



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Proces plánování budoucí péče v domově pro seniory

Pro lepší přehled v tomto článku je potřeba vysvětlit dva základní pojmy:

- Plánování budoucí péče - zahrnuje vedení rozhovoru s člověkem anebo jeho blízkými ke zjištění přání a představ o budoucí zdravotní péči, stejně jako o tom, co je pro nemocného kvalitou života (viz dále).
- Sestavení plánu péče v závěru života - slouží k naplnění přání člověka v kontextu vývoje jeho zdravotního stavu, s určenými cíli a plánem postupu, stejně jako s ošetřením rizik péče vyplývajících ze závěru života. Pomyslným momentem spuštění je indikace terminální fáze onemocnění lékařem, případně okamžik nenadálého akutního zhoršení zdravotního stavu.

Definice plánování budoucí péče

Plánování budoucí péče je proces, který podporuje nemocné kteréhokoliv věku v rozhodování o tom, jak by v budoucnu měla vypadat péče o jejich osobu. V jeho průběhu je jedinec podporován ve vyjádření svých hodnot, životních cílů a preferencí tak, aby preference a léčba byly co nejvíce v souladu. Jedná se o soubor konkrétních komunikačních technik a nástrojů, pro které se v anglosaské literatuře používá pojem advance care planning. Jeho důležitou součástí jsou rozhovory o cílech péče.

Výstupem mohou být dříve vyslovená přání či *ibid.*, v českém kontextu šířeji předběžná prohlášení, dále na základě rozhovorů o lékařské péči její různé limitace. Není to ale podmínkou. Důležitý je právě proces formulace jedincových priorit a komunikace o nich.

Samotná dříve vyslovená přání (*advance directives*) jsou relativně neefektivní kvůli proměnlivosti přání v čase a obtížnosti jejich dokumentace a dostupnosti. Plánování budoucí péče by mělo být kontinuálním procesem, do kterého se zapojují i pečující profesionálové a blízcí daného člověka. V ideálním případě by takový proces měl začít nejpozději v době diagnostikování onemocnění, které může vést ke ztrátě schopnosti o sobě rozhodovat.

Plánování budoucí péče v domovech pro seniory má přínosy pro klienty, jejich blízké i pečující profesionály. Na úrovni klienta se jedná o nástroj, který podporuje autonomii klienta. V případě, že senior žije s demencí, dochází díky možnosti vyjádřit své preference ke snížení agresivity, pravděpodobně v důsledku menšího počtu lékařských intervencí. Dále také dochází ke snížení počtu hospitalizací.

Součástí sestavování plánu péče je vtažení rodin do procesu rozhodování. Pokud jsou známy preference klientů i rodin, mají se pracovníci v době, kdy je potřeba rozhodnutí o intervenci, o co opřít. Tím pociťují vyšší jistotu. Díky průběžné komunikaci dochází k navázání důvěryplného vztahu mezi personálem, členy rodiny a obyvateli domovů.

Jak jsme podotkli výše, plánování budoucí péče je mnohvrstevnatý proces, přičemž pro jeho uchopení v DPS potřebujeme zohlednit specifika tohoto prostředí i osob, kterých se týká.

Mezi tato specifika počítáme:

- Péče o osoby, u kterých se, vlivem různých okolností, v čase snižuje jejich schopnost informovaně rozhodovat o péči o sebe.
- Různou míru zapojení rodin do péče, jejich různý přístup k personálu a naopak. Různý přístup personálu k rodinným příslušníkům.
- Život v prostředí, kde spolu žije více obyvatel, z nichž každý má svá přání a potřeby a kde pečující personál má své kapacitní limity.
- Život v prostředí, kde se ve větší či menší míře objevuje tendence k zavedení řádu a pravidel a kde existuje riziko, že se člověk stane subjektem péče bez možnosti podílet se na rozhodování o tom, jak by měla vypadat.
- Péči poskytovanou multidisciplinárním týmem odborníků, kteří se mají společně domlouvat na její realizaci. Každý z těchto odborníků má určitý postoj k umírání, různé schopnosti a dovednosti týkající se péče v závěru života a souvisejících témat (např. komunikace, odpovídající odborné znalosti).
- V českém prostředí zpravidla omezenou dostupnost lékaře.
- Nepřetržitou péči, která klade nárok na zajištění kontinuity péče dle vývoje stavu člověka. Tedy i na důsledné předávání informací. V to zahrnujeme i zajištění kontinuity v dlouhém časovém období, kdy zpravidla dochází k fluktuaci zaměstnanců.
- Zpravidla omezené finanční zdroje.

