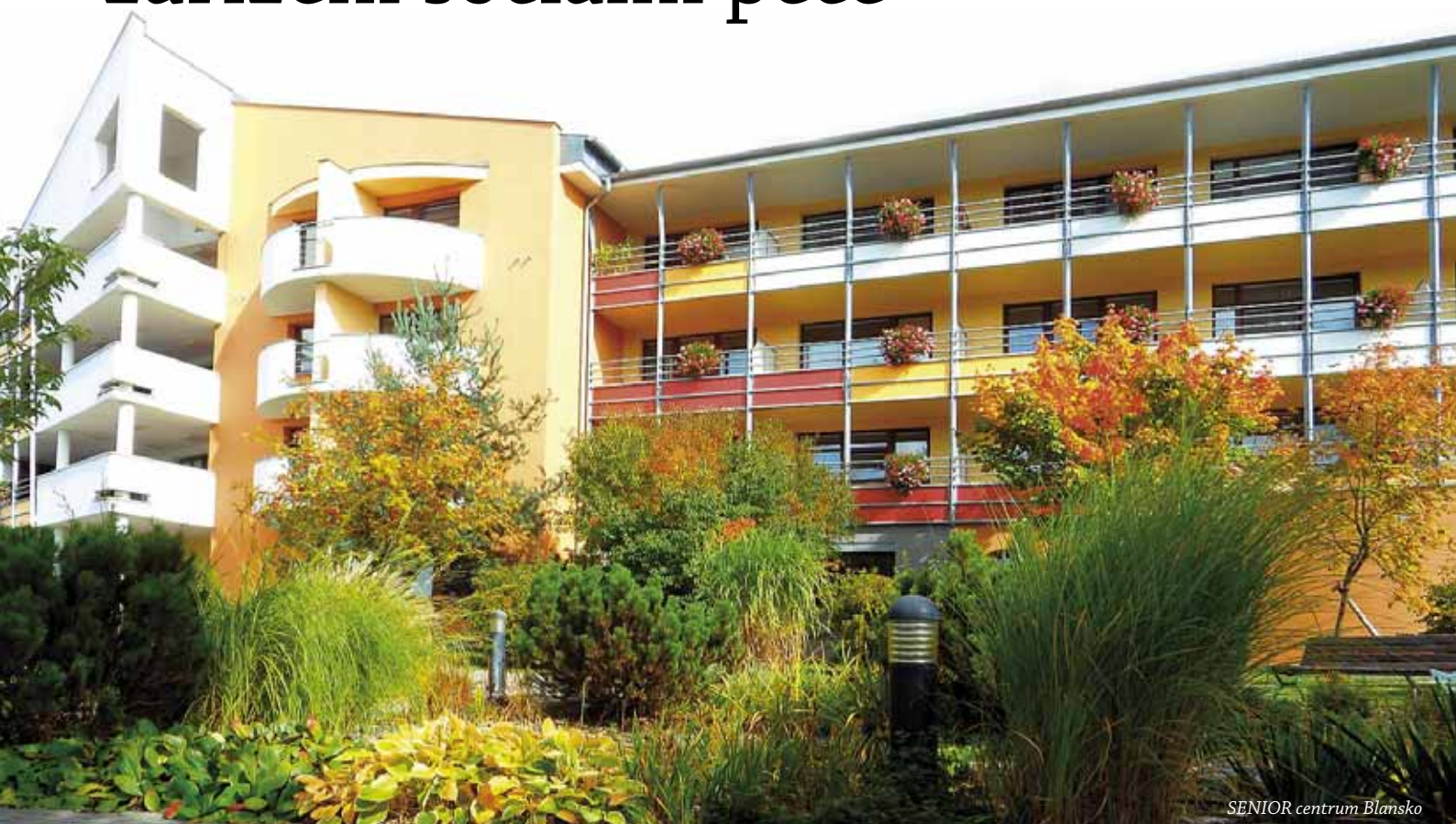


Paliativní péče

v podmínkách pobytového zařízení sociální péče



SENIOR centrum Blansko

Úroveň paliativní péče je pro pobytové zařízení určené seniorům měřítkem jeho skutečné úrovně služeb. Pečovat o důstojnost svých uživatelů až do jejich posledních dnů, kdy to již obvykle nejsou ti milí a upovídaní senioři, a přitom v nich stále vidět to nejlepší, co dokážeme, a dávat jim to najevo, je to, čím se původně na papíře ustanovená instituce stává domovem pro ty, kdo jej potřebují.

