijemné otázky, zda náš civilizační vlak jede správným směrem - i když my sedíme pořád ještě v první třídě.

První, kdo mne přivedl k těmto úvahám byl přítel Jacques Delcourt z Belgické Lovaně, tou dobou prezident Mezinárodní asociace pro křesťanské sociální učení. Jako profesor ekonomie se dostal do nemocnice, a jako pacient měl čas na přemýšlení. Došel k tomu, že žijeme v epoše „medikalizace“: nikdy v historii nebyl člověk tak pod vlivem farmak, nikdy nebylo zdravotnictví tak „chemizováno“. Pilulky brání člověku už se narodit, jiné ho zabíjejí, když i nejmodernější (a přitom děsivě nelidská) „ochrana“ selže, a v řadě zemí konečně další pilulky ukončují život člověka když se zdá být beze smyslu. A mezitím, po celá desetiletí lidé polykají, často denně, i celé hrstě léků... V posledních dnech už je i tělo odmítá a vyvrhuje... Americká zdravotnická asociace poskytuje údaje, podle nichž je nějakých 19 milionů - tedy skoro každý desátý - léčen na deprese, a je tak závislý na lécích.

Svého času Vědecká rada UK projednávala návrhy na Výzkumné záměry, a Farmaceutická fakulta Hradec Králové připravila dva: ten jeden, cesta mírného pokroku ve vývoji nových léků - z nichž některé možná pomáhaly mé ženě dále žít - prošel hlasováním bez problému. Ten druhý, o dlouhodobých důsledcích užívání farmak, naopak propadl. A vzhledem k váze zástupců medicinských oborů v radě museli být i někteří profesori-lékaři mezi těmi, kdo „dali palec dolů“. Proč asi? Což je někdy „lepší nevědět“? Jisté vysvětlení poskytuje jiná kauza na Vědecké radě, přednáška uchazeče o profesuru, odborníka na jaterní choroby. V okamžiku, kdy řekl, že jakmile dojde k onomu vážnému onemocnění jater, je třeba ihned zastavit všechna farmaka, ozvala se bouře protestů kolegů lékařů: to by to potom „mohli zabalit“. Ale všechna čest, profesuru nezpochybnili - vždyť oni v hloubi duše aspoň tuší, že ten vlak chemizace musí dříve nebo později narazit. Farmaceutický průmysl je ovšem součástí „ziskné ekonomie“ a zhodnocování kapitálu si přímo vynucuje když už ne to, aby pacient byl pokud možno co nejdéle nemocen, tedy aby bral stále více léků: jinak se růst zisku zastaví.

2. Ekonomie staví na peněžních motivacích - ale už nejen na nich.

Ekonomie je věda o bohatství (národů) a od Adama Smitha jí vládne motiv sebe-zájmu (self-interest), tedy snaha člověka ekonomického o svůj maximální osobní profit, zisk, co nejvyšší plat... Ale co sféry péče o zdraví a sociální služby? Bez peněz se jistě také neobejdou - ale vystačíme zde s motivací člověka ekonomického? Je pravdou, že v posledních letech se i v ekonomii objevily alternativní směry uvažování o bohatší škále motivací člověka ekonomického. Ovšem ve dvojím směru: negativním a pozitivním.

Ten negativní vede až ke chvále hrabivosti, dokonce ke chvále rozkrádání - jako např. při tzv. privatizaci, postuluje již i „racionálního zločince“, kterému se může i vražda „vyplatit“. Oproti Smithovi se zde pracuje se silným sebezájmem, sklonem k oportunismu, který má za následek i lži a polopravdy, klamání, podvody, ano i ty vraždy. Mírnější ale přesto krajně nebezpečnou ideologií je koncept „amorální korporace“, tedy východisko, že „akciovka“ je jen právní fikcí, nástrojem k maximalizaci dividend a růstu kapitálové hodnoty pro vlastníky akcií, a to zcela mimo kategorie dobra a zla: ber kde ber, buď jak buď - na to jste manažeři najímáni, a za to jste placeni (a o prostředcích k tomu nechceme ani nic vědět).

Naštěstí je zde i pozitivní proud: školy „ekonomie altruismu“, reciprocity, ekonomie společenství, ekonomie důvěry, solidární finance. Švýcarský ekonom Bruno Frey ve své knížce „nejen pro peníze“ píše o osobní motivaci člověka ekonomického, o jeho niterném, hlubokém snažení po nalezení smyslu jeho počínání. Frey totiž píše i ve škole „ekonomie a štěstí“, která dokládá, že subjektivní štěstí si za peníze lze „koupit“ jen v omezené míře a jen „dočasu“. Švýcarsko je zemí Jana Kalvína, od kterého nás dělí půl tisíciletí. Tento reformátor je někdy považován za „otce kapitalismu“, za jeho vynálezce, neboť půjčování peněz na úrok poskytl teologické a filosofické zdůvodnění - které do té doby nemělo. Max Weber tak tvrdil, že protestantská etika zrodila kapitalismus: tím, že „roz množování hřiven“ dala - s odkazem na samotného Ježíše - náboženský základ. Úspěch v podnikání - bohatství, mělo být jakýmsi předběžným potvrzením budoucí spásy člověka, kterému Bůh už tímto „požehnal“ a dal mu tak „směnkou na budoucí spásu“. Tady se však Kalvínovi trochu křivdí: on totiž půjčování peněz zdůvodňoval Zlatým pravidlem Ježíšovým (co chceš, aby jiní činili tobě, to ty čini jim), a především, ty hřivny jsou člověku jen svěřeny, a rozmnožovat je má pro Pána, pro Hospodina, a ne pro sebe. Tato motivace se v dnešním kapitalismu sice jistě také vyskytuje, ale je převažující?

3. V lékařství a charitě dominovala dobropřejná láska.

Obrátíme-li se nyní k etické stránce péče o zdraví a sociální potřeby bližních, tak tam nacházíme motivaci radikálně odlišnou. Z antického Řecka se dosud odkazuje na Hypokratovu přísahu pro nastávající lékaře. Tam je řeč jen a jen o zájmech pacienta, a pak o mravních závazcích „žáka“ vůči „mistřovi“, který ho do tohoto povolání připravoval. O peněžní motivaci lékaře a o jeho právech tu není ani slovo. Jde o čistou nezištnost. Již křesťanská antika přichází s příběhem

dvojčat, lékařů Kosmy a Damiána, kteří zemřeli jako mučedníci - již tehdy v Sýrii - ale na území Malé Asie si předtím získali pověst těch co léčí zadarmo. Mohli bychom pak pokračovat dějinami církve, a uvádět celé plejády svatých, kteří se starali o nemocné, staré, vyhnance, otrocky, bezdomovce a chudáky, a to s motivací čistě duchovní: šlo jim (především) o věčnou spásu bližních, k níž veškerá ta obětavá, dobroptějná láska k nim směřovala.

Jak dát ale tyto dvě rozdílné tradice dohromady? Lze to vůbec? Jednoduchým únikem z dilematu je říci, že dnes je samozřejmě svět - a s ním i léčení a sociální péče - úplně jinde, takže to nelze srovnávat. Tehdy se léčilo bylinkami, primitivně, na základě zkušenosti a tradice, „bez vědeckého základu“. A to je také pravda. Od Kosmy a Damiána se věda o člověku, jeho onemocněních, diagnostice a léčení chrob dostala tak daleko, že je někde úplně jinde: naopak, potřebuje stále více a více peněz. V USA už výdaje na zdravotnictví překročily 14% HDP a dál rostou, a dál rozdělují společnost na ty kdo na to mají a na ty kdo na to nemají.

