
UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Institut mezioborových studií Brno

Euthanasie versus hospicová péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. et PhDr. Zdeňka Vaňková

Vypracovala:

Radka Pazderková

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Euthanasie versus hospicová péče zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Rajhradě, dne: 31.března 2010

.....
podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. et. PhDr. Zdeňce Vaňkové za velmi užitečnou, vstřícnou a ochotnou metodickou pomoc, dále pak děkuji paní doktorce za cenné rady a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Radka Pazderková

Obsah

Úvod	3
1 Zhodnocení právní úpravy v ČR v oblasti poskytování zdravotní péče.....	5
1.1 Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod	5
1.2 Trestní zákon – zákon č. 40/2009 Sb.....	6
1.3 Euthanasie z hlediska trestního práva (de lege lata).....	7
1.3.1 Trestný čin vraždy	7
1.3.2 Trestný čin zabití	7
1.3.3 Trestný čin účast na sebevraždě	8
1.3.4 Trestný čin neposkytnutí pomoci	8
1.3.5 Trestně právní odpovědnost	9
1.4 Zákon o ochraně veřejného zdraví	10
1.5 Zákon o péči a zdraví lidu	10
1.5.1 Poučení a souhlas nemocného	10
1.5.2 Práva pacientů v ČR	11
1.5.3 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví poskytovat péči lege artis	15
2 Euthanasie.....	16
2.1 Pojem a formy euthanasie	16
2.2 Problematika definice euthanasie	18
2.3 Historické názory na euthanasii a zahraniční zkušenost z Nizozemí	19
2.4 Euthanasie – ano či ne?	21
2.4.1 Argumenty ve prospěch euthanasie.....	21
2.4.2 Argumenty proti euthanasii	22
2.5 Proč lidé mohou žádat o euthanasii – osobní zkušenost s žádostí o euthanasii.....	24
2.6 Euthanasie – postoj církve a společnosti	25
3 Paliativní péče	28
3.1 Paliativní péče	28
3.2 Specifika komunikace v paliativní péči.....	32
4 Hospicová péče.....	34
4.1 Myšlenka hospice, co je to hospic	34
4.2 Vývoj hospicového hnutí.....	35
4.3 Hospicová péče v České republice	35

4.4	Typy hospicové péče	36
4.5	Domácí hospicová péče	37
4.6	Doprovázení umírajících podle Elizabeth Kübler- Ross	38
4.7	Sociální práce v hospicové a paliativní péči.....	39
4.7.1	Náplň práce sociálního pracovníka v paliativní péči.....	39
4.8	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna	42
	Závěr.....	45
	Resumé	47
	Anotace.....	48
	Annotation	48
	Seznam použité literatury a další informační zdroje	49
	Seznam symbolů a zkratk	52
	Seznam příloh.....	53

Úvod

Žijeme v době, kdy se pojmem „právo“ nešetří. Jedná se o pojem velmi častý, frekventovaný a oblíbený (právo na zdraví, stejně tak jako právo na smrt), přičemž mnohá z těchto práv jsou spíše pouhými přáními, zájmy nebo chtěním. Problematika rozhodování o životě a zdraví člověka představuje složitý společenský problém, který je potřeba posuzovat z více hledisek, nejen z hlediska právního. Vědecké pokroky spolu s rozvojem technických vymožeností zaznamenaly v lékařství netušené úspěchy. Dnes je možno – jako nikdy dříve – zachraňovat a prodlužovat životy, které byly v dřívějších dobách odsouzeny k zániku. Lepší zdravotní péče umožňuje lidem ve vyspělých zemích dožívat se vyššího věku, avšak stárnutí obyvatelstva s sebou přináší i mnohé otázky a etické problémy, na které neexistují jednoduché odpovědi.

Lidé v pokročilém věku se často ptají, jak zemřu, kde zemřu? V naší společnosti a dnešní době je odpověď na tuto otázku je velmi složitá. Když se člověk narodí, starají se o něj nejlépe jeho nejbližší. Podobně je tomu i na konci života. Starý nebo nemocný člověk potřebuje ty, kteří jej mají rádi a rozumějí mu. Těm, kteří se v této době o starého nebo umírajícího člověka starají, pomáhá tato zkušenost vyrovnat se nejen s jeho stářím, smrtí, ale i se svojí vlastní smrtelností. Hlavními překážkami, proč se rodina nemůže starat o svého bližního v jeho domácím prostředí, jsou stále nedostatečná informovanost o možnostech péče o umírajícího doma – lidé mnohdy netuší, že existuje domácí (hospicová) péče, a dále je to nedostatečná podpora rodin, které by se chtěly starat o svého bližního. Existuje sice sociální dávka příspěvek na péči, ale než se vše kolem této peněžité pomoci vyřídí, nemocný se již většinou přiznání a vyplácení dávky nedožije.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě hlavní části. V části první chci zhodnotit základní otázky právní úpravy ve sféře rozhodování o životě a zdraví člověka. Zásadní zlom v této oblasti znamenal přijetí Listiny základních práv a svobod, kde je vyjádřena základní hodnota, která má platnost absolutní – tzn. jde o právo, které musí stát a kdokoli jiný respektovat. Zákonnou úpravu poskytování zdravotní péče pokrývá zejména zákon o péči a zdraví lidu, který je zaměřen na realizaci a opatření směřující k péči o zdraví.

V části druhé se chci zaměřit na srovnání dvou přístupů k umírajícím a nevléčitelně nemocným lidem – euthanasii a hospicovou a paliativní péči. Tato hnutí se snaží nabídnout odpovědi na otázky spojené s problematikou umírání a lidského utrpení. Čas od času probíhají rozsáhlé diskuse, týkající se legalizace euthanasie. Paliativní péče byla rovněž do těchto diskusí vtažena, protože existuje nejen mezi laiky, ale i mezi profesionály mnoho nejasností.

Hospicovému hnutí je již na veřejnosti věnováno více pozornosti. Zastáncům tohoto hnutí se podařilo otevřít v České republice již několik hospiců a paliativní medicína se na lékařských fakultách (Masarykova univerzita, Univerzita Karlova v Praze) vyprofilovala jako samostatný vědní obor.

1 Zhodnocení právní úpravy v ČR v oblasti poskytování zdravotní péče

1.1 Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod

Po pádu komunistického režimu v naší zemi koncem roku 1989 bylo třeba zabezpečit řádnou ochranu základních lidských práv a svobod. Vzhledem k tomu, že nebylo možné očekávat brzké přijetí nové ústavy, byl přijat specifický model ochrany lidských práv, který zakotvil katalog základních lidských práv mimo ústavu. V roce 1991 přijalo Federální shromáždění ČSFR ústavní zákon č. 23, který uvozoval Listinu základních práv a svobod.

V preambuli ústavy zákonodárce deklaruje základní ideová východiska, která vedla k jejímu přijetí. Z jejího textu je patrné „odhodlání budovat Českou republiku v duchu nedotknutelných hodnot lidské důstojnosti a svobody jako vlast rovnoprávných svobodných občanů, kteří jsou si vědomi svých povinností vůči druhým a zodpovědnosti vůči celku, jako svobodný a demokratický stát, založený na úctě k lidským právům a na zásadách občanské společnosti, jako součást rodiny evropských a světových demokracií i odhodlání řídit se všemi osvědčenými principy právního státu.“¹

„Preambule“ Listiny odkazuje na přirozenoprávní původ základních lidských práv a svobod. Úvodní článek hlavy první prohlašuje základní práva a svobody za „*nezadatelné, nezcižitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“²

Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Článek druhý v odstavci stanovuje maxima – „každý může činit, co není zákonem zakázáno a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá,“ na kterou navazuje ustanovení článku čtvrtého – „*povinnosti mohou být ukládány toliko na základě zákona, v jeho mezích a jen při zachování základních práv a svobod.*“³ Meze základních práv a svobod mohou být upraveny pouze zákonem za podmínek, které stanoví Listina. Přitom musí být šetřeno jejich podstaty a smyslu a nesmějí být zneužívána k jiným účelům, než pro které byla stanovena.

1 Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

2 Tamtéž

3 Tamtéž

V hlavě druhé je důležitý první oddíl týkající se základních práv a svobod. Významné ustanovení představuje článek šestý – právo na život, podle kterého nikdo nesmí být zbaven života. Přičemž není porušením tohoto práva, byl-li někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které není podle zákona trestné (jednání v sebeobraně a dále dle zákona). Listina dále zaručuje například právo na nedotknutelnost a soukromí osoby (čl. 7) a právo na lidskou důstojnost (čl. 10). V hlavě čtvrté je upraveno právo na ochranu zdraví a na zdravotní péči (čl. 31), které je chápáno jako součást práva na život.

1.2 Trestní zákon – zákon č. 40/2009 Sb.

„Nová kodifikace trestního zákoníku je založena na přesvědčení, že ochranu demokratického státního a společenského zřízení, práv a svobod jednotlivců a ochranu jejich života, zdraví a majetku je třeba dosahovat především mimotrestními prostředky. Na protiprávní jednání je třeba reagovat prostředky trestního práva až v krajních případech v souladu s pomocnou úlohou trestního práva v právním řádu a ve společnosti. Kriminální politika, sledující kontrolu a potlačování kriminality, musí proto spočívat ve vhodném vyvažování prevence a represe. Současný trestní kodex je výsledkem četných novelizací, mnohdy reagujících především na aktuální potřeby vyvolané dynamikou kriminality, hlubší zásahy do koncepčního pojetí našeho trestního práva byly provedeny jen okrajově.“⁴

Dlouho očekávaná novelizace trestního zákoníku přinesla spoustu významných změn od systematických až po zavedení zcela nových institutů. Dochází k upuštění materiálně-formálního pojetí trestného činu (odpadla materiální stránka trestního činu) a vedle trestního činu se nově objevují pojmy „přečin a zločin“ a již se nerozlišuje trestný čin dospělého a provinění mladistvého.

Základním a primárním cílem trestního zákona je ochrana života a zdraví občana, které staví před zájmy státu a společnosti.

Trestným činem je podle §13 protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně.

Vzhledem k tomu, že trest smrti byl v ČR zrušen, představuje zdraví a život především objekt (předmět) trestněprávní ochrany.

⁴ Důvodová zpráva k trestnímu zákonu, http://www.ustavprava.cz/files/dz_k_tz.doc, z 12.10. 2009

Trestné činy proti životu a zdraví jsou ve zvláštní části výslovně upraveny v první hlavě a člení se do pěti dílů.

1.3 Euthanasie z hlediska trestního práva (de lege lata)

Současný, ale ani žádný jiný předešlý trestní zákon výslovně neupravovaly euthanasii. Byly však pokusy o její legalizaci, např. že by byla považována za specifický trestný čin. S ohledem na to, že euthanasie stále vyvolává silné konflikty jak v oblasti práva, medicíny, etiky, filozofie a především náboženství, došlo k upuštění jejího uzákonění. V následujících podkapitolách uvedu trestné činy proti životu a zdraví, ve kterých lze spatřovat problematiku euthanasie.

1.3.1 Trestný čin vraždy

Na aktivní euthanasii, která je popsána v kapitole 3.1 by se dalo pohlížet z hlediska platného trestního zákona jako na trestný čin vraždy dle §140 odst. 1 „*kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let.*“ Ve druhém odstavci § 140 je pak kladen důraz na to, zda k trestnému činu vraždy dojde s rozmyslem nebo po předchozím uvážení – v tomto případě se zvyšuje sazba odnětí svobody.

Výjimečným trestem může být potrestán ten, kdo podle § 140 třetího odstavce písm. a) spáchá trestný čin na dvou nebo více osobách.

Ve zdravotnickém prostředí by se mohlo jednat ze strany lékaře o podání smrtících léků či nepodání léků nutných pro životní fungování organismu. Vysazení umělé výživy a tekutin u pacientů v permanentním vegetativním stavu – kde se jedná především o otázku zdravotnické etiky.⁵

1.3.2 Trestný čin zabití

Následující ustanovení trestního zákona obsahují v §141 trestný čin zabití „*kdo jiného úmyslně usmrtí v silném rozrušení, strachu, úleku anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného, bude potrestán trestem odnětí svobody na tři léta až*

⁵ Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník

osm let“ a dále v druhém odstavci „*odnětím svobody na pět až patnáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin na dvou nebo více osobách*“. Pojem „zabití“ (oproti „usmrcení“) lépe z hlediska chápání veřejnosti vyjadřuje skutečnost, že smrt nastala v důsledku nedbalosti pachatele, čímž je šikovněji takové jednání odlišeno od vraždy na jedné straně a od úmyslného těžkého či běžného ublížení na zdraví s následkem smrti na druhé straně.⁶

1.3.3 Trestný čin účast na sebevraždě

§144 účast na sebevraždě „*Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.*“⁷ Opět lze uvést příklad z lékařského prostředí k problematice euthanasie, kdy lékař či jiný zdravotník obstará nemocnému smrtící lék či jiné prostředky, prostřednictvím kterých se nemocný usmrtí.