Paliativní péče přitom neznamená jen péči o aktuálně umírající; dle posledních studií jsou důkazy o nutnosti ji aplikovat již od časných stádií nevléčitelných onemocnění, resp. od stanovení diagnózy – jen tak lze dosáhnout života delšího a s vyšší kvalitou. Paliativní péče je komplexem služeb, kde v popředí je klient s nevléčitelnou, aktivní chorobou a jeho blízcí. Základní potřeby klienta naplní kvalitní rozhodování o plánu lékařské a ošetrovateľské péče. Právě rozhodování o plánu péče a posléze jeho komunikace uvnitř pečujícího týmu, projednání s klientem a jeho blízkými, to jsou nejdůležitější parametry kvality poskytované paliativní péče.

■ **Text: Mgr. Lenka Dražilová,**
ředitelka SENIOR centra Blansko, p. o.
Foto: archiv SENIOR centra Blansko

Kvalitní zdravotní péče v naší republice možná přídala seniorům léta života, avšak jejich křehkost způ-

sobená vysokým věkem zvýšila nároky na každodenní péči. Zdravotní stav uživatelů, kteří byli a jsou v současné době do domovů pro seniory přijímáni, bývá obvykle velmi těžký a nezřídka je jejich pobyt v novém domově otázkou jen několika málo měsíců, či dokonce dnů.

Zaměstnanci těchto zařízení se nyní musejí mnohem častěji než dříve potýkat se zvládáním posledních dnů a chvil v životě svých uživatelů, a tím pádem následně také se samotnou smrtí. Nebyli primárně připraveni na to, že budou uživatelům pomáhat v „dobrém umírání“, ale naopak v dobrém a kvalitním životě.

Když pak nastane situace nevyhnutelně se blížící smrti, jsou často zaskočeni a neví, jak s člověkem v terminálním stádiu (a už vůbec ne s jeho rodinou) zacházet, jak s ním mluvit, jak reagovat a co mu mohou nabídnout k úlevě.

Přitom právě paliativní péče je vlastně více než o umírání, o dosahování co nejdůstojnějšího a kvalitního života v nevyléčitelné nemoci.

» Přípravenost zaměstnanců na poskytování paliativní péče

Přesně s takovou situací se pokoušeli vypořádat i zaměstnanci SENIOR centra Blansko, což je příspěvková organizace zřízená Jihomoravským krajem, která poskytuje svým 144 uživatelům sociální služby domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. I bez hlubších znalostí o paliativní péči jsme se pokoušeli svým nevléčitelně nemocným a umírajícím uživatelům nabídnout cokoli, co by jim mohlo pomoci ulevit od strádání a bolesti. Nejen naši pozornou a neustálou péči o tělesný komfort a zmírňování trýznivých příznaků, které provázejí některá těžká onemocnění (hluboké dekubity, dušnost, horečky atd.), ale především svou přítomnost. Sami jsme lidsky cítili, že člověk v posledních chvílích obvykle nechce nebo se bojí zůstat sám.

Stále však zůstávalo mnoho otázek nezodpovězených. Udělali jsme opravdu všechno, co jsme mohli? Mohli jsme něco udělat jinak a lépe? Je zřejmé, že pro zavedení odborné paliativní péče v sociálních službách je stěžejní motivace každého samotného poskytovatele a jeho zaměstnanců umožnit svým uživatelům důstojně dožít až do samotného konce jejich života. Je přirozené, že nám na našich uživatelích za tu dobu, co u nás žijí, velmi záleží a často o nich víme i více než jejich blízcí. Ale jen málokdy, a to opravdu spíše výjimečně, jsme věděli, jak si přejí zemřít, protože jsme sami neuměli o tomto tématu mluvit. Na konstatování typu „se mnou si nedělejte starosti, já už tady, sestřičko, dlouho nebudu“ nebo „už jsem tady moc dlouho, já už chci umřít“ je přece mnohem snadnější odpovědět „to jsou ale řeči, vy tady budete ještě dlouho“ anebo „raději na to nemyslete a pojdte si povídat o něčem jiném“.

» Nabídka vzdělávání v paliativní péči a spolupráce s odbornými organizacemi

Velmi zajímavým projektem v této oblasti byl výzkum pro hospicové občanské sdružení Cesta domů, který provedla společnost STEM/MARK v září 2011 na téma umírání a péče na konci života. Tento výzkum mimo jiné zjistil, že naprostá většina respondentů (88 %)

si přeje zemřít doma, a to pokud možno ve spánku a obklopeni svými nejbližšími. Podle tohoto výzkumu se lidé při umírání nejvíce obávají ztráty soběstačnosti, bolesti, odloučení od svých blízkých a osamocení (kompletní výzkumnou zprávu lze nalézt na webových stránkách www.umirani.cz). Výzkum v podstatě potvrdil to, co jsme sami cítili, jen jsme o tom neuměli otevřeně hovořit. Bylo těžké smířit se s tím, že ani přes úzkou spolupráci s rodinou se nám často nepodařilo zabránit náhlému převozu do nemocnice, který uživatel nepřežil nebo po kterém zemřel krátce po přijetí na jednotku intenzivní péče, kde byl již v bezvědomí připojen na umělou ventilaci a nitrožilní výživu.