Každý z výše uvedených znaků prostředí se určitým způsobem do procesu plánování péče v závěru života promítá. Proces běží po celou dobu pobytu člověka v domově pro seniory (viz schéma níže).



Metodický postup pro plánování péče v závěru života v domově pro seniory Sue Ryder

Následující postup se věnuje procesu plánování péče v závěru života (dále jen PPZZ) v domově pro seniory Sue Ryder, konkrétně se jedná o metodický výtah jeho jednotlivých fází a měkkých aspektů s nimi spojených.

Proces PPZZ je možné popsat ve třech fázích:

- 1) sběr informací,
- 2) sestavení plánu péče v závěru života,
- 3) jeho aktualizace.

V měkkých aspektech ukazuje:

- vzorovou strukturu shrnujícího rozhovoru
- přehled návodných odpovědí na nejčastější klientské repliky ohledně smrti a umírání – zde postup cílí na využitelnost zejm. pro pracovníky v sociálních službách.

Proces PPZZ

1) Sběr informací

PPZZ sestává z **průběžných** a **shrnujících rozhovorů**. Rozhovory probíhají po celou dobu pobytu klienta v domově.

Průběžné rozhovory

Průběžnými rozhovory rozumíme průběžně sbírané informace relevantní k závěru života. Informace jsou získávány zpravidla přirozeně, v rámci každodenních rozhovorů, a to všemi odbornostmi multidisciplinárního týmu (dále jen MDT)¹.

Příkladem přirozených situací, ve kterých se rozhovory odehrávají, mohou být: sociální šetření, zhoršení/změna zdravotního stavu, úmrtí spolubydlícího, parte na nástěnce, běžné denní rozhovory s klientem a jeho blízkými, hodnotící schůzky, rozhovory psycholožky, kaplanky, koordinátora paliativní péče aj.

Typy sbíraných informací: rozhovory o smrti, umírání, vyrovnávání se s vlastní smrtelností, vyrovnávání se s nemocemi, životní hodnoty, postoje k hospitalizacím, rodinné zvyklosti apod.

Pokud dojde k zachycení informace týkající se závěru života a souvisejících oblastí, jednotlivé odbornosti je zaznamenávají, a to následujícím způsobem:

- všechny odbornosti MDT do klientské dokumentace (např. formuláře Aktivity denního života do kolonky Spiritualita a závěr života),
- kaplan, psycholog do svých složek v elektronickém systému pro vedení dokumentace,

¹ Více o MDT naleznete viz odkaz: https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/MDT_v_akci_A4_web.pdf

- všechny ostatní odbornosti s přístupem k zápisům do elektronického systému pro vedení dokumentace,
- v případě, že se téma objeví jako součást např. hodnotící schůzky s blízkými a tvoří minoritní téma z celého rozhovoru, zapisují si sociální pracovníci do své sekce v elektronickém systému pro vedení dokumentace + zasílají výstup z hodnotící schůzky mailem všem členům MDT.

Pokud existuje určitý kognitivní deficit, lze vyjádření k určitým otázkám dovodit (např. z mimiky) či je vyčíst z chování člověka (vytrhávání sondy aj.), případně z biografie, z toho, jak klienta pracovníci znají. Platí, že přímé/slovní zaznamenané vyjádření v dokumentaci má přednost před názorem, jak by to daný klient „asi chtěl či nechtěl“.

Častými příjemci informací na úrovni průběžných rozhovorů jsou pracovníci v sociálních službách. Protože mohou být podobné rozhovory zatěžující, v příloze přikládáme nejčastější repliky klientů a možné vhodné reakce na ně.

Shrnující rozhovory

Shrnujícími rozhovory rozumíme připravené, předem domluvené rozhovory na téma závěru života, které jsou vedeny s klientem a jeho blízkými. Ke shrnujícímu rozhovoru přistupujeme nejpozději v době, kdy dochází ke zvratu onemocnění a celkového stavu člověka, tzv. terminální stav klienta. Shrnující rozhovory slouží jako podklad pro plán péče v závěru života.