1.3.4 Trestný čin neposkytnutí pomoci

Vzhledem k tomu, že poskytnout pomoc člověku, který je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, vyplývá ze zásady humanismu a vztahu člověka k člověku, nikdo by tedy neměl nečinně přihlížet tomu, že jiný lidský život je v nebezpečí.⁸ Euthanasie se tudíž dotýká §150 odst. 1,2 – kdy se jedná o neposkytnutí pomoci osobě, která je v nebezpečí nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného (odst. 1) a v odst. 2 se toto neposkytnutí pomoci fyzickou osobou vztahuje na zaměstnance povinného takovou pomoc poskytnout.⁹

⁶ Důvodová zpráva k trestnímu zákonu, http://www.ustavprava.cz/files/dz_k_tz.doc, z 12.10. 2009

⁷ Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník

⁸ Důvodová zpráva k trestnímu zákonu, http://www.ustavprava.cz/files/dz_k_tz.doc, z 12.10. 2009

⁹ Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník

1.3.5 Trestně právní odpovědnost

Jde o odpovědnost, kterou má pachatel trestného činu podle trestního zákona. Pachatelem trestného činu podle zákona může být kdokoli. Povinností orgánů policie a státního zastupitelství je trestně stíhat pachatele trestných činů, a to i tehdy, když na ně nebylo podáno trestní oznámení. Pacienti, kteří se cítí být poškozeni na zdraví lékařským zákrokem, popř. příbuzní pacienta, kteří se domnívají, že došlo k újmě na zdraví či dokonce k jeho úmrtí, mohou tuto záležitost řešit trestním oznámením. Platí zde ovšem zásada, že trestán může být někdo pouze za takový čin, který je v zákoně výslovně označen za trestný.¹⁰ Trestnost činu je vyloučena tehdy, jednala-li osoba v nutné obraně a krajní nouzi. Podle §28 je nově u krajní nouze odst. 2 doplněn definicí, u níž je třeba vyloučit použití (krajní nouze) u osob, které jsou povinny nebezpečí snášet (např. vojáci, ošetřovatel). To neplatí v případě nově zavedených pojmů dle §30 trestního zákona „*svolení poškozeného*“ - kdy trestný čin nespáchá, kdo jedná na základě svolení osoby, jejíž zájmy, o nichž tato osoba může bez omezení rozhodovat, jsou činem dotčeny – než dojdeme k třetímu odstavci tohoto paragrafu, mohlo by se zdát, že se jedná o řešení problému euthanasie, v této pasáži však dochází k výčtu výjimek a to, že za svolení nelze považovat souhlas k ublížení na zdraví nebo usmrcení. Nově zákon zavádí institut „*přípustné riziko*“ - §31 odst.1 - „*trestný čin nespáchá, kdo v souladu s dosaženým stavem poznání a informacemi, které měl v době svého rozhodování o dalším postupu, vykonává v rámci svého zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce společensky prospěšnou činnost, kterou ohrozí nebo poruší zájem chráněný trestním zákonem, nelze-li společensky prospěšného výsledku dosáhnout jinak.*“ Hned v druhém odstavci se však dovídáme, kdy o přípustné riziko nejde, a to v případě, kdy „*taková činnost ohrozí život nebo zdraví člověka, aniž by jí byl dán k ní v souladu s jiným právním předpisem souhlas, nebo výsledek, k němuž směřuje, zcela zřejmě neodpovídá míře rizika, anebo provádění této činnosti zřejmě odporuje požadavkům jiného právního předpisu, veřejnému zájmu, zásadám lidskosti nebo se přičí dobrým mravům.*“¹¹

10 Stolínová, J., Mach, J.: *Právní odpovědnost v medicíně*, Galén, 1998, s. 28

11 Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákoník

1.4 Zákon o ochraně veřejného zdraví

Základním zákonem v oblasti veřejného zdraví je zákon č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví. Zákon stanovil soustavu orgánů veřejného zdraví a upravil práva a povinnosti fyzických a právnických osob v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví. Veřejným zdravím se rozumí zdravotní stav obyvatelstva, který je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života (§ 2 odst. 1). Ochrana veřejného zdraví by měla vést k definování problému a možných rizikových faktorů, které tento zdravotní stav ohrožují. Na základě těchto poznatků by mělo dojít k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek, k zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění a jiných významných poruch zdraví. Všechna tato opatření mají vést především k prevenci výskytu těchto onemocnění a k podpoře obyvatel.

1.5 Zákon o péči a zdraví lidu

Základním právním předpisem pro oblast poskytování péče je zákon o péči a zdraví lidu (zákon č. 20/1966 Sb., v platném znění). Zákon vytváří základní rámec pro poskytování zdravotní péče, upravuje činnost zdravotnických zařízení, definuje jednotlivé typy zdravotnických zařízení, definuje obsah léčebně preventivní péče a úkoly pracovníků ve zdravotnictví.

1.5.1 Poučení a souhlas nemocného

Podle §23 odst. 1 zák. č. 20/1966 Sb. je povinen poučit nemocného, popř. členy jeho rodiny, lékař. Jde o kvalifikovanou informaci, kterou může dát pouze lékař a nikdo jiný. Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař písemné prohlášení (revers).

Zákon o péči a zdraví lidu stanoví taxativní výčet případů (§ 23 odst. 4 a § 24), kdy lze vyšetřovací nebo léčebné zákroky provádět bez souhlasu nemocného:

1. jde o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
2. jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo

3. není možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,
4. jde-li o nosiče typu infekčního onemocnění, podle zákona o ochraně veřejného zdraví. V těchto případech lze nemocného převzít do ústavní péče i bez jeho souhlasu. Zdravotnické zařízení je však povinno do 24 hodin oznámit soudu, v jehož obvodu má sídlo, převzetí pacienta. Řízení o vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče upravuje občanský soudní řád (zákon č. 99/1963 Sb. v platném znění, § 191a a násl.).

Souhlas pacienta musí být informovaný a svobodný. Tento souhlas lze projevit jak výslovně, tak i v konkludentní formě. Jen v případech, kdy má být proveden závažný zdravotní výkon s vysokou mírou rizika nebo výkon, který by závažnou měrou mohl změnit způsob dalšího života, se vyžaduje písemný souhlas pacienta. Tento souhlas může pacient kdykoliv odvolat. Pokud pacient odmítá i přes náležité vysvětlení potřebnou zdravotní péči nebo zdravotní výkon, je lékař povinen vyžádat si o tom písemné prohlášení.

1.5.2 Práva pacientů v ČR

Historie práv pacientů je v naší zemi velmi mladá. Návrh podala prof. Helena Haškovcová. Etický kodex „práva pacientů“ byl prohlášen teprve 25. února 1992 za platný. Jedná se celkem o jedenáct práv, která jsou určena dospělým nemocným, jsou v souladu s platnými zdravotnickými zákony a jejich závaznost je mravní povahy.¹²

Právo č. 1 – *pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky* - u tohoto práva bych se ráda pozastavila nad odbornou zdravotnickou péčí, která v praxi znamená nejen nové technologie a přístupy k léčení, celoživotní vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, ale též souvisí s financováním zdravotnictví a jeho dostupností. Péče prováděná s porozuměním – k tomu není co dodat – to je snem každé lidské bytosti, která se alespoň jednou za život ocitla v ruce lékařských – realita je ale plně jiná.¹³

Právo č. 2 – *pacient má právo znát jméno lékaře a všech zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož*

¹² Haškovcová, H.: *Práva pacientů*, nakladatelství Aleny Krtilové, Havířov, 1996

¹³ Tamtéž, s. 34-41

i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či přáteli. Omezení takového způsobu návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů – právo žádat soukromí je někdy těžké naplnit, bohužel stále přetrvává počet nemocničních lůžek v rozmezí 2-6 pacientů na pokoji, jednolůžkové pokoje jsou nadstandardem, za který si musí i nadále připlácet. Doufejme, že střeďeční a nedělní návštěvy od – do jsou dnes pouhou vzpomínkou a minulostí.¹⁴

Právo č. 3 – *pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má býti náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich zúčastní* – pacient má právo na náležitou informaci o svém zdravotním stavu, lékař jej povinen jej srozumitelně poučit o diagnostických a léčebných postupech. Pacient dává lékaři potřebný „informovaný souhlas“ ať už písemný, či pouze ústní. I v tomto konkrétním právu je opět nutností individuální přístup k pacientovi, lékař musí brát v úvahu pacientovo vzdělání a jeho schopnosti porozumět situaci.¹⁵

Právo č. 4 – *pacient má právo v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích takového rozhodnutí* – každý lékařský postup, který je pokládán za lege artis, je v souladu se zákonem a je tedy v určitém slova smyslu ze strany pacienta odmítnutelný. Zdravotní stav pacienta lze v některých případech řešit více různými postupy, v tomto případě lékař nabízí varianty a pacient si vybírá. V souvislosti s tímto právem často dochází k různým složitým a komplikovaným situacím – např. pacient se rozhodne odmítnout léčebný postup, který může mít za následek zhoršení zdravotního stavu nebo dokonce může přivodit smrt pacienta. K obtížným situacím dochází v případě, kdy nemocný odmítá léčbu v infaustním stavu a na druhé straně je lékaři uložena povinnost chránit zdraví a život nemocného „až do konce“¹⁶

14 Tamtéž, s. 43-60

15 Tamtéž, s. 61-82

16 Tamtéž, s. 85- 95

Právo č. 5 – *v průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčby je věcí důvěrnou a musí být prováděna diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby sám nevybral* - v prvním bodě tohoto práva hovoří prof. Haškovcová o fyzické a psychické nahotě. V té první se jedná o prolamování intimní bariéry a u vyšetřování by měl být pouze nezbytně nutný počet pracovníků. Psychická nahota znamená odhalení své „duše“ – pacientovi se mohou hůře sdělovat intimní údaje, ze strachu, aby lékaře neobtěžoval, neuvádí některé skutečnosti etc. Lékaři o těchto bariérách vědí a snaží se systémem důmyslných otázek získat potřebné údaje.¹⁷

Právo č. 6 - *pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování* – toto právo blíže určuje a specifikuje zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Mlčenlivost musí dodržovat nejen lékař, ale každý, kdo přijde do styku s informacemi o pacientovi – všichni by měli při nástupu do zaměstnání podepisovat zachování mlčenlivosti. Vystává zde však otázka, kde je úplná mlčenlivost vůbec možná. Podávání informací příbuzným – stále se v praxi setkáváme s případy, kdy rodina příbuzného zná zdravotní stav lépe než samotný pacient. Ze zkušeností v zaměstnání mohu tento fakt jen potvrdit, pacient nezná, neví o své chorobě a příbuzní zase nevědí, jak pravdu nemocnému sdělit, nebo zda vůbec informace sdělovat. Pacient je také při přijetí do zdravotnického zařízení tázán, komu mohou a mají být podány informace o jeho zdravotním stavu.¹⁸

Právo č. 7 – *pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlád nejprve*

17 Tamtéž s. 96- 102

18 Tamtéž, s. 103 - 113

schválit - v systému zdravotnictví existuje a funguje určitá hierarchie s jasnými vymezenými kompetencemi zdravotníků. Každá nemocnice nemůže být vybavena vším, a tudíž je třeba, aby byl v některých případech pacient přeložen do jiné nemocnice – ovšem vždy k tomu musí nemocný udělit souhlas a musí být o tomto s předstihem informován.¹⁹

Právo č. 8 – *pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče* – po hospitalizaci v nemocnici má pacient právo vědět, kdy, kam a na koho se má obrátit. Tuto informaci mu musí sdělit ošetřující lékař.²⁰

Právo č. 9 – *pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického či terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí* - bez experimentů a pokusů není možný vývoj lékařské činnosti. Experimenty se nachází v hierarchii pokusů na nejvyšším místě. Rozeznávají se pokusy laboratorní a klinické – v laboratořích se experimentuje se zvířaty, na klinikách je pokusnou osobou člověk, tyto experimenty jsou předmětem mnoha etických diskusí.

Pokusy na zvířatech: v roce 1990 byl Státní veterinářskou správou ČR vydán metodický list, který stanovuje podmínky pro provádění pokusů na zvířatech.

Pokusy na lidech: prováděly se vždycky, pouze pravidla se lišila. Člověk, který se chce pokusu účastnit, vždy musí předem vědět proč a jakému pokusu se podrobuje. Vždy se musí svobodně rozhodnout, toto rozhodnutí musí být písemné a musí být schváleno etickou komisí.

19 Tamtéž, s. 114 – 117

20 Tamtéž, s. 119 - 120

Primárním úkolem etických komisí je jednak daný pokus schválit a po jeho schválení pak sledovat a dohlížet, zda vše probíhá v souladu s danými normami.²¹

Právo č. 10 – *nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony* – zde se klade důraz především na lidskou důstojnost, respekt k individuálním přáním pacienta a na citlivou péči poskytovanou nejen týmem odborníků, ale i samotnou rodinou, která v tento okamžik hraje úplně nejdůležitější roli.²²

Právo č. 11 – *pacient má právo a povinnost řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen* – pacient, který chce znát finanční částku, která byla vynaložena na jeho léčbu, má právo toto vědět, stejně tak jako doplatky za výkon, který není hrazen zdravotní pojišťovnou.²³

1.5.3 Povinnosti pracovníků ve zdravotnictví poskytovat péči lege artis

Podle §55 odst. 2 písm. a) zák. č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu je každý zdravotnický pracovník povinen vykonávat své povolání v rozsahu a způsobem, pro nějž zásady určuje Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s profesními organizacemi.

Podle §2 odst. 1 etického kodexu České lékařské komory, lékař v rámci své odborné způsobilosti volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy, a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného nebo jeho zákonného zástupce.²⁴ Stolínová uvádí, že „*má-li být při hodnocení odpovědnosti lékaře posuzováno, zda byl splněn požadavek poskytovat péči v souladu se současnými dostupnými poznatky vědy, tedy lege artis, je nutno se zabývat obsahem tohoto pojmu. Je tedy třeba vymezit, co lze pokládat za současné poznatky lékařské vědy, aby tyto poznatky byly v lékařské praxi skutečně aplikovány.*“²⁵

21 Tamtéž, s. 121 - 131

22 Tamtéž, s. 134

23 Tamtéž, s. 150

24 Mach, J.: *Medicína a právo*, C.H. Beck, Praha, 2006, s. 53

25 Mach, J.: *Medicína a právo*, C.H. Beck, Praha, 2006, s. 53

2 Euthanasie

2.1 Pojem a formy euthanasie

Euthanasie je slovo řeckého původu, které doslovně přeloženo znamená „dobrá smrt“ (eu = dobrý, thanatos = smrt). Přeneseně to potom může být také lehká nebo pěkná smrt. Postupem doby se pohled na význam tohoto slova posunul, takže se jím nerozumí pouze dobrá smrt jako výsledek určitého jednání, kterým se má dobré smrti dosáhnout. V současné době bývá pojem euthanasie používán v několika významech a podřazuje se pod něj široký okruh jednání vztahující se k pomoci nevléčitelně nemocným lidem.

Podle slovníku cizích slov je to „ulehčení umírání, zejména tlumení bolesti, neuspěšující však smrt nemocného, anebo nedovolené a jako vražda posuzovatelné usmrcení nevléčitelně nemocného ze soucitu nebo na jeho žádost.“²⁶ Slovník českého práva charakterizuje euthanasii jako „usmrcení z útrpnosti, ale i zmírnění bolesti umírajícího, spojené někdy se zkrácením života.“²⁷

Světová lékařská asociace chápe euthanasii jako „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen. Jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby a skutek je proveden bez osobního zisku.“²⁸ Po přečtení této definice by si člověk mohl myslet, že světová lékařská asociace snad podporuje euthanasii, opak je však pravdou – definuje pouze to, co euthanasie je, a lékaře nabádá, aby se takto nechovali.