Zaměstnanci nebyli **primárně** připraveni na to, že budou uživatelům **pomáhat** v „dobrém umírání“, ale naopak v dobrém a kvalitním **životě**. Když pak nastane **situace** nevyhnutelně se blížící smrti, jsou často **zaskočeni**...

Jako v pravý čas podaná pomocná ruka se ukázala nabídka úzké spolupráce s Českou Alzheimerovskou společností, která nám pod záštitou Jihomoravského kraje v rámci projektu „Gerontologická a organizační supervize“ a ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP nabídla odborné konzultace v oblasti paliativní péče a specializační vzdělávání některých našich pracovníků v poskytování paliativní a hospicové péče, také s využitím mezinárodního projektu ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium). S tím souvisel také rozvoj vzájemné spolupráce mezi naším zařízením a Domem léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna pod vedením primáře MUDr. Ladislava Kabelky, Ph.D., na jejíž platformě probíhaly jednotlivé vzdělávací moduly i následná praktická stáž.

Studijní plán ELNEC byl vytvořen jako výsledek spolupráce mezi nadnárodně uznávanými odborníky v paliativní péči. Jeho obsahem jsou moduly, které vzdělávají pečující personál v komplexní péči nejen o fyzickou stránku umírajícího člověka, ale o celou jeho osobnost, a dokonce i jeho širší zázemí. Celý kurz sestává ze čtyřdenní teoretické a třídenní praktické části. Během prvních čtyř dnů jsou teoreticky podrobně probírány následující tematické bloky:

- Modul 1: Paliativní péče – úvod
- Modul 2: Léčba bolesti
- Modul 3: Léčba příznaků
- Modul 4: Etické záležitosti v paliativní péči
- Modul 5: Kulturní a duchovní aspekty péče o pacienty v konečné fázi života
- Modul 6: Komunikace
- Modul 7: Ztráta, zármutek a žal
- Modul 8: Poslední hodiny

Na teoretickou část pak navazuje třídenní praktická stáž v lůžkovém hospici, která je nedílnou součástí celého kurzu.

Nabídka účasti na tomto typu vzdělávání byla pro naše zařízení mimořádnou příležitostí získat to nejlepší vzdělání, které je v současné době v této oblasti možné. Tento původně rakousko-amer-

ický vzdělávací projekt vznikl v roce 2000 s cílem rozvinout a zlepšit poskytovanou paliativní péči ve zdravotnických zařízeních a byl zacílen pouze na zdravotní sestry, které pracují s pacienty v konečné fázi života. Česká praxe však ukázala, že na rozvoj komplexní paliativní péče, která do poslední chvíle zachovává důstojnost umírajícího jako hodnotného člověka, jsou kromě hospiců mnohem lépe než běžné nemocnice připravena pobytová zařízení sociální péče. Kvalitně a především individuálně nastavená péče o všechny potřeby jejich uživatelů je důležitým předpokladem i pro následnou paliativní péči.

Sociální zařízení nedisponují takovým množstvím zdravotních sester jako ta zdravotní, o to více však mají pracovníků v sociální péči a odborných sociálních pracovníků. To jim umožňuje více se zaměřovat mimo zdravotní stránku také na uspokojení potřeb psychologických, sociálních a duchovních. Samotné zdravotní sestry by svou náplní práce nedokázaly obsáhnout také tuto širší péči, která je mnohem více v kompetenci sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči. Z tohoto důvodu bylo absolvování kurzu ELNEC nabídnuto i těmto pozicím.

Ze SENIOR centra Blansko tento kurz absolvovaly nejdříve dvě pracovnice –

»»» 26

25 <<<<

vedoucí zdravotního a rehabilitačního úseku a vedoucí úseku sociální péče. Organizátoři kurzu v tomto směru vyšli vstříc i zaměřením následných praktických stáží, které se konaly v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Vedoucí zdravotního a rehabilitačního úseku se během stáže na lůžkovém oddělení seznámila se systémem ošetrovatelské péče v paliativním prostředí a se základními aspekty paliativního ošetrovatelství v praxi, zejména s péčí o rány, stomie, bolest, dále s péčí o pacienta v kómatu a také důstojnou péčí o tělo zemřelého. Bylo-li to možné, sama se prakticky zapojila do všech úkonů s tím spojených.

Pro vedoucí sociální péče byla organizačně zajištěna stáž na sociálním oddělení výše zmíněného hospice, kde jí byly předány praktické zkušenosti s uplatňováním zásad paliativního přístupu v jednání s klienty, jejich rodinami, odraz těchto jednání v sociální dokumentaci hospice a v následném jednání s příslušnými institucemi – nemocnicemi, obcemi, domovy pro seniory aj. Velmi přínosné a obohacující byly i konzultační hodiny strávené s psychologkou hospice a pastorační asistentkou. Ukázalo se, že hospic též také ze spolupráce s mnoha dobrovolníky.