4. Žijeme v civilizační epoše „financionalizace světa“ a moc peněz roste.

Prof. Paul Dembinski z Ženevy přišel po pádu komunismu s novým klíčovým pojmem: „le monde financionalisé“, svět financionalizovaný, stále více ovládaný mocí peněz. Tuto tendenci dokládá na statistikách zvláště některých zemí, v nichž prokazatelně narůstal podíl finančního sektoru na tvorbě HDP - a k nim patřilo jeho Švýcarsko, dále USA a Velká Británie. To je však jen jeden symptom: trh prolamuje postupně jeden etický limit za druhým a expanduje do sfér jež mu dříve byly přístupné spíš výjimečně, a tak bují privátní školství, sociální služby, zdravotní péče - privatizují se celé nemocnice, záchranky, lázně. V pojištění narůstá tlak na jeho komerční charakter (na úkor solidarity), veřejné penzijní pojištění má být redukováno na tu nejzákladnější úroveň a nahrazeno spořením do soukromých penzijních fondů... atd. Když to trochu přeženu, student by si měl podle těchto vizí brát půjčku na studium, po absolvování ji začít splácet, ale rovnou si brát hypotéku na bydlení, a možná také dokonce začít spořit na své stáří - nemá-li jednu živořit. „Chomouty“ jsou mu nasazovány jeden za druhým, až se mu zakládání rodiny - natož investice do dětí - jeví jako nerozvážnost. Jedno východisko se nabízí: dát se na studium ekonomie, a jednou spravovat všechny ty „cizí peníze“ - protože tam je příležitost k vyšším příjmům. A statistiky tuto cestu potvrzují: v USA už před skoro 50 roky bylo řečeno: ekonomů je víc, než jich bylo za všechny předchozí generace dohromady - u nás to platí též, jen se zpožděním. A empirický experimentální výzkum na již několika univerzitách - opět v USA jako „vlajkové lodi“ financionalizovaného světa - potvrzuje, že studenti ekonomie jsou - ovšem v průměru - sobečtější než studenti jiných (zvláště sociálních) oborů, a co hůře: po skončení studia jsou sobečtější než když ho začali. Tento vývoj má však své meze: když praskla bublina na hypotéčních trzích USA a propukla světová finanční krize, stanovil jeden z účastníků zasedání Světové zdravotnické organizace diagnózu onemocnění: kapitalismus podlehl zákeřnému bujení, dostal rakovinu.

Pohybujeme se na rozhraní dvou světů a na hraně etických limitů trhu: mezi zhodnocování kapitálu, a péčí o člověka. Zdravotní systém je na rozhraní mezi „zlišnou ekonomikou“ ovládanou mocí peněz, a dobropřejnou péčí o pacienty. Jeho vstupy jsou léky a zdravotnické a diagnostické přístroje, obojí stále sofistikovanější a tedy dražší. Zase: klobouk dolů před vědou a poznáním, které už dnes vede k tomu, že mnozí lékaři studují k medicíně i biochemii, a mnozí laboranti a sestry specializované studium na ČVUT. Systém veřejného zdraví a sociální péče se tak nutně opírá o síly specializovaného trhu, který má často podobu skupinového oligopolu, chovajícího se jako monopol: asociace je právně dovolená, zákony na ochranu soutěže mají koluzivní jednání sankcionovat. Nedávný spor o to, zda nemocnice mohou/mají zveřejňovat ceny, za něž nakupují léky, nebo zda to má zůstat obchodním tajemstvím, zaváněl ze strany farmaceutických firem diktátem a vydíráním.

5. Perspektiva budoucího vývoje viděná černě: rodí se nová, technologická totalita?

Zdravotnický a sociální systém jaký už zčásti je a jaký hrozí že bude, v 10 bodech.

- I. Moderní psychologie a psychiatrie už nemá zapotřebí postulovat pojem duše.
- II. Člověk je tělo, a jeho funkce jsou popsány desítkami numerických parametrů biologicko-chemického a fyzikálního charakteru.
- III. Tyto parametry pocházejí ze stále specializovanějších a tím i parciálnějších vyšetření na stále složitějších aparaturách: pokrok v tomto fragmentarizovaném poznání je tak rychlý, že i pro odborníky jednotlivých oborů je stále obtížnější vývoj sledovat, zpracovávat a myšlenkově zvládat.
- IV. Ještě nesnadnější, ba někdy už skoro nemožné, je vidět a chápat za těmito číselnými strukturami konkrétního pacienta s jeho skutečnými zdravotními a sociálními obtížemi. Každý specialista, který se ještě o celostní poznání snaží, je i tak vystaven riziku, že přecení parametry svého oboru a nedocení či dokonce přehlédne mnohem důležitější parametry oborů jemu vzdálenějších.
- V. Odtud plyne nebezpečí chybných diagnóz a nákladných léčení docela jiných chorob než jsou ty skutečné. Systém nedoceňuje a neodměňuje snahu o syntetické poznání: na to není čas, neboť čas jsou peníze.
- VI. Peníze mají měřitelný charakter a stávají se univerzální mírou hodnocení medicínských a sociálních výkonů a úkonů. Úporná snaha o převod kvality na kvantitu je administrativně velice náročná, vede k byrokratizaci, a je jen obtížně kontrolovatelná. Vede již na úrovni odborné vědecké literatury k pokušení publikování pro publikování, na němž závisejí nejen vědecké tituly a hodnosti, ale někdy i přímé peněžní odměňování. A i některé odborné časopisy se uchylují k placené reklamě farmaceutických firem, jejichž marketingová komunikace je zavádějící a vědecky nepodložená („lepší než mateřské mléko“) - prý aby mohly vycházet.

- VII. Jako v celé naší západní racionalitě jsou i v medicíně technologické postupy pod tlakem na substituci práce kapitálem, v sociální sféře pak rostou tendence převádět vlastní práci na trh, nakupovat služby místo vlastní péče. „Chemizace“ je ekologicky nejproblematictější cestou k růstu „produktivity práce“ nejen v dnešním zemědělství a potravinářství, ale i v medicíně: vždyť lidské tělo je součástí téže přírody.
- VIII. Digitalizace systému pokročila tak, že zakázky na IT projekty dosahují závratných částek, a IT specialisté jsou často lépe placeni než špičkoví profesoři svých medicínských oborů. To je důsledkem nejen rostoucí složitosti těchto systémů, ale i tlakem platové úrovně počítačových expertů ve vlastním byznysu.
- IX. Byznys sám vedl v minulém půlstoletí - nejdříve na Západě, především v USA, nyní i u nás, k fantastickému rozevření nůžek mezi platy vrcholových manažerů a řadových pracovníků. Prof. P. A. Samuelson, z jehož 18 vydání učebnice se ekonomie učila několik desetiletí po celém světě, odhadl v závěru svého života, že během jeho kariéry, šlo o jeden řád: z desetinásobků na stonásobky. Ti kdo řídí a spravují peníze na zdravotní a sociální služby, se cítí být oprávněni požadovat stejné odměňování jako jinde. A lékaři a zdravotní sestry jsou pak pokoušeni odejít: na jiné, lépe placené trhy. O své náročné vzdělání a kvalifikaci se jistě museli zasloužit léty usilovného studia a práce, avšak odchodem „ven“ - pokud je definitivní - ne jenom „na zkušenou“ - si morálně problematicky „privatizují“ náklady vynaložené systémem veřejného školství popř. i zdravotnictví na jejich „lidský kapitál“.
- X. Snahou rychle „dohnat“ lépe odměňované kolegy ze Západu se může zesilovat vědecky popsaná psychologicky podmíněná zesilující se „zpětná vazba“, tzv. vytěsňování („crowding out“), kdy peněžní motivace postupně oslabuje a vytlačuje původní daleko niternější, osbnější, ba i duchovní motivace ke službě bližním.