26 Klimeš, L.: *Slovník cizích slov*, SPN Praha, 1998, s. 167.

27 Madar, Z.: *Slovník českého práva* I. díl, Linde Praha, 1995, s. 69.

28 Munzarová, M.: *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt?*, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří, 2008, s. 19

Stejně jako neexistuje všeobecně přijímaná a sdílená definice euthanasie, tak není ani jednota ohledně vymezení jejich jednotlivých forem. Nejčastěji se dnes setkáváme s dělením euthanasie na:

1. **aktivní euthanasie:** jedná se o aktivní zásah vedoucí ke smrti, vykonavatelem aktivní euthanasie je lékař²⁹
2. **pasivní euthanasie:** znamená ustoupení od aktivity – nepokrčování v léčebných postupech, což vede také ke smrti³⁰
3. **nevyžádaná euthanasie:** je variantou aktivní euthanasie, nečiní se tak na přání pacienta³¹
4. **nedobrovolná euthanasie:** nevyžádaná, nechtěná euthanasie
5. **dystanazie:** zadržovaná smrt, dochází k prodlužování života, pacient by již za normálních okolností zemřel, ale např. vlivem přístrojů jsou zachovány životní funkce – plicní ventilace.³²

Zvláštní formu euthanasie představuje „**asistovaná sebevražda**“ – nevléčitelně nemocný pacient si přeje zemřít, žádá lékaře o „návod“ jak realizovat odchod ze života, lékař neukončuje aktivním zásahem život pacienta, nýbrž za jeho asistence tak činí pacient sám.³³

Stále více se také setkáváme s pojmem „**sociální euthanasie**“ - kdy zkušenosti ze zemí, kde je dnes povolena euthanasie, dokazují, že existují případy, kdy je pacient rodinou zmanipulován a přesvědčován, že je pro něj lepší zamezit svému trápení a bolesti podáním injekce lékařem. Lékaři, kteří se setkali s daným druhem jednání, potvrzují, že se nejvíce jednalo buď o lidi osamělé, nebo bez funkčních rodin a pečujících příbuzných.³⁴

V nejnovější učebnici české paliativní medicíny uvádí autor, brněnský onkolog MUDr. Ondřej Sláma, výčet toho, **co euthanasie není:**

1. „podání opiátů nebo jiných léků za účelem kontroly symptomů, včetně bolesti, strachu, nebo nezvladatelné úzkosti,“
2. „nepodání nebo odstoupení od zbytečně zatěžující léčby včetně nutrice a hydratace v případě, kdy pacient již není schopen tuto léčbu přijímat vzhledem k terminalitě svého stavu přirozenou cestou,“

29 Tamtéž

30 Tamtéž

31 Vorlíček, J., Adam, Z.: *Paliativní medicína*, Grada Publishing, Praha, 1998, s. 375

32 Tamtéž

33 Haškovcová, H.: *Thanatologie*, Galén, Praha, 2000, s.105

34 <http://www.mineralfit.cz/zajimavosti-ze-sveta-clanek/euthanasie-svetove-dilema-305/> z 13.10. 2009

3. „sedace pacienta v terminálním stádiu, když ostatní praktické metody kontroly symptomů selhaly,“
4. „odstoupení od resuscitace v terminálním stádiu pacienta.“³⁵

2.2 Problematika definice euthanasie

Prof. Helena Haškovcová zdůrazňuje, že „odborné hranice mezi pasivní a aktivní euthanasii jsou velmi často nezřetelné. Z tohoto důvodu se nyní pokládá rozlišení na aktivní a pasivní euthanasii pouze za metodicky opodstatněné, současně se však považuje jakákoli forma euthanasie za neetický čin.“³⁶ V Benátkách roku 1983 byla zveřejněna Deklarace světové lékařské asociace, kdy lékař může a měl by pomoci v umírání, ale nikoliv ve smrti, a dovoluje upuštění od další terapie usnadňující příchod smrti, aniž by lékař prováděl euthanasii.³⁷

Prof. Marta Munzarová souhlasí s většinou současných autorů, že euthanasie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (lékařem), na jeho vlastní žádost. Zároveň však volá po tom, aby do této definice byl zahrnut i úmysl zabití tím, že nezasáhne. Euthanasie je tedy úmyslné zabití člověka, ať již aktivním nebo pasivním způsobem.³⁸ Munzarová dále podotýká, že je v souvislosti s euthanasií potřeba rozlišovat mezi „necháním zemřít“, kdy pacient umírá v důsledku choroby a nikoli v důsledku zásahu lékaře a „zabitím“, kdy pacient umírá díky rozhodnutí jiné osoby, i když je toto rozhodnutí ovlivněno jeho vlastním přáním.³⁹ Munzarová také poukazuje na zbytečnost (marnost) léčby, o které se začalo stále více mluvit v posledních letech s rozvojem vědy a medicíny. Lékaři a zdravotníci se tak někdy ocitají v situacích, kdy pokračují v postupech ještě dávno poté, co tyto postupy ztratily užitek a člověk už jen často přežívá. Vyvstává zde však otázka, kdo má rozhodovat o tom, co je zbytečné a marné.

35 Sláma, O., Kabelka L., Vorlíček, J.: *Paliativní medicína pro praxi*, Galén, Praha, 2007, s. 322

36 Haškovcová, J.: *Lékařská etika*, Galén, Praha, 1997, s. 162

37 Tamtéž, s. 163

38 Munzarová, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, Grada, Brno, 2005, s. 49

39 Munzarová, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, Grada, Brno, 2005, s. 83

2.3 Historické názory na euthanasii a zahraniční zkušenost z Nizozemí

Již velcí antičtí myslitelé jako jsou Platon, Aristoteles či Sokrates pohlíželi na euthanasii různě. Každý z těchto výše uvedených osobností se zabýval problematikou smrti a i mezi nimi vládne neshoda a nejednotnost v interpretaci dobré smrti. Velmi často byla smrt chápána za vyvrcholení pozemského života. Sokrates považoval smrt za bezesný spánek a v utrpení viděl tedy dobrý důvod nelpět na životě a strach ze smrti považoval za něco nemoudrého. Platón sebevraždu odmítal, avšak v případě zničující choroby ve výjimečných případech ukončení života přijímal. Aristoteles tvrdě vystupoval proti ukončení života, byť by člověk sebevíc trpěl a jeho zakončení sebevraždou považoval za zbabělost. Stoičtí myslitelé připouštějí euthanasii za dvou podmínek, a to adekvátní motivace a zvážení situace i vzhledem k odpovědnosti vůči ostatním.⁴⁰

V křesťanském středověku je smrt chápána jako velká šance a příležitost, neboť utrpení, které ji provází, je podobou Ježíšova utrpení na kříži a smrt je branou, přechodem do věčného života. Smrt je zdůrazňovaná jako důležitý mezistupeň věčnosti.⁴¹

S euthanasií v dnešní podobě se setkáváme v novověku. Thomas Moore a Francis Bacon zdůrazňují, že je zapotřebí využití všech medicínských prostředků k tišení bolestí a jejích příznaků. Prosazuje přesvědčení, že dobrá smrt je ta, která je prosta utrpení.⁴²

V této souvislosti mi přijde vhodné se na tomto místě zmínit o legalizaci euthanasie v Holandsku jako první země, kde je dovoleno provádět „dobrou smrt.“ V Nizozemí byl termín euthanasie přesně vymezen – „jedná se o úmyslné ukončení života osoby na její žádost někým jiným než osobou samotnou (lékařem).“⁴³ Rada Holandské lékařské asociace vydala v roce 1984 požadavky na provádění euthanasie, které byly potvrzeny i soudními rozhodnutími, jednalo se o pět podmínek:

1. dobrovolná a trvalá žádost pacienta
2. úplná informovanost nemocného lékařem
3. pacient prožívá nesnesitelné utrpení

40 Tamtéž, s. 25,26,27

41 Špinková, M., Špinka, Š.: *Euthanasie, víme o čem mluvíme?* Cesta domů, 2006 s. 6

42 Tamtéž, s. 7

43 Tamtéž, s. 35

4. absence jiné přijatelné alternativy
5. konzultace druhého lékaře⁴⁴

V roce 2001 nabyl účinnosti zákon o ukončení života na požádání a pomoci při sebeusmrcení.

Pro provedení beztrestné euthanasie však zákon stanoví jasná kritéria, které lékař musí dodržet, aby jeho jednání nebylo trestné. Tento zákon současně legalizuje euthanasii na žádost nezletilých

Každý lékař, který provede euthanasii má oznamovací povinnost. Příslušné orgány zahájí vyšetřování daného případu a zjišťuje se, zda byly splněny všechny podmínky umožňující provádění euthanasie. O euthanasii tedy může požádat i člověk, který nemusí trpět fyzickou bolestí a také nemusí být v terminální fázi onemocnění.

Zákon posuzuje věkovou hranici, podle níž děti do věku dvanácti let o euthanasii nemohou žádat a za děti do šestnácti let mohou o provedení euthanasie požádat jejich rodiče.

Holandský trestní zákon považuje euthanasii za trestný čin a stanovuje, kdy se jedná trestnost činu a kdy už ne - dle § 293 odst.1) – „*Kdo úmyslně ukončí život jiného na jeho výslovné přání, bude potrestán trestem odnětí svobody až na dvanáct let nebo peněžitým trestem páté kategorie.*“ § 293 odst.2) – „*Skutek uvedený v prvním odstavci není trestný, jestliže se jej dopustil lékař, který při něm splnil požadavky na svědomitost ustanovení čl. 2 o prověřování ukončení života na požádání a pomoci při sebeusmrcení, a toto sdělil příslušnému patologovi v souladu s § 7, odst 2 zákona O pohřebnictví.*“⁴⁵

Jen po přečtení těchto řádků je snad všem jasné, že v Holandsku musí nutně docházet ke zneužívání euthanasie. Podle mne může docházet a určitě dochází i k zatajovaným, skrytým a nekontrolovatelným usmrcením.

K legalizaci euthanasie o několik měsíců později než v Holandsku došlo v Belgii. Pasivní forma euthanasie je tolerována ve Francii. Ve Švýcarsku působí organizace s názvem

⁴⁴ Časopis EMP, článek: „*Nad právními otázkami euthanasie u nás i ve světě*“ 5/ 1997, s. 27

⁴⁵ http://www.ok.cz/iksp/docs/328_1.pd, ze dne 28.10. 2009 nizozemský trestní zákon

Exit a Dignitas, které poskytují na požádání a za úplatu asistovanou sebevraždu. Koncem roku 2008 byl schválen v Lucembursku zákon umožňující provádění asistované smrti.

2.4 Euthanasie – ano či ne?

2.4.1 Argumenty ve prospěch euthanasie

Euthanasii podporují různé občanské spolky a společnosti, usilující o zákonné uznání euthanasie – podporují metody vedoucí k důstojné smrti, podporují autonomii jedince, právo na smrt. Největší společnost pro důstojné umírání je v Německu – Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben a dále světová organizace World Federation of Right-to-Die Societies.⁴⁶

Zastánci euthanasie mluví o respektování autonomie, tj. samotného rozhodování. Pokud hovoříme o autonomii, je nutné si uvědomit, že pacient, který se rozhodne pro provedení euthanasie, by neměl být pod žádným tlakem a toto rozhodnutí by mělo vycházet z jeho vlastní vůle. Člověk zde má podle zastánců euthanasie právo, jestliže to chce, určit i způsob a okamžik smrti. Tím, že jsme každý jiný, prožíváme své životy odlišně, má každý svoji vlastní představu o svých životních hodnotách, smyslu života.

Pouze sám těžce nemocný nebo umírající může hodnotit kvalitu svého života a svoji důstojnost. Důstojnost představuje jakousi individuálně-společenskou konvenci, kterou konkrétní osoba nemůže jiné osobě interpretovat.

Právo zemřít – to znamená, že by se mělo lidem dovolit zemřít, když umírají, a pokud je to jejich přání. Mělo by jim být poskytnuto veškeré nutné pohodlí a jejich (bolestivé) umírání by nemělo být prodlužováno a zdržováno.

Právo na soukromí – je právem člověka nezávisle rozhodovat bez zásahů jiných lidí o svém těle.

Zastánci euthanasie odmítají, že by provádění euthanasie mohlo narušit vztah důvěry mezi lékařem a pacienty – zdůrazňují dokonce opak.

⁴⁶ Haškovcová, H.: *Lékařská etika*, Galén, Praha, 1997, s. 164

Z tvrzení, že nikdo nemá právo zabít jiného člověka, pokud ho tento sám přímo nepožádá, zastánci euthanasie vyvozují jiné tvrzení, že potom tedy nemá nikdo právo nutit osobu žít.

K hlavním argumentům zastánců euthanasie patří především snaha milosrdně zbavit člověka utrpení.

Dalším argumentem, i když poněkud cynickým, je otázka ekonomická. Smrt je totiž levnější než léčba, a tak není nijak obtížné si představit, že by zdravotní pojišťovny raději platily za smrtící přípravky než za léky, které pouze tiší bolest.

2.4.2 Argumenty proti euthanasii

S prováděním euthanasie nesouhlasí především většina církevních a náboženských autorit, jež deklarují svrchovanou a posvátnou hodnotu lidského života. Dále mezi ne-propagátory patří kodexy lékařské etiky, odborníci prosazující hospicovou péči atd.

Jednoznačně se proti euthanasii vyjadřuje katolická církev, která se opírá o nedotknutelnost a posvátnost života. Z jeho pohledu člověku nepřísluší, aby jakkoli degradoval hodnotu božího díla uznáním světského práva libovolně nakládat s vlastním nebo cizím životem.

Kodexy lékařské etiky zastávají názor, že euthanasie je pro lékaře neetická, v rozporu s Hippokratovou přísahou a zabíjení nemocných by vedlo k nedůvěře v lékaře a v lékařství celkově.

Povinností lékaře je léčit. Nemá-li léčení již smysl, je lékař povinen dále o svého pacienta pečovat a tišit jeho bolesti.

Legalizace euthanasie by dala lékařům nesmírnou moc. Právní zajištění zneužití euthanasie je prakticky nereálné.

Nemocní nejsou emocionálně stabilní, prolínají se u nich pocity zmatku, hněvu, strachu, deprese, zbytečnosti atd. a snadno přijímají jakékoli nápady jiných.

Nevyléčitelná nemoc nezbavuje člověka jeho důstojnosti, nemohou o ni přijít, protože jsou slabí, znetvoření nebo že trpí. Euthanasie není důstojnou smrtí.

Není jasné, zda je provedení euthanasie ospravedlnitelné jako „milosrdná smrt.“ Jednání pod vlivem milosti soucitu nemůže být mravně obhajitelné.

Euthanasie se netýká toho konkrétního jedince, ale má dopad na nás všechny a je rozvratná pro celou společnost. Euthanasie není soukromou záležitostí.

Vážně nemocní nebo umírající, kteří žádají o euthanasii, často vyjadřují své přání po uspíšení příchodu smrti, aby ušetřili své nejbližší od soužení z dané situace, avšak ve skutečnosti se v nich skrývá naprosto jiná touha než vůle brzy zemřít.

Rozhodnutí, které člověk učiní, když jeho úsudek ještě neovlivňuje vážná nemoc nebo zranění, se v budoucnosti může zásadním způsobem lišit od jeho skutečné vůle, a to v závislosti na okolnostech aktuální situace.

V současné době je míra úspěšnosti tišení fyzické bolesti dosti vysoká, avšak je potřeba pečovat a ošetřovat duchovní, emocionální a sociální potřeby nemocného.

