

Pečuj doma

Rozhovor Jana Nouzy
s Martinou Špinkovou
**Přišlo mi to tak dobré
a důležité**
Strany 1 a 3 Publicistika

Známa socioložka
o pečování v rodině
Jiřina Šiklová:
Matky po e-mailu
Strana 4 Publicistika

Zprávy

Ministerstvo vydalo Rádce pacienta

Ministerstvo zdravotnictví ČR společně s předními odborníky připravilo pro české pacienty v rámci aktivit zaměřených na zvyšování bezpečnosti ve zdravotnictví publikaci s názvem Rádce pacienta. Ta má pomoci k jejich lepší orientaci při kontaktu se zdravotními službami, seznámit je s jejich právy a povinnostmi v rámci poskytování zdravotních služeb a posílí jejich postavení v systému zdravotnictví.

Rádce pacienta je určen všem, kteří se chtějí lépe orientovat v systému poskytování zdravotních služeb a také pacientům, kteří nepracují s internetem, a starším občanům.

Napište si o něj na ministerstvo. A také pro více informací kontaktujte: Ministerstvo zdravotnictví ČR, Vlastimil Sršeň, tel.: 224 972 166, e-mail: tis@mzcr.cz

ČSSZ radí: Hlídejte si své doby pojištění

Aby lidé měli přehled o získaných dobách pojištění a mohli případně chybějící doby dohledat, a tak pozitivně ovlivnit výši svého důchodu, mohou požádat Českou správu sociálního zabezpečení (ČSSZ) o zaslání informativního osobního listu důchodového pojištění (IOLDP). Informativní osobní list obsahuje přehled dob důchodového pojištění, případně náhradních dob a od roku 1986 i přehled vyměrovacích základů a vyloučených dob. Je to důležité zejména v současné době,

Pokračování na straně 8

Já se kácím na polohovací postel

Moravskoslezský kruh dokončil práci na instruktážním filmu pro laické pečovatele „Já se kácím na polohovací postel“. Účastníci projektu Pečuj doma jej obdrží na DVD, pro další zájemce je k dispozici ke stažení na stránkách www.pecujdoma.cz

Přišlo mi to tak dobré a důležité

Rozhovor s Martinou Špinkovou z Cesty domů



Curriculum vitae Martiny Špinkové začíná podobně jako mnohých jiných lidí „od kumštu“. Narodila se v r. 1959 v Praze, maturita na gymnáziu, studium oboru knižní kultura a písmo na Vysoké škole umělecko-průmyslové v Praze, malířka, ilustrátorka, manželka, matka – a potom následuje: ředitelka Domácího hospice Cesta domů...

Čím vám „voní a chutná“ slovo domov?
Vůně a chuť jsou asi polívka, chleba, bábovka. A jinak je to místo, kde jsem sama sebou, se „svými“ lidmi, je tam teplo, stůl, postel, vaříme čaj a čekáme návštěvu a těšíme se, že jí u nás bude hezky.

Na české poměry máte neobvykle početnou rodinu. Jakou osnovu vztahů musí umět rodiče vázat, aby děti žily spolu, ne pouze vedle sebe?

Nemohu někomu dávat rady nebo dokonce říkat, co musí. Jen mohu říct svoji zkušenost, že rodiče nic moc předem nevy-

myslí, jen by se měli mít prostě hodně rádi a být ochotni se od dětí učit. Vztahy jsou právě proto tak krásné i tajemné, že nemůžete říct, kde začaly, u koho. Dějí se najednou a ze všech stran. A když je vás doma víc, je to velké dobrodružství.

Při výchově potomků jste malovala, kreslila – jen knížek jste do loňského roku ilustrovala víc než čtyři desítky. Která byla první?

Nebyla to knížka, ale adventní kalendář, kde se den proměňoval v noc a podle toho se proměňovali i lidé. Dělať jsem

jej pro tehdy zbrusu nové nakladatelství Portál a užili jsme si při něm plno dobrodružství: s dopravou, tiskárnou, učili jsme se... Předtím jsem knížky také dělala, ale jen v několika výtiscích, jako samizdaty.

Prostřednictvím zahraničních nakladatelství vás jako ilustrátorku znají v řadě zemí Evropy, jste úspěšná – a vy místo využití téhle příznivé situace začnete směřovat své úsilí k založení hospice... Potkalo vás něco, co se stalo podnětem k prvním krokům tímhle směrem?

Tak jednak s tou slávou není zas až tak slavné a jednak já vlastně stejně dělám pořád to samé. Knížky ilustruji, básně trochu píšu a obrázky trochu maluju pořád. Mám na to teď jen trochu omezený čas a moc si nemohu vymýšlet. Nepotkalo mne nic zvláštního, potkala jsem své přátele, kteří chtěli hospic v Praze vybudovat, a protože jsem tehdy pár lidí zažila umírat doma a přišlo mi to tak dobré a důležité, chtěla jsem jim v tom trochu pomoci. Nu a pak už to šlo svou cestou a já jsem u toho na nějaký čas zůstala...

Váš manžel je lékař. Radila jste se s ním, než padlo konečné rozhodnutí?

Cestu domů jsme s manželem Goldmanovými a Bětkou Markovou zakládali oba. Můj muž ale tehdy již jako lékař nepracoval, učil filosofii. Důležité na těch prvních měsících bylo to, že jsme všichni měli pocit, že se něco musí udělat, aby bylo líp, a že nám to snad společně nějak půjde.

Pro značný počet lidí zůstává hospic málo známým pojmem, natož prostředím – a Cesta domů je hospic ještě něčím jiným než ty ostatní. Čím?

Cesta domů nabízí lidem odbornou pomoc v tom, co by asi mělo být vlastně

samozřejmě a co si myslíme, že většina z nás chce: končit i v těžké nemoci život doma. Jinak je asi třeba podotknout, že hospic v mnohých zemích není dům, ale typ péče, té, která se snaží řídit se přáními pacienta, jehož život se blíží ke konci. Lůžkové hospice jsou tak vlastně jen velmi skvělý vynález, jak to udělat, když to doma z nějakých důvodů nejde.

Formulujte prosím filosofii tohoto