6. Několik příkladů „ze života“, osvětlujících směr argumentace.

- a) Převod dobrovolného dárcovství krve na placené se ukázal být (ve Velké Británii) jako neefektivní, dokonce i kontraproduktivní. A co hůře, zřejmě už nenapravitelný návratem zpátky. Část dárců, jejichž motivace byla „intrinsic“, hodnotou „per se“, pro dobro bližních, ze systému odešla. Byli naopak nahrazeni jinými klienty, jež k dárcovství přilákaly právě peníze. Většinou pak jejich „nabídka krve“ byla méně kvalitní, více riziková, a tudíž nákladnější na testy. A „celková nabídka“ krve ani nakonec nemusela vzrůst. Peníze nemusejí zafungovat vždy a všude. („Case“ mám z oblasti institucionální ekonomie, a není „up to date“. Tehdy platil).
- b) Nemocnice „Pod Petřínem“ svého času zaujala tím, že byla pacienti v Praze hodnocena jako nejlepší. Není přitom fakultní nemocnicí, nevyniká ani zvláště proslulými odborníky (omlouvám se, pokud se mýlím), ani špičkovým vybavením. V personálu je jen minorita řeholních

sester „Boromejek“, jejichž motivace pro službu bližním je čistě duchovní povahy. Navíc, některé z těchto křehkých žen by měly řídit i muže-lékaře. A přesto dokázaly „prokvasit“ klima v nemocnici tak, že pacienti nemají pochyby o tom, že jejich služba je vykonávána z dobroprějné lásky k nim, nikoliv pro peníze.

- c) Komparativní analýzy, srovnávání zemí s různou mírou veřejného a soukromého sektoru ve zdravotnictví a v sociálních službách ukazují, že už jen přípuštění této sféry jako další domény pro zhodnocování vloženého kapitálu, zvyšuje náklady na zdraví. Nejlépe to ukazuje srovnání USA a Japonska. Ani „železná lady“ Margaret Thatcherová si nedovolila privatizovat systém veřejného zdravotnictví v Británii.
- d) Tam, kde má zdravotní pojištění čistě komerční charakter, je daleko dražší, a méně solidární. Co je to za pojištění, když vám jako pacientovi diagnostikují závažné onemocnění, a pojišťovna vám hned v nejbližším možném termínu zvýší pojistné sazby? Někdy až tak, že je pacient přestává být schopen platit, a ke špatné zdravotní zprávě se přidávají i závažné finanční problémy pro celou rodinu,

7. Perspektiva normativní: jak by věci „býti měly“ z pohledu víry.

Má zde podobu jakési deontologie, mravně zavazujících povinností pro lékaře (i sestry), a pro pacienty. „Desatero“ a „patero“ „příkázání“ bylo formulováno původně pro seminář o reformě zdravotnictví v obecné poloze („Křesťan a práce“, Velehrad 2009), pro paliativní medicínu a hospicovou péči se však jeví jako ještě adekvátnější.

Desatero pro lékaře

1. Lékař léčí, Bůh uzdravuje.
2. Je povolání k manželství, je povolání ke kněžství, je povolání k řeholi. Medicína je povolání k řeholi, a je to poslání. Poslání pochází od toho, který jediný uzdravuje.
3. Lékař-apoštol získává důvěru pacienta; tu nesmí zklamat - ani tehdy, kdy v lásce sděluje pravdu, že pomoci už může jen Bůh.
4. Služba bližnímu je podřízena Zlatému pravidlu Ježíšovu: lékař s pacientem jedná tak, jak by si přál, aby s ním jednali jiní - až sám bude pacientem.
5. Odměnou lékaře je úcta, vděčnost a láska pacienta a jeho drahých. Peníze jsou tím, co je mu přidáno, když dělá co dělat má.
6. Prvním předpokladem jasnosti uvažování je - v medicíně tak jako v ekonomii - vědomí jejich omezeného významu v celku života člověka.
7. Vzdělání, profesionalita, zkušenost, technické vybavení - to vše je důležité. Ale lidství lékaře je nad to všechno - a pacient lékařovo lidství pozná a ocení lépe než člověk zdravý.
8. Lékařská věda je víc než jiné vědy ohrožována pokušením doktora Fausta. Vytváření a podporování iluze nesmrtnosti zde na zemi je sebeklam a hřích.

9. „Modli se a pracuj“ platí pro každého z nás - ale pro lékaře víc než pro jiné. Je to proto, že na něm závisí to co člověk sám dát nemůže - život druhého.
10. Lékař, z něhož září světlo víry, jím může nakazit i svého pacienta - někdy doslova až na poslední chvíli. A možná právě pro tuto příležitost, je lékař tím, kdo je poslán.

Patero kajících zamyšlení a díky pacienta

1. Život, který nám byl dán, je dar tak nesmírný, že jeho hodnotu vidíme jasně teprve ve stínu smrti.
2. I lékař je jen člověk: nedokonalý, slabý, hříšný - možná i chybný - tak jako já.
3. I ty nejlepší znalosti, a i ty největší peníze, nám mohou život prodloužit jen nakrátko.
4. Smrt může být důsledkem selhání „lidského činitele“ nebo „systému“. Křesťan ví, že sestřička smrt je především údělem člověka po pádu.
5. „Pochválen buď Hospodin... z milosrdné lásky našeho Boha nás navštívil ten, který vychází z výsosti, aby zazářil těm, kdo žijí v temnotě a stínu smrti, a uvedl naše kroky na cestu pokoje.“ (Lékař a evangelista Lukáš v Zachariášově chvalo zpěvu).

Deo gratias!

Stáří, smrt a ekonomika

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

Všechny aktivity, včetně paliativní a hospicové péče, i všechny zdravotně sociální děje, např. umírání, se odehrávají v dobových kulisách, jsou historické, nikoliv ahistorické, dobově nepodmíněné. Dobový kolorit je dán nejen úrovní znalostní (vědecko technickou) a právní úpravou, ale také obecným povědomím, tím co laická i odborná veřejnost očekává, co pokládá za normální, správné, dobré, a co nikoliv.

Obecné povědomí je významný regulátor dění i významný faktor společenského vývoje. „Již staří Římané“, např. Cicero, používali úsloví *inter omnes constat*, všeobecně se ví, předpokládá, a to pro zdravý rozum, přirozený řád světa či jako dovolání se v polemice. Kolem roku 1840 se v politických a intelektuálních kruzích USA objevil pojem *conventional wisdom* především pro tradiční hodnoty, odkaz a morálku předků. V roce 1958 pak americký opinionmaker J. K. Galbraith ve své mezinárodně vlivové knize „The Affluent Society“ (Zámožná společnost) výslovně zdůraznil význam *conventional wisdom*.

Z filosofů se obecným povědomím (conventional wisdom) zabývali především

- Martin Heidegger (1889 - 1976), který analyzoval *Geschick* (pokyn bytí, „příkaz doby“), nepsaně regulující o čem a jak se mluví a o čem nikoli
- Michel Foucault (1926 - 1984), který se zabýval společenským diskursem a tím, že způsob, jakým se o něčem (ne)mluví, ovlivní praxi. Diskurs chápal jako skrytou množinu anonymních pravidel, schémat a norem, jako specifický způsob rozumnění světa, který závisí na kontextu historickém, sociálním, kulturním

V ČR např. první veřejný ochránce práv (ombudsman) Otakar Motejl (1932 - 2010) upozornil ve své zprávě o nedobrovolných sterilizacích na podceňovaný vliv eugenického povědomí v medicínských kruzích.