Nebezpečí tzv. kluzkého svahu nebo tzv. šikmé plochy – tím je myšleno rozšiřování okruhu osob, na kterých by byla euthanasie vykonávána. Nejčastěji se zde uvádí příklad situace Třetí říše.⁴⁷ Na německých univerzitách byly zakládány a všestranně podporovány ústavy věnující se rasové hygieně. Hitler, který nastoupil k moci, byl tvůrcem naprosté ohavnosti, a to:

1. „dětského programu eutanazie“ – což v praxi znamenalo:

- děti, které měli podezření z idiocie, mongolismu, hydrocephalusu, mikrocephalie, trpěly deformitami všech druhů – obzvláště chybějících končetin a obrny, byly převáženy na speciální dětské kliniky, kde zemřely hladem, nebo jim byla podána smrtící injekce.⁴⁸

2. „program eutanazie dospělých“ měl odlišnou organizaci a historii. Důvodem bylo nejen zbavování životů, které nejsou hodny žít, ale též v nemocnicích ulehčit personálu v počínající válce. Toto usmrcování dále probíhalo formou zabíjení v plynových

47 Munzarová, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, Grada Publishing, 2005.

48 Munzarová, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I.*, Vydavatelství MU, 2000. s. 27-28

komorách, vyhladověním a podáváním léků. Vedly se evidence a byli zřizovány speciální komise, které rozhodovaly o tom, kdo bude žít a kdo zemře. Tento program se zpočátku týkal pouze těžce a chronicky nemocných, postupně se však rozšiřoval o lidi neproduktivní, ideologicky a rasově nežádoucí.⁴⁹ Fašistický systém tak připravil o život několik desítek tisíc nevinných lidí a i v dnešní době bývá použit jako odstrašující případ nebezpečnosti zneužití euthanasie.

2.5 Proč lidé mohou žádat o euthanasii – osobní zkušenost s žádostí o euthanasii

V této krátké subkapitole mohu vyjádřit své osobní zkušenosti s žádostí o euthanasii. Již třetím rokem pracuji v hospici v Rajhradě a nutně jsem se s otázkou euthanasie musela konfrontovat.

S žádostí o euthanasii jsem se setkala asi třikrát. Důvodem nikdy nebyla fyzická bolest a utrpení, ale „samota“ nemocného. Asi před třemi týdny do hospice nastoupila pacientka plně indikována k paliativní péči. Při osobním rozhoru se mě ptala, proč není možnost euthanasie, proč ji u nás (v ČR) neprovádíme – když jsme spolu několik dní tuto otázku řešily, vyplynulo, že se paní cítí své rodině a okolí velmi na obtíž – ona, která celý život pracovala, starala se o děti, manžela, rodiče, je teď najednou závislá na pomoci druhých. Ano, nemocné často trápí pocit přítěže pro své blízké. Často je to pouze jejich subjektivní pocit, který je „zbytečně“ ubíjí.

V dalším případě jsem se nesetkala s přímou žádostí o euthanasii, ale šlo spíše o prosbu ze strany nemocného, „ať už tohle skončí,“ kde důvodem byl pocit ztráty vlastní důstojnosti. Za ztrátu lidské důstojnosti přece nemůžeme brát onemocnění, bolest, upoutání na lůžko.

Strach z nesnesitelné bolesti – v tomto případě byl pacient zcela smířen se svou nemocí, ale přál si „vše“ skončit dříve, než přijdou ukrutné bolesti. Opět jsme z naší strany nemocného ujišťovali, že jeho obavy jsou liché a že lékaři dokáží tišit velké bolesti.

49 Tamtéž

Ve všech případech se jednalo o strach, který je legitimní a který se dá řešit láskou a blízkostí člověka – rodiče, manžela, dítěte, přítele.

2.6 Euthanasie – postoj církve a společnosti

V současné době není euthanasie v České republice dovolena, posuzuje se jako vražda a hrozí za ni trest odnětí svobody. Vlnu diskusí přinesl koncem roku 2005 vládní návrh nového trestního zákona, dle kterého by euthanasie byla upravena jako samostatná privilegovaná skutková podstata. V souvislosti s tímto návrhem ostře veřejně vystoupily církve – křesťané, muslimové a židé, aby prosadily svůj společný cíl – zabránění beztrestnosti euthanasie. 9.12. 2005 bylo zveřejněno na internetových stránkách České biskupské konference a na stránkách kardinála Miloslava Vlků „Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice euthanasie a doprovázení umírajících.“ Upozorňují zde na nebezpečnost uzákonění euthanasie ať už proti vůli nemocného, či na základě přání pacienta. V této souvislosti připomínají možnost absolutního nabourání důvěry ke zdravotníkům a euthanasii považují za znevážení lidského života. Poukazují na řešitelnost bolesti prostřednictvím paliativní medicíny a navrhují věnovat větší pozornost péči v nemocnicích, domovech pro seniory, léčebnách dlouhodobě nemocných a současně podporují hospicovou péči, domácí péči a také vzdělávání se v této oblasti.⁵⁰

18. září 2008 vystoupila senátorka ing. Václava Domšová na plénu Senátu ČR s návrhem zákona O důstojné smrti. Hned v úvodu zákona autorka definuje důstojnou smrt jako ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí lékaře. Pacient musí být plně způsobilý k právním úkonům, musí být plně při vědomí a žádost musí být vyhotovena písemně.⁵¹ Tento návrh byl senátem zamítnut a nyní se pracuje na jeho nové verzi.

V květnu 1995 rozeslal papež Jan Pavel II. encykliku *Evangelium vitae*, v níž zdůrazňuje hodnotu a nedotknutelnost lidského života. V třetím bodě tohoto dokumentu tlumočí, že „vše, co je přímo proti životu, jako vraždy, eutanazie jsou ostudné, vnášejí nákazu do lidské civilizace a poskvřňují více ty, kteří je dělají, než ty, kteří trpí bezpráví, a velice zneuctívají Stvořitele.“⁵² „Eutanazie utajovaná, skrytá a nebo prováděna otevřeně

⁵⁰<http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich.html> ze dne 29.10. 2009

⁵¹ <http://www.eutanazie-dobrasmrť.cz/?akce=paragraf&id=11> ze dne 28.10. 2009

⁵² <http://www.keberle.cz/katdocs/EvangeliumVitae.htm>

a dokonce pod ochranou práva⁵³ je lidský hřích, i když je odůvodněna milosrdenstvím s bolestí trpícího či utilitaristicky obhajována. Ve čtvrtém bodě encykliky papež vyjadřuje zklamání nad rostoucím „útokem“ vnějšího světa na člověka. Doslova píše: „*vytváří se a upevňuje nová kulturní situace, ve které zločiny proti lidskému životu dostávají dosud nevídanou, a je-li to vůbec ještě možné, mnohem horší podobu.*“⁵⁴ Taktéž zde Jan Pavel II. popisuje znepokojující situaci nad zákonodárstvím a úpadkem morálky v jednotlivých zemích – kdy stále často nedochází k trestání jakéhokoli jednání proti životu, ba dokonce se tato jednání uznávají za legitimní (potraty, duševní mučení, psychické násilí, genocidy, euthanasie). Život, který vyžaduje více ohleduplnosti, lásky a péče je dnes spíše vnímán jako zátěž, a je tudíž různými způsoby odmítán, je třeba se proti němu bránit nebo ho zcela odstranit. Patnáctý bod encykliky se soustřeďuje na nebezpečí, které hrozí nevylicitelně nemocným a umírajícím – „*dnešní člověk obtížněji přijímá a snáší utrpení a lidé jsou spíše pokoušeni k tomu, aby zcela odstranili problém bolesti tím, že ho prostě vyloučí a urychlí smrt v okamžiku, kdy se to jeví jako nejvhodnější*“⁵⁵.“ Jan Pavel II. dával své názory jasně najevo, byl zásadový a nekompromisní. Během svého působení vřele podporoval pečující v nemocnicích, na klinikách, v domácí péči a hlavně utěšoval nemocné. Vyzýval nesnižovat nemocné na pouhý předmět léčby, ale být spojencem v jeho boji s nemocí.

V dalším dokumentu katolické církve – Katechismu katolické církve z roku 1992 se jasně hovoří, že euthanasie je mravně nepřijatelná a euthanasii ať již aktivní či pasivní lze nazvat vraždou nebo zabitím. Za oprávněné katolická církev považuje přerušení nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům.⁵⁶ Katolická církev respektuje právo na odmítnutí léčby i užívání utišujících prostředků ke zmírnění umírajících, které mohou ukrátkit jeho dny.

Stejně tak islám i židovské náboženství hlásají, že život je darem od Boha, který stvořil člověka ke svému obrazu, a tudíž je euthanasie zakázána. Lidský život považují za absolutní hodnotu a zakazují jakékoli jednání se záměrem jej ukončit.

Závěrem této kapitoly bych zmínila případ smrti britského dirigenta Edwarda Donese a jeho ženy Joan. Tento populární pár se rozhodl své potíže vyřešit společnou euthanasií na

53 Tamtéž

54 Tamtéž

55 Tamtéž

56 *Katechismus katolické církve*, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří, 2002, s. 558.

švýcarské klinice Dignitas. Smrt manželů vyvolala v Británii velké sympatie a odhalila současně, že poptávka po euthanasii v Evropě roste. U obou manželů se nejednalo o utrpení pramenící z nevléčitelné nemoci – dirigenta „pouze“ opouštěl zrak a sluch, jeho manželka trpěla rakovinou, ale ne v terminální fázi. Na curyšské klinice Dignitas zemřelo za poplatek 7000Eur během sedmi let 115 Britů (Čech zatím žádný) a dalších šest set tu má vraždu objednanou. Britové v případě manželů považují za smutný aspekt to, že nemohli zemřít v klidu domova.⁵⁷

21.9. 2009 zveřejnila česká média (MF Dnes, www.ihned.cz) článek pod titulkem „ochrnutý Australan, který si vymohl u soudu právo na smrt, zemřel.“ Jednalo se o devětačtyřicetiletého muže, dobrodruha a sportovce, který si zlomil páteř při dopravní nehodě. Ztratil vládu nad všemi čtyřmi končetinami a stal se zcela závislým na pomoci druhých. U soudu se dožadoval práva odmítnout potravu v zařízení, kde byl hospitalizován, soud mu vyhověl a své rozhodnutí zdůvodnil právem pacienta určovat a odmítnout léčbu, pokud je plně srozumně s důsledky svého rozhodnutí.⁵⁸ Jsme zde opět svědky, kdy se ani v jednom případě nejednalo o nesnesitelné utrpení a urputné bolesti, ale šlo o jakési „vítězství“ individualismu –v dnešní době tolik typický postoj společnosti.

⁵⁷ Časopis Respekt, Třešňák, P., článek: *Eutanazie za dveřmi*, 20.-26. červenec 2009, č. 30

⁵⁸ <http://zahranicni.ihned.cz/c1-38379510-ochrnuty-australan-dobrovolne-zemrel-hlady-pravo-na-to-si-vymohl-u-soudu>, ze dne 29.10. 2009

3 Paliativní péče

3.1 Paliativní péče

Paliativní péče je stará jako lidstvo samo. Od nepaměti je lidem nevyléčitelně nemocným, trpícím na konci jejich života poskytována a věnována mimořádná péče. Ošetřování chorého se postupem času přesunulo z domova do několika typů institucí. V současné době pomalu opět dochází k obratu a rozvoji, podpoře domácí paliativní péče, realizované prostřednictvím domácích hospiců.

Dle Světové zdravotnické organizace je paliativní péče „*takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.*“⁵⁹

*„Paliativní péče je aktivní péče poskytována pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života.“*⁶⁰

Paliativní péče:

1. usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný
2. respektuje a chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných
3. vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority
4. snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti blízkých, v důstojném a vlídném prostředí
5. chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně
6. nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládnout jejich zármutek i po smrti blízkého člověka⁶¹

59 Munzarová, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, Grada Publishing, 2005, s. 62

60 Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J.: *Paliativní medicína pro praxi*, Galén, Praha, 2007, s. 25

61 Tamtéž

Paliativní medicína se profilovala jako samostatný lékařský obor, v roce 2004 byl zřízen samostatný atestační obor „Paliativní medicína a léčba bolesti,“ v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vznikla odborná společnost paliativní medicíny zabývající se léčbou nevléčitelně nemocných a pořádají se různé konference s tematikou paliativní péče. Základní informace o paliativní péči jsou poskytovány studentům středních a vyšších odborných zdravotnických škol.

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měli být schopni poskytnout lékaři v rámci své praxe a odbornosti. Specializovaná je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků na paliativní péči.

Paliativní péče je poskytována v následujících institucích:

1. hospice
2. nemocnice
3. oddělní paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení (léčebny dlouhodobě nemocných)
4. domácí paliativní péče (tzv. domácí hospic)
5. specializované ambulance paliativní péče
6. denní stacionáře paliativní péče

Principy paliativní péče (dle prof. Heleny Haškovcové):⁶²

1. paliativní péče je zahájena v okamžiku, kdy už není možná kurativní péče
2. paliativní přístup důsledně respektuje potřeby a přání umírajících
3. paliativní péče je koordinovaným programem odborných i podpůrných služeb
4. důležitá je provázanost jednotlivých služeb (zdravotních, ošetrovatelských, psychologických, duchovních a sociálních)
5. paliativní péče se neorientuje pouze a jen na potřeby nemocného, ale i na celou jeho rodinu
6. významná je péče o pozůstalé

62 Haškovcová, H.: *Thanatologie*, Galén, 2000, Praha, s. 36-37

Proces umírání zahrnuje tři fáze, které nejsou stejné.⁶³

První období se nazývá „**pre finem**“ a začíná v okamžiku, kdy onemocnění je vážné a neslučitelné se životem, trvá několik týdnů až měsíců a smrt je vysoce pravděpodobná. V této fázi dochází ke konfrontaci s bolestí a celkovou situací. Důležitá je přítomnost rodiny a pokud možno psychologická intervence – nemocný prožívá úzkostné stavy a má strach.

Období „**in finem**“ - tzv. terminální stav nebo-li umírání. Po staletí o umírající a nemocné pečovala rodina. Z generaci na generaci se přenášela zkušenost, co je to umírání a smrt zblízka. Už malé dítě se učilo být v bezprostředním kontaktu se smrtí – to následně zajišťovalo samozřejmost péče o umírajícího rodiče v jeho domácím prostředí. Tato péče se postupně přesunula z domácího prostředí do nemocnic a získala především odborný charakter. Bohužel je to i tak dnes – péči nám poskytují zdravotníci vzdělaní podle nejnovějších metod a vědeckých objevů za pomoci perfektním přístrojů a techniky a přitom na sdělování závažného nevléčitelného onemocnění mají lékaři v průměru 15 minut svého času, což je katastrofické, nepřijatelné, ale bohužel pravdivé.

