

Podporovat důstojnost seniorů



doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
Gerontologické centrum, Praha

Ve dnech 2. až 5. září 2010 se v norském Bergenu konala konference o důstojnosti křehkých starých lidí.

Konference byla připravena mezinárodním týmem, který zahrnoval lékaře a odborníky z oblasti paliativní medicíny, gerontologie, geriatrie, sociologie a sociální práce. Hlavním organizátorem bylo Verdighetsenter při bergenském Ošetřovatelském domě Červeného kříže. Pořadatelé štědře přidělovali granty účastníkům ze zemí bývalého východního bloku. Výsledkem byla účast zástupců z 23 zemí Evropy, USA a Izraele. Cílem konference bylo zmapovat situaci ve zdravotní a zdravotně sociální péči o křehké pacienty. V rámci pracovních skupin se hledala a navrhovala řešení, jak zajistit těmto občanům důstojný život a péči. Výstupy konference jsou postupně zveřejňovány na webové stránce www.dignityold.com.

Komunitní péče a funkce komisaře

Konferenci otevřela Anne-Grete Strøm-Erichsen, ministryně zdravotnictví a sociálních služeb Norska. Uvedla, že problematika těchto služeb bude nabývat na významu v souvislosti se stárnutím populace a nedostatkem pracovních sil. V Norsku žije nyní 60 tisíc lidí s demencí, polovina z nich je umístěna v ošetřovatelských zařízeních. Norsko již vytvořilo Národní plán pro problematiku demencí. Těžištěm řešení problematiky demence a péče o lidi s omezenou soběstačností je v této zemi komunitní péče, komunit zde existuje asi 250. V následujícím roce budou poskytnuty 4 miliony eur na výzkum v této oblasti. Důležitou součástí péče

je edukace pečujících rodinných příslušníků a profesionálů. Ministryně zdůraznila mimo jiné nutnost zlepšit etické postoje v péči o křehké seniory.

Sarah Stone, zástupkyně komisaře pro seniory Walesu, seznámila účastníky semináře s důležitou funkcí komisaře, který prosazuje a brání práva seniorů a zajišťuje ochranu před diskriminací. Hlavním vodítkem pro činnost komisaře jsou zásady pro seniory, jak je definuje OSN. Komisař má k dispozici poradní skupinu, jejímž cílem je oslovit všechny politické strany ve Walesu. Snaží se prosazovat pozitivní obraz starších lidí a stárnutí, jejich prospěšnost pro společnost – například v péči o vnoučata, kde je jejich role téměř nezastupitelná. Komisař dále poskytuje doporučení veřejným institucím, předkládá přehled o činnosti veřejných organizací ve Walesu, dohlíží na výzkum a edukační aktivity, vyhledává příklady dobré praxe. Pravomoci komisaře jsou velké, neboť může přímo zasahovat do legislativního procesu. Úřad komisaře pro seniory ve Walesu funguje zatím dva roky a jeho činnost se rozvíjí.

Poslední přehled o činnosti veřejných organizací ve Walesu se zabýval situací starších lidí v nemocnicích, zejména s ohledem na respektování důstojnosti. Této zprávě byla věnována pozornost v médiích. V současné době existují služby, které fungují úspěšně a představují prevenci institucionalizace či předčasné hospitalizace. Tyto příklady dobré praxe by měly být rozšířeny a být dostupné všude. Komisař dohlíží také na pracovníky v sociálních službách, jejich edukaci, dostatečné ohodnocení a schopnost poskytovat skutečně individualizovanou péči. Důležitou roli hrají i zkušenosti pacientů a příjemců péče, díky kterým je možné realizovat zlepšení v oblasti péče.

Ne ekonomický, ale humanistický problém

Anne Sophie Parent hovořila jménem „AGE platformy“, která se snaží prosazovat seniorskou problematiku na evropské úrovni, zlepšit kvalitu života seniorů a překonat čistě ekonomický pohled, který zohledňuje pouze problematiku nákladů. Parent zdůraznila, že generace stárnoucích silných poválečných ročníků bude náročnější, než byly generace předchozí. Zabývala se otázkou, co se rozumí pod pojmem dobré péče. Důležité je podle ní prostředí, umožňující zachovat co nejdéle nezávislý život.

Profesor Wim van den Heuvel z Nizozemska hovořil o vývoji směrem ke zralé společnosti, která bude vlídná vůči starším lidem. Upozornil na skutečnost, že počet lidí starších 65 let se v Evropě zdvojnásobí a lidí starších 80 let dokonce ztrojnásobí. Za důležitou považuje skutečnost, že se významně zvýší i počet starších lidí žijících s disabilitou, tedy těch, kteří budou potřebovat nějaký druh služby či péče. Věnoval se též otázce, zda bude dostupná dlouhodobá péče.