Zásadní změna diskursu (obecného povědomí) se označuje jako paradigmatický shift. Např. od 60. let 20. století se projevuje krize hippokratovské etiky jako nástup biomedicíny a etický paradigmatický shift - nový soubor hodnot včetně návratu „vyhoštěné smrti“, již by již napříště nemělo být za každou cenu bráněno. Objevují se pojmy jako distanzace, marná/nepřínosná léčba, v dubnu 2002 dochází k legalizaci eutanasií v Nizozemí. V roce 2003 P. Bakalář vydává „Tabu v sociálních vědách“, knihu, v níž v kontextu paradigmatického shiftu do jisté míry rehabilituje rasismus, antisemitismus, eugeniku. Aktuálně (2018) v ČR probíhá 3. vlna legislativní iniciativy pro uzákonění eutanasií i v našem státě. Součástí obecného povědomí se vztahem k paliativní péči a k umírání je i neomaltuziánsství.

Skotský pastor, sociolog, demograf Thomas R. Malthus (1766 -1834) vydal v roce 1798 Esej o principu populace, v němž vyjádřil své obavy z nekontrolovatelného růstu populace a z přelidnění. Přímoou reakcí na Malthusovy obavy a na přelidněnost velkoměstských slumů, generujících závažné zdravotní i sociální patologie, byl vznik eugeniky (F. Galton 1907) - se snahou o regulaci natality.

Od té doby pokračuje rychlé zvyšování světové populace - v roce 2050 může jít o 10 miliard obyvatel Země. Důsledkem je též inflace „přemnoženého“ života. Protože prodlužování naděje dožití nyní zajišťuje především pokles mortality ve stáří, vyvstává nutně pokušení regulovat, facilitovat právě umírání.

Za základní myšlenku eugeniky lze považovat názor, že existují zdravotně, tělesně, duševně, rasově, sociálně či kulturně (hodnotově) neužiteční, ničemní, marní, „méněcenní“ ba škodliví lidé, kteří jsou nežádoucí zátěží či dokonce kritickým ohrožením vyspělé společnosti, jejich zájmů a ambicí, že existují životy nehodné života, že oprávněná a potřebná je biologická regulace společenské struktury.

Demografický vývoj je charakterizován nejen rychlým růstem populace, ale také jejím stárnutím. To je jednak relativní (snižování natality, počtu dětí), jednak absolutní při poklesu mortality ve věku středním (více lidí se dožívá stáří), ve stáří (život v něm se prodlužuje) a zestárnutím početné poválečné generace. Např. v ČR v období 2011 - 2025 přibývá každoročně v průměru 55 400 osob starších 65 let, takže se jejich počet zvýší 1.65 na 2.42 milionu.

Lidí dlouhověkých, ve věku 90+, přibývají každoročně 4000. V roce 1869 při prvním součtu obyvatel žilo na území dnešní ČR asi 1800 lidí tohoto věku, v roce 1997 asi 27 000 a v roce 2050 se předpokládá asi 230 000 dlouhověkých. Důsledkem je demografická panika, strach z výdajů na penze, mandatorní dávky, služby, zdravotnické výkony, na nové kapacity. Kolem roku 2015 se objevil **tlak na penzijní systém** (jde o objem kolem 400 mld Kč/rok).

Kolem roku 2030 se předpokládá **tlak na služby + výdaje** za ně + výdaje na příspěvky na péči. Jaká bude reakce? Zvýšení kapacit a výdajů? Snížení potřeby + zlepšení účelnosti + solidarita? Úsporné živoření - levné starobince, chorobince, chudobince, existenciální periferie? A smrt je nejlevnější? Tedy zákon o euthanasii a asistované sebevraždě?

Jsou však senioři skutečně především hrozbou? Vývoj dává za pravdu konceptu WHO - úspěšné stárnutí a zdravé, aktivní stáří. Podle „nové gerontologie“ se normou ve „stáří“ stává vysoký potenciál zdraví a plná participace (např. průceschopnost v běžných profesích se předpokládá do 75 let věku).

Přesto pochopitelně existuje a bude existovat i stáří neúspěšné. Jeho chorobnost je třeba chápat jako více než přítomnost nozologických jednotek, indexových chorob, tedy autochtonně, funkčně, nad rámec disease model jako komplex involuce + decondice + malnutrice + nežádoucí účinky léků + funkční souvislosti chorob + psycho sociální faktory, souhrnně jako nízkou úroveň potenciálu zdraví (vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti, adaptace). Hlavními rysy a projevy patologického stáří jsou **nesoběstačnost** v daných podmínkách, **ztráta vůle ke smyslu**, chuti k životu (T. de Chardin), funkční vypadnutí z konceptu participativní dospělosti.

Medicínsky jde o geriatrické pacienty manifestující geriatrickou křehkost (frailty) včetně geriatrické indikace paliativní péče. Základem je **zdravotně sociální integrovaná podpora/péče** (včetně paliace) a personalizace medicínských postupů v kontextu života.

Existuje tedy trojí podoba medicínské reflexe stáří:

- Zdatní svébytní lidé (elitní, fit, nezávislí).
 - Samotný věk není kritérium pro změny medicínského přístupu - ani paliace!
 - Jde o reflexi komorbidit, medikace, involučních změn.
 - Jen minimální (pokud vůbec) modifikace protokolů a standardů.
- Křehcí (frail) lidé v labilním stavu nízkého potenciálu zdraví a omezené soběstačnosti.
 - „Křehcí geriatrictí pacienti“.
 - Rozhodujícím kritériem je křehkost (frailty) nikoli věk.
 - Na místě je pozitivní intervence (**enabling geriatrics**) - nikoliv paliace
 - Obvyklá je modifikace léčebných protokolů a standardů pro riziko komplikací.
 - Individualizace (biologická, komorbidita, NÚL).
 - Personifikace (kontext a smysl života, vůle pacienta).
 - Potřebný je geriatrický podpůrný režim (např. pooperační, nemocniční)

- Zcela nesoběstační lidé (imobilita, pokročilá demence, ztráta vůle ke smyslu).
 - Dlouhodobá péče (LTC) komunitní, či ústavní.
 - Nízká úroveň spolupráce, compliance.
 - Nízká míra chápání smyslu utrpení (bolesti).
 - **Dominance symptomatického, paliativního přístupu.**
 - Výkony k prevenci ošetřovatelských komplikací (ulcerace, dekubity).
 - Ani u těchto lidí se nesmí připustit, že jde o „senilní marasmus jako život nehodný života“.

Historické varování: V roce 1920 otevřela cestu k hrůzám nacistického euthanatického programu útlá knížka právníka K. Bindinga a profesora psychiatrie A. Hocheho „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (Osvobození ze zhouby života nehodných životů).

Prolomila tabu, vedla ke změně společenského diskursu, obecného povědomí a učinila přijatelnými, „správnými“ eutanázie především lidí mentálně retardovaných a dementních.

Vztah k těmto lidem, k marnosti jejich životů je dnes klíčovým střetem o euthanasii v obecném povědomí - existují životy nehodné života? Dojde v krátké době k paradigmatickému shiftu, k paliativnímu křehkosti a „marných“ starců v kontextu jejich neomaltuziánského přemnožení? Dojde k přesmyku od odstupování od Marné/nepřínosné léčby k odstupování též od účinné a účelné léčby marných/nepřínosných starců? A jaká bude stanovena hranice či indikace?