Posledním obdobím procesu umírání je situace „**post finem**“ - představuje péči o mrtvé tělo a o pozůstalé. V praxi bývá velmi obtížné zvolit vhodné místo pro povinný dvouhodinový klid zemřelého. Ve většině nemocničních zařízeních vhodná místnost zpravidla chybí, pacient se tudíž nechává i nadále na pokoji s ostatními pacienty, což působí značně rozrušeně na spolubydlící nemocné. Byla jsem svědkem, že v jedné nejmenované brněnské nemocnici takové tělo převezli do koupelny – bylo to už odpoledne a tak personál předpokládal, že v tuto denní dobu pacienti do koupelny nechodí. Dalším palčivým tématem je sdělování úmrtí příbuzným. Opět pro nedostatek času lékařů není možné, aby s pozůstalými mohli hovořit, rozebrat poslední okamžiky zesnulého.

26. února 2010 bylo zveřejněno na internetových stránkách České lékařské komory sedmičlánekové doporučení Představenstva České lékařské komory č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, které nabylo účinnosti 4.3. 2010⁶⁴ Toto přelomové doporučení může významně ovlivnit péči o nevléčitelně nemocné. Zdravotníci dostávají návod, kdy mohou neúčelnou léčbu ukončit a zaměřit se na tlášení bolesti, tzv. paliativní

⁶³ Haškovcová, H.: *Lékařská etika*, Galén, 1997, Praha, s. 151-170

⁶⁴ [http://www.lkcr.cz/aktuality.php?item.id=89139&do\[load\]=1](http://www.lkcr.cz/aktuality.php?item.id=89139&do[load]=1), ze dne 1.3. 2010

medicínu. V článku 2, odst. d) se pak definuje toto rozhodování „omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.⁶⁵“ Bohužel díky médiím došlo u laické veřejnosti k špatnému výkladu až nepochopení situace, kdy jsou tato doporučení zaměňována s euthanasií. Novinové články o tomto doporučení píší texty typu „Lékaři nechtějí léčit,“ a přitom ve čtvrtém článku odst. j) je pak zdůrazněno, že: „nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii či ublížením na zdraví.“⁶⁶ Dle předsedy České společnosti pro paliativní medicínu a primáře hospice sv. Josefa v Rajhradě u Brna (kde pracuji) MUDr. Ladislava Kabelky, Ph.D. toto doporučení dává konečně prostor pro paliativní medicínu.

⁶⁵http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=89222 ze dne 1.3. 2010

⁶⁶ Tamtéž

3.2 Specifika komunikace v paliativní péči

Citlivá komunikace v paliativní medicíně je velmi důležitá a klíčová. U umírajících pacientů dochází k situacím, které jsou komunikačně velmi náročné. Pacienti v paliativní péči jsou často oslabení, vyčerpaní, a proto potřebují takové informace, které jim umožní onemocnění porozumět. Pacient obecně vkládá do lékaře velkou naději a očekávání, proto komunikační dovednosti zvláště v paliativní péči musí být ze strany zdravotníků mimořádné. Lékaři a ostatní zdravotníci musí být v komunikaci velmi empatictí, trpěliví a informace od nich by měly být srozumitelné.

Významná je též neverbální komunikace, která odráží prostřednictvím gest, výrazu tváře a řeči těla postoje a přesvědčení nemocného.

Předpoklady účinné komunikace na straně zdravotníka:⁶⁷

1. nedirektivnost
2. umění mlčet a aktivně naslouchat
3. autenticita
4. empatie
5. schopnost týmové spolupráce
6. profesionalita

Předpoklady účinné komunikace na straně pacienta a jeho blízkých:⁶⁸

1. důvěra ve zdravotníky
2. schopnost otevřené komunikace mezi členy rodiny
3. dostatek informací

V dnešní době, na rozdíl od minulosti, se lékaři snaží pacientům skutečnost jejich choroby nezatajovat. Bohužel stále se setkáváme se skutečností, že nemocný neví, není informován o svém onemocnění nebo jsou informace různým způsobem zamlžovány, jsou nepravdivé, zmatečné. V průběhu své praxe v hospici jsem se několikrát setkala a setkávám s případy, kdy nemocný ani jeho rodina neví, v lepším případě pouze tuší, že zdravotní stav

⁶⁷ Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J.: *Paliativní medicína pro praxi*, Galén, Praha, 2007, s. 33

⁶⁸ Tamtéž

jejich příbuzného je velmi vážný. Příbuzní si také často přejí, aby nemocnému informace podávána nebyla, že by to nepřijal, ublížilo by mu to nebo by ho to „zabilo.“

V etickém kodexu České lékařské komory dle § 3 čteme jasnou a srozumitelnou formulaci, jak mají lékaři v případě sdělování informací o zdravotním stavu postupovat:⁶⁹

1) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

2) Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.

Myslím si a osobně bych si přála být v případě nevléčitelného onemocnění informována o svém zdravotním stavu, protože každý má jednak právo na pravdivé informace, vědět co se s ním děje a každý by měl mít podle mě dostatek času na to říci „všechno,“ co se dotýká jeho života a srdce. Mít čas odpustit křivdy, potkat se s těmi, které miluje, rozloučit se s těmi, na kterých mi záleží.

⁶⁹ <http://www.capz.cz/dokumenty/documents/etickykodexclk.pdf>, zde dne 27.11. 2009

4 Hospicová péče

Paliativní a hospicová péče jsou vlastně totožná slova. Obě v sobě zahrnují psychologické, sociální a duchovní potřeby. Paliativní péče se především realizuje prostřednictvím hospicu – ať ji domácího, lůžkového či stacionáře.

4.1 Myšlenka hospice, co je to hospic

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.

Nemocný v hospici ví a hospic mu garantuje, že:

- **nebude trpět nesnesitelnou bolestí,**
- **v každé situaci bude zachována a respektována jeho lidská důstojnost,**
- **v posledních chvílích života nezůstane osamocen.**

Právě v hospici jde o život, jde o to naplnit dny životem, důraz je kladen na kvalitu života nemocného, a to až do jeho konce. Jde o doprovázení nemocného a jeho blízkých. Hospice se věnují rodině a následně i pozůstalým. Důležitou součástí péče o nemocného je multidisciplinární tým složený z lidí, kteří o nemocného pečují, jsou to: lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelé, sociální pracovníci, psychologové, duchovní a dobrovolníci. Jedná se o tzv. holistický přístup k nemocnému a jeho rodině ve vztahu k pacientovi. To znamená, že se stará nejen o nemoc pacienta, ale i vše okolo něho, co ho ovlivňuje, včetně jeho rodiny a jejich problémů. V tomto pohledu mluvíme o komplexní starostlivosti, péči, která respektuje potřeby těla, mysli a ducha.⁷⁰

70 Svatošová, M.: *Hospice a umění doprovázet*, Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří, 2008. s. 115-116

4.2 Vývoj hospicového hnutí

Hospice existovaly za Římské říše a ve středověku. Jednalo se o útulky nebo přístřešky na cestách, kde si poutníci mohli odpočinout a pokračovat v cestě. Myšlenky nové hospicové péče ožily v minulém století v Anglii. Dr. Cecilie Saundresová, která nejdříve pracovala jako zdravotní sestra a potom jako sociální pracovníce, později získala i lékařské vzdělání, založila a uvedla do provozu v roce 1967 v Londýně hospic sv. Kryštofa. Velmi rychle se hospicové hnutí rozšířilo nejen po celé Anglii, ale i do dalších zemích. Dr. Saundersová zdůrazňovala prioritu hospiců ve zmírňování bolestí, nikoli pouze fyzické, ale i psychické a zajištění dalšího komfortu – sociálního, materiálního. V žádném případě nelze připustit izolaci nemocného. Návštěvní hodiny nejsou nějak omezené, dokonce i pacient, pokud mu to umožňuje jeho zdravotní stav, může kdykoli za doprovodu další osoby hospic opustit.

Další významná žena s mimořádnými schopnostmi, do té doby neznámá psychiatřička Elisabeth Kübler-Ross, uveřejnila roku 1969 knihu s názvem „On Death and Dying“ – česky Hovory s umírajícími (dále viz. Kapitola 5.6).

4.3 Hospicová péče v České republice

Rozvoj hospicové péče v ČR je poměrně krátký. V roce 1993 založila lékařka Marie Svatošová občanské sdružení Ecce Hommo pro podporu domácí péče a hospicového hnutí. Díky tomuto sdružení vyrostl v roce 1995 první lůžkový hospic v naší republice, a to v Červeném Kostelci. Jmenuje se hospic sv. Anežky České a je jedním z projektů Diecézní charity v Hradci Králové. Od svého otevření do roku 2008 posloužil hospic sv. Anežky více než pěti tisícům těžce nemocných. Postupně byly otevírány další lůžkové hospice – v Praze, Plzni, Litoměřicích, Rajhradě, Brně, Olomouci, Prachaticích...) Poslední hospic byl otevřen v roce 2008, nachází se v Čerčanech u Prahy, je prvním lůžkovým hospicem ve středočeském kraji a jmenuje se Hospic Dobrého pastýře, má 24 jednolůžkových a 3 dvoulůžkové pokoje.

V roce 2005 zahájil provoz dětský hospic Klíček v Malejovicích, který se však výrazně liší od hospice pro dospělé. Slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující či život omezující choroba, někdy též dětem v poúrazových stavech – a jejich rodinám. Těžištěm jeho práce však není terminální péče, ale péče respitní (odlehčovací). Doba mezi stanovením diagnózy a případnou smrtí dítěte bývá různě dlouhá, u některých onemocnění

(např. cystická fibróza) může jít o řadu let, i několik desetiletí – a děti a jejich blízcí přijíždějí spíše na krátkodobé opakované zotavovací pobyty; hospic se jim snaží nabídnout praktickou pomoc a bezpečné a povzbuzující zázemí. Rodina má možnost zotavit a posílit se, odpočinout si od každodenního náročného ošetřování, podělit se o své starosti – a pak se všichni znovu vracejí domů. Dětský hospic je samozřejmě schopen a připraven postarat se i o nemocné dítě v terminálním stádiu, ale tento druh péče není ve srovnání s objemem poskytované respitní péče dominantní. První samostatný dětský hospic – Helen House – vznikl počátkem 80. let (1982) ve Velké Británii, v Oxfordu. Posláním dětského hospice – a v tom se neliší od hospice pro dospělé – je celkové zlepšování kvality života nemocného člověka a jeho blízkých, včetně péče o duši a ducha. Důležitou součástí práce je podpora pozůstalých rodinných příslušníků.⁷¹

4.4 Typy hospicové péče

Domácí hospicová péče – nejideálnější typ péče, nejdůležitější je domácí zázemí, musí existovat osoba, která na sebe převezme péči o nemocného. Domácí hospicovou péčí se budu podrobněji zabývat v následující kapitole.

Stacionární hospicová péče (denní pobyty) – nemocný je do stacionáře přijat ráno, a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Tato podoba péče je vhodná pouze pro nemocné v místě bydliště. Tento způsob péče není v ČR rozšířen.

Lůžková hospicová péče - před přijetím do hospice je nutné, aby pacient prostřednictvím svého ošetřujícího lékaře podal „žádost o přijetí.“ O přijetí do hospice rozhoduje hospicový lékař. Návštěvy v hospici jsou 24 hodin denně 365 dnů v roce. S nemocným zde může neomezeně pobývat rodinný příslušník, příbuzný či kamarád. Ten může být ubytován s nemocným přímo na pokoji nebo ve vlastním pokoji – tzv. hostinské pokoje. Jednolůžkové pokoje pro pacienty jsou samozřejmostí, stejně jako bezbariérové prostory, polohovací lůžka, pojízdné koupací vany. Součástí každého hospice je kaple, kde se pro věřící nemocné a jejich rodiny konají mše svaté. Pokud není zdravotní důvod, pacient nemusí celý den ležet v posteli v pyžamu, ale může se obléknout do svých šatů a neomezeně se pohybovat v objektu hospice – vždy ale s vědomím personálu. Režim dne je zcela přizpůsoben potřebám a přáním pacienta. Pokud byl nemocný zvyklý snídat v deset hodin

⁷¹ <http://www.klicek.org/hospic/index.html>, ze dne 27.11. 2009

dopoledne, není důvod tyto zvyklosti měnit právě v hospici. Pacient se myje, kdy chce, jí, kdy chce. Pacienti mohou do lůžkového hospice přicházet na opakované, krátkodobé pobyty.⁷²

4.5 Domácí hospicová péče

V současné době se klade velký důraz na rozvoj domácí hospicové péče. Umírání se přesunuje z nemocnic a zdravotnických zařízení zpět do domácího prostředí. Nejznámější v této oblasti je pražský hospic Cesta domů – toto občanské sdružení poskytuje své služby od roku 2001 a je financováno pouze a jen z grantů a darů, neboť česká legislativa, tudíž ani pojišťovny, pojem domácí hospic neznají.

Cílem domácí hospicové péče je umožnit nevyлéčitelně nemocným, aby závěr svého života strávili ve svém domácím prostředí, v kruhu rodiny. Domácí péči indikuje praktický lékař nemocného, který pak spolupracuje s lékařem domácího hospice. Předpokladem pro domácí péči je, že v rodině je alespoň jedna osoba, která na sebe převezme odpovědnost za péči. Lékař zpravidla dochází do domácího prostředí dle potřeb pacienta a je mu kdykoli k dispozici na telefonu. Zdravotní sestra navštěvuje pacienta dle předchozí domluvy a též je na pohotovostním čísle 24hodin denně. Rodina může požádat o spolupráci psychologa, duchovního a sociální pracovníci. Většina domácích hospiců disponuje i půjčovnou kompenzačních pomůcek, např. jsou k dispozici polohovací postele, antidekubitní matrace, toaletní křeslo, stolek k posteli, chodítka, francouzské hole, koncentrátory kyslíku, nafukovací vany pro hygienu na lůžku a mnoho dalších pomůcek, které uleví nejen pacientům, ale ulehčí péči jejich blízkým.

72 Svatošová, M.: *Hospice a umění doprovázet*, Katmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří, 2008. s. 118-122

4.6 Doprovázení umírajících podle Elizabeth Kübler- Ross⁷³

Elizabeth Kübler –Ross je světově uznávanou lékařkou, psychiatrickou, která ve svých dílech oslovuje nejen nemocné, ale i zdravé lidi. Problematice smrti a umírání se věnuje komplexně, nejen z hlediska potřeb umírajícího, ale i z hlediska potřeb jeho blízkých. Po mnoha rozhovorech s nemocnými ve své knize „*Hovory s umírajícími*“ rozlišuje pět reakcí, fází nemocného, které se u něj vystřídají jako odezva na stav, který vede ke smrti.

V prvním stádiu, kdy se nemocný dozví o své nemoci, tuto skutečnost **popírá** a dochází k jeho *izolaci*. Typická reakce nemocného, kterou reaguje na zprávu o onemocnění „Ne, to se mě netýká, to není možné.“ První pacientovou reakcí je tudíž šok, otřes, ze kterého se postupně zotavuje. Prvotní odmítání, negace bývá dočasnou obrannou a postupně jej stírá přijetí skutečnosti. Tato fáze může trvat jen krátce, ale i několik měsíců.

