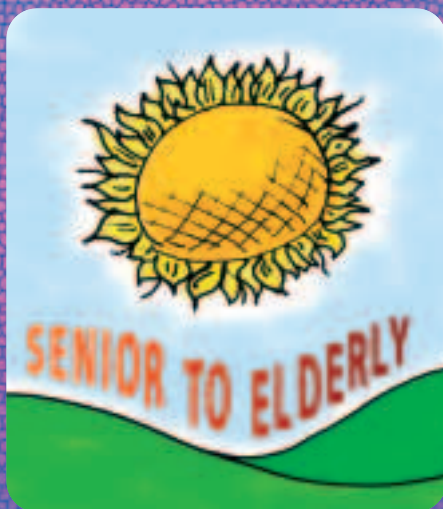


Jsme na Zemi proto, abychom měli někde domov

Dobrovolná paliativní asistence seniorů starším občanům

Projekt Grundvig II



Zpráva 2006 - 2007

SVTC – Středisko pro začleňování do společnosti a volbu povolání (Litva)
Nadace katolické charity pécské diecéze (Maďarsko)

Sdružení dobrovolníků paliativní péče o doživající občany (Nizozemsko)
Unie katolických žen (Česká republika)

IKME – Sociálně-politický vzdělávací institut (Kypr)
Středisko výcviku pro povolání CVT SBIE Ltd (Řecko)

Název této zprávy je citací z knihy Árona Tamásiho „Abel in America“. Originální maďarský text zní: „Azért vagyunk a világon, hogy valahol otthon legyünk benne.“



Úvodní prohlášení

Tento dokument byl publikován v rámci projektu „Dobrovolná paliativní asistence seniorů starším občanům“, který je realizován s podporou Evropského společenství podle programu Socrates/Grundtvig II.

Obsah tohoto dokumentu nemusí striktně odpovídat postojům Evropského společenství. Všechny citované dokumenty a názory zaznamenali partneři projektu a neměly by být v žádném případě interpretovány jako oficiální postoje Evropské komise nebo jakýchkoliv jiných oficiálních organizací.

Informace a údaje obsažené v tomto dokumentu shromáždili autoři z různých zdrojů a mohou se měnit bez následného upozorňování. Autoři neposkytují žádné záruky nebo jakákoliv vyjádření pokud jde o kvalitu, obsah, úplnost nebo adekvátnost takových informací a údajů. I když bylo věnováno patřičné úsilí kvalitativní a obsahové stránce, nebudou autoři na sebe brát jakoukoliv odpovědnost za škody vzniklé užíváním této informace nebo spoléháním na ni.

Copyright

Copyright © 2006–2007, autorské právo pro partnery projektu „Dobrovolná paliativní asistence seniorů starším občanům“. Všechna práva vyhrazena.

Tento materiál můžete užívat pro nekomerční, osobní nebo výukové účely.

Obsah

Úvodní prohlášení	3
Copyright	3
Obsah	4
Předmluva	5
I. Úvod	7
I.1 Paliativní péče	7
I.2 Dobrovolnictví	9
2. Šest různých zemí	11
2.1 Demografické tendence	11
2.2 Některé rozdíly	14
2.2.1 Sociálně ekonomické rozdíly	14
2.2.2 Rozdíly v systému zdravotní péče	15
2.2.3 Historické a kulturní rozdíly v dobrovolnictví	17
3. Dobrovolníci v paliativní péči	21
3.1 Kvalita práce dobrovolníků paliativní péče	21
3.2 Výsledky práce dobrovolníků paliativní péče v šesti sledovaných zemích	22
4. Několik dojmů z návštěv	24
5. Předběžné závěry	26
Přílohy	28

Předmluva

Neustále se prodlužující délka života zvyšuje počet starších občanů, kteří jsou podněcováni k tomu, aby svému postavení ve společnosti dodali nový lesk. V souvislosti s tím jsou však pozorovány nejen pozitivní změny, ale též negativní. Uspokojení psychologických potřeb seniorů v Litvě zajišťuje zákon a systém sociálního pojištění. Avšak spirituální potřeby seniorů a potřeby jejich sebevyjádření plně uspokojeny nejsou, plnohodnotná účast v životě společnosti není zajištěna. Většina z nich trpí sociální izolací a samotou. Pro člověka, který už má svůj věk, je stejně tak jako v předcházejících fázích jeho života důležité, aby zůstal aktivním účastníkem sociálních procesů a měl například možnost vyjádřit se jako individualita. Senioři a starší lidé mohou zhodnotit své životní zkušenosti a celoživotní dovednosti, když se budou moci podílet na aktivitách neziskových organizací, vykonávat dobrovolné práce pro různé komunity. Mohou si vzájemně pomáhat, stejně jako se pustit do činnosti, která je přitahuje a která odpovídá jejich schopnostem a zálibám. Bohužel dobrovolnická práce občanů seniorského věku, vzájemné asistenční aktivity ve společenstvích, stejně jako paliativní asistence, není příliš rozvinutá v žádné z evropských zemí. V Litvě jsou pouze základy dobrovolnické práce a paliativní asistence. Díky spolupráci se sociálními organizacemi z různých evropských zemí jsme zaznamenali společný zájem - a to přispět nějakým způsobem ke zlepšení života seniorů. Tak se tedy zrodila idea tohoto projektu – podnítit seniory k aktivitě, snaha zapojit je do procesu zlepšování kvality života založené na principu „Senioři seniorům“.

Doufáme, že sdílení dobrých zkušeností s ostatními zeměmi, v nichž je dobrovolnická činnost i paliativní péče daleko více rozvinuta (Nizozemsko, Maďarsko, Česká republika), příprava školicích materiálů a jejich přizpůsobení aktuálním potřebám, poskytne seniorům a starším lidem možnosti, jak se podílet na společenském životě. Tedy to, že je zapojíme do procesu celoživotního učení a vytvoříme harmonické vztahy mezi členy společenství, pozitivně ovlivní jejich kulturní život. To je důležité zejména pro starší občany z nových členských zemí EU, kteří žijí v odlišných politických/sociálních systémech a potřebují podporu, aby se rychle adaptovali v rychle se měnící společnosti.

Očekáváme, že různorodé sociálně-ekonomické a kulturní aspekty vybraných evropských zemí a jejich reprezentativních organizací pozitivně ovlivní naplnění cílů tohoto projektu stejně jako šíření výsledků projektu ve vzdálených účastnických zemích.