Jak zdůraznil Wim van den Heuvel, v současné době hovoříme především o stárnutí populace, ale je zapotřebí se zabývat i skutečností, že v dalších čtyřech dekádách nám začne populace ubývat. Mění se základní potřeby a priority, technologie ovlivňují produktivitu, mění se chování lidí, individuální perspektivy a investice, zvyšuje se role státu, infrastruktury a sociálního zabezpečení. Kam tento vývoj povede? Jak se staří lidé ve společnosti cítí? Jak jsou respektováni? Liší se to v různých evropských zemích? Na tyto otázky se den Heuvel snažil najít odpovědi prostřednictvím výsledků vlastního šetření a z dalších výzkumů. Podle toho se starší lidé se cítí často osamocení. Lidé ve Skandinávii se tolik osamělí necítí. V Irsku, Dánsku a Velké Británii

uvádějí senioři, že jim mladší lidé pomáhají. Starší lidé ze zemí bývalé východní Evropy považují za nejlepší péči v rodině, zatímco ve Skandinávii považují za lepší péči ze strany odborníků. Otázkou zůstává, jaká je kvalita péče a služeb pro seniory. Z nedávné izraelské studie vyplynulo, že se s nimi v institucionální péči špatně zachází. Autor se obává, že politikové se tímto příliš nezabývají. Co si myslí Evropané o starších lidech? Na otázku, zda jsou lidé starší 70 let břemenem společnosti, odpovědělo pozitivně značné procento lidí, nejvíce v České republice. Wim van den Heuvel považuje tuto skutečnost za důsledek ekonomizace sociální a zdravotní politiky. Domnívá se, že diskriminace z důvodu věku je v Evropě nejčastějším důvodem diskriminace. Zejména se to týká Maďarska, České republiky, Nizozemska a Slovenska, nejméně pak Irsko a Dánsko. V závěru den Heuvel shrnul, že stárnutí populace je skutečnost, nikoli otázka k diskusi, a s naznačenými postoji bude pravděpodobně vzrůstat i napětí ve společnosti, provázené určitou nejistotou. Stárnutí, jak řekl, není problém, ale důsledek bezprecedentního úspěchu zlepšení zdravotního stavu. Problémy není možné hledat jen na úrovni ekonomické, ale také na úrovni humanistické. A konečně připomenul, že pokud již hovoříme o problému, jde o náš vlastní problém, protože jsme to my, koho se to bude bezprostředně týkat.

Péče podporující důstojnost

Profesor Harvey Max Chochinov z Kanady hovořil o významu důstojnosti v péči o seniory na konci života. Zdůraznil, že již mnohokrát hovořil na konferencích o důstojnosti, ale toto je první konference, která je tomu věnována specificky. V úvodu vysvětlil, co obrátilo jeho vědeckou pozornost k této problematice. Jednalo se o článek vycházející ze studie J. H. Browna, publikované v *American Journal of Psychiatry*, který položil

otázku, zda si lidé na konci života přejí zemřít. Z diskuse vyplynulo, že umírající lidé zpravidla netouží po smrti, ale jsou hluboce depresivní. Kromě deprese trpí tito lidé také často bolestí a nedostatkem podpory ze strany blízkých. Chochinov poznamenal, že uvedená data jsou průřezová (asi od 200 pacientů) a mohou se lišit od dat longitudinálních. Tuto skutečnost dokumentoval na případu pacientky s generalizovaným kolorektálním karcinomem, jejíž symptomy se zmírnily po přijetí na jednotku paliativní péče, kde se zvýšila také její vůle nadále žít. Ve své přednášce rovněž reflektoval skutečnost, že v některých zemích (například v Nizozemsku) byla uzákoněna eutanazie. Tu si údajně přejí dvě procenta lidí. Podle lékařů je k tomu vedou následující důvody: ztráta důstojnosti (v 57 %) bolest a nedobré umírání (ve 49 %), závislost (33 %), únava životem (ve 23 %) a samotná bolest (v 5 %) (Vander Maas, *Lancet* 1991). Van der Maas byl jedním z prvních, kdo na tuto skutečnost upozornil. Chochinov se domnívá, že by důstojnost, jejíž ztráta je nejčastějším důvodem, proč si lidé přejí smrt, měla být předmětem dalšího zkoumání.