Tuto fázi stírá další **druhé stádium – zlost**. Zde vyvstávají otázky typu „Proč zrovna já?“ Pacient je nahněvaný na své okolí, vybíjí si svou zlost skoro na komkoli – na zdravotníkách, na zdravých lidech, příbuzných a hledá viníka, který tuto situaci způsobil. Důležité v této fázi je porozumění, respekt, tolerance, naslouchání a neodvracet se od nemocného.

Ve třetím stádiu nemocný smlouvá, vyjednává, slibuje, hledá možnosti, jak se uzdravit. Nemocný si stanovuje termíny a události, kterých by se chtěl dožít. Většinu smluv uzavírají nemocní s Bohem – a obvykle tato ujednání drží v tajnosti. Nemocný hledá všechny možné způsoby, které by mu dávaly možnost vyléčení – obrací se na léčitele a hledá alternativní možnosti léčby.

Další **čtvrtá fáze** je obdobím **deprese** – nastává v okamžiku, kdy už nemocný nemůže dál svou nemoc popírat, ubývá mu síla a přibývají zjevné příznaky nemoc. Autorka rozlišuje dva druhy depresí, a to reakční a přípravnou. V prvním případě nemocného trápí nevyřešené existenční otázky, vlastní bezmoc a starost o děti. U druhého typu deprese přichází zármutek ze ztráty všeho, co miloval. V této fázi je důležitá přítomnost další osoby, sdílení, naslouchání.

73 Celá subkapitola čerpaná: Kübler-Ross, E.: *Hovory s umírajícími*, Arica, Trutnov, 1992

Poslední *páté stádium* je fází *akceptace* nebo-li *usmíření*. Jestliže měl pacient dostatek času a prožil a zvládl výše popsaná stádia, dosáhne stavu, kdy není ani deprimován, ani necítí zlost a je schopen vyjádřit své pocity. Postupně se loučí s rodinou, chce naposledy vidět příbuzné. Je to období klidu, kdy nejsou nutná slova, ale pouze přítomnost milovaných osob.

Popsané reakce neprobíhají ve stejném sledu, některé se mohou vrátit zpět k předchozí reakci, být paralelně vedle sebe, jiná nemusí proběhnout vůbec.

4.7 Sociální práce v hospicové a paliativní péči

Obecným cílem sociální práce je poskytování komplexní praktické pomoci lidem, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci. Hranice sociální práce v paliativní péči nejsou doposud přesně vymezené. Pomocí může být vhodná rada, nabídka dostupných služeb, pomoc při vyřizování sociálních záležitostí nebo doprovázení v náročné situaci. V paliativní péči je důraz kladen především na multidisciplinární tým, který poskytuje péči umírajícímu a jeho rodině.

4.7.1 Náplň práce sociálního pracovníka v paliativní péči

Sociální práce vychází ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jeho novelou zákonem č. 206/2009 Sb. a prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. V zákoně jsou specifikovány jednotlivé druhy sociálních služeb, vyřizování, náležitosti a čerpání příspěvku na péči, podmínky poskytování sociálních služeb, inspekce sociálních služeb, povinnost zachovávat mlčenlivost o údajích týkajících se osob, kterým jsou sociální služby poskytovány, stanovuje kvalifikační předpoklady a další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

Sociální poradenství - sociální pracovník bývá ve většině případů první osobou, se kterou zájemce o službu přichází do kontaktu. Tento kontakt může být osobní, telefonický či e-mailový. Pracovník podává základní informace o službě, dále přijímá a eviduje žádosti o přijetí do zařízení, organizuje přijetí klienta dle možnosti zařízení a aktuálního zdravotního stavu nemocného.

Komunikace s klientem a jeho blízkými, rodinou - tato komunikace si klade za cíl zjistit co nejvíce informací o dosavadním životě nemocného, zejména pak o jeho osobní,

sociální a pracovní anamnéze, finančních možnostech a potřebách. Z takto získaných informací se následně odvíjí konkrétní plán pomoci.

Spolupráce s dalšími členy týmu - tato součinnost je pro sociální práci v hospici stěžejní a dosti významně se tím odlišuje od sociální práce v jiných zařízeních. Pravidelná setkávání členů týmu, který se skládá ze zdravotníků, pečovatelů, psychologa, duchovního, dobrovolníků a sociálního pracovníka, dává prostor pro výměnu důležitých informací a umožňuje tak flexibilní a pružnější péči.

Administrativní činnost a spolupráce s úřady - s účinností zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách velmi vzrostla v paliativní péči administrativní práce. Tento zákon každému zařízení ukládá povinnost sepsat s klientem smlouvu o poskytnutí sociálních služeb. Pokud je klient příjemce příspěvku na péči, má zařízení povinnost do osmi kalendářních dnů nahlásit datum zahájení i ukončení poskytované služby. Klient též dává souhlas s evidencí jeho osobních údajů pro potřeby zařízení. V případě, že přicházející klient nemá žádný finanční příjem, vyřizuje sociální pracovník s místně příslušným městským úřadem dávky hmotné nouze nebo s okresními správami sociálního zabezpečení důchodové či nemocenské dávky. Sociální pracovník má na starosti přebírání poštovních zásilek klientů, eviduje jejich finance a spravuje platby za pobyt klientů. V případě úmrtí sociální pracovník kontaktuje pracovníky matriky, kde následně pozůstalí vyřizují úmrtní list zemřelého. Pokud v okamžiku úmrtí zanechá klient v zařízení finanční hotovost, sociální pracovník o tom informuje příslušný soud.

Péče o pozůstalé – je důležitou součástí sociální práce. Pozůstalí se nachází ve velmi náročné životní situaci, kdy ztratili milovaného člověka. Podpora ze strany sociálního pracovníka může mít podobu telefonického rozhovoru, osobní návštěvy či zprostředkování kontaktu na terapeutickou pomoc. Sociální pracovník poskytuje praktické rady týkající se organizace pohřbu, vystavení úmrtního listu, dědického řízení či vyřízení pozůstalostního důchodu.

Předpokladem k výkonu práce sociálního pracovníka je:

1. způsobilost k právním úkonům,
2. bezúhonnost,⁷⁴
3. zdravotní a odborná způsobilost.

Odborná kvalifikace sociálního pracovníka vychází ze zákona o sociálních službách §110:

1. vyšší odborné vzdělání sociální práce, vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,
2. vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorandském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu,
3. absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),
4. u manželského a rodinného poradce vysokoškolské vzdělání získané řádným ukončením studia jednooborové psychologie nebo magisterského programu na vysoké škole humanitního zaměření současně s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví.

Zaměstnavatel je dále povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.

74 Zákon č. 106/2008 Sb. o sociálních službách + novela zákona o sociálních službách č. 206/2009

4.8 Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa (zkratka DLBsH) v Rajhradě u Brna jsem si vybrala záměrně, protože v tomto zařízení již nějakou dobu pracuji, znám ho, a můžu tudíž udělat malý exkurz o skutečném a reálném fungování hospicové péče v praxi.

DLBsH je nestátní církevní zdravotnické zařízení a své služby poskytuje od dubna roku 1999, tedy již jedenáct let, má padesát lůžek a řadí se tak mezi největší hospic v ČR. Budova hospice je třípodlažní a pokoje pacientů jsou umístěny v prvním a druhém patře. Své služby hospic nabízí nejen onkologicky a nevléčitelně nemocným, ale poskytuje tzv. respitní nebo-li odlehčovací péči rodinám, které se doma starají o své nemocné příbuzné a potřebují si na nějakou dobu odpočinout – např. jedou do lázní, na dovolenou, jdou na operaci atd. Tato služba je časově omezena na 2 měsíce. Vedle respitní péče existuje v hospici diagnostická hospitalizace, tzn. pacient je přijat do hospice ve velmi špatném stavu (nejedná se o pacienta onkologického ani nevléčitelně nemocného), může být přechodně i stabilizován, nicméně prognostické ukazatele jsou nepříznivé. Tato péče je časově omezena 1-2 měsíce. Po uplynutí této doby se multidisciplinární tým rozhodne, co bude s nemocným dále – pokud je jeho zdravotní stav i nadále velmi vážný, převádí se do paliativní péče, pokud však dojde ke zlepšení a následné stabilizaci, hledá se další vhodné sociální řešení. Do hospice jsou též umisťováni lidé v permanentním vegetativním stavu, tzv. vigilním-bdělém kóma. Pro ně je v hospici vyhrazeno šest lůžek. Základním východiskem práce s těmito nemocnými je bazální stimulace „*Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, tak také v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí.*“⁷⁵ Čekací doba na lůžko je několik měsíců až roků.

Nemocní jsou do hospice přijímáni na základě „žádosti o přijetí do DLBsH,“ kterou vyplňuje ošetřující lékař. Součástí tiskopisu je i „Informovaný souhlas,“ ve kterém je zdůrazněno, o jaký typ zařízení se jedná a že je pacient seznámen se svou nemocí

⁷⁵ http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, ze dne 16.3. 2010

a okolnostmi, pro které je jeho hospitalizace v DLBsH Rajhrad žádoucí, a co mu může zařízení nabídnout. Žádost pak schvaluje indikační komise složená z primáře, vrchní sestry a sociálního pracovníka.

Přítomnost lékaře a zdravotníků je zajištěna 24hodin denně. Hospic má své tři kmenové lékaře a primáře zařízení, dále zdravotní sestry, ošetrovatelky a pečovatelky.

Součástí hospicového multidisciplinárního týmu je i **psycholog**, který je k dispozici v pracovní dny nejen pacientům, ale i jeho rodinným příslušníkům, zaměstnancům a dobrovolníkům. V hospici fungují dvě psychologičky, jedna na plný úvazek a druhá na zkrácený. Obě vedou supervize dobrovolníků a věnují se výběru a školení dobrovolníků.

Pacienti mohou též využívat služeb **duchovního**. Jelikož je DLBsH katolické zařízení, funguje zde především katolický kněz a pastorační asistentka. Je-li pacient jiného vyznání, zajistí mu na jeho přání pastorační asistentka duchovního z jeho církve (spolupracujeme s Českobratrskou církví evangelickou, církví Československou husitskou etc.). Každé úterý od 15:30 hodin se v kapli hospice koná mše svatá.

Důležitou součástí komplexních služeb paliativní péče je **fyzioterapie**. Snahou fyzioterapie je pozitivně ovlivnit psychiku pacientů a podpořit jejich sebevědomí tím, že zvládají sebeobsluhu, nebojí se sedět, vykonávat činnosti, na které mají síly, apod. Fyzioterapii zabezpečují v hospici dvě rehabilitační pracovnice.

Důležitou složkou péče je sociální práce a sociální poradenství realizované sociálními pracovníky (viz předchozí kapitola 5.7).

Nepostradatelnou součástí každého hospice jsou dobrovolníci. Jejich posláním je vnášet do hospice více toho normálního - lidského kontaktu. Náplní jejich práce je především společnost pacientům, obstarávání drobných nákupů, předčítání z novin, knih či časopisů, pomáhají s organizováním koncertů pro pacienty, zajišťují doprovod na mši svatou, do parku, mohou se starat o květiny či pomoci s administrativou. Dobrovolníci procházejí počátečním rozhovorem, který zjišťuje motivaci dobrovolníka k „práci“ v hospici a dále zjišťuje jeho osobnostní předpoklady a zralost pro tuto náročnou práci. Dvakrát do roka se koná vstupní dvoudenní školení dobrovolníků, kde jsou podrobněji seznamováni s filozofií hospice a jeho

fungováním. Do DLBSH v současné době dochází pravidelně asi 12 dobrovolníků. Dalších asi 8 dobrovolníků se účastní a pomáhá s jednorázovými akcemi.

Pacientům a jejich příbuzným je k dispozici společenská místnost s televizí, kaple, park, odpočinkové kouty umístěné na podestách, kuchyňka, lednice, mikrovlnná trouba.

Návštěvy jsou v hospici možné kdykoli – 24 hodin denně. Příbuzný může neomezeně pobývat na pokoji s pacientem nebo má k dispozici některý z pohostinských pokojů, které jsou umístěny mimo pokoje pacientů – ve třetím podlaží, v tzv. administrativní části budovy. Tyto pokoje jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením, televizí a pevnou telefonní linkou.

Nemocný si s sebou do hospice může vzít cokoli – vše, co by mu alespoň trochu připomínalo jeho domácí prostředí – často jsou těmito věcmi fotografie, knihy, květiny, různé obrázky, polštářky, křeslo, vlastní hrnky, šálky etc.

V hospici nemocnému (na rozdíl od nemocnice) nezakazujeme kouřit, pokud byl pacient zvyklý dát si po obědě pivo, může si ho dát i zde.

V letních měsících mohou obyvatelé hospice využívat rozlehlého parku s četnými lavičkami a stinnými místy.

Finanční náklady spojené s hospitalizací nemocného stojí denně asi 2000,-Kč, polovina nákladů je hrazena zdravotní pojišťovnou, částečně si přispívá na službu pacient a zbytek financí je hrazen z dotací, grantů, sbírek a od dárců. Financování hospicové péče představuje v ČR složitý problém – legislativně neexistuje žádný zákon, který by tuto problematiku upravoval, proto se hospice potýkají s neustálými problémy neprovázanosti zdravotních a sociálních služeb, které hospice poskytují.

Závěr

Prvním z cílů teoretické části bakalářské práce bylo zhodnocení právní úpravy v oblasti postavení nemocného člověka ve veřejném zdravotnictví a posouzení euthanasie z hlediska platného trestního práva. Každý z nás se může během vteřiny ze zdravého a spokojeného člověka stát nemocným, trpícím či nějak zdravotně hendikepovaným. Ochrana života a zdraví stojí podle nového trestního zákoníku před zájmy jinými. Sankce za porušení takto chráněného zájmu se zpřísňují a zvyšuje se obecná horní hranice sazby testu odnětí svobody (z 15let na 20let). Paternalistický model ve zdravotnictví se podařilo pomalu překonat a pacient vystupuje v rovnocenném partnerském vztahu k lékaři. I když lékař stále zůstává autoritou, klade se důraz na již zmiňovanou rovnost. Pacient se podílí na léčbě, spolurozhoduje, spolupracuje s lékařem, získávají společný konsensus. Za důležitý etický kodex v medicíně považují uznání a vznik práv pacientů ČR, které formulují potřeby nemocných. Historie těchto práv je velmi krátká (1990), ale za to má své pevné a nezastupitelné místo.