Konání shrnujících rozhovorů koordinuje koordinátor paliativní péče. Ten se domlouvá s ostatními kompetentními členy multidisciplinárního týmu o:

- vedení shrnujícího rozhovoru s klientem, je-li toho vzhledem ke kognitivním kapacitám schopen
- oslovení rodiny a domluvě na termínu schůzky
- účasti na shrnujícím rozhovoru s blízkými
- místu konání rozhovoru
- zajištění vysvětlení diagnózy a prognózy onemocnění lékařem klientovi (je-li toho schopen) a blízkým klienta.

Složení osob, které vedou shrnující rozhovory je proměnlivé vzhledem ke:

- vztahu důvěry, které mají rozdílné odbornosti různě navázané,
- počtu možných účastníků se osob tak, aby nedošlo k přečíslení blízkých, a tak i k narušení pocitu bezpečí,
- časovým možnostem kompetentních členů multidisciplinárního týmu.

Shrnujících rozhovorů se zpravidla účastní koordinátor paliativní péče, vedoucí sestra a sociální pracovník.

Zápis z rozhovoru vytváří koordinátor paliativní péče. Není-li rozhovoru přítomen, pak pověřený člen z MDT. Výstupy shrnujícího rozhovoru se zaznamenávají do elektronického systému pro vedení dokumentace. Shrnutí domluvy pak koordinátor zasílá mailem všem členům MDT.

Shrnující rozhovor se buď odehrává jako samostatná schůzka nebo jako součást konziliárního vyšetření poskytovatele mobilní specializované paliativní péče (např. Cesta domů), v případě, že se v průběhu objeví potřeba přizvat poskytovatele MSPP (ze strany klienta, rodiny nebo členů MDT).

Struktura shrnujícího rozhovoru:

1. Co je hlavním tématem setkání?
2. Co o klientovi víme? Jakou péči poskytujeme – pečovatelskou, zdravotní, rehabilitační, nutriční...
3. Co je cílem péče?
4. Jak hodnotíme stav klienta za poslední období z pohledu odborností? (zhoršování stavu, prudký propad atp.)
5. Jak vnímají klienta příbuzní? Co ví o jeho zdravotním stavu?
6. Co lze společně udělat pro klienta, aby mu byl zajištěn důstojný závěr života?
7. Co je důležité pro klienta v otázkách péče v závěru života? Co by si přáli přítomní i nepřítomní blízcí?
8. Jak se staví klient, blízcí k užití ATB, umělé výživě a hydrataci, analgetikům/opiátům, hospitalizacím, resuscitaci, dalšímu?
9. Jak se může rodina zapojit v péči v terminálním stavu klienta?
10. Přeje si rodina být přítomna v době úmrtí? Kdo má být kontaktován v případě úmrtí a kdy?
11. Jaký je plán pro péči po úmrtí? Co by si přál klient (oblečení, pohřeb, hudba)?
12. Jaké jsou klientovy hlavní obavy?
13. Je ještě někdo, s kým bychom o tom měli mluvit?
14. Shrnutí hlavních bodů

Sestavení plánu péče v závěru života

Kompletní plán péče v závěru života vzniká obvykle v rozmezí dnů až týdnů tak, jak běží komunikace s lékařem a probíhají shrnující rozhovory.

Plán péče v závěru života obsahuje následující části:

1. shrnutí stávajícího stavu z pohledu personálu domova
2. stručné shrnutí diagnózy a prognózy onemocnění stanovené lékařem s definovanou terminální fází onemocnění (podrobně rozepsáno ve zdrav. dokumentaci)
3. přání a představy klienta o budoucí péči
4. přání a představy blízkých o budoucí péči

5. dohoda o cílech péče
6. informace o rozepsání limitací příp. existující SOS medikaci (podrobně rozepsáno ve zdrav. dokumentaci)
 - Limitace péče by měl lékař rozepsat nejpozději v terminálním stavu nemoci. Lékař průběžně upravuje SOS medikaci dle potřeby.
7. dohoda o dalším postupu v péči – pro personál domova
8. stanovení/stvrzení hlavní kontaktní osoby pro rozhodování
9. limity plánu péče a způsob jejich ošetření, např.:
 - personální – nedostatečný počet pracovníků (z jakéhokoliv důvodu), pracovníci nezkušení
 - kapacitní – v jeden okamžik může být ve fázi umírání více klientů, než o které se může služba kvalitně postarat
 - kapacitní nedostupnost domácího hospice
 - nečekané komplikace stavu – nastane stav, pro který není rozepsána SOS medikace, případně stav, který nebyl předpokládán
 - omezené technické a materiální vybavení služby – služba nemůže poskytnout péči z technických či materiálních důvodů

Kompletnost PPZZ garantuje koordinátor paliativní péče.