S otázkou důstojnosti souvisí podle něj fyzické příznaky, zejména bolest. Dále se jedná o potřebu péče, především v situaci omezené soběstačnosti. Jde převážně o „intimní“ péči, budící stud (oblékání, toalety, hygiena). Dále je třeba, aby byli tito lidé zohledňováni jako individuality, osoby. Lékař představuje pro pacienta určité zrcadlo, a pokud se v něm zrcadlí jen soubor laboratorních testů, pacient se necítí dobře. Pokud však lékař reflektuje pacientovu osobnost, pacient vnímá, že je tím podporována jeho důstojnost. Chochinov proto hovoří o péči podporující důstojnost člověka jako osoby a individuality. Další informace je možné najít na webových stránkách www.virtualhospice.ca.



Dostatek vědeckých důkazů tedy hovoří o tom, že pocit nedostatečného respektu nejvíce poškozuje důstojnost pacienta. Například deprese se u lidí v terminálních stadiích vyskytují ve 20 %, zatímco pocity vyjadřující poškození důstojnosti nalézáme u poloviny případů. Z těchto dat vyplývá potřeba vytvořit terapeutický nástroj podporující důstojnost lidí (nejen) v terminálních stadiích onemocnění.

Otázky, které mohou napomoci lékařům v posouzení pocitu důstojnosti

pacienta, jsou uvedeny v Dotazníku podpory důstojnosti (příloha 1).

Otázky, které může lékař využít při komunikaci s pacientem, jsou uvedeny v Terapeutickém protokolu pro podporu důstojnosti (příloha 2).

Zabránit disabilitě

Alexandr Kalache upozornil ve své přednášce na skutečnost, že k největšímu nárůstu starších lidí dojde v méně rozvinutých zemích. Zdůraznil, že se jedná o výsledek žádoucího vývoje, o který lidstvo usilovalo, nicméně to přináší určité problémy. Zatímco rozvinuté země se staly dříve bohatými, než zestály, země méně rozvinuté zestály, aniž by se staly bohatými. Zdůraznil, že s pojmem longevita souvisí solidarita, která se netýká jen vztahu ke starším lidem, ale také solidarity bohatších s chudšími, a bohatších zemí s chudšími zeměmi. Proto se domnívá, že svět potřebuje koncepční řešení. WHO již připravila strategii Aktivní stárnutí jako rámcový program pro tvorbu zdravotních politik. Aktivní stárnutí je nahlíženo jako proces optimalizace příležitostí pro zdraví a participace na zabezpečení kvality života ve vyšším věku. Úbytek určitých schopností nastává již ve středním věku, nicméně je možné zabránit tomu, aby dosáhl hranice disability ve vysokém věku. K tomu je třeba realizovat opatření týkající se životního stylu, podpory zdraví a zdravotní péče a vstřícnějšího prostředí. Je zapotřebí správně definovat dva důležité koncepty: autonomii a nezávislost. Pro mnohé se jedná o identické pojmy, i když tomu tak není. Autonomie je situací, kdy člověk žije podle svých představ. Nezávislost představuje pouze nezávislost na péči jiných. I v situaci závislosti však může být podporována autonomie člověka tím, že budou respektována jeho přání a potřeby. Dále je nutno respektovat posloupnost sebestačnosti, péče v rodině, komunitě a teprve jako nejspeciřičtější řešení péči v instituci. Přitom sebestačnosti a péči v rodině je dosud věnována malá pozornost a alokace prostředků se odvíjí ve prospěch péče v institucích. Kalache vzpomněl Boba Butlera, který pojmenoval ageismus jako zdroj diskriminace v poskytování péče. Hovořil o primární péči přátelské pro všechny věkové skupiny a zdůraznil, že v současné době je nezbytné vytvořit podobný proces v oblasti dlouhodobé péče, s ohledem na specifické potřeby starších lidí. Podle výzkumu OECD poskytují zatím dlouhodobou péči starším lidem v domácím prostředí převážně ženy středního a vyššího věku.



Nové příležitosti, nové kariéry, lepší péče. To vše podle Kalache souvisí s podporou důstojnosti. Určitě je zapotřebí lepší vzdělání zdravotnických pracovníků s ohledem na specifické potřeby seniorů. Zdravotničtí pracovníci jsou dobře vzdě-

láni v problematice mladších lidí a dětí, ale povětšinou vědí málo o specifických potřebách starších lidí. Výuka v této problematice je podle Kalache v mnoha zemích nedostatečná.