V září 2014 uveřejnil vlivný liberální představitel lékařské etiky a veřejného zdravotnictví v USA, profesor E. Emanuel, provokativní článek ***Why I hope to die at 75***: život je završen, dále jen senilní marasmus, jde o „život nehodný života“, nenechám se léčit ...

De facto tak oživil koncept ubasute, údajně aplikovaný v jedné z lokalit středověkého Japonska, jak jej novodobě připomněl film Balada o Narajamě z roku 1983: šlo o ponechání starců svému osudu, když se z důvodu věku pro svou rodinu i vesnici stali ekonomickou a životní přítěží nehodnou života. Byli odneseni do divočiny na blízké hoře. Věk ubasute byl 70 let.

V září 2018 přinesl časopis Reflex rozhovor o „pilulce smrti“ vyznívajícím jako podpora euthanasie a sebevraždy, neboť na zdoluhavou paliativní péči nemůže být dostatek personálu. Jako žert redaktor navrhnul, že v 50 letech by měla být pro všechny možnost získat „pilulku smrti“ a použít ji kdykoliv, kdy se domněle ztrácí radost, důstojnost a smysluplnost života - tedy životy nehodné života již v 50 letech? Přispěje tento článek ke změně obecného povědomí v ČR?

Protikladem je výrok amerického neuropsychologa a esejisty Olivera Sackse (1933 - 2015), který lze vnímat jako erbovní větu jak geriatrické, tak paliativní medicíny. Ve věku nad 80 let, když věděl, že umírá na generalizovaný maligní nádor řekl: „**Stojím tváří v tvář smrti, ale ještě jsem neskončil se životem**“. Základní geriatrickou i paliativní výzvou je naplňování života, kultivace umírání, nikoliv aktivní ukončování života ani nechávání zemřít pro „bezценnost“.

V obecném povědomí však může docházet k nebezpečným posunům zvláště v kontextu stereotypizace marantického stáří a demografické paniky s výraznou ekonomickou složkou. Např. potřeba pobytových kapacit je již dnes velká:

- Domovy pro seniory (rok 2015): 496 zařízení, 37 200 míst
- Domovy se zvláštním režimem: 276 15 500
- „LDN“ 8 000

Tato potřeba až zhruba do roku 2030 dále poroste:

Nárůst počtu obyvatel ve věku 65+ v období 2011 - 2025: 775 000

Odhad potřeby lůžek dlouhodobé péče: 3 % = 23 250

Investiční náklady na 1 lůžko: 1 000 000 Kč

Investiční suma: 23.3 miliardy Kč

Provozní náklady na 1 lůžko: 30 000/měsíc, což znamená, že úspory 1 000 000 Kč vydrží asi 3 roky.

Stále více se tak objevuje téma existenciálních periferií, živoření bez šance na kontrolu nad děním, natož na seberealizaci. K hlavním příčinám patří:

- Chudoba
- Sociální vyloučení - osamělost - ztráta participace
- Zdravotní postižení a chronické onemocnění - ztráta soběstačnosti
- Umírání.

Je třeba rozlišovat periferie sociální a existenciální:

- Periferie: okrajová část - též města, společnosti
- Sociální vyloučení - situace, kdy se osoba ocitá mimo běžný život společnosti a nemá možnost se do něj zapojit - sociální periferie
- Sociálně vyloučená lokalita - území nebo oblast obývaná významnou měrou osobami, které jsou sociálně vyloučené nebo jsou sociálním vyloučením ohrožené - sociálně urbanistická periferie
- Existenciální periferie - život beze smyslu a vůle, s nízkou hodnotou, autonomií, důstojností, s chabým prožíváním, emoční plochostí. Jde o živoření, nicotu, prázdnotu - hůře než vyloučení. **Jde o eticko socio psychologicko politické téma obecného povědomí: co s nimi/co s tím.**

Pojem existenciální periferie zřejmě poprvé použil papež František v roce 2013 při návštěvě Brazílie. Rok 2016 byl ve Velké Británii označen za Rok krále Leara - u příležitosti 400 výročí byla připomenuta existenciální periferie chudého, vyloučeného stáří, které ztratilo kontrolu nad děním i smysluplnost. Německý kultovní film „Rok 2030 - povstání seniorů“ z roku 2007 varuje před sociálními otřesy v důsledku vyloučení velkého množství funkčně zdatných seniorů do existenciálních periferií kolem roku 2030. Pokušení rychlých přímých řešení (eutanazií, asistovaných sebevražd) v obecném povědomí může být veliké, zvláště je-li podněcováno provokativními články o „pilulce smrti“.

Závěr:

Je možné, že zažíváme odliv poválečného humanismu, že hrozí prosazení eusociálního konceptu s důrazem na ekonomiku a s paradigmatickým shiftem hodnotového systému se změnou obecného povědomí.

Hrozí tím též deformované (de-humanizované) pojetí paliativní péče s možným posílením praxe eutanazií a asistovaných sebevražd. Počátkem může být změnění pojmů paliace obecné, speciální a dlouhodobé péče s nenápadným „necháváním zemřít“ a odstupováním nejen od nepřínosné/marné léčby, ale také od účinné léčby domněle nepřínosných/marných lidí. Např. v ÚSP je třeba důsledně dbát na účast zdravotníků včetně lékaře, má-li jít o skutečnou paliativní péči.

Cílevědomou pozornost je nutno věnovat život/živoření na existenciální periferii (mimo rámec sociálního vyloučení). Jde o podceňovanou formu nízké kvality života na jeho konci s deficitem smyslu, vůle, prožívání, sounáležitosti, kontroly. Jde více o výzvu etickou a psychosociální než ekonomickou. Jde o výzvu humanitě oproti výzvám technokratické bioekonomické redukci člověka. Nelze přitom přehlédnout, že obecné povědomí přijalo pozitivně zprávy o letu 104 letého přírodovědce, dr. Davida Goodala z Austrálie do Švýcarska, kde v květnu 2018, tedy letos, zemřel, za zvuků Beethovenovy 9. symfonie.

Hospicová/paliativní komunita by se měla v tomto kontextu zamyslet např. nad tím

- jak důležité je udržet „jednotnou frontu“ humanistické podpory omezeného života a jeho smyslu proti posthumanistickému redukcionismu?
- Jak nebezpečná je řevnivost uvnitř této fronty a jak nahrává moci (biopower)?
- Zda je cílem absolutní spirituální humanismus, nebo jeho nejnižší ještě přijatelná podoba?
- Zda lze zabránit roztržení „fronty“ – např. na paliativní biomedicínu, hospicovou spiritualitu a bezmedicínské doprovázení.

Důležitost duševního zdraví členů hospicového týmu

Doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková PhD. et PhD.

Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce, Trnavská Univerzita v Trnave, Slovenská republika

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá nevyhnutnosťou preventívnych opatrení a poznania faktorov, ktoré udržujú duševné zdravie členov hospicového tímu, keďže ich práca je veľmi náročná po všetkých stránkach a každodenný pohľad na utrpenie a smrť môžeme považovať za významnú záťažovú situáciu.