Obě vedoucí se pak pravidelně účastnily setkání multidisciplinárního týmu, který se v hospici pravidelně schází na jednotlivých odděleních, aby jeho členové vzájemně konzultovali stav jednotlivých pacientů, zhodnotili průběh dosažité péče a stanovili další postup.

Po absolvování kurzu následovaly pravidelné konzultace přímo v našem zařízení SENIOR centrum Blansko vedené vrchní sestrou Hospice sv. Alžběty v Brně paní Michaelou Kaňovou. Tyto konzultace u nás probíhaly v letech 2012–2013 a pomohly nám nejen nabídkou vhodné studijní literatury, ale především bohatými příklady z praxe a rozбором úspěšných řešení konkrétních situací. Stejně tak konzultováním našich současných případů jsme získali cennou inspiraci a mnohé podněty k zamyšlení. Velkým posunem bylo už jen to, že jsme o těchto věcech mohli otevřeně mluvit, vzájemně se podpořit a ujistit, že nám všem jde o stejnou věc.

Znalosti a zkušenosti získané na kurzu ELNEC byly dále přeneseny mezi ostatní pracovníky našeho zařízení formou několika školicích akcí. Pro nastavení rámcových pravidel pro poskytování paliativní péče jsme v rámci multidisciplinárního týmu zpracovali vnitřní pracovní postup pro zdravotní i sociální péči, včetně doplnění dokumentace o infor-

movaný souhlas s paliativní péčí. Na rozvoji užší spolupráce v péči o uživatele v konečné fázi života jsme se domlouvali s naším praktickým lékařem a také s faráři, kteří k nám pravidelně docházejí na bohoslužby.

V letošním roce jsou v kurzu ELNEC vzdělávány naše tři pracovnice v přímé péči, které pracují na pozici koordinátorek individuálního plánování.

➤ Co znamená a zahrnuje paliativní péče

Díky těmto aktivitám jsme postupem času získávali stále přesnější představu o tom, co vše zahrnuje paliativní péče. Paliativní péče jako komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřená péče o člověka, který trpí nevléčitelnou chorobou v terminálním stádiu. Má tři základní cíle:

- zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání,
- zachovat pacientovu důstojnost,
- poskytnout podporu jeho blízkým.

Zdále tedy nejde jen o péči o fyzickou stránku umírajícího člověka (necítit bolest, nevolnost, nemít sucho v ústech, netrpět horečkou apod.), ale stejně velký důraz je kladen na další dimenze lidského života – oblast psychickou, sociální a také spirituální.

V oblasti psychiky je důležité pečovat o možné narůstající obavy, někdy nevysvětlené úzkosti, strach z přicházející smrti. Ze sociálního hlediska bývá pro umírajícího nejdůležitější necítit se a ne být sám, i když se výjimečně může vyskytnout také člověk, který samotou naopak vyžaduje a je třeba to respektovat. Stejně tak bývá velmi důležité pokusit se podpořit uživatele ve snaze o vyřešení rodinných vztahů, naplnit jeho potřebu sdílení a zachovat pocit důstojnosti.

Potřeby spirituální, jinými slovy – duchovní, bývají někdy zjevné, ale častěji uložené hluboko uvnitř člověka. Sám jim v životě nemusel věnovat pozornost a někdy si je ani nepřipouštěl, jindy si je zase jako svou nejnvtěrnější podstatu chránil před vnějším světem. Avšak na samém konci života, kdy člověk, má-li na to čas a klid, bilancuje a hodnotí svůj život, tyto potřeby vyplouvají na povrch a nezřídka se stávají těmi nejdůležitějšími. Umírající člověk se ptá, chce vyprávět o svém životě a opravdu cítit, že jeho život nebyl marný, že měl smysl, že po něm něco zůstane. Pro klidné a smířené umírání také potřebuje přijmout to, že konec života je přirozený a vše je, jak má být. Právě tohle se nám jako svědkům zvenčí může zdát jako ta nejtěžší věc, a často je to tak, ale dívat se do tváře člověka odevzdaného a pokorně smířného se smrtí, je velmi uklidňující a svým způsobem hluboký zážitek.



➤ Rozdíly v poskytované paliativní péči ve zdravotnickém zařízení hospicového typu a v bytovém sociálním zařízení

Na první pohled bylo těžké, a snad až nemožné, srovnávat praxi a možnosti poskytování paliativní péče hospice a našeho domova. Už proto, že k nám nenastupují senioři v první řadě zemřít, ale prožít pokud možno ještě pěknou část svého života, byť třeba závěrečnou. Často si přejí setkávat se se svými vrstevníky, účastnit se všech aktivit, které se v našem domově nabízejí, nebo třeba intenzivně rehabilitovat a zlepšit své fyzické schopnosti těžce narušené například prodělanou mozkovou příhodou. Mnohdy přesně totéž očekávají i jejich rodinní příslušníci. Někdy je jim opravdu těžké vysvětlit, že nejsme zdravotnické zařízení, ale sociální, a že naši uživatelé mají zcela svobodnou volbu v tom, zda budou či nebudou rehabilitovat nebo dodržovat lékařem nařízená dietní omezení.