V první fázi projektu „Dobrovolná paliativní asistence seniorů starším občanům“, na kterém se podílejí partneři z Litvy, Maďarska, Nizozemska, České republiky, Kypru a Řecka, jsou shromažďovány a prezentovány údaje o situaci seniorů a starších občanů ve společnosti, jež jsou zaměřeny na sociální, demografické a zdravotní aspekty a dobrovolníci spolu s ostatními partnery připravili tuto Zprávu. Partneři z Nizozemska a Maďarska získané údaje shrnuli a spolu s ostatními partnery připravili tuto Zprávu., která byla doplněna ještě fotografiemi pořízenými během návštěv jednotlivých účastnických zemí.

Danguole Boguseviciene
koordinátorka projektu

Další informace jsou dostupné na webových stránkách partnerů:

Litva: <http://www.sidmc.org/senior/index.php>

Maďarsko: <http://www.pecsi-caritas.hu/seniors/index.html>

Kypr: <http://www.ikme.org/seniortoelderly/>

Česká republika: <http://ukz.katolik.cz/>

I. Úvod

I.I Paliativní péče

Paliativní péče představuje způsob zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin, kteří se potýkají s problémy, jež jim způsobují těžké nemoci. Tato péče spočívá v prevenci a úlevě bolestí cestou včasné identifikace, spolehlivé diagnostiky, jakož i v řešení dalších problémů fyzického, psychosociálního a duševního rázu¹.

- Definice Světové zdravotnické organizace zahrnuje následující případy:
- Aktivní komplexní péči o pacienty, jejichž choroba nespadá do léčebné péče.
- Akutní potřebu utišování bolesti nebo potlačování jiných symptomů souvisejících zejména s psychologickými, sociálními a duševními problémy.
- Záměrem paliativní péče je dosažení optimální kvality života pacientů a jejich rodin.
- Mnoho aspektů paliativní péče lze také aplikovat v počátečních nemoci, pokud jde např. o protirakovinová opatření.

Slovo *pallium* pochází z latiny a znamená masku nebo plášť. Tato etymologie napovídá, čeho se paliativní léčba v podstatě týká: zakrývání (maskování) účinků nevyhlášených chorob, jakoby opatření kabátů pro ty, kteří zůstávají vystaveni chladu, protože jim nemohou pomoci lékařské prostředky. Proto paliativní léčba:

- staví se kladně k životu a na umírání pohlíží jako na normální proces;
- umírání neurychluje ani nezpomaluje;
- zmírňuje bolest a stavy úzkosti;
- integruje psychologické a spirituální aspekty péče;
- poskytuje podpůrný systém pomáhající pacientům žít co neaktivněji až do smrti;
- poskytuje podpůrný systém pomáhající rodinám překonávat účinky nemoci svých členů a vlastní stresy.

Je to jedinečný způsob, jak jednat s lidmi a pomáhat jim v poslední fázi jejich života, která zpravidla netrvá dlouho. Jedinečný je tehdy, když postižené osoby samy, jejich rodiny a přátelé přispívají k úspěšnému

¹ Definice 2002 Světové zdravotnické organizace, pramen: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

chodu ošetřování, služby jsou poskytovány interdisciplinárním týmem a rodině se dostává podpory i po pacientově smrti. Strategie spolupráce specialistů všeho druhu pomáhá umírajícímu zbavit se bolesti, pochopit reálnou situaci, nacházet způsoby řešení problémů.

Nemoc a smrt je, a vždy bude, neodvratnou a integrální částí lidské zkušenosti. Od nepaměti se lidská společnost snažila poskytovat svým nemocným a umírajícím podporu a útěchu. V takové pečující činnosti společnosti mohou dobrovolníci hrát významnou roli.

V této souvislosti je důležité zdůraznit význam spolupráce mezi dobrovolníky, neformálními poskytovateli péče a profesionálními pečovateli. Nejlepší je, když se jejich úsilí jeví jako rovnocenné a vzájemně se doplňující, avšak mající specifický význam pro pacienta a jeho příbuzné. Vklad dobrovolníků bývá časově omezen (třeba na jeden nebo více dní) a zaměřuje se na psychologicko-sociální, duševní a praktické potřeby přizpůsobené tomu, co neformální pečovatel (rodina, přátelé atd.) může poskytovat.

Avšak paliativní péče je v tomto významu jen jednou částí „péče na konci života“. Pokud jde o dobrovolníky, je třeba zdůraznit, že by se měli stáhnout do pozadí, když osoba na konci života potřebuje soukromí a samotu a „ukrývat“ duševní stav. Paliativní péče vyžaduje neustálou pohotovost a přítomnost, viditelnou nebo skrytou, podle potřeb pacienta.



Hebrejský nápis ZECHER ha CHURBAN na tabulce v prvním holandském židovském hospicu Immanuel znamená „Zeď nářků“ i „Vzpomeň na zboření chrámu“. Nápis připomíná památný den tzv. Tisha be Av, devátého avu. Ortodoxní Židé si údajně na připomínku zboření chrámu nechávali ve svých domech něco nedodělaného.

I.2 Dobrovolnictví

Dobrovolnictví je souhrn činností prováděných dobrovolníkem a věnovaných jiné osobě, skupině (bez jakýchkoliv příbuzenských svazků) nebo společnosti jako celku v rámci dané organizace a bez jakéhokoli úvazku.

Abyste zabránilo nežádoucímu užívání tohoto pojmu, byla vypracována patřičná kritéria:

- práce má společné sociální zaměření;
- činnost je nezisková;
- nenahrazuje placená zaměstnání;
- a má doplňující ráz.

Mezinárodní sdružení pro dobrovolnickou činnost IAVE (International Association for Volunteer Effort) prohlašuje², že dobrovolnická činnost vyvolává nejušlechtlejší aspirace lidstva – prosazování svobody, příležitosti, bezpečnosti a spravedlnosti pro všechny. Je to cesta vedoucí k podpoře a posilování humánních hodnot společenské péče a účasti; jednotlivci užívají svých práv a berou na sebe odpovědnost jakožto členové komunit; a překonávají se rozdíly, které by mohly nepříznivě působit na naše soužití.

IAVE klade důraz na to, aby se dobrovolnictví vyznačovalo těmito aspekty:

- vyzývalo celou komunitu k tomu, aby identifikovala popř. likvidovala hrozby, využívala příležitosti a řešila problémy, s nimiž se setkává;
- povzbuzovalo a uschopňovalo lidi všech věkových skupin a všech sektorů společnosti, aby zaujímali vedoucí postavení při poskytování služeb a sociálních akcí;
- mluvilo za ty, kteří neumějí mluvit za sebe;
- poskytovalo komukoliv možnost účasti;
- doplňovalo, avšak nenahrazovalo, odpovědnou činnost jiných sektorů a úsilí placených pracovníků;
- umožňovalo lidem získávat nové znalosti a dovednosti v zájmu uceleného rozvíjení jejich osobního potenciálu, spoléhání na sebe a tvůrčích schopností;
- prosazovalo solidaritu v rámci rodiny, obce, národa a mezinárodního společenství.