Hospicový tím

V hospicovom profesionálnom tíme by mali byť zastúpené všetky profesie, ktoré svojim spolupôsobením dokážu holisticky posúdiť a efektívne intervenovať v prospech pacienta i jeho príbuzných. Nemali by tam chýbať lekári, sestry, opatrovatelia, fyzioterapeuti, sociálny pracovník, psychológ a duchovný. V detskom hospici je nevyhnutným aj špeciálny pedagóg. Týchto odborníkov považujeme za základnú zostavu tímu, ak chceme uplatňovať holistický princíp v starostlivosti o pacienta. V niektorých (najmä zahraničných) hospicioch sú členmi tímu aj farmakológovia, ergo-arte a muzikoterapeuti, zubní lekári, logopédi, nutriční poradcovia a špeciálne vyškolení smútkoví poradcovia. Nemenej dôležitou zložkou tímu sú aj dobrovoľníci a pozornosť venujeme aj príbuzným, ktorí sa spolupodieľajú na starostlivosti o pacienta, preto aj ich chápeme v kontexte tímovej spolupráce ako nevyhnutnú súčasť. Keďže prieniky potrieb zomierajúcich pacientov sú veľmi rozsiahle (ako napríklad pri potrebe eliminácie bolesti), tak sa spolupracuje interdisciplinárne a v niektorých prípadoch nastupuje až transdisciplinárna spolupráca, pri ktorej dochádza k vzájomnému prelínaniu hraníc jednotlivých profesií zdieľaním vedomostí a zručností v rámci jednotlivých disciplín (Dobříková, 2012).

Človek, ktorý chce pomáhať nevyliciteľne chorým, či už ako člen tímu zdravotníckych profesionálov alebo ako dobrovoľník, musí najskôr vedieť pomôcť sám sebe, musí na sebe pracovať vo všetkých oblastiach, pretože iba tak môže dať človeku v posledných chvíľach to najlepšie zo seba, čím výrazne prispieje k zvýšeniu psychickej pohody pacienta a tým aj jeho celkovej kvality života (Dobříková, 2008). To si vyžaduje, aby bol pracovník hospicu v dobrej psychickej a fyzickej kondícii, kdeže sú na neho kladené náročné úlohy v procese starostlivosti o iných. Z toho vyplýva, že je potrebné vedieť a chcieť sa postarať aj o seba samého, o svoje zdravie v kontexte všetkých dimenzií osobnosti - biologickej, psychickej, sociálnej i spirituálnej.

Faktory ovplyvňujúce duševné zdravie

Duševné zdravie je v poslednej dobe skloňované čoraz častejšie, pričom hlavnou príčinou je nárast duševných porúch, ktoré majú psychosociálny pôvod. Napriek tomu zdravie už nechápeme iba ako neprítomnosť choroby, ale skôr ako stav človeka, ktorý má dosť síl na zvládanie záťaží, pričom aj subjektívne sa cíti optimálne pre bežné fungovanie a napĺňanie svojich životných cieľov (Dobříková, 2016).

V našom každodennom živote sa vyskytuje čoraz viac stresov, ktoré majú pôvod v práci ako napr. pracovné preťaženie (v zdravotníctve vzniká najmä nedostatkom personálu). A napokon nás občas stretávajú závažné stresové udalosti, ako je smrť rodičov alebo prírodná katastrofa. Vystavenie stresu môže viesť vzniku ľahkej či ťažšej choroby (Atkinson et al., 1995). Ide o to, že väčšinu priameho dopadu stresu na zdravie človeka sprostredkuje endokrinný systém, systém uzlín a ďalších štruktúr, ktoré produkujú hormóny a vylučujú ich do krvného obehu. Hormóny sú nositeľmi látok, ktoré po uvoľnení do krvného

obehu pôsobia na vzdialené ciele, pričom hlavnými stresovými hormónmi sú katecholamíny, adrenalín, noradrenalín a kortikosteroid kortizol. Tieto hormóny sa taktiež zúčastňujú na zmenách imunitného systému (Hewston, Stroebe, 2006). Dôsledkom je to, že pri záťaži môžeme podľahnúť rôznym ochoreniam. Subjektívne a objektívne reakcie na dlhodobú záťaž i stresor sú značne rozdielne, pričom významnú úlohu zohráva:

- spôsob vnímania a hodnotenia situácie (v smere zvládnem - nezvládnem, kontrolujem - nekontrolujem)
- naučená stratégia vyrovnávania sa s náročnými životnými situáciami (Vymětal, 2003).

Za veľmi podstatné považujeme, aby človek dokázal záťažové udalosti zvládať adaptívne. Adaptívne stratégie zvládania sú také, na základe ktorých bude stres úspešne zvládnutý. Zaraďujeme medzi ne behaviorálne stratégie, ako napríklad telesné cvičenie, kognitívne stratégie, ktoré sú zamerané na prehodnotenie a riešenie problému a emocionálnu stratégiu (konkrétne stratégiu rozptyľujúcu) ktorá je zameraná na úľavu od náročných emócií prostredníctvom presmerovania pozornosti na nejakú inú príjemnú aktivitu (Dobříková, 2007; Dobříková, 2016). Ďalším faktorom, ktorý významne vplyva na zachovanie duševného zdravia je sociálna opora. Aj podľa Vymětala (2003) je sociálna opora veľmi potrebná pokiaľ ide o dlhodobú záťaž, pretože prítomnosť a pomoc druhých ľudí prispieva okrem prevencie vzniku depresie aj k zvýšeniu funkcie imunitného systému postihnutého človeka. Sociálna opora moderuje vzťah stresor-reakcia imunitného systému, a zároveň znižuje nepriaznivý dopad náročných životných situácií na celkové zdravie.

Okrem prítomnosti blízkych ľudí, ktorí podporujú človeka v jeho práci a v jeho záľubách, potrebujeme mať naplnenú aj potrebu zmysluplnosti našej existencie. Podľa Křivohlavého (1998) je toto prežívanie existencie jav vo svojej podstate subjektívny. Vzťahuje sa ako aj k predstave zmysluplnosti práce, tak k pocitu zmysluplnosti života ako celku. Zážitok zmysluplnosti práce je jednou z najvýznamnejších a najdôležitejších zložiek zmysluplnosti bytia.

Nemenej dôležitým aspektom je aj schopnosť žiť tu a teraz, to znamená žiť pre daný okamih v prítomnosti. Ak budem naozaj žiť, myslieť i pracovať v prítomnosti, bez časového tlaku, urobím tak veľa pre svoje zdravie, pretože nedovolím to, aby som sa dostal do prepracovanosti, stresu, a v konečnom dôsledku ani do syndrómu vyhorenia (Dobříková, 2016).

Religiozita je ďalším významným faktorom, ktorý udržiava duševné zdravie v dobrom stave. Zistilo sa, že ľudia, ktorí sú hlbšie nábožensky presvedčení, vykazujú vyššiu mieru spokojnosti so životom, vyššiu kvalitu života, vyššiu mieru osobného šťastia a podstatne menšie negatívne dôsledky traumatických udalostí (Ellison, In: Křivohlavý, 2001; Dobříková, 2006).

Že ticho lieči, je známe už veľmi dlho. Prečo, ale ľudia v dnešnej dobe nedokážu stráviť chvíľu sami so sebou, v tichu? Myslím si, že mnohokrát je to spôsobené tým, že sa boja pozrieť pravde do očí. V tichu totiž môžeme odhaliť svoje pravé ja, to kým sme a akými sme. Druhým dôvodom je, že ticho aktívni ľudia považujú

za zbytočné plytvanie časom vo svojom uponáhľanom životnom tempe, ktoré je presýtené prácou a myšlienkami na ňu. Nemajú čas zastaviť sa, pričom ak chceme v tichu naozaj zregenerovať a načerpať, musíme zákonite spĺňať túto podmienku - zabrzdiť svoje životné tempo a na chvíľu zostať stáť (Dobříková, 2016).