Dalším významným rozdílem mezi oběma typy zařízení je jejich kapacita. Proto, abychom mohli poskytovat kvalitní paliativní péči, která vyžaduje intenzivní pozornost pečujícího personálu, musíme mít dostatečný počet pracovníků. Navíc se nepřetržitě snažíme dbát na to, abychom i při naší plné kapacitě 144 uživatelů vytvořili prostředí s příjemnou, klidnou a domáckou atmosférou, kde jsou uživatelé obklopeni lidmi, které mají rádi. Vztah, který vzniká mezi našimi uživateli a těmi, kdo o ně pečují, se stává bližším tím více, čím déle v našem zařízení žijí. Můžeme díky tomu kvalitněji plánovat a zlepšovat náš indi-



Oslava narozenin

Pro **klidné** a smířené **umírání** člověk také potřebuje **přijmout** to, že konec života je přirozený a vše je, jak má být. Dívat se do tváře **člověka** odevzdaného a pokorně **smířeného** se smrtí je velmi uklidňující a svým způsobem **hluboký zážitek**.

viduální přístup, ale o to těžší je pak odchod takového člověka.

Zásadní překážku v poskytování odborné paliativní péče jsme však viděli v nedostatečném zajištění zdravotní, a především lékařské péče. Těžko můžete po člověku chtít, aby vyjádřil své psychické a sociální potřeby, když trpí nesnesitelnou bolestí. Hospic má jako zdravotnické zařízení své lékaře ve službě nepřetržitě. Jsou to lékaři se specializací v oboru geriatry, vnitřního lékařství, onkologie a léčby bolesti. Také počet zdravotních sester v poměru k počtu pacientů je zde vyšší.

V SENIOR centru Blansko ordinuje praktický lékař dvakrát týdně. Ačkoli spolupráce s ním je v mnoha směrech vynikající, vzhledem k postupnému zhoršování zdravotního stavu našich uživatelů bychom do budoucna uvítali rozšíření jeho ordinace.

A konečně, oproti hospici nemáme vlastního psychologa nebo pastoračního

ho asistenta. Psychologické a pastorační služby zajišťujeme dle potřeby externě.

» Otázka stanovení terminálního stádia

Uvedené rozdíly se nám zpočátku zdály příliš velké. Přinášejí problémy zejména v otázce stanovení terminálního stádia choroby (poslední měsíce života), resp. terminální fáze (poslední dny až týdny). Pokud je nemocný umístěn do hospice, rodina si je vědoma jeho závažného stavu; v našem zařízení si to však často nepřipouští. Rozhodnutí není nijak snadnou záležitostí ani pro samotného lékaře, a je proto ve stanovení negativní prognózy velmi opatrný. Otázkou ale vlastně není doba, po kterou nemocný bude žít, ale vhodnost a smysl různých medicínských, ošetrovatelských, pečovatelských či aktivizačních prvků v péči o něj. Hovoříme tedy znovu o PLÁNU vhodné PÉČE. I v tomto bodě se nám nakonec podařilo to, že náš lékař vede roz-

hovory s rodinnými příslušníky s cílem ohleduplně jim vysvětlit skutečný stav uživatele, prognózu jeho dožití, co může nastat a co vše můžeme pro něj udělat v našem zařízení bez nutnosti unáhlené hospitalizace. Jsme vybaveni na podávání kyslíku, podkožní hydratace, pravidelné analgetické léčby, péči o permanentní katetr nebo výživovou sondu PEG. V případě nutnosti zvládnutí možných trýznivých příznaků (dušnost, nesnesitelná bolest, náhlé krvácení) je naší velkou výhodou bezprostřední blízkost nemocnice a téměř okamžitý příjezd rychlé pomoci.

V případě terminálního stádia choroby, resp. její terminální fáze, je většinou upouštěno od snahy o aktivizaci uživatele (uživatel je obvykle velmi unavený a spavý), od motivace k přijímání dostatečného množství stravy (která již nedostatečně fungující organismus zbytečně zatěžuje) a od všech úkonů a činností, které byly dříve u uživatele oblíbené nebo žádané, ale nyní pro něj mohou být stresující a zatěžující (například koupel ve vaně, sledování televize, návštěvy souseda z vedlejšího pokoje apod.).