Wolfgang Wodarg z Berlína v diskusi k tomuto příspěvku konstatoval, že v současné době se jedná nejen o problém alokace prostředků, ale také času a zájmu. Domnívá se, že je třeba se rozhodnout, zda bude seniorům věnováno více technologické péče, nebo péče podporující důstojnost. Z právního hlediska je pak třeba mít

systém, který zajistí, aby definovaná práva byla naplňována. Na tomto poli jsou nejméně úspěšnější ty země (například skandinávské), kde je péče o seniory garantována komunitami, které mají k lidem nejbližší. Systémy, které byly centralizovány

(například v bývalých zemích východní Evropy), na tuto úroveň nedohlédly. Wodarg proto považuje za důležitý systém subsidiarity. Pokud ten nebude systematicky aplikován, bude možné řešit pouze následky, nikoli příčiny.

Robin Youngson, zakladatel „Centre for Compassion in Health Care“, hovořil o dehumanizaci role a interakce rodinných pečujících.

Hovořil o fenoménu „peak medicine“, který podle něj nastává v současné době, kdy strmý nárůst nároků na zdravotní péči (který bude pokračovat) zatím koresponduje se strmým, ale nadále již neudržitelným nárůstem nákladů na zdravotní péči. Současnou situaci péče o zdraví nazývá materiálním zdravím, které stejně jako materiální bohatství pravděpodobně nemůže dlouhodobě uspokojit potřeby lidstva. Zamýšlel se nad situací současné lékařské vědy, která se soustřeďuje na technické a biologické aspekty, nikoli na aspekty lidské. Mnohé z jeho dalších názorů a publikací jistě stojí za přezkoumání, www.compassioninhealthcare.org. ■

Příloha 1 – Dotazník podpory důstojnosti (Chochinov a kol.)

1. nebýt schopen provádět úkony spojené se soběstačností, například hygienu, umytí, oblékání
 2. nebýt schopen ovládat fyziologické funkce (potřeba pomoci při toaletě...)
 3. mít trýznivé fyzické příznaky (bolest, dušnost, nevolnost...)
 4. mít pocit, že můj pohled na ostatní se výrazně změnil
 5. cítit depresi a smutek
 6. cítit úzkost
 7. prožívat nejistotu týkající se onemocnění či léčby
 8. mít strach o svou budoucnost
 9. nebýt schopen jasně myslet
 10. nebýt schopen pokračovat v běžných činnostech
 11. mít pocit, že nejsem tím, kým jsem vždy byl
 12. mít pocit, že si mě ostatní neváží a nejsem pro ně hodnotný
 13. nebýt schopen dále vykonávat obvyklé role (v rodině, v manželství)
 14. mít pocit, že život již nemá smysl nebo účel
 15. mít pocit, že svůj život již nejsem schopen změnit či ovlivnit
 16. mít pocit, že jsem nestačil dokončit, co jsem chtěl
 17. mít pocit, že můj duchovní život není smysluplný
 18. obávat se, že jsem pro okolí břemenem
 19. mít pocit, že nemám kontrolu nad svým životem
 20. cítit, že potřeba péče narušuje mé soukromí a intimitu
 21. necítit podporu okolí a rodiny
 22. necítit podporu ze strany zdravotníků
 23. mít pocit, že již nejsem schopen problémy své nemoci psychicky zvládat
 24. nebýt schopen svou situaci přijmout takovou, jaká je
 25. necítit respekt či pochopení ze strany ostatních
- Hodnocení: 1 nepředstavuje problém, 2 mírný problém, 3 problém, 4 výrazný problém, 5 velice závažný problém
- Dotazník byl přeložen s laskavým souhlasem autora a nebyl u nás dosud standardizován ani validizován.

Příloha 2 – Terapeutický protokol pro podporu důstojnosti: na co je třeba se zeptat pacienta, Chochinov JCO 2004

Povězte mi něco o svém životě, alespoň o tom, co považujete za nejdůležitější nebo co si nejlépe pamatujete. Kdy byl váš život nejintenzivnější?

Co z vašeho života by měla znát také vaše rodina, které události by si měla pamatovat?

Které své role považujete za nejdůležitější – v rodině, práci, obci či jinde? Proč jsou pro vás tak důležité a čeho jste dosáhl(a)?

S čím jste nejvíce spokojený/á, čím byste se mohl(a) či chtěl(a) pochubit?

Co považujete za důležité, aby se dozvěděli ti, které máte rád(a)? Co byste jim chtěl(a) znovu sdělit?

Co byste si pro ně a od nich přál(a)? Jaké jsou vaše sny a přání?

Co z toho, co jste v životě poznal(a) a naučil(a), byste chtěl(a) předat ostatním? Jakou radu byste chtěl(a) předat svým dětem či ostatním blízkým? Existují nějaká slova či rady, které byste chtěl(a) sdělit vaší rodině?

Když toto všechno společně zapisujeme – co byste ještě chtěl(a) dodat, co ještě považujete za důležité?