² strategický plán IAVE 2007-2010, pramen:
<http://www.iave.org/ResourceView.asp?ResourceID=87>

Dobrovolná činnost má dvě stránky: Jedna se týká přínosu pro společnost, konkrétní organizace nebo příslušného jedince (věnováním času, znalostí a úsilí bez odměny nebo jen za symbolickou odměnu). Druhá stránka se týká prospěchu pro samotné dobrovolníky (příležitost pro každého využívat svých schopností a zkušeností, nabývat nových dovedností, získávat nové přátele, zařadit se do pracovního procesu a změnit svůj společenský život v zájmu dosažení spokojenosti, a to bez ohledu na pohlaví, rasu, národnost, náboženskou příslušnost, politické názory, věk nebo zdravotní stav).

Dobrovolnická činnost v rámci paliativní péče se od této charakteristiky v podstatě neliší. Na druhé straně má mít dobrovolník patřičné schopnosti, zejména pokud jde o sebekritiku a komunikaci, vzhledem k emocím, jimž musí on i rodina postiženého čelit, dále pokud jde o složité a choulostivé situace osob podléhajících péči a pokud jde o zvláštní požadavky, které je třeba plnit při instruování dobrovolníků v této konkrétní oblasti.



Úvodní setkání zástupců partnerských organizací v roce 2007.

2. Šest různých zemí

Tento projekt se zaměřuje na dobrovolnickou paliativní pomoc seniorům a pomoc seniorů starším občanům.. Hlavním záměrem projektu je neformálním sebevzděláváním zlepšovat a povzbuzovat účast seniorů, zejména žen, v neziskových organizacích, místních komunitách a službách sociální péče při poskytování morální podpory starším občanům, kteří to potřebují. Tento projekt by měl také stimulovat účast seniorů a starších občanů ve společenském dění a tím aktivně zvyšovat kvalitu jejich vlastního života v duchu principu „senioři seniorům“.

Projekt se zaměřuje na výměnu kladných zkušeností mezi zúčastněnými partnery³ z Litvy, Kypru, Řecka, České republiky, Nizozemska a Maďarska prostřednictvím seminářů, elektronické komunikace a umísťování informací na webových stránkách projektu. Projekt bude úzce spolupracovat s mezinárodními neziskovými organizacemi, místními komunitami, státními institucemi a úřady. Tato spolupráce umožňuje jednak porozumět potřebám cílových skupin jakož i distribuci výsledků a produktů. Pracovním jazykem bude angličtina, a tak budou mít někteří účastníci příležitost zlepšovat si své jazykové znalosti jazykovou praxí.

První fáze projektu spočívá ve vzájemném představování účastníků, výměnných cestách pracovníků projektu, v provádění průzkumů, ve shromažďování materiálů o společenské situaci seniorů a starších občanů v každé zúčastněné zemi se zřetelem k sociálním, demografickým a zdravotnickým aspektům a k dobrovolnické činnosti.

V této zprávě jsou uvedeny výsledky takové výzkumné práce.

2.1 Demografické tendence

V šesti zemích zahrnutých do tohoto projektu jsou téměř stejné demografické tendence. Očekávaný průměrný věk se zvyšuje, celkový počet obyvatel v každé zemi se snižuje nebo se jeho snižování v dalších desetiletích očekává. Procento osob 65letých a starších se zvyšuje. V některých zemích stoupne z 20 % na 35 % nebo ještě více. Tyto poměry jsou v jednotlivých zemích různé. Např. v Řecku se počet obyvatel starších 60 let v období 1960 – 2000 zvýšil z 30 % na 39 %⁴.

³ Úplný seznam partnerů je uveden v Příloze.

⁴ Toto není vědecké pojednání. Uvedená čísla ilustrují námi sledovaný vývoj. Čísla jsou převzata z Evropských statistických informací v rámci systému statline: <http://statline.cbs.nl/>



Setkání v pražské kanceláři mobilního hospicu Cesta domů.

Situaci ovlivňuje také počet osob na domácnost. Porodnost se snižuje, proto se domácnosti zmenšují. Např. v Nizozemsku se snížil z 4-5 osob na začátku minulého století na 2,3 osob v r. 2003 a předpokládá se, že v r. 2050 klesne na 2,1.

Třetím ukazatelem je poměr počtu mužů k počtu žen. V procesu stárnutí přibývá relativní počet žen v příslušných věkových skupinách. Např. v České republice je z 56,26 osob starších sedmdesáti let jen 15 % mužů.

I když tedy jsou příslušné tendence v zemích projektu stejné, je dopad vývoje různý. Projeví se dříve nebo později v jednotlivých zemích různě. Způsob bydlení se u osob starších 65 let v jednotlivých zemích liší. V Nizozemsku bydlí starší lidé většinou sami. V roce 2003 tam bylo 2,5 miliónů domácností s jednou osobou a tento počet se v r. 2040 zvýší na 3,5 miliónů. Vzhledem ke zvyšujícímu se věku a k poměru počtu mužů k počtu žen jsou tyto domácnosti prakticky pouze ženské. Do domovů důchodců odchází jen malé procento starších občanů. V roce 1995 žilo z lidí starších 65 let v domově důchodců 8 %, ale tento počet se snížil v roce 2003 na 6 %. Z lidí starších 85 let si přeje odejít do domova důchodců pouhá třetina.

V Maďarsku je situace víceméně stejná vzhledem k tomu, že většina lidí starších než 60 let žije samostatně v domácnostech pro jednu osobu. V České republice je podíl osob žijících osaměle nejvyšší ve věkové kategorii nad pětadesát let (celkem 35 %), přičemž ženy tvoří téměř 2/3. V Litvě jsou svazky těsnější, 20 % dospělých žije spolu se svými rodiči. Rovněž 90 % Litevců uvádí své děti jako nejpreferovanější zdroj pomoci v denním životě ve vysokém věku. Dospělí potomci toto považují jak za potěšení tak za povinnost. Na ústavní péči se hledí jen jako na poslední možnost. Avšak situace se mění. Např. obyvatelé velkých měst počítají s pomocí státu více než osoby na venkově. Vztah mezi rodiči a dětmi se ve velkých městech uvolňuje. V rámci našeho projektu bylo v této souvislosti zjištěno, že v Řecku považují obyvatelé za normální postarat se o své rodiče, ale sami nechtějí obtěžovat své děti, aby si s nimi dělaly starosti během stárnutí.