Aktualizace plánu péče v závěru života

Aktualizace plánu péče probíhá při každé změně zdravotního stavu, zachycené změně přání/představ klienta příp. jeho blízkých či změně podmínek pro poskytování péče. PPZZ je aktualizován minimálně 1 x ročně, pokud se nemění u klienta či v jeho prostředí žádné okolnosti.

Aktualizaci PPZZ iniciuje a garantuje koordinátor paliativní péče. Přesto musíme dodat, že sebedokonalejší plán a sebelepší předvídaní vývoje je vhodné s klientem a rodinou předem otevřeně komunikovat. Domovy pro seniory mají své limity, které je důležité pro bezpečné poskytování paliativní péče dodržovat (viz výše).

Překážky v plánování péče v závěru života

Nejčastější překážkou v PPZZ je neochota participovat, což se může objevit na straně kteréhokoliv z účastníků. Ať už se jedná o klienta, jeho blízké, zaměstnance organizace, ošetřujícího lékaře či další subjekty.

Účast na PPZZ by vždy měla být dobrovolná. Někdy však zajištění dobrovolnosti může být výzvou. Na straně obyvatele jsme již zmiňovali nedostatečné kognitivní kapacity. Dále se mohou objevovat rozdíly samotných seniorů v přístupu k rozhodování o péči v závěru života od aktivního přístupu, přes vyhýbání se rozhovorům, po delegování rozhodnutí odpovědnosti lékařům.

Pokud se jedná o neochotu zapojit se do PPZZ na straně blízkých klientů, důvodem může být neporozumění nevyhlášenosti onemocnění. Příbuzní též mohou pociťovat, že nemají dostatek informací k účasti na plánování, či se necítí, že by měli být těmi, kdo by měli rozhodnout. Problematické též může být, pokud příbuzní necítí důvěru v pečující tým či kvalitu poskytované péče. Rovněž pokud blízcí cítí vinu, či cítí, že by určitým rozhodnutím zklamali své blízké, mohou být neochotní participovat. Efektivní podporou se ukazuje zdůrazňování toho, že úkolem rodiny je ochrana zájmů klienta.

U pracovníků i lékařů se můžeme setkat s tím, že nerozumí důležitosti a výhodám PPZZ, případně nejsou otevření diskusím o tématu umírání a smrti. Sami mohou mít potíže vyrovnat se smrtí a umíráním. Objevují se též obavy z toho, aby nezarmoutili ty, o které pečují. Aby senior rozhovor zvládl. Téma PPZZ s sebou také nese řadu etických dilemat, která mohou odrazovat pro diskomfort, který působí. V tomto ohledu je dobré znát evidenci, která nepotvrzuje negativní dopad rozhovorů o cílech péče na psychický stav zúčastněných. I když tyto rozhovory mohou být obtížné, pokud jsou správně vedeny, jsou pro klienty velmi důležité a často je pro nemocné horší zůstat se svými obavami sám a nemít možnost o svých úzkostech mluvit s druhými.

Neochota participovat též může být dána neznalostí vlastního procesu a souvisejících obav z právních postihů. Dále neznalostí trajektorií umírání a představou, že je na plánování péče v závěru života dostatek času, případně že dané onemocnění není život ohrožující (případ pracovníků).

Velkou oblastí, pro kterou se může objevit neochota vstupovat do procesu, je nedostatek komunikačních schopností a dovedností a sebedůvěry pro vedení průběžných rozhovorů i shrnujícího rozhovoru. Důležitým faktorem je i pociťovaný nedostatek kapacity pro PPZZ.

Za neochotou vstupovat do procesu PPZZ může být i pociťovaný nesoulad v názorech mezi blízkými navzájem i mezi blízkými a pracovníky domova. Účast v PPZZ může pomoci s rozdílnými názory pracovat a hledat shodu. Pokud existuje zásadní rozpor o tom, jak by péče v závěru života měla vypadat, management domova se bude muset rozhodnout, jak bude postupovat při další realizaci péče. Zda například umožní, aby obyvatel v domově zemřel, či nikoliv. K rozhodnutí se váže riziko potenciální žaloby. Management by měl za svým rozhodnutím stát a dát potřebnou jistotu svým podřízeným. Na základě důkladného porozumění důvodům neochoty participovat lze plánovat další kroky.

I pokud kterýkoliv z aktérů účast v PPZZ odmítá, domov by neměl přestat tuto příležitost nabízet. Postoje se mohou měnit u každého z účastníků vlivem různých okolností, například progresí onemocnění nebo komunikací mezi blízkými mimo zařízení.

Závěrem

Plánování péče v závěru života se ukazuje jako důležitý prostředek k vyjádření hodnot, preferencí, postojů osoby, tak i k posílení autonomie a zvýšení kvality života. S ohledem na skutečnost, že přibližně čtvrtina obyvatel pobytových sociálních služeb pro seniory každý rok umírá, má jako součást paliativního přístupu tento nástroj své místo i zde. Cílem snah by mělo být, aby se PPZZ stalo běžnou součástí poskytované péče v domovech pro seniory.

Implementaci PPZZ pak může uvnitř organizace usnadnit řada faktorů.

Na úrovni služby se jedná o nastavení vnímání PPZZ jako běžné součásti péče. K tomu, aby se tak mohlo stát, je třeba, aby prostředí organizace bylo otevřené tématu umírání a smrti. Dále by organizace měla vyhradit dostatek zdrojů. Jedná se o finance, čas a lidské zdroje.

Vedení rozhovorů o péči v závěru života je v mnoha ohledech náročné – jak lidsky, tak odborně. Organizace by proto měla mít vyhrazené prostředky na vzdělávání. Podporou je i poskytování paliativní péče. V širším náhledu tedy její implementace v kontextu křehké geriatricie může zakotvení procesu napomoci. V to zahrnujeme i spolupráci s poskytovateli specializované paliativní péče, kteří mohou vystupovat jako ti, kdo PPZZ provádí, také však jako ti, kdo edukují (více či méně formalizovaně) ve vedení PPZZ.

Pro zdárný průběh PPZZ je též nezbytná podpora managementu. Jeho úlohou je nastavit, monitorovat i posouvat vlastní proces. Dále být oporou pracovníkům: hledat cesty, jak jim PPZZ usnadnit, dávat jim jistotu.

Z hlediska implementace PPZZ v praxi může významně napomoci, pokud je v organizaci určen zaměstnanec, který má v odpovědnosti vedení rozhovorů o péči a léčbě v závěru života. Proces by současně měl být v odpovědnosti pracovníků různých odborností i úrovní s dostatečným výcvikem. V praxi mají různí pracovníci různě důvěrné vztahy k obyvatelům i blízkým. V některých momentech může být tedy i nepraktické, aby pracovník důvěrný rozhovor přerušil a šel hledat jiného „odpovědného“ pracovníka. Také platí, že čím více pracovníků vezme proces PPZZ za své, tím spíše se tento proces udrží v kultuře organizace i po jejich případném odchodu.

Použitá literatura

- AMPE, S., TINNE, S., DECLERQ, A. et al. 2017. Advance Care Planning for Nursing Home Residents with Dementia: Influence of 'We DECide' on Policy and Practice. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 139–146.
- BECK, E. R., McILFATRICK, S., HASSON, F. et al. 2017. Health Care Professionals' Perspectives of Advance Care Planning for People with Dementia Living in Long-Term Care Settings: A Narrative Review of the Literature. *Dementia*, 16(4), 486–512.
- BERNACKI, R. E., BLOCK, S. D. 2014. Communication about Serious Illness Care Goals. *JAMA Internal Medicine*, 174(12), 1994–2003. BRAZIL, K. 2018. Ethical Approach to Dementia Care. Příspěvek pronesený dne 31. 5. 2018 v Praze.
- BRINKMAN-STOPPELENBURG, A., RIETJENS, J. A. C., VAN DER HEIDE, A. 2014. The Effects of Advance Care Planning on End-of-Life Care: A Systematic Review. *Palliative Medicine*, 28(8), 1000–1025. COULTER, A., COLLINS, A. 2011. *Making Shared Decision-Making a Reality*. London: King's Fund.
- FLO, E., HUSEBO, B. S., BRUUSGAARD, P. et al. 2016. A Review of the Implementation and Research Strategies of Advance Care Planning in Nursing Homes. *BMC Geriatrics*, 16(1), 24.
- GILISSEN, J., PIVODIC, L., GASTMANS, C. et al. 2018. How to Achieve the Desired Outcomes of Advance Care Planning in Nursing Homes: A Theory of Change. *BMC Geriatrics*, 18(1), 47.
- GILISSEN, J., PIVODIC, L., SMETS, T. et al. 2017. Preconditions for Successful Advance Care Planning in Nursing Homes: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 66, 47–59.
- HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. et al. 2018. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. Praha: Domov Sue Ryder.
- CHAN, H. Y. L., PANG, S. M. C. 2011. Readiness of Chinese Frail Old Age Home Residents Towards End-of-Life Care Decision Making. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (9–10), 1454–1461.
- MARTIN, R. S., HAYES, B., GREGOREVIC, K. et al. 2016. The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(4), 284–293.
- PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. *Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020, ISBN 978-80-88361-01-5.
- PIERS, R., ALBERS, G., GILISSEN, J. et al. 2018. Advance Care Planning in Dementia: Recommendations for Healthcare Professionals. *BMC Palliative Care*, 17(1), 88.
- SAINI, G., SAMPSON, E. L., DAVIS, S. et al. 2016. An Ethnographic Study of Strategies to Support Discussions with Family Members on End-of-life Care for People with Advanced Dementia in Nursing Homes. *BMC Palliative Care*, 15(1), 55.
- SÉCHAUD, L., GOULET, C., MORIN, D. et al. 2014. Advance Care Planning for Institutionalised Older People: An Integrative Review of the Literature. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 159–168.
- ŠPATENKOVÁ, N. et al. 2014. *O posledních věcech člověka: Vybrané kapitoly z thanatologie*. Praha: Galén.
- THORESEN, L., AHLZÉN, R., SOLBRÆKKE, K. N. 2016. Advance Care Planning in Norwegian Nursing Homes – Who Is It For? *Journal of Aging Studies*, 38, 16–26.

Příloha – Průběžné rozhovory - příklady odpovědi

„Slyšela jsem, že zemřela paní Vonásková...“

„Ano, to je pravda, zemřela ve středu. Určitě se dozvíte, až bude smuteční rozloučení. Chtěla byste se zúčastnit? Jaké máte na paní Vonáskovou vzpomínky?“

„Chci zemřít.“

„To je důležité téma. Všichni o smrti přemýšlíme a někdy o ní chceme hovořit. Je někdo konkrétní, s kým byste hovořil nejraději? Mohu někoho zavolat?“

Nesnažit se klientovo tvrzení popřít. Je dobré uznat jeho důležitost, klienta vyslechnout, případně zprostředkovat další rozhovor.

„Chtěl/a bych se zabít. Pomůžete mi v tom?“

„V tom vám nepomohu, ale sednu si sem k vám a vy mi můžete povědět, co se vám právě honí hlavou.“

Jednoznačná odpověď bez hodnocení, ne např.: bohužel vám nepomohu, plus nabídka vyslechnutí.

„Vůbec se se mnou nezabývejte, už bych měl/a stejně jenom umřít, tohle je k ničemu.“

„Slyším/vidím, že je vám těžko, někdy to tak je, co pro vás můžu udělat?“

„To člověka občas napadne a je to nepříjemné. Je dnes něco jinak než obvykle?“

Vrátíte člověka do situace tady a teď, což může pomoci.

V případě, že pracovníci v sociálních službách, neví, jak odpovědět, je možné to klientovi říci a současně se dotázat na to, zdali si o tom chce klient s někým promluvit (koordinátor paliativní péče, psycholog, kaplan aj.). Pokud ano, je nutné tuto informaci předat příslušnému kolegovi.

Příloha II. – příklad plánu v závěru života

Důvodem indikace paliativní péče je rozvinutý syndrom terminální geriatrické deteriorace, s pravděpodobnou prognózou v řádu měsíců, v případě akutních komplikací i kratší.

Cílem péče je umožnit klientce důstojně dožít v laskavé péči a vlídném prostředí, strávit zbývající čas podle svých představ a bez nátlaku na jeho prodloužení za každou cenu, ulevit od případných obtíží, zprostředkovat maximální kontakt s rodinou a minimalizovat zatěžující zdravotní výkony.

Tento plán může být průběžně aktualizován členy MDT. Změny v jednotlivých oblastech péče jsou plně v kompetenci jednotlivých vedoucích, ZS a případně lékaře.

Plán péče:

1. V případě zhoršení zdravotního stavu nebude klientka odesílána k hospitalizaci, při zástavě životních funkcí nebude resuscitována. Při změně zdravotního stavu a obtížích lze využít nastavené SOS medikace (viz zdravotní dokumentace) - bolest, dušnost, pokles saturace, neklid, horečka, nevolnost/zvracení, dehydratace.
2. O klientku dále pečujeme navyklym způsobem, snažíme se citlivě vnímat její aktuální možnosti a potřeby, respektujeme prohlubující se únavu.
3. Klientka si svůj stav uvědomuje a je s prognózou srozuměna, pokud bude mít potřebu, můžeme s ní o tomto tématu otevřeně komunikovat.
4. Lékař redukoval veškeré léky, které nebyly nezbytné, proto prosím věnujte zvýšenou pozornost známkám bolesti, změnám v psychice, kvalitě spánku.
5. Klientka nemá žádná omezení, hygiena, RHB, aktivizace, přesuny, trávení času závisí na jejím přání a je plně v kompetencích příslušných členů MDT, nabízíme, motivujeme, odmítnutí respektujeme, ale příště znovu nabízíme (není z ničeho vyloučena). Klientku nevážíme.
6. Věnujeme zvýšenou pozornost stavu kůže a prevenci jejího porušení. Dbáme na pravidelné, pohodlné, a hlavně šetrné polohování.
7. Věnujeme zvýšenou pozornost ústní hygieně: ústa udržujeme čistá, před jídlem je nutné vždy navlhčit ústa (dát trochu napít), po jídle vypláchnout ústa, udržovat vlhké sliznice a jazyk, ošetřené rty.
8. Tekutiny: nabízíme, podáváme vlažný a velmi sladký čaj nebo podle přání klientky. Není nutné tekutiny vyloženě nutit, důležitější je prevence pocitu žízně a suchých úst. Hydratace je zajištěna převážně s.c. infuzí. Pokud si klientka vytrhne s.c. vstup, zavedení nového odložíme na následující den. Příjem tekutin evidujeme.

9. Jídlo/výživa: nabízíme, nenutíme, pokud klientka jídlo odmítne nebo je příliš unavená, lze vynechat chod a znovu nabídnout další. Složení výživy určuje NT podle chuťových preferencí klientky. Stravu podáváme ve zvýšené poloze nebo při vysazení, při jídle se s klientkou domlouváme na vypnutí televize a snažíme se směřovat veškerou její pozornost k polykání. Nikdy nespěcháme, slovně připomínáme, že právě jí, má v ústech sousto a má polknout. Pokud si klientka nepřeje sama pokračovat v jídle, nenutíme jíst déle než 30 minut, únava po delší době znemožňuje polykání. Před každým dalším soustem ohleduplně kontrolujeme, že už předchozí sousto spolkla. Po skončení jídla klientku necháváme bez dohledu až poté, co zkontrolujeme, že má prázdná ústa. Po jídle ústa vyplachujeme. Příjem stravy evidujeme, ale není cílem donutit klientku k tomu, aby snědla více, než aktuálně dokáže. Snažíme se dotazovat na to, jestli má chuť na něco konkrétního, a toto případně zprostředkovat.

10. Vyprazdňování – sledujeme a zaznamenáváme, snažíme se o zajištění pravidelného vyprazdňování s přihlédnutím k aktuálnímu příjmu stravy (ZS).

11. Účast na bohoslužbách - podle zájmu a stavu klientky, pokud to personální stav umožňuje, je možná i s celým lůžkem.

12. Sociální kontakty – klientku téměř denně navštěvují dvě dcery, dále je ráda ve společenské místnosti s dalšími klienty.

13. Péče v posledních hodinách - dcery si přejí klientku při umírání doprovázet, kontaktujeme je v případě zhoršení stavu neprodleně a připravíme pro ně u lůžka křeslo. Návštěvu kněze klientka nevyžaduje. Při loučení si dcery přejí spíše soukromí.

14. Péče po úmrtí - S dcerami jsme hovořili o péči o tělo zemřelé a pozůstalostní péči, pohřební službu zajistí samy.