Toto zastavenie súvisí aj s ďalším veľmi dôležitým aspektom, ktorým je zachovávanie prirodzeného životného rytmu človeka. Nejde len o to, aby človek rešpektoval biorytmus v rámci dňa, ale aby dokázal do svojho života začleniť čas na regeneráciu svojich síl v zmysle odpočinku, prípadne aktivít, ktoré mu prinášajú radosť a pokoj.

Ak človek pracuje v pomáhajúcej profesii, tak na lepšie zvládnutie záťažových situácií, s ktorými prichádza do kontaktu v práci s klientom alebo pacientom, potrebuje supervíziu, ktorá mu zabezpečí iný pohľad na situáciu, klienta, vlastné emócie, správanie, prípadne i na záležitosti týkajúce sa osobného života. Supervíziu považujeme za jeden z pozitívnych faktorov zabezpečujúcich udržanie dobrého duševného zdravia. Veľkým prínosom v práci so zomierajúcimi je aj kvalitná interdisciplinárna spolupráca jednotlivých členov hospicového tímu.

V publikácii „Prevencia syndrómu vyhorenia“ uvádzame aj ďalšie faktory, ktoré pozitívne ovplyvňujú duševné zdravie, pričom okrem vyššie uvedených sú to aj nasledovné: optimizmus, poznanie svojej životnej misie, interný locus of control, osobnosť typu B, využívanie externých zdrojov, nezdolnosť (hardiness) a zmysel pre súdržnosť (Sense of Coherence-SOC) (Dobříková, 2016).

Záver

Napriek tomu, že pracovný stres a vyhorenie sú bežné všade v zdravotníckej starostlivosti a rozhodne nie sú špecifické len pre paliatívnu starostlivosť, paliatívna starostlivosť má podľa autorov Payne, Seymour, Ingleton (2007) určité špeciálne charakteristiky, ktorým je potrebné venovať pozornosť. Podobne ako aj iní autori zaoberajúci sa záťažovými situáciami uvádzajú, že k stresu dochádza v zásade vtedy, keď požiadavky prostredia presahujú schopnosti človeka, alebo keď prostredie nie je schopné naplniť jeho potreby. Intuitívne má tento priestor v úvahách o pracovnom prostredí zmysel, pretože sa v ňom uznáva, že starostlivosť o zomierajúcich je založená na súbore hodnôt a presvedčení, ktoré musia ľudia, ktorí si túto prácu vybrali do určitej miery zdieľať. K týmto hodnotám a presvedčeniu patrí okrem iného viera, že každý človek je hodnotný, že zomieranie môže byť obdobím osobného rastu a že ústredným cieľom starostlivosti je kvalita života v jeho poslednej etape.

Použitá literatúra

Atkinson R., L. et al: Psychologie. Praha, Victoria Publishing, 1995. ISBN: 80-85605-35-X

Dobříková, P.: Zvládanie záťažových situácií: Ako si zachovať duševné zdravie. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety SAP, 2007. ISBN 978-80-89271-20-7.

Dobříková, P.: Psychické problémy nevyliciteľne chorých a úlohy psychológa v paliatívnej starostlivosti. Paliatívna medicína a liečba bolesti. 1, 2008, 3, s.135-138. ISSN 1337-6896

Dobříková, P.: Benefity multidisciplinárnej spolupráce v starostlivosti o nevyliciteľne chorých – potreba tímových stretnutí. Paliatívna medicína a liečba bolesti, 5, 2012, S2, s.15-17, ISSN 1337-9917

Dobříková, P.: Prevencia syndrómu vyhorenia. Trnava, FZaSP TU, 2016. ISBN 978-80-882-966-7

Hewston, M., Stroebe, W.: Sociální psychologie. Praha, Portál, 2006. ISBN: 80-7367-092-5

Křivohlavý, J.: Jak neztratit nadšení. Praha, Grada, 1998. ISBN: 80-7169-551-3

Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Praha, Portál, 2001. ISBN: 80-7178-551-2

Payne, S., Seymour, J., Ingleton, Ch.: Principy a praxe paliativní péče. Společnost pre odbornú literatúru, Brno 2007. ISBN: 978-80-87029-25-1

Vymětal, J.: Lékařská psychologie. Praha, Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-X

Pilíře etiky v pomáhajících profesích

PhDr. et Mgr. Robert Huneš

Termín etika vychází z řeckého pojmu „ethos“, který lze přeložit jako mrav. Je naukou, jak by věci měly být (nikoli je konat). Zabývá se jednáním z hlediska dobra a zla, štěstím a smyslem života. Morálka pak je etikou převedenou do praxe.

Známe např. Čtvero základních principů lékařské etiky:

- Neškodit
- Činit dobro
- Respektování autonomie, svobody
- Spravedlnost

Považují je za popisné. Motivují nás? Mají šťávu? Proč se jimi vůbec zabývat?

Rozlišujeme:

1) **Etika motivů / úmyslů** (I. Kant). Dle ní člověk jedná dobře, když chce jednat z povinnosti; jedná špatně, když jedná vědomě a chtěně v rozporu s povinností. Pro pomáhající profese z toho plyne, že člověk má plnit svou povinnost a neohlížet se na její důsledky. To však prakticky není možné, neboť při své práci musí každý zvažovat souvislosti a okolnosti a přemýšlet, jaké jednání bude dobré pro klienta i společnost.

2) **Etika výsledků / následků** (utilitaristická etika; lat. utilis = prospěšný, užitečný). Kritériem hodnocení je úspěšnost, užitek, výsledek.

Co je správnější, na to nelze jednoznačně odpovědět. Piliřem etiky, dle mého soudu, totiž nejsou tolik vnější zásady, ale osobní motivace a interiorizované (zvnitřněné) hodnoty. Zásady jsou důsledkem motivace a hodnot. Proto úkolem v pomáhajících profesích je snažit se změnit (ovlivnit) co změnit mohou a netrápit se tím, co změnit nemohu. A rozeznat jedno od druhého.

Morálka hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla. A to porovnáváním se svědomím člověka (J. Jankovský). Význam morálky je velký. Použiji poněkud bizarní, ale názorný příklad skrze slova V. I. Lenina: „*Pokud chceme zničit národ, musíme nejprve zničit jeho morálku a padne nám do klína jako zralé ovoce.*“ Nemusíme ani promýšlet situaci v Rusku a Sovětském svazu mezi válkami, aby nám přišly na mysl dnešní souvislosti s krizí hodnot v EU, migrace, rizika blahobytu atd.

Nezapomeňme, že nikdo nejedná pouze z čistých motivů. I ty nejušlechtlejší lidské činy vycházejí z motivů dobrých i špatných zároveň (poznámka stranou - i církev již po staletí o tzv. dědičném hříchu...). Lidé v pomáhajících profesích bývají rozpolčení, vůči okolí a před vlastním svědomím cítí závazek mít jako hlavní motiv svého konání ochotu pomáhat. V temné hloubi duše se však zároveň rodí opak. Totiž nikoli přání pomáhat, ale potěšení spojené s touhou vládnout a zbavit klienta moci (viz Guggenbühl-Craig: Nebezpečí moci v pomáhajících profesích).

Jaké jsou možnosti etických komisí, ať již ministerských, v nemocnicích či jiných zařízeních? Obvykle se jedná o poradní orgán, který nemá výkonné pravomoci. Ale může zušlechťovat myšlení a svědomí. Domnívám se, že skvělé by bylo, pokud by takové komise měly minimum pravomocí, ale velký vliv a autoritu. Obdobně, jaké je postavení britského panovníka v současnosti. Podle britské ústavy má král či královna pravomoci jen dvě. Právo povzbuzovat a Právo varovat. Je to málo, nebo hodně?