» Vzájemná spolupráce

Neocenitelnou, a dnes již samozřejmou, se pro nás stala stále se rozvíjející vynikající spolupráce napříč všemi úseky našeho zařízení, protože paliativní péče se skutečně týká všech. V kvalitě paliativní péče se zřetelně projeví, zda zdravotní sestry dovedou správně postupovat např. v péči o dekubity, zda pečovatelsky správně rozpoznají projevy bolesti při běžné manipulaci (např. pouze na základě změny dýchání nebo dalších neverbálních podnětů, které mohou signalizovat nejen bolest, ale v podstatě jakoukoliv změnu či jen prostě nepohodlí, které se v případě, že není rozpoznáno, může stát v průběhu času velmi nepříjemným a zbytečně rozrušujícím). Vše stojí na dobře fungujícím systému předávání informací – tedy na komunikaci uvnitř týmu; týká se zejména zdravotních sester a přenosu informací od nich k pečovatelkám, ale také sociální pracovnice nebo nutriční terapeutky. I technický úsek může pomoci se zabezpečením maximálního klidu a pohodlí (plánovaná oprava na pokoji může být odložena, zařídí se mimořádné zabezpečení tepla nebo naopak větrání, nastaví se vhodným způsobem organizace úklidu apod.).

V této souvislosti jsme využili zkušeností získaných díky naší aktivní účasti na výzkumném projektu Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy s názvem „Dlouhodobá péče pro seniory: problematika kvality péče v institucích,

»»» 28



Mikuláš

Hlavním důsledkem dobře vedené paliativní péče je pro samotné zaměstnance fakt, že jim pomáhá okamžiky nadcházející smrti zbavit jejich iracionálně děsivého charakteru.

27 <<<<

kultury organizace a podpory důstojnosti starých křehkých pacientů". Tento projekt byl zahájen v roce 2012 a zapojení do něj pro nás znamenalo provést mimo jiné opakovaný screening příznaků deprese, demence, a především bolesti u všech uživatelů našich služeb. Výsledky tohoto zmapování byly konzultovány s lékaři zapojenými do projektu a odhaleno bylo několik skrytých depresí maskovaných jako počínající demence nebo zesilujících příznaky dříve diagnostikované demence.

Stejně tak důležité bylo nastavení pravidelného sledování bolesti u všech uživatelů, které nyní probíhá jedenkrát za čtvrtletí (provádějí pečovatelky); při akutní bolesti a v paliativní péči sledování probíhá denně (hodnotí zdravotní sestry). Zjištění jsou zaznamenána do nových názorných formulářů určených pouze pro sledování bolesti a dále vyhodnocována lékařem.

Zvládnutí bolesti, vhodné zaléčení deprese a včasné rozpoznání demence považujeme za velice důležitý krok nejen v rámci paliativní péče, ale i v zajištění celkové kvality péče o naše uživatele.

➤ Praktické zkušenosti

Na každého našeho uživatele, který se ocitne v poslední fázi svého života, se teď snažíme dívat očima paliativní péče. Aktivněji vstupujeme do kontaktu s rodinou, s lékařem, více se zaměřujeme na projevy bolesti, strachu a úzkosti, sbíráme zkušenosti s intenzivní bazální stimulací, zkusíme využít aromaterapii.

Mezi základní body péče o uživatele umírajícího mimo nemocniční zařízení patří:

1. Zajištění příjmu potravy a tekutin. Ačkoli se potřeba jídla zmenšuje, je třeba dbát o dostatečnou výživu a hydrataci z důvodu prevence vzniku dalších komplikací, především dekubitů. V posledních dnech se obvykle upouští od podávání výživových doplňků (nikoli však od hydratace), které v poslední fázi nejen podporují otoky sliznic (zejména dýchacího ústrojí) a zahleňování, ale zároveň zbytečně a uměle prodlužují fyzické trápení posledních dnů. Je-li potřeba zvýšit okysličení organismu, dáme uživateli na dosah oxygenátor, tzv. koncentrátor kyslíku, který je vhodný i pro domácí použití. O dostatečnou hydrataci dbá personál sledováním bilance tekutin, podporou pitného režimu a není-li to již možné, lze v podmínkách našeho sociál-

ního zařízení na základě ordinace lékaře podávat i fyziologický roztok formou pomalých subkutánních infuzí.

2. Tíšení bolesti a podávání léků dle ordinace lékaře. Pečující personál musí umět pečlivě rozpoznat jakékoliv projevy bolesti, vyhodnotit je a dobře o nich informovat lékaře.

3. Dohled nad vyprazdňováním nemocného, kdy hrozí riziko zácpy z nedostatečného pohybu, nedostatečného příjmu stravy a tekutin nebo jako vedlejší účinek některých léků. Nedostatečné vyprazdňování může výrazně zvýšit celkový osobní diskomfort. Podávat lze kromě projímadel stravu obohacenou vlákninou, před jídlem můžeme podat lžíci olivového oleje nebo i čaj z listů senny.