V druhé, teoretické části jsem se věnovala srovnání dvou přístupů k nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem. Euthanasie, která se používá v několika významech (etickém, právním, náboženském, filosofickém) vychází z autonomie každého jednotlivce, jeho svobody a je záležitostí jeho vlastní volby. Někteří chápou euthanasii jako právo, neboť znamená důstojné umírání za okolností, které důstojný život neumožňují. Už velcí starověcí učenci chápali euthanasii jako dobrou smrt bez utrpení a také v této době panuje značná nejednotnost v interpretaci tohoto slova. Stále probíhají hojné diskuse o legalizaci a regulaci euthanasie, které jsou věčným tématem programů politických stran. Existují názory, že k euthanasii stejně dochází, proto by bylo dobré ji konečně legalizovat a regulovat právem. Naproti tomu hospicová a paliativní péče vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, vystupuje z křesťanských tradic a nabízí zcela odlišné přístupy v péči o nevléčitelně nemocné a umírající. Z různých definic, přístupů a principů hospicové a paliativní péče je zřejmé, že se tato péče maximálně orientuje na uspokojování individuálních potřeb nemocného a jeho rodiny. Nesnaží se vyléčit nevléčitelnou nemoc, ale usiluje o maximálně kvalitní závěrečnou část lidského života. Díky nadšencům si myšlenka hospicové a paliativní péče získala přízeň nejen v odborných kruzích, ale i mezi laiky. V současné době funguje v ČR 11 lůžkových hospiců – dá se tedy říci, že v každém kraji má

hospicová péče alespoň jedno zařízení pro nevléčitelně nemocné, vyjma kraje libereckého a karlovarského – dobrou zprávou však je, že se v těchto dvou krajích uvažuje u vybudování hospice. Skoro každý z těchto jedenácti fungujících lůžkových hospiců poskytuje i domácí hospicovou péči. Taktéž byl otevřen dětský hospic, který se nachází v pardubickém kraji, ve městě Malejovice.

Otázky počátku a konce našeho života nás provázejí odnepaměti a zaměstnávají tak lidi všech dob. Důvod, proč je toto téma stále aktuální tkví v nezadržitelném technickém pokroku. Cesta ke smrti je řízena, činnosti orgánů dnes nahrazují stroje a proces umírání tak v současné době trvá déle. Za velmi důležitou považuji v dnešní době jednu „věc,“ a to lásku – kdo ji totiž má a pociťuje, o ukončení života nežádá, kdo ví, že je někým milován, nemá důvod z tohoto světa odcházet. Skutečná láska se projevuje snahou, úsilím pro druhého.

Resumé

V bakalářské práci se zaměřuji de facto na rozhodování o životě a zdraví člověka. V první kapitole se věnuji životu a zdraví z pohledu platného právního řádu ČR. V této oblasti považuji za důležité následující rozборы platných zákonů, které jsou zde zakomponovány – ústava ČR, zákon o ochraně veřejného zdraví, zákon o péči a zdraví lidu a trestní zákon. V druhé kapitole vyjmenovávám formy euthanasie, argumenty pro a proti euthanasii, zmiňuji se zde o Holandsku, zemi, kde byla euthanasie jako první legalizovaná zákonem. V této části uvádím vlastní zkušenosti s žádostí o euthanasii. V další samostatné kapitole osvětluji principy a cíle paliativní péče. Zdůrazňuji zde důležitost komunikace a znalost procesu umírání – jeho jednotlivých částí. Do této kapitoly jsem zakomponovala i komentář k Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 (k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli). Závěrečná část práce je zaměřena na hospicovou péči, zejména pak objasňuji typy hospicové péče, myšlenku a filozofii hospice, vývoj hospicového hnutí u nás i v zahraničí. Kapitulu uzavírám popisem sociální práce a důležitosti sociálního pracovníka v hospicové a paliativní péči a v závěru charakterizuji poskytování a fungování hospicové péče v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna.

Součástí práce jsou tři přílohy, ve kterých formou kazuistiky popisují skutečné osudy lidí, kteří byli v hospici sv. Josefa v Rajhradě u Brna hospitalizováni v rámci specializované paliativní péče, respitní (odlehčovací) péče a dlouhodobé péče na oddělení zvýšeného sledování, kde jsou umístěni pacienti ve vigilním komatu.

Anotace

V bakalářské práci se zabývám jedním ze stále živých společenských témat - euthanasií a hospicovou a paliativní péčí. Jedním z cílů teoretické části práce je srovnání těchto dvou přístupů k nevléčitelně nemocným a umírajícím lidem na základě dostupné literatury, odborných publikací a článků. V teoretické části se též zabývám zhodnocením platné právní úpravy ve vztahu k euthanasii (zde je mi východiskem zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník) a základní otázky právní úpravy týkající se života a zdraví člověka. V praktické části práce jsou uvedeny kasuistiky z hospicového prostředí.

Klíčová slova

Trestní zákon, trestní čin, trestně právní odpovědnost, zákon o ochraně veřejného zdraví, zákon o péči a zdraví lidu, práva pacientů, poučení a souhlas nemocného, euthanasie, paliativní péče, hospicová péče, hospic, domácí hospicová péče, sociální práce v hospici, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa.

Annotation

In my bachelor work I deal with one of the still living social issues of euthanasia and hospice palliative care. One of the objectives of the theoretical part is a comparison of these two approaches to the terminally ill and dying people on the basis of the available literature, scientific publications and articles. The theoretical part is also concerned with evaluating the existing arrangements in relation to euthanasia (based on Act No. 40/2009 Coll. Criminal Code) and the basic regulatory issues relating to life and human health. In the practical part of the work are listed case reports from hospice environment.

Keywords

Criminal law, criminal acts, criminal legal liability, the Act on the protection of public health, law and health care people, patient rights, patient instruction and consent, euthanasia, palliative care, hospice care, hospice, home hospice care, social work in hospice, House of pain management in hospice St. Joseph.

Seznam použité literatury a další informační zdroje

1. Právní předpisy, zákony, vyhlášky

Zákon č. 106/2008 Sb. o sociálních službách + novela zákona o sociálních službách č. 206/2009

Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník

Zákon č. 1/1993 Sb. Ústava České republiky

2. Knihy, syntetické práce a monografie

Haškovcová, H.: *Lékařská etika*, 2. vyd. Praha: Galén, 1997, 199 s., ISBN 80-85824-54-X.

Haškovcová, H.: *Práva pacientů*, 1. vyd. Havířov: Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996, 176 s., ISBN 80-902163-0-7.

Haškovcová, H.: *Thanatologie*, 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s., ISBN 80-7262-034-7.

Katechismus katolické církve, doplněné a opravené vydání Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002, 793 s. ISBN 80-7192-473-3.

Klimeš, L.: *Slovník cizích slov*, 6. vyd. Praha: SPN, 1998, s., ISBN 80-7232-023-4.

Kübler-Ross, E.: *Hovory s umírajícími*, 1. vyd. Trutnov: Arica, 1992, 251 s., ISBN 80-900134-6-5.

Madar, Z.: *Slovník českého práva I. díl*, 3. rozšířené a podstatně přepracované vydání Praha. Linde Praha, 1995, 983 s., ISBN 8072001-377-7.

Mach, J.: *Medicína a právo*, 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 2006, 257 s., ISBN 80-7179-810-X.

Munzarová, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*, 1. vyd. Brno: Grada, 2005, 108s., ISBN 80-247-1025-0.

Munzarová, M.: *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt?*, 1 vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008, 87 s., ISBN 978-80-7195-258-9.

Munzarová, M.: *Vybrané kapitoly z lékařské etiky I.*, 1. vyd. Brno, Masarykova univerzita v Brně, 2000, 67 s., ISBN 80-210-2416-X.

Prudil, L.: *Základy právní odpovědnosti ve zdravotnictví*, vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 77 s., ISBN 80-7013-433-X.

Sláma, O., Kabelka L., Vorlíček, J.: *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd. Praha: Galén, 2007, 362 s., ISBN 978-80-7262-505-5.

Stolínová, J., Mach, J.: *Právní odpovědnost v medicíně*, 1. vyd. Praha: Galén, 1998, 352 s., ISBN 80-85824-88-4

Student, J., Ch., et al.: *Sociální práce v hospici a paliativní péče*, 1. vyd. Jinočany: Nakladatelství HaH Vyšehradská, s. r. o., 2006, 161 s., ISBN 80-7319-059-1.

Svatošová, M.: *Hospice a umění doprovázet*, 6. vyd.:Kostelní Vydří, Karmelitánské nakladatelství, 2008, 151 s., ISBN 978-80-7195-307-4.

Špinková, M., Špinka, Š.: *Euthanasie, víme o čem mluvíme? Cesta domů*, 1.vyd. Praha: První dobrá, s. r. o., 2006, 42 s.,

Theová, A., M.: *Paliativní péče a komunikace*, 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, 241 s., ISBN978-80-87029-24-4.

Vorlíček, J., Adam, Z.: *Paliativní medicína*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 480 s., ISBN 80-7169-437-1.

3. Časopisy

Časopis EMP, článek: „*Nad právními otázkami euthanasie u nás i ve světě*“ 5/ 1997, s. 27

Časopis Respekt, Třešňák, P., článek: *Eutanazie za dveřmi*, 20.-26. červenec 2009, č. 30

4. Informace z internetu

Důvodová zpráva k trestnímu zákonu, http://www.ustavprava.cz/files/dz_k_tz.doc, z 12.10. 2009

<http://www.mineralfit.cz/zajimavosti-ze-sveta-clanek/euthanasie-svetove-dilema-305/>
z 13.10. 2009

http://www.ok.cz/iksp/docs/328_1.pd, ze dne 28.10. 2009 nizozemský trestní zákon

<http://tisk.cirkev.cz/dokumenty/prohla-eni-cirkvi-a-nabo-enskych-spolecnosti-v-cr-k-problematice-eutanazie-a-doprovazeni-umirajicich.html> ze dne 29.10. 2009

<http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz/?akce=paragraf&id=11> ze dne 28.10. 2009

<http://www.keberle.cz/katdocs/EvangeliumVitae.htm>

<http://zahranicni.ihned.cz/c1-38379510-ochrnuty-austral-an-dobrovolne-zemrel-hlady-pravo-na-to-si-vymohl-u-soudu>, ze dne 29.10. 2009

<http://www.capz.cz/dokumenty/documents/etickykodexclk.pdf>, zde dne 27.11. 2009

<http://www.klicek.org/hospic/index.html>, ze dne 27.11. 2009

[http://www.lkcr.cz/aktuality.php?item.id=89139&do\[load\]=1](http://www.lkcr.cz/aktuality.php?item.id=89139&do[load]=1), ze dne 1.3. 2010

http://www.lkcr.cz/document3.php?param=news_file,NEWS_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=89222 ze dne 1.3. 2010

http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php, ze dne 16.3. 2010

Seznam symbolů a zkratek

Výraz:

et cetera etc.

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

a tak dále, atd.

DLBsS

Seznam příloh

Příloha č. 1 – kasuistika č.1

Příloha č. 2 – kasuistika č. 2

Příloha č. 3 – kasuistika č. 3

Kasuistika č. 1 – specializovaná paliativní péče

Paní Milena T.

V roce 2006, kdy jsem na podzim nastoupila do svého zaměstnání sociální pracovnice v hospici, k nám byla přeložena paní Milena T. z nedaleké léčebny dlouhodobě nemocných. Trpěla nevyлéčitelnou onkologickou nemocí. Při převozu vypadala opravdu velmi špatně. Myslím, že nikdo z pečujícího personálu neodhadoval dlouhodobější pobývání paní na tomto světě. Paní ležela na třílůžkovém pokoji u okna, kde ji hrávalo rádio. Když jsem k ní přišla na první návštěvu, vypadala velmi unaveně a sklíčeně. Nedávno ji opustil manžel, v nemocnici jí po dlouhé sérii různých vyšetření diagnostikovali rakovinu, syn měl finanční problémy se splácením půjčky. Jedinou milou zprávou v tom všem bylo, že se její dceři se narodil vnouček. Více než o samotném onemocnění paní Milena stále mluvila a trápil ji odchod manžela. Nemohla tomu uvěřit, že ji opustil právě v takový okamžik a že si našel mladší partnerku. Přišlo jí to jako neuvěřitelně zlý sen. S manželem zažili a prožili tolik útrap – nebezpečný úraz paní Mileny, po kterém nemohli mít spolu děti, bídu, kdy oba byli bez práce, tohle všechno jejich vztah utužovalo a zocelilo a teď tohle. Dceru a syna si po definitivním rozsudku lékařů, že nemohou mít vlastní děti, adoptovali. Manžel Bohumír T., kterého jsem několikrát informovala a prosila o spolupráci, o svou manželku nejevil nejmenší zájem. Největší ránou však bylo, když jednoho dne manžel přijel do hospice a oznámil své ženě, že rodinný dům, ve kterém spolu léta žili a vychovávali děti, prodal. To paní totálně zlomilo. Po psychické stránce ji bylo den ze dne hůř. Paradoxně se paní ale po fyzické stránce začala velmi lepšit. Byla silnější, pomalu přibírala na váze, měla chuť k jídlu. Ač byla paní Milena při převozu plně imobilní, začala pomalu v doprovodu rehabilitační pracovnice znovu chodit. Paní Milenu pravidelně navštěvovalo několik dobrovolníků, zpravidla jednou v týdnu za ní dojížděla dcera s vnoučkem, kteří bydleli asi 60km od hospice. Se svou duševní bolestí našla oporu v Bohu. Z paní se postupně stala věřící praktikující katolička, která po Velikonocích v hospicové kapli přijala svátost křtu. Paní Milena se začala velmi lepšit. S chůzí neměla nejmenší problém, nepotřebovala už ani chodítka, narostly jí krásné vlnité vlasy, kosti se jí postupně obalily tukem a paní měla pěknou postavu. Vypadalo to, že paní má zase chuť žít. Bylo léto a začala se po půlroce pobytu Mileny v hospici řešit otázka, co s paní dál. Jelikož neměla žádné trvalé zázemí a bydliště měla na obci, ve které žila, pokusila jsem se oslovit místního starostu, zda by mi nepomohl najít či vymyslet další sociální řešení. V blízkosti místa bydliště se zrovna v tu dobu otevíral dům s pečovatelskou službou a stále

v něm byla volná malá garsonka pro jednoho klienta. Jelikož paní Milena byla schopna za pomoci pečovatelské služby samostatného života, této příležitosti jsme využili. Byla to příležitost k novému začátku. Protože měla Milena nízký důchod, pomohla jí moje zkušenější kolegyně soudní cestou přes advokátku vymoci na manželovi výživné a finanční vyrovnání z prodeje bytu, které jí umožnilo se do nového domova přestěhovat a vybavit si jej potřebnými věcmi. Paní měla z přesunu velké obavy – jak zvládne péči sama o sebe, co když se její stabilizované onkologické onemocnění opět rozvine a bude progredovat. Paní Milenu jsme stále podporovali v tom, jak je šikovná, jaké dělá pokroky, jaké má skvělé děti. Taktéž jsme ji slíbili, že v případě zhoršení zdravotního stavu k nám může být ihned převezena. Velkým pozitivem polohy domu s pečovatelskou službou byla menší vzdálenost k dceři – ta nyní čítala do 20 km.