Přestože se čísla v projektu mezi jednotlivými zeměmi liší, nesou se diskuse v oblasti péče o starší občany ve stejném duchu. Vesměs se mění úloha rodiny, jakož i úloha domácí a ústavní péče. To platí také o obou stránkách etické diskuse a o pragmatickém přístupu k potřebám starších občanů.

Na konci této kapitoly je uvedeno několik údajů o očekávaném průměrném věku (graf 5) a počtech terminálně nemocných (graf 6) ve všech šesti sledovaných zemích.



2.2 Některé rozdíly

2.2.1 Sociálně ekonomické rozdíly

Během první fáze tohoto projektu jsme navštívili Litvu, Českou republiku, Řecko a Maďarsko. Na první pohled jsou rozdíly v sociální a ekonomické situaci v těchto zemích značné.

Prof. Johan Mackenbach⁵ (výzkumný pracovník Ústavu veřejného zdraví při Erasmově universitě v Rotterdamu, Holandsko) provedl výzkum úmrtnosti a sociálně-ekonomických rozdílů v Evropě. Konstatuje, že rozdíly v úmrtnosti kdekoliv v Evropě byly větší v devadesátých než v osmdesátých letech minulého století. Průměrně má každý obyvatel vyšší pravděpodobný věk, ale lidé s vyšším vzděláním jsou na tom lépe, než lidé s nižším vzděláním.

Často se zhoršuje zdraví níže sociálně-ekonomicky položených vrstev společnosti. Trpí relativně více kardiovaskulárními nemocemi a rakovinou. To např. souvisí s kouřením, ale také s dostupností zdravotnických služeb a s poplatky za zdravotnické ošetření. Silný vliv na rozdíly úmrtnosti u lidí s vyšším a nižším vzděláním mělo kouření v severní Evropě a postupně i v jižní a východní Evropě. Do šedesátých let minulého století bylo 70 % kuřáků mužů, z toho mnohem méně v jižní Evropě. Od té doby přestávají vzdělanější lidé hromadně kouřit, avšak začínají kouřit ženy, a i v jižní Evropě se zvětšuje počet kuřáků zejména v níže ekonomicky postavených vrstvách. Tyto rozdíly mají dopad na zdravotní stav a úmrtnost.

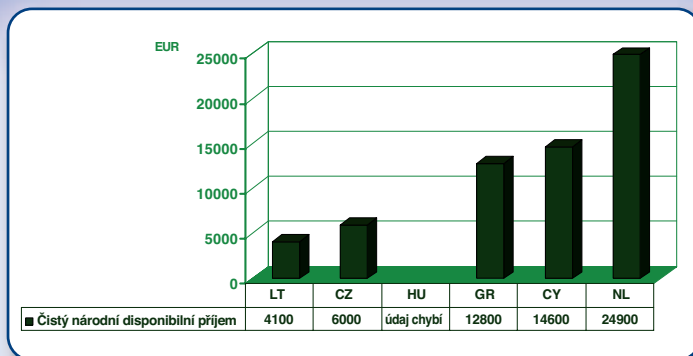
Mackenbach předpokládá, že nadváha bude dalším společenským problémem s dopadem na zdraví a úmrtnost.

V **grafu I** je srovnání průměrných příjmů ve sledovaných šesti zemích za rok 2003. Mezi nejvyšším a nejnižším průměrným příjmem je vidět velký rozdíl.

Při našich návštěvách v Litvě, České republice, Řecku a Maďarsku jsme se s těmito rozdíly setkali na ulicích a ve zdravotnických zařízeních, jakož i ve službách pro starší občany.

Jestliže porovnáme tyto rozdíly v očekávané délce života v grafu 5, vidíme rozdíl mezi Nizozemskem, Řeckem a Kyprem na jedné straně a Litvou, Českou republikou a Maďarskem na straně druhé. To znamená, že sociálně-ekonomické podmínky tento rozdíl v očekávané délce života sice vysvětlují, ale na určité úrovni jsou už méně důležité.

⁵ NRC (Holandské noviny) 05-05-2001



Graf I. Příjem Euro na obyvatele⁶

2.2.2 Rozdíly v systému zdravotní péče

Také systémy zdravotní péče a dostupnost zdravotnických služeb se značně liší. To například souvisí se systémem financování, na kterém je zdravotnická péče založena. Tak např. v Nizozemsku je nový pojišťovací systém léčebné zdravotní péče (Zorgverzekeringswet, leden 2006) soukromým systémem zdravotního pojištění se sociálními podmínkami. Tento systém provozují soukromé zdravotní pojišťovací společnosti; pojišťovatelé jsou povinni přijmout k pojištění každého. Uplatňuje se systém snižování rizika. Pojištěnci se stejným typem zdravotního pojištění platí stejné pojistné.

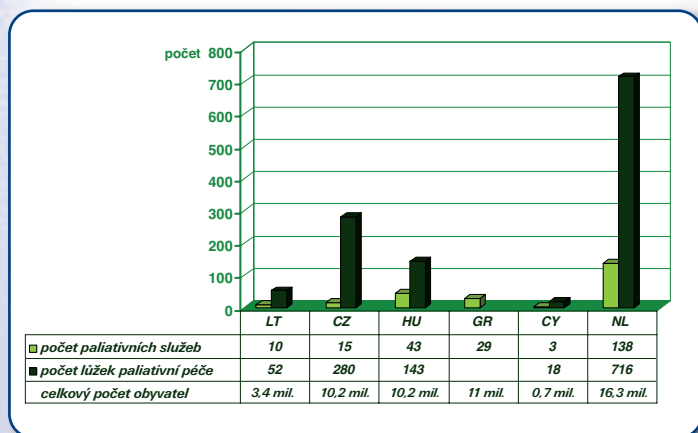
Existuje národní systém péče o zdraví NHCS (National Healthcare System) poskytující služby individuální a veřejné zdravotnické péče a provádějící farmaceutickou činnost. Rodinné lékařské služby jsou financovány z patientských fondů. V současné době rychle roste počet soukromých institucí primární zdravotní péče (PHCI = Primary Health Care Institutions), kde pracuje jeden nebo několik rodinných lékařů. PHCI uzavírají dohody s patientskými fondy, proto jsou rodinné zdravotnické služby poskytovány bezplatně.

⁶ Zdroj: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

To v krátkosti ukazuje rozdíly mezi tržně orientovaným a státně orientovaným systémem, i když mezi jednotlivými zeměmi existují různé extrémy. Příslušný systém – spolu s finanční dostupností zdravotnických služeb – určuje možnost svobodné volby.