4. Péče o osobní hygienu a polohování je nejen prevencí kožních defektů a hygienických rizik, ale je-li hygiena prováděna ohleduplně, s užitím šetrných bezalergenních přípravků, případně i oblíbených vůní, může významně přispět k pocitu přijetí a lidské důstojnosti. U ležícího uživatele lze vždy využít mimo klasického polohování také prvky bazální stimulace, mikropolohování a uklidňujících masáží. Proti vzniku proleženin a dekubitů se v praxi mimo polohování osvědčuje také podávání potravinových doplňků Cubitan, využití moderní anti-dekubitní matrace (nemusí však vyhovovat každému uživateli) a jiných antidekubitních a polohovacích pomůcek, dle stavu uživatele také šetrné vysazování do polohovacího křesla.

5. Péče o rány typu dekubitů a jiných kožních defektů, které obvykle vznikají nikoli jako důsledek zanedbané péče o ležícího člověka, ale spíše jako příznak nedostatečně fungujícího tělesného metabolismu umírajícího člověka. Dekubity v poslední fázi života vznikají velice rychle, mohou být velmi hluboké a bolestivé, ani přes intenzivní péči se nehojí a vyžadují odbornou péči zdravotních sester.

Je-li uživatel schopen užívat signalizační zařízení, zajistíme mu jeho snadnou dostupnost. Při všech úkonech nezapomínáme na důstojnost člověka a je-li potřeba, používáme k zajištění jeho soukromí pleny nebo paravány, zacházíme s ním ohleduplně a v jeho přítomnosti mluvíme vždy k němu, ne o něm s někým jiným.

V posledních dnech života se zásadním bodem péče stává tíšení bolesti a účastná přítomnost blízkých. Blízkým rodinným příslušníkům, obvykle se jedná o jednu nebo maximálně dvě osoby, nabízíme možnost zapojit se do péče o jejich blízkého, pokud o to stojí. Podporujeme je ve vzájemné komunikaci s jejich blízkým. Mají neomezenou dobu návštěv, mohou v zařízení i přespat. I jim nabízíme služby duchovní-



Institut vzdělávání APSS ČR nabízí semináře

Podpora důstojného umírání – úvod do problematiky paliativní péče

v termínech

29. 10. 2014 Praha a 12. 11. 2014 Ostrava

Přihlásit se můžete a podrobné informace najdete na stránkách www.institutvzdelavani.cz.

Kontakt: Mgr. Magda Dohnalová, tel.: 724 940 126

ho nebo rozhovoru s pracovníkem zařízení, kterému důvěřují (může to být klíčový pracovník, zdravotní sestra nebo kdokoliv jiný). Důležité je pro ně vědět, že jim naše sociální pracovníce mohou pomoci i zajištěním formálních záležitostí.

Jednotlivé kroky paliativní péče jsou obsahem individuálního plánu, který uživateli vede ve spolupráci s ostatními klíčovými pracovníky. Zaznamenává sem informace o naplňování individuálních požadavků uživatele a jeho výsledovaných potřeb. Vše se pak odrazí v péči i o zdánlivé drobnosti – chuť uživatele na jahodový kompot nebo rumové pralinky, nesnášení vůně určitého prostředku na mytí podlahy, jaká uživateli vyhovuje teplota pokoje, jaké chce světlo nebo zda chce mít zatažené žaluzie, zda si přeje mít zapnuté rádio, nebo mít raději klid, jestli mu vyhovuje aromaterapie s lesní vůní, nebo s levandulí nebo že ráno mívá chuť na mátový čaj, že nesnáší zvuk ventilátoru, chce mít stále otevřené dveře od pokoje nebo na dosah fotografie rodiny. Pro nás jsou to asi drobnosti, které můžeme snadno zařídit, ale pro člověka zcela závislého na naší péči jsou to možná věci, které by mu celý den chyběly, nebo ho naopak obtěžovaly. Vždyť už jen vyslovit taková přání jej obvykle stojí velké úsilí.

Některé z našich pečovatelek se pokusily popsat poslední dny několika málo našich uživatelů takto:

Paní G. *nevěděla, že umře, ale cítila to. Měla radost z každé návštěvy. Pokud se cítila lépe, pobývala na terase v polohovacím křesle, slovně nám řekla, co jí bolí, co potřebuje a co nechce. Během dne většinou pospávala, nebudili jsme ji. Reagovali jsme na projevy nejistoty, strachu, úzkosti tím, že jsme poseděli u jejího lůžka, drželi ji za ruku. Měla ráda tiché pobrukování známé písně nebo když jsme mluvili o dcerách či jen seděli a mlčeli. Poznali jsme, že využitím bazální stimulace jsme ulevili jejímu tělu. Bylo jí dobře. Vážili jsme si jí, dbali jsme, aby se až do smrti cítila jako dáma. Sami jsme měli radost, že se nebojíme, že s ní jsme až do konce. Její smrt zasáhla i novou zaměstnankyni, i když si ten okamžik uvědomila až doma, a také si poplakala. Je dobře, že se o této oblasti začalo mluvit, že jsou nám předávány zkušenosti těch, kteří se v této oblasti pohybují již dlouho. Moc nám pomáhají uváděné kazuistiky, které se dozvídáme na setkáních a seminářích.*