Podobně je to s pěti nejdůležitějšími slovy (věťami), jaké si mohou, a snad i mají, říci lidé na prahu smrti se svými blízkými. Myslím, že jsou jimi tato:

Děkuji Ti.

Odpusť mi.

Odpouštím Ti.

Mám Tě rád.

Můžeš jít.

Je to málo, nebo hodně?

Dětský pacient v domácí hospicové péči – kazuistika

Jana Sieberová

Domácí hospic Duha o.p.s. Hořice

V březnu letošního roku nám lékaři z FN Motol v Praze svěřili do péče 2,5 leté dítě s nádorem mozečku. Podrobně nás informovali o komplikovaném zdravotním stavu holčičky a sdělovali prognózu onemocnění. Rodiče dítěte podepsali negativní revers, nechťeli, aby jejich dcera podstupovala chemoterapii, vzhledem ke špatné prognóze. Při rozhovoru se lékař ujistoval o profesionalitě našeho týmu, podstatné bylo, že máme v týmu lékaře, který povede léčbu bolesti a ostatních symptomů pokročilého nádorového onemocnění.

Druhý den jsme se v hospici setkali s maminkou holčičky, kterou doprovázel její bratr. Vyprávěla nám o dítěti, které bylo do prosince 2017 zcela zdravé, o kruté bolesti, když se dozvěděli, že dcera má nádor, který je léčebně neovlivnitelný... S pokorou v srdci jsme se skláněli před tak hrozným a srdcervoucím utrpením. Maminka i tatínek věřili, že se dítě uzdraví podáváním alternativní léčby a stravy. Bylo třeba představit a podrobně vysvětlit podmínky a postupy paliativní péče, včetně informovaného souhlasu.

Maminka přijela do Duhy se svým bratrem, který jí doprovázel. Chvěla jsem se silnou bázní nad bolestí, která se mi vrývala postupně do srdce. Navrhla jsem sourozencům po dlouhém rozhovoru modlitbu v kapli. Prosila jsem Boha za sílu pro rodiče, celou rodinu a náš tým. Druhý den byla naplánovaná návštěva v rodině dítěte. Byla unavená po dlouhé cestě, plakala, zvracela a nechtěla nás vůbec vidět. Přemýšlela jsem, jak se k dítěti přiblížit... Klekla jsem si k lůžku, kde holčička ležela a chvíli na ní tiše mluvila... Měla moudré a pozorné oči, sledovala každý můj pohyb. Postupně jsem se k ní přibližovala, až jsem jí mohla malinko dotknout a pohladit jí. Tatínek nám mezitím vyprávěl, že se dítě uzdraví speciální stravou, kterou pro ní objednali.

Kolem dítěte a rodičů jsme se snažili vytvářet kruh lásky, důvěry a bezpečí. Pronikali jsme s každou návštěvou do historie rodiny, stávali se přáteli, byli svědky chvil radostných i velmi bolestných, kdy se nemoc ozývala znovu a znovu. Snažili jsme se o maximální podporu rodičů. Vyprávěli nám rádi a často o jejich společném životě, o radosti, kterou jim dcera přinášela. Rodiče svou jedinou dceru velmi milovali, společně většinu dne trávili v lůžku, byli jako jedno srdce, jedna duše. Holčičce zpívali písničky, které měla moc ráda, říkali jí básničky, vzpomínali na společně prožité chvíle s velkým vděkem. Každý den s nimi byl tak silný, narůstala potřeba žít skutečně, plně a hluboce každou vteřinu, minutu a hodinu života, který pozvolna odchází...

Ještě v tomto období nastalo jedno krátké zlepšení zdravotního stavu dítěte. Myslím si, že dcerka chtěla svým rodičům udělat radost a přála si, aby se nadechli a nabrali sílu před jejím definitivním odchodem. V dlouhém bezvědomí, které trvalo řadu dní, se rodilo postupné smíření... Holčička odešla jednoho dne něžně, v noci, uprostřed svých milujících rodičů, kteří jí dali život, zasypávali

jí polibky, loučili se s ní, a kteří jí láskyplně a odevzdaně doprovodili do života věčného.

Jen střípek této prožívané lásky v rodině, bych přála spatřit našemu světu. Lásku absolutní a bez podmínek. Tak nás všechny miluje Bůh. Lásku totiž potřebujeme bez rozdílu všichni, zdraví i nemocní, bez lásky se nadá žít, bez lásky se nedá umírat. Láska je nejdůležitějším lékem paliativní medicíny.

Co říci závěrem?

Hospicové hnutí, které zde reprezentujeme, je dílo občanské, ale také křesťanské. Jeho rozšíření po ČR, Moravě a Slovensku odpovídá na skutečnost, že hospice lůžkové a domácí, mají v naší společnosti své podstatné místo. Říká se o něm, že je dílem Božím a za svůj úspěch, ale také i nepochopení, které vzbuzuje, vděčíme především Bohu a naší milované Marii Svatošové a celé řadě následovníků, kteří ve službě umírajícím pokračují.

Naše úsilí přináší umírajícím lidem lásku, úctu a respekt k jejich utrpení, ale také tolik potřebnou naději. Základy tohoto druhu služby stojí na křesťanských principech. První hospic se zrodil v Červeném Kostelci a na jeho začátku nebyl žádný plán a ani program. Představu o hospicovém hnutí, měl však Bůh a plán byl v nebi. Marii Svatošovou trápila obava z euthanasie a v roce 2008, kdy euthanasie byla již cíleně propagována v ČR se zrodila Duha. Malý hospic v malém podkrkonošském městě.

Hospice se rodí většinou v tichu. Žene nás láska, která si ale žádá vše. „Jestliže pšeničné zrna nepadne do země a neodumře, říká Ježíš, zůstane samo. Odumře-li však, přinese hojný užitek“ (Jan 12,24). Je třeba tedy zemřít. „Každou ratolest na mně, která nese ovoce, Otec odřezává a každou, která nese ovoce, čistí, aby nesla ovoce ještě více“ (Jan 15,2). To znamená bolest. Hospicové hnutí poznalo a stále poznává všechny podoby bolesti, jež jsou důsledkem žitého evangelia. Vydržet a uchovat si čest, je dalším naším stěžejním úkolem. Rosteme a rozvíjíme se podle přesného Božího plánu, pro nás stále neznámého, avšak na čas se nám odkrývajícího. Tento duch proniká do srdcí dalších lidí, kteří se k nám přidávají.

Jaké účinky hospice tedy přináší naši kultuře? Plody jsou přebohaté. Jsou to stovky a tisíce doprovazených pacientů a jejich rodin. Do společnosti je vtiskována solidarita, jednota, pokoj, mír, svoboda a víra. Ovlivňujeme správným směrem rodiny a také mladé lidi, kteří se stávají zralými osobnostmi. Při pohledu zpět tedy můžeme společně děkovat za toto krásné a pozeňnané dílo. Kráčeje v tomto duchu dopředu a nebojme se budovat důstojnou službu pro umírající pacienty dál. Vždyť slzy, které zkrápějí naši cestu, připravují půdu našim pokračovatelům.

Upozornění

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této publikace nesmí být jakkoli reprodukována a šířena bez předchozího písemného souhlasu autorů.



Dobrá tečka za životem

www.dobratecka.cz

Tento materiál byl vydán za finanční podpory dotačního programu MZ
Program na podporu nestátních neziskových organizací
působících v oblasti zdravotnictví
vč. paliativní hospicové péče pro rok 2018.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Vydavatel:

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
www.asociacehospicu.cz

Grafická úprava a sazba:

DTP studio BoD
www.bod.cz

Tisk:

TYPODESIGN s.r.o.
www.typodesign.cz