Důležitým faktorem je také přístup do systému. Např. v Nizozemsku je praktickým lékařům svěřena v neakutních případech hlavní role při odkazování lidí do zdravotních služeb specialistů. V Litvě je zákonem stanoveno, že si může každý jednotlivec svobodně zvolit lékaře specialistu, jakož i rodinného lékaře (internistu nebo dětského lékaře), který působí nejbliže jeho bydliště, nebo který je pro něj nejdostupnější. Jsou stejnými vstupními dveřmi jako je tomu u praktických lékařů v Nizozemsku, ale je to začleněno do sekundární zdravotní péče.

Dostupnost služeb (založená na příslušném systému) je dalším důležitým hlediskem. V této brožuře se soustředujeme na dostupnost služeb paliativní péče, avšak situaci služeb paliativní péče v každé uvažované zemi lze vyjádřit i příslušnými údaji, viz **graf 2**.



Graf 2 Přehled o paliativní péči v účastnických zemích⁷

⁷EAPC Atlas of palliative care in Europe (Atlas paliativní péče v Evropě), IAHCPress, 2007

2.2.3 Historické a kulturní rozdíly v dobrovolnictví

V třetí části se zmíníme o rozdílech mezi dobrovolnickými službami a dobrovolnickými organizacemi. To také souvisí s nesteréjným historickým pozadím ve sledovaných zemích.

V zemích východní Evropy, v bývalých komunistických zemích, má slovo „dobrovolník“ zcela jiný význam než v zemích jižní a západní Evropy. I když jde o stereotyp, existuje rozdíl mezi částečně nucenou (ve vlastním slova smyslu nebo emocemi provázenou) dobrovolnou prací, a to v Litvě, v České republice a v Maďarsku (máme na mysli „veřejné práce“ a „komunistické subotniky“) a velmi neformální dobrovolnou práci v Řecku a na Kypru (spíše jako v rodině – je třeba to udělat, a tak kolem toho neexistuje žádná diskuse) a historicky zakořeněné nenucené nastupování dobrovolníka do práce v Nizozemsku.

Rozdíly mezi organizacemi zúčastněnými v tomto projektu lze charakterizovat takto:

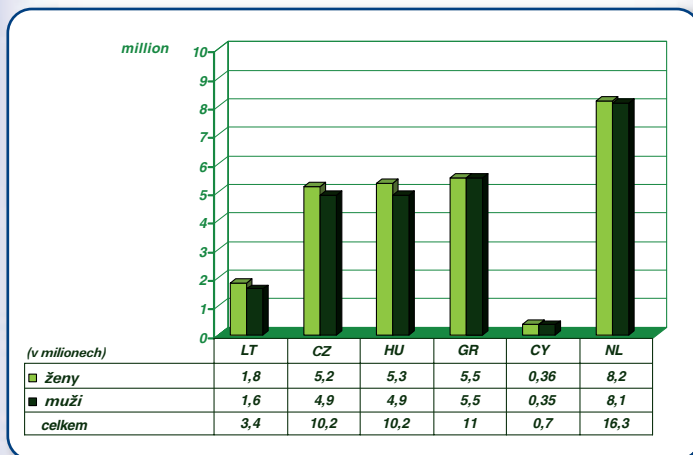
- Litevské socializační odborně vzdělávací středisko (Lithuanian Socialisation Vocational Training Centre SVTC) bylo založeno v roce 2001 týmem manažerek s dlouhou praxí v oblasti nápravy žen a mladistvých. Poskytuje výcvik a rehabilitační služby a vede projekty potírání nezaměstnanosti začleňováním sociálních skupin ohrožovaných vyřazením ze společnosti.
- Litevská asociace paliativní medicíny (Paliative Medicine Association of Lithuania) byla založena v roce 1995. Je to dobrovolnická nezisková organizace propojující představitele různých profesí: jednak lékaře různých specializací, ošetřovatele, sociální pracovníky, rehabilitační specialisty a jednak spirituální pracovníky. Aktivně spolupracuje s ministerstvem zdravotnictví a vládou, a propaguje rozvoj jednotného národního systému paliativní péče v Litvě.
- Kyperský institut sociálně-politických studií (IKME) byl založen v r. 1996 jakožto nezisková instituce zaměřená na prosazování svobody, demokracie socialismu a evropských hodnot.
- Řecké středisko profesionálního výcviku (SBIE-CVT) bylo založeno v r. 2000 školící organizací SBIE a poskytuje vysoce kvalitní vzdělávací služby formou seminářů vnitřního výcviku a konzultačních služeb.

- Unie katolických žen (UKŽ) jako občanské sdružení založené v r. 1992 propojuje skupiny žen při farnostech v Čechách a na Moravě. Posláním UKŽ je napomáhat katolickým ženám přijímat odpovědnost za rodinu, farnost, obec a celou současnou společnost a obhajovat tradiční křesťanské hodnoty, význam instituce rodiny, rovné příležitosti pro ženy a muže a hodnotu lidského života od početí do přirozené smrti.
- Katolická charita Pécs (Caritas Pécs) je oficiální podpůrná organizace diecéze Pécs maďarské katolické církve. Po desetiletích socialistické výluky byla reorganizována v roce 1990. Je to regionální organizace koordinující činnost šestatřiceti místních skupin a práci více než 300 dobrovolníků. Účelem činnosti této organizace je angažovanost v rozličných sociálních podpůrných aktivitách, prosazování stejných práv sociálně slabých vrstev a provádění charitativních aktivit zaměřených na národnostní menšiny, chudé rodiny a bezdomovce.
- Nejstarší organizace dobrovolníků paliativní domácí péče v Nizozemsku byla založena v roce 1980. V roce 1986 následovalo založení Národní dobrovolnické paliativní terminální péče (VPTZ = Volunteers Palliative Terminal Care). Téhož roku, co byl založen první dobrovolnický hospic (mající charakter domácího prostředí). VPTZ je specializovaná dobrovolnická organizace, která nasazuje školené dobrovolníky terminální paliativní péče tam, kde je to potřebné a kde si to lidé v poslední fázi svého života přejí. Proto VPTZ podporuje účast dobrovolníků na terminální paliativní péči a ve zdravotní péči vůbec. VPTZ je sdružení, které má 205 poboček (65 hospiců, 140 center dobrovolnické paliativní péče s docházkou do domovů klientů) s téměř 7 000 dobrovolníky a 400 koordinátory dobrovolníků.⁹

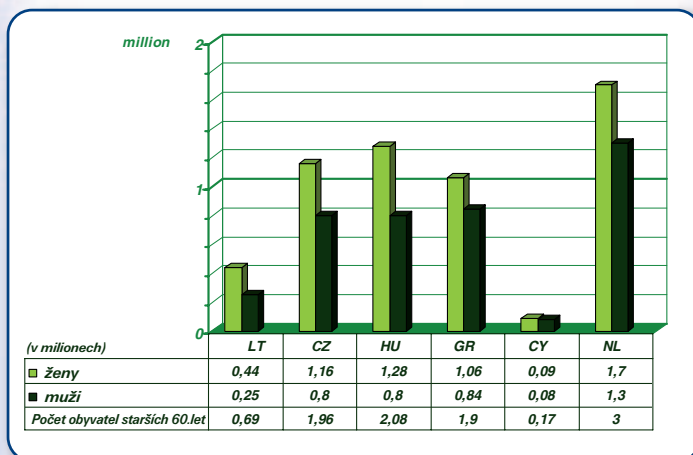
Existují jednak mladé organizace (Litva, Řecko, Kypr) se specializovaným výukovým prostředím, jednak starší organizace (Česká republika, Maďarsko) navazující na staré náboženské instituce a mající déletrvající specializovanou organizaci dobrovolné paliativní péče s bohatými zkušenostmi s tímto druhem práce. Tím je dána možnost pohlížet z různých hledisek na otázku, co která organizace potřebuje k plnění své role v dobrovolné paliativní péči o seniory a starší občany v jednotlivých zemích.

⁹ Registrační zpráva VPTZ Registration report 2005, Bunnik, Nizozemsko, 2007,

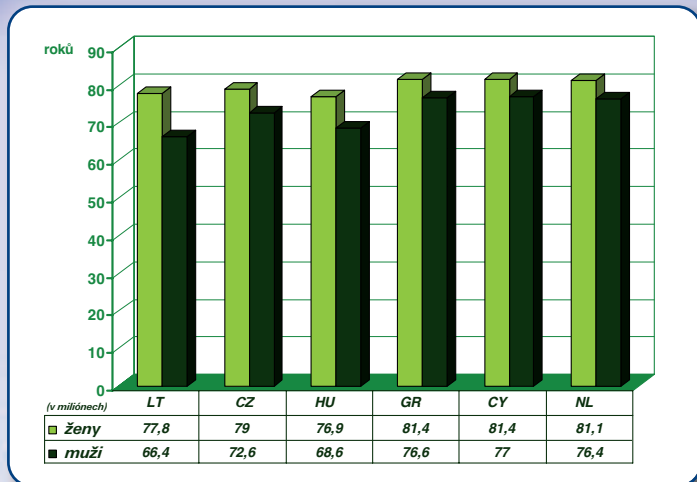
Grafy 3 - 6. Statistický přehled demografických údajů šesti účastnických zemí



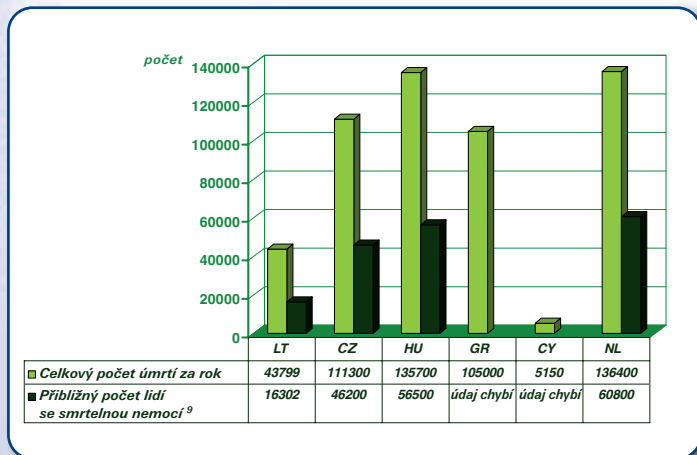
Graf 3 Celkový počet obyvatel



Graf 4 Počet obyvatel starších 60.let



Graf 5 Střední očekávaná délka života



Graf 6 Celkový počet úmrtí za rok

⁹ Pro tento účel byly vybrány údaje z nádorových onemocnění, mozkových příhod, chronických nemocí dýchacího traktu a nemocí zažívacího traktu. Čísla uvedená pro jednotlivé země nejsou vzájemně striktně srovnatelná. Počet lidí s nemocí končící smrtí činí podle odhadu 40 – 45 celkového počtu lidí, kteří zemřeli v uvažovaném roce.

3. Dobrovolníci paliativní péče

3.1 Kvalita práce dobrovolníků paliativní péče

Kvalita zde znamená respektování norem a prostředků určených pro provádění dobrovolných služeb, stejně tak i školení a zplnomocnění dobrovolníků, což zajišťují příslušné výcvikové kurzy.

Paliativní péče je týmová práce se zdravotními sestrami, lékaři, psychiatry, knězi, sociálními pracovníky a zejména školenými odborníky. U týmové práce se vyžaduje především komunikativní schopnost a citlivost.

Důležitost komunikace zdůrazňuje Marie Opatrná z Ústavu pro humanitární studia v lékařství Karlovy univerzity v Praze¹⁰.

Dobré komunikační dovednosti hrají podstatnou roli ve všech oblastech zdravotní péče, a tudíž nejsou pro paliativní péči specifické. Komunikace představuje mnohem více než pouhé předávání informací. Je to proces, který zahrnuje mnoho lidí, a jehož účelem je výměna informací, vzájemná podpora, řešení obtížných a někdy i choulostivých problémů a zvládnání emocí spojených s tímto procesem. Je náročný na čas, úsilí a ochotu vyslechnout a pochopit starosti lidí. Částečně jde i o nacházení odpovědí na otázky. Většinou však jde o případy, kdy otázky vyslovovány nejsou a je třeba se u příslušné osoby zdržet a prožívat s ní její bolest. Při volbě způsobů paliativní péče se často setkáváme s případy, kdy je pacient a jeho rodina ve stresu. Nezřídka mezi sebou dotyčné strany málo komunikují nebo mezi nimi vůbec žádná komunikace není. Za takových okolností pochopitelně velmi často dochází k nedorozumění, k pocitům beznaděje a k touze se vzdát, k dojmu, že postiženému byla naložena nespravedlivě vysoká zátěž. V příslušné rodině nebo komunitě mohou vyplavat na povrch staré rivality a žárlivosti a celý proces se může stát rychle nevládnutelným.

Hlavní úsilí dobrovolníka je „být tam“ v patřičné náladě, na správném místě a ve správném okamžiku.

V tomto smyslu lze kvalitu práce dobrovolníka v rámci uvažovaného projektu charakterizovat těmito požadavky:

- patřičný postoj pokud jde o soucítění, skromnost a cit pro potřeby pacienta a jeho rodiny;
- dobré komunikační schopnosti;

¹⁰ http://www.pecsi-caritas.hu_seniors/material/MarieOpatrnaPalliativeCareandClinicalPastoralCare.pdf

- důstojnost dobrovolníka, jakož i osoby a rodiny vyžadující péči;
- spolehlivost projevující se v přesnosti a dochvilnosti;
- orientovanost na úkol i na vztahy.

Jde o úzkostlivě odpovědné provádění správně definované úlohy ve správném smyslu. Úkoly lze předem naplánovat, protože se můžeme spolehnout na jejich vykonavatele a protože se v rámci poskytované služby uplatňuje dobrá zpětná vazba mezi dobrovolným pracovníkem a pacientem/rodinou.

V této oblasti zdůrazňujeme kvalitu vztahu mezi dobrovolníkem a pacientem s rodinou. Jde o to, co znamenáš jakožto osoba a dobrovolník, jaké máš schopnosti a jaké se mají vytvořit (organizační) podmínky pro dobrovolníka co do času, pozornosti a podpory. Většina kvalitativních systémů vyvinutých v rámci profesionální zdravotní péče vynakládá značné úsilí na zvyšování kvality organizace. I když je toto důležitý aspekt, neříká nic o osobní a vztahové stránce péče. Dobrovolnické organizace se opírají o motivaci lidí, kteří této organizaci věnují svůj volný čas a úsilí. Kvalita práce spočívá v konkrétním úmyslu a motivaci dobrovolníka. To je důležitý aspekt výcviku dobrovolníků a jejich koordinátorů v paliativní péči.

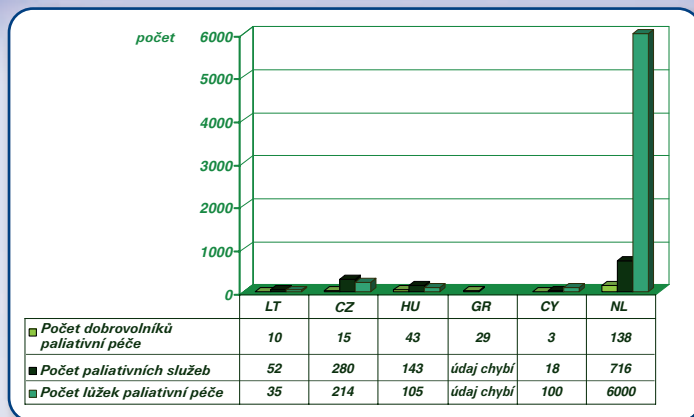
3.2. Výsledky práce dobrovolníků paliativní péče v šesti sledovaných zemích

Dosud máme málo zkušeností s činností specializovaných dobrovolníků paliativní péče v šesti zemích projektu, s výjimkou Nizozemska. Je to pochopitelné vzhledem k historickému pozadí, sociálně ekonomickým podmínkám (sem patří i přístup ke smrti v dané národní komunitě), dále ke stavu systému péče o zdraví a paliativní péče v každé zemi. Některé tyto rozdíly byly uvedeny v kap. 2.2

Oficiální statistiky o skutečných účincích činnosti dobrovolníků mnoho neříkají. V Nizozemsku VPTZ deklaruje důležitost dobrovolníků těmito body:

Za prvé přinášejí dobrovolníci do systému péče o zdraví lidskou tvář společnosti a mohou přispět k odlehčení systému hospitalizace a medikace. Za druhé mohou být dobrovolníci pojítkem mezi pacientem a jeho rodinou na jedné straně a profesionálním pečovatelem na straně druhé, a to vzhledem k jejich speciálnímu postavení a vzhledem k důvěře, která je jim věnována pacientem a jeho příbuznými. A za třetí jsou

⁴ Dlouhodobá strategie VPTZ 2006-2010, Bunnik, Nizozemsko, 2006 (v holandštině)



Graf 7. Přehled o dobrovolnické paliativní péči ve vztahu k paliativním službám v participujících zemích¹²

dobrovolníci prostředníky, jimiž proniká paliativní péče do společnosti. Neváhají mluvit o smrti a o „žití až do konce“. Dobrovolníci nejsou perspektivní náhradou profesionálních pracovníků ani prostředkem snížení nákladů na zdravotní péči. Mají konkrétní postavení a odpovědnost.



Na návštěvě v řeckém domově pro seniory Nea Thalpi.

¹² Atlas EAPC paliativní péče v Evropě, IAHPCCPress, 2007 (tyto údaje jsou starší než údaje uvedené v kapitole 2.2.3)

4. Několik dojmů z návštěv

Výsledky roční práce na projektu ukázaly, že výběr projektových partnerů je účelný, protože jsou vidět velké rozdíly jak v paliativní asistenci, tak i v dobrovolné práci v této oblasti. To umožňuje kontinuální sdílení zkušeností a učení se od sebe navzájem. Ačkoli jsou sociálně-ekonomické podmínky odlišné, hlavní účel zůstává stejný – poskytnout dobrovolnickou službu, zlepšit co nejvíce kvalitu života v jeho poslední fázi.

Příklad z Pécse ukázal, že je zde paliativní asistence dobře organizována. Potvrdily to jednak prezentované přednášky a jednak návštěvy hospiců. Dobrovolná asistence je poskytována doma i v hospicu. V Řecku a na Kypru je patrné, že je dobrovolná vzájemná asistence velmi akceptovanou záležitostí, protože je založena na silných rodinných a společenských vazbách. V Praze jsme viděli dobře organizovaný systém paliativní medicíny, ačkoli v Hospicu Štrasburk není dobrovolná práce příliš rozšířena. Obzvláště nadšení jsme však byli aktivitami domácího mobilního hospicu Cesta domů, který poskytuje ošetrovatelské služby v domovech klientů.

I když je Česká republika v oblasti paliativní péče dost pokročilá, ve srovnání se situací v Nizozemsku zaostává jak v počtu dobrovolníků, tak v množství poskytovaných služeb paliativní péče na obyvatele. „Služba chudým není obětí, ale privilegiem,“ prohlásila Matka Tereza z Kalkaty (což je mottem na brožuře Maďarské katolické charity Pécse). Projekt by měl uvádět příčiny a důsledky nedostatku pracovníků. Měl by také ukázat možnosti zlepšení práce s dobrovolníky a zabývat se otázkou, jak získávat potenciální dobrovolníky, zejména z řad seniorů.

Pokud jde o země partnerů, zahrnuje projekt celou Evropu, od severu k jihu a od východu k západu. Maďarské zastoupení nás upozorňuje na to, že toto geografické rozpětí se vyznačuje určitým odstupňováním a vykazuje rozdíly. Ty se projevují v dobrovolnickém hnutí jednotlivých zemí, ve struktuře a vývoji zdravotní služby a v postoji úřadů a společnosti vůči zdravotní péči.

Z návštěv institucí a z prezentací pozvaných expertů vyplynula některá inovativní řešení a významné iniciativy. (Např. domácí mobilní hospic „Cesta domů“ v Praze, ČR). To potvrdilo, že metodika spočívající v zásadě, že v průběhu realizace projektu se můžeme a musíme navzájem učit, jak dosahovat vytyčených cílů, byla vhodnou volbou.

Z kyperského hlediska představovaly návštěvy hospiců zlomový bod v získávání znalostí jednak o problémech, které se vyskytovaly ve sledovaných zemích, a jednak o způsobech, jak se společnost stará o terminálně nemocné. Uplatníme tyto znalosti společně se zkušenostmi získanými jinak, abychom způsoby této práce zlepšili.

CY

Návštěvy různých hospiců v různých zemích a výměna úhlů pohledu mezi partnery rozdílných národností, odborníky a dalšími důležitými lidmi, odhalily výhody a nevýhody systémů přijatých za účelem poskytování paliativní asistence starším lidem. Pokud bereme v úvahu, že paliativní péče je určena k tomu, aby zlepšila kvalitu života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s nemocemi, jež je ohrožují na životě, můžeme pochopit, jak moc je v oblasti zdravotní péče důležité být schopen poskytnout vysokou kvalitu služeb. Řecko se snaží provádět stabilní kroky k tomu, aby poskytovalo lepší péči, ale musí ještě vynaložit nemalé úsilí k tomu, aby v této oblasti následovalo dobrý příklad Maďarska a Nizozemska.

GR

Z holandského pohledu si odnáším tři podstatné dojmy z návštěv různých poskytovatelů služeb a z přítomnosti na přednáškách, diskusích a ze všeobecných zkušeností.

Za prvé: Existují velké finanční a hospodářské rozdíly mezi zeměmi. Jedním z příkladů je málo místa a nedostatek soukromí v litevském hospicu ve srovnání s holandskými hospicemi. To však nevyovídá nic o angažovanosti a laskavosti pečovatелů. Spočívá to v samé podstatě péče.

Za druhé jde o rozdíly mezi zeměmi a o rozdíly mezi pečovatelskými organizacemi – ve způsobu, jakým nazírají na vlastní roli v systému zdravotní péče nebo v souvisejících oblastech. Z tohoto hlediska mají maďarské a holandské organizace více společného ve službách, které poskytují nebo hodlají poskytovat, než v organizacích, které samy sebe považují spíše za asistenty profesionálů zdravotnické péče.

NL

A nakonec to jsou různé přístupy v jednotlivých zemích. Na jedné straně skeptický pohled Nizozemska, bohaté země úzkostlivě hájící své, na druhé straně perspektivy mladých členů Evropské unie, kteří doufají, že jim členství v EU přinese zisk a výhody.



Pražského setkání se účastnily i ženy z boskovické farnosti.

Předběžné závěry

Na závěr první fáze tohoto projektu lze vyslovit několik předběžných závěrů:

1. V šesti sledovaných zemích existují víceméně stejné demografické tendence:

- prodlužuje se očekávaná délka života
- celkový počet obyvatel se v každé zemi snižuje nebo lze jeho snižování v příštích desetiletích očekávat
- procento lidí dosahujících nebo přesahujících věk 60 let se zvyšuje.

2. Mění se úloha rodiny, domácí a ústavní péče.

3. Existují podstatné sociálně-ekonomické rozdíly (odstup) mezi Nizozemskem, Řeckem a Kypru na jedné straně a Litvou, Českou republikou a Maďarskem na straně druhé.

4. Existují velké rozdíly v systémech zdravotní péče od financování až po dostupnost zdravotnických služeb a paliativní péče.

5. Pokud jde o činnost dobrovolníků, existují v rámci projektu mladé organizace ve specializovaném prostředí výuky (Litva, Řecko, Kypr), starší organizace dobrovolníků (ČR, Maďarsko), a specializovaná organizace dobrovolníků paliativní péče (Nizozemsko), bohatá na zkušenosti.

6. Vydefinovali jsme si zároveň, co znamená dobrovolnická práce a paliativní péče pro jednotlivé partnery. V první řadě je paliativní péče týmovou prací, při které se klade důraz na dobrou komunikaci a citlivost. Kvalita v dobrovolnických organizacích závisí na motivaci a na obětavosti dobrovolníků. Týká se podstaty jednotlivých typů dobrovolnické práce jako takové na rozdíl od profesionálních systémů zdravotní péče, které jako takové.
7. Pokud jde o postavení dobrovolníků paliativní péče, nejsou náhradou profesionálních pracovníků zdravotní péče ani levnou pracovní silou. Mají své vlastní postavení a svou odpovědnost v těchto aspektech:
- mají být humánní tváří společnosti a systému zdravotní péče;
 - mají mít zvláštní, na důvěře založený osobní vztah k smrtelně nemocným pacientům a k jejich rodinám;
 - mají působit jako prostředníci paliativní péče ve společnosti.
8. Ve smyslu citace v titulu: „*J sme na Zemi proto, aby chom měli někde domov*“ mohou dobrovolníci paliativní péče pomáhat nevléčitelně nemocným pacientům, aby se cítili jako by byli doma až do konce svého života.



Zástupci partnerských organizací obdivují sídlo Charity Pécs.

Příloha

Organizace projektových partnerů a jejich představitelé:

**SVTC – Středisko pro začleňování do společnosti a volbu povolání
(Litva – LT)**

Danguole BOGUSEVICIENE

Litevská asociace paliativní medicíny (Litva – LT)

Aukse NARVILIENE

Nadace katolické charity pécské diecéze (Maďarsko – HU)

Anna FORRAYNE

Pál CSONKA jr.

Sdružení dobrovolníků paliativní péče o doživající občany (Nizozemsko – NL)

Hans BART

Unie katolických žen (Česká republika – CZ)

Marie BOHÁČOVÁ

IKME – Sociálně-politický vzdělávací institut (Kypr – CY)

Alecos TRINGIDES

Středisko výcviku pro povolání CVT SBIE Ltd (Řecko – GR)

Gavriil IORDANOGLU