Pan M. *trávil svůj poslední čas v lůžku ve stavu hlubšího bezvědomí. Snažili jsme se zpříjemnit mu život nevtíravou vůní z aromalampy, tichým slovem a šetrným zacházením. S rodinou byla výborná spolupráce, trávila čas u jeho lůžka a společně jsme si s pánem „povídali“. Zdravotní stav v posledních chvílích bohužel nedovolil, aby zemřel u nás. Je to škoda, s námi mu bylo dobře.*

Paní B. *žila v našem domově přes deset let a vždycky se ráda scházela se svými přítelkyněmi. Byla aktivní, o všechno se zajímala, dobře jsme znali její rodinu. V posledních letech však už stářím ztratila zrak a pak i sluch a život jí přestal těšit. Smrti se ale velmi bála, možná i proto překonala několik vážných krizí. Nakonec však už její tělo příliš zesláblo. Nejedla, nepila, ale spát nemohla. Bála se a potřebovala, aby s ní pořád někdo byl. Střídali jsme se s rodinou, jak to šlo. Záleželo jí na tom, aby byla stále čistá a voňavá a uklidňovalo ji jemné vtírání oblíbeného tělového mléka do kůže. Světlo jí nedělalo dobře, tak jsme jí v šeru pokoje zpívali nebo blízko lampičky předčítali. Její odchod nakonec proběhl velmi klidně během dne, kdy u ní seděla dcera.*

➤ Závěrem

Hlavním důsledkem dobře vedené paliativní péče je pro samotné zaměstnance fakt, že jim pomáhá okamžiky nadcházející smrti zbavit jejich iracionálně děsivého charakteru, což se dříve neškolení zaměstnanci nezdálo pokoušeli zvládnout oproštěním od vlastního prožívání čistě racionálním uvažováním a rychlým účelným jednáním.

Dnes víme, že i když je v okamžiku vlastní smrti každý sám, je důležité být našim uživatelům stále nablízku. Je obrovským úspěchem současné medicíny, že dnes již nikdo, je-li dobře zaléčen, nemusí umírat v krutých bolestech. Přesto je každé umírání jiné a vyžaduje obrovskou citlivost a pozornost k sebemenším náznakům, jindy zase nezměrnou trpělivost, kdy je potřeba jen zůstat v tichosti a nerušit průběh procesů, které se odehrávají uvnitř umírajícího a pomáhají mu opustit tento svět v klidu.

Je zřejmé, že je před námi ještě dlouhá a pravděpodobně nekončící cesta sbírání zkušeností a získávání hlubší odbornosti v této citlivé oblasti naší péče. Proto jsme velmi rádi, že přestože zde existují určité rozdíly mezi možnostmi paliativní péče v hospicích a domovech, naše zkušenost ukázala, že vzájemná spolupráce formou praktických stáží, konzultací a vzdělávání je vzájemně obohacující. Odborní a zkušení pracovníci z hospice nám lépe než kdo jiný ukazuje, co vše je možno pro umírající udělat i čemu je naopak lépe se vyhnout.

INZERCE

SENZA-SHOP.cz

INTERNETOVÝ OBCHŮDEK SE SENZORICKÝMI POMŮCKAMI

<p>Senzorické pomůcky a hračky od renomovaných evropských výrobců Rompa, Sport-Thieme, Wehrfritz a TFH.</p> <p>V sortimentu více než 1000 produktů pro vaše žáky a klienty.</p>	<p>SNOEZELEN SENZORICKÁ INTEGRACE RELAXACE REMINISCENČNÍ TERAPIE PEDAGOGICKÁ PRÁCE FYZIOTERAPIE</p>
--	---

Navštivte sensa-shop.cz (slovenskí klienti navštivte sensa-shop.sk)

Raná péče EDA je podporou a pomocí rodinám, kde se narodí nebo vyrůstá dítě se zrakovým či kombinovaným postižením od narození do 7 let věku dítěte. Službu sociální prevence poskytujeme v Praze, Středočeském, Pardubickém a Ústeckém kraji.



www.ranapece.eu/praha

Asociace pracovníků v rané péči (APRP) je celostátní profesní organizace sdružující poskytovatele rané péče. Členy APRP jsou organizace hlásící se k dohodnuté kvalitě poskytované služby a poskytující ranou péči v souladu s popsanou dobrou praxí.

www.aprp.cz