V létě, kdy jsme ještě stihli paní zažádat o příspěvek na péči, od nás Milena odcházela se slzami v očích. Měla nás ráda a mi zase ji. Za tu dobu jsme si navzájem přirostli k srdci. S paní Milenou jsem zůstala v telefonickém kontaktu, dvakrát jsem ji navštívila v jejím krásném bytečku. Na jaře roku 2009 byla paní převezena do nemocnice a odtud k nám do hospice, kde za pár týdnů podlehl nádorovému onemocnění. Vím, že prožila krásné dva roky života, kdy byla šťastná a měla radost ze života, plně užívala každý den. Nikdy se nezapomněla zmínit, že toto štěstí prožívá díky nám všem v hospici, díky naší láskyplné péči. Pocit, že někomu na ni záleží, je velmi silný a motivující, je to hnací motor, jak dál.

Kasuistika č. 2 – vigilní koma

Paní Marcela V.

Marcela V. se narodila v Brně v roce 1967. Otec už v té době hojně požíval alkohol a matka se tak především starala o výchovu Marcely a její o dva roky starší sestry Aleny. Matka pracovala jako šička nafukovacích lehátek. Jelikož otec všechny peníze propil a odmítal jít na léčení, musela si paní V. najít další práci – každý večer docházela uklízet do brněnské fakultní nemocnice. Na děvčata tím pádem neměla vůbec čas. Nemohla se jim věnovat s přípravou do školy a vlastně ani pořádně nevěděla, co děvčata dělají ve svém volném čase. S mírnými problémy se Marcela vyučila prodavačkou potravin. Po obdržení výučního listu si našla zaměstnání v malém pekařství, kde se seznámila budoucím manželem Petrem V. Po několika měsíční známosti se tento mladý pár vydal na radnici, kde svůj manželský vztah stvrdili pouze před svědky. Marcela v té době byla těhotná a těšila se tak na příchod dcery. Dcera se narodila zdravá a po šesti letech se všichni společně těšili z dalšího přírůstku, syna. Po oslavě synových šestých narozenin Marcela nečekaně a záhy od manžela a dětí odešla. Do této doby manželství probíhalo úplně v poklidu a harmonii – jen s tou změnou, že Marcela již neprodávala pečivo, ale pracovala jako asistentka ředitele v jedné farmaceutické firmě. Marcela se odstěhovala ke svému novému příteli a podala žádost o rozvod. Marcela začala žít nový život s novým přítelem bez dětí a jakékoli povinnosti se o ně starat. Bohužel záhy na to nový přítel Marcelu opustil. Marcela však tuto novou skutečnost nepřijala a pokusila se o suicidium skokem z pátého patra panelového domu. Sebevražda se však nezdařila a došlo k vážnému poškození mozku. Marcela absolvovala několik neurochirurgických zákroků, aktivní léčba byla po roce uzavřena s tím, že Marcela se nyní nachází ve vigilním komatu a je třeba ji zajistit následnou odbornou péči. Tuto péči jako jedno z mála v České republice nabízí Dům léčby bolesti hospicem sv. Josefa v Rajhradě. Marcela byla na podzim 2007 převezena do hospice s těžkou kvalitativní poruchou vědomí, organickým psychosyndromem, po zlomenině kyčle, předloktí, zhmoždění jater, plic a ledvin. Marcela byla krmena přes PEG (*výživa v nemoci výživovou sondou, která je zavedena do žaludku), byla plně inkontinentní a měla zavedenou tracheotomickou kanylu (*zajištění průchodnosti dýchacích cest, kdy je průdušnice uměle vyústěna na povrch těla). Písemnou formou jsme zaslali oznámení k Okresnímu soudu Brno – venkov o převzetí pacienta, který není schopen dát souhlas s hospitalizací, do péče hospice (dle zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a dále § 186, § 191a Občanského soudního řádu). Tím jsme zahájili tzv. detenční řízení. Před

přijetím Marcely do zařízení jsme informovali jejího bývalého manžela, který byl uveden na žádosti o přijetí do hospice jako kontaktní osoba. Bývalý manžel se na sociální oddělení dostavil ve stejný den, kdy jsme Marcelu přijímali a byl velmi ochotný k další spolupráci. Formálně byla uzavřena smlouva o poskytnutí služeb sociální péče, se kterou byl bývalý manžel seznámen. Klientka ji nebyla schopna podepsat. Podali jsme žádost o příspěvek na péči a postupně řešili otázku dávek nemocenského pojištění, které chodily na bankovní účet Marcely a k němuž neměl nikdo jiný přístup. K městskému soudu v Brně byla v té době podána žádost na zbavení způsobilosti k právním úkonům a na stanovení opatrovníka.

V této době taktéž žádáme o přiznání plného invalidního důchodu. Tuto žádost podal bývalý manžel na Městské správě sociálního zabezpečení v Brně. Samotné žádosti v tomto výjimečném případě však předcházelo ustanovení opatrovníka pro vyřizování plného invalidního důchodu dle § 32 odst. 2 písm. f) zák. č. 500/2004 Sb. správního řádu Českou správou sociálního zabezpečení v Praze. Krátce na to bylo rozhodnuto o ustanovení bývalého manžela opatrovníkem. Vyřizování PID proběhlo bezproblémově a rychle.

Následně na to bylo vydáno rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu podle ustanovení § 39 odst. 1/a zákona č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění.

V létě 2008 přišlo od městského soudu v Brně usnesení o zamítnutí návrhu zbavení způsobilosti k právním úkonům, protože soud nebyl místně příslušný. Návrh se podal znovu k okresnímu soudu Brno – venkov. S této době Marcely narůstal dluh za pobyt v našem zařízení, jelikož bez stanovení opatrovníka neměl nikdo z fyzických osob přístup k bankovnímu účtu, kam jí pravidelně docházely dávky nemocenského pojištění.

24.6. 2008 bylo multidisciplinárním týmem rozhodnuto o nutnosti hledání dalšího sociálního zařízení s důrazem na rehabilitaci. Marcele se v hospici daří, začínají se projevovat známky mírného zlepšení. Marcela začíná vnímat své okolí, reaguje na podněty libosti/nelibosti, fixuje pohledem.

23.6. 2009 byla Marcela základě soudního rozhodnutí zbavena způsobilosti k právním úkonům dle § 10 odst. 1) občanského zákoníku. Celý tento proces trval necelé dva roky. Opatrovník stále nebyl stanoven.

Paní Marcela stále čeká na umístění do ústavu sociální péče pro osoby se zdravotním postižením v Hrabyni. Toto zařízení poskytuje celoroční pobytové služby těžce tělesně postiženým osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc a odlehčovací pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Marcelu v hospici nikdo nenavštěvuje – bývalý manžel se znovu oženil a založil novou rodinu, stará se o dvě děti z prvního manželství. Jeho nabízená součinnost se pomalu vytrácela až zmizela úplně – což mu ale nemáme za zlé. Sestra Marcely, která žije v Praze, navštívila Marcelu asi 2x, otec se o dceru nikdy nezajímal a matka zemřela ještě dříve, než se Marcela narodily děti. Marcela i přes mírné pokroky nemá motivaci ke zlepšení svého stavu. Nikdo za ní nepřichází, rodiče ji opustili, děti viděla naposledy u rozvodu, sestru nezajímá. V hospici se snažíme dát Marcelu tu nejlepší ošetrovatelskou péči, snažíme se vhodně vyplnit volný čas četbou, projížděkami s postelí v parku či doprovázením na různé kulturní akce, které se v hospici konají. Bohužel lásku milovaného člověka ji ale dát nemůžeme.

Kasuistika č. 3 – respitní péče, odlehčovací služba

Paní Blažena B.

Paní Blažena B. se narodila 5.6. 1933 v Tvrdonicích na Břeclavsku jako nemanželské dítě. Matka Anežka nebyla selského původu, a proto si nemohla vzít otce Blaženy, bohatého Bohumila M. Čtyři roky po narození žila Blažena u babičky a dědečka v Želetavě, kde se její matka seznámila s jejím budoucím manželem, nevlastním otcem Blaženy, Františkem K, který vlastnil malé řeznictví v již zmíněné Želetavě. Vlastní otec dal Blaženě velké dědictví – matka s otčímem jí však nemohli disponovat, proto Blažena přijala příjmení po svém nevlastním otci.

Blaženino dětství i dospívání nebylo jednoduché – matka jí neměla ráda, vyčítala jí, že jí zkazila život. Rodiče nemohli mít dlouho vlastní děti, až po šesti a dále osmi letech matka znovu otěhotněla. Narodil se jim syn Josef a Jaroslav, nevlastní bratři Blaženy, o které se musela hned po jejich narození starat. Matka i otčím na ni byli velice přísní – starala se nejen o nevlastní bratry, ale i o řeznictví, domácnost, pole a velkou zahradu. Pořád byla ve všem „bokem“ – pohrdali jí.

Ve 12ti letech, vzpomíná, zažila nejhorší Vánoce. Dostala starou oprýskanou rezavou klec, ve které byl lísteček se vzkazem „ptáčka si do toho chyt’.“

Nejlépe se cítila o prázdninách u babičky a dědečka – matčiny rodičů, kam jezdila jednou do roka a kde bydlel i její vlastní otec. Babička s dědečkem jí nic nepřikazovali, nazakazovali, oblékali jí, četli – měli ji rádi.

Už jako malá měla velký sen o cestování, na základní škole ji bavil zeměpis a později i jazyky. Blažena ve škole nikdy neměla žádné problémy, jak se spolužáky a s učiteli, tak i s učením, jak sama přiznává, nad ostatními vyčnívala svými znalostmi. Gymnázium zvládla „levou zadní“ a po maturitě se chystala na studium filozofie do Prahy. Jak sama říká, chtěla vypadnout z toho strašného prostředí, být co nejdál od matky, otčíma a nevlastních bratrů.

Přijímací zkoušky na filozofickou fakultu zvládla hravě, na velké město i studium si velice rychle zvykla. Po dvou letech však musela studium ukončit z důvodů nedělnického původu.

Půl roku žila u matky a otčíma, kde opět dělala vše možné, pak si odjela do Třebíče dodělat pedagogické minimum, aby mohla učit na základní škole. Zde (v Třebíči) potkala svou první velkou lásku, která ale musela být ukončena vzhledem ke komunistické příslušnosti rodiny partnera.

V roce 1960 si vzala za manžela Vladimíra B., zootechnika, a v roce 1962 se jim narodil syn Vladimír. Přestěhovali se do Dačic nedaleko Telče. Mezitím zemřel Blaženě její nevlastní otec. S bratry i matkou se nestýkala, matka je již v důchodu a pořád ji „nemá ráda.“

Další hrozný zážitek prožívá, když jede na návštěvu k matce, která ji mezi dveřmi vyhodila a vzkázala jí, že o ni nestojí.

K zásadnímu okamžiku došlo ve chvíli, kdy Blaženě došla smlouva na plyn, který se zřizoval v Tvrdonicích, kde žila matky s bratry. Ze smlouvy zjistila, že dům, pole a pozemky jsou jejím vlastnictvím, které ji daroval vlastní otec, který již zemřel. V této době prochází Blaženino manželství velkou krizí – manžel má plno jiných zájmů a žen, než se starat o syna a manželku. Blažena nechce kvůli malému Vladimírovi odejít od manžela, nechat se rozvést. Když je již syn starší a Blažena ví, že ji na Břeclavsku patří velký majetek, rozhodla se manžela opustit. Jak sama říká, oddechly si obě strany - manžel i ona.

Žila tedy s malým Vladimírem a její matkou, která byla již velmi nemocná v Tvrdonicích, kde učila na základní škole. Syn Vladimír měl velké problémy ve vztahu k babičce i novému prostředí. Dalším zklamáním je pro Blaženu zjištění, že když byla ještě matka zdravá, zfalšovala Blaženin podpis a prodala sousedovi velký kus Blaženina pozemku.

Vladimír odešel na vojnu, kde se seznámil se svojí budoucí manželkou Petrou. Petra se však hned od počátku s Blaženou nesnese a začíná proti ní „očkovat“ i Vladimíra. Dodnes Blažena neví a nechápe, proč ji tolik Petra nemá ráda. Vladimír se hned po vojně oženil s Petrou a jako svatební dar dostal peníze a pozemek na nový dům.

Manžel Vladimír, se kterým se nikdy nerozvedla a přestala se s ním zcela stýkat, zemřel před dvěma roky.

Asi před 4 měsíci dostala paní B. silný zánět mezižeberních nervů. Na pokraji sil žádala syna, aby ji odvezl do nemocnice. Snacha i syn ji nařkli z vymyšlení si a hraní divadla. Do nemocnice ji nakonec Vladimír odvezl a paní musela hned na operaci. Přes tamější sociální pracovníci si zjistila kontakt na rajhradský hospic. Její pobyt v hospici byl však časově omezen na 3 měsíce v rámci odlehčovacích služeb, protože klientka netrpí onkologickou nemocí a ani není v terminálním stádiu svého života..

Paní B. je schopna s pomocí druhých se sama o sebe postarat, jenže nemá nikoho, kdo by ji pomohl. S jediným člověkem z rodiny, se kterým je v kontaktu, je její sestřenice, která však z její nemoci těží – rozprodává její věci (břeclavský kroj, oblečení, náradí na zahradu) s tím, že půlku výdělku si nechává pro sebe. O Vánocích 2009 byl u paní Blaženy na návštěvě syn se snachou – rozhovor byl velmi umělý, syn byl celou dobu hlídán svojí ženou, která se s tchýní odmítala bavit a stála na opačném konci pokoje.

Dnes řeší paní Blažena složitou životní situaci. Nemá pro koho a pro co žít, nevidí žádný smysl v budoucnosti, proč žít dál. Je schopna se s dopomocí druhé osoby sama o sebe postarat a žít ve svém domě. Syn s manželkou o ni nemají nejmenší zájem. Sestřenice – jediná z rodiny z jejího stavu těží peníze. Občas také trpí bolestmi mezižeberních nervů. V životě zažila jen samá zklamání – matka, která ji měla vést životem, jí neustále dávala najevo, že jí zkazila život - manžel, který měl stát při ní, se staral o všechno možné, jen ne o svou rodinu a nakonec syn, který nemá žádnou úctu ke své matce ani nejmenší zájem o ni.

Nerovnováha je mezi její potřebou, snem strávit šťastné a spokojené stáří, což v jejím případě může znamenat obnovení vztahu se synem a snachou, a aktuální možností toho dosáhnout.

V hospici mohla klientka být na tzv. respitní péči pouze 3 měsíce. Během této doby se nastavila léčba bolesti, která nebyla akutní, ale pacientce dosti ztěžovala život. Dále jsem se jako sociální pracovníce snažila zaměřit na problematiku bydlení pro paní Blaženu – opět na základě představy a možností klientky (indikátorem mi byl zdravotní stav klientky, finanční situace – s tím, že bych jí mohla nabídnout nějaký domov důchodců, dům s pečovatelskou službou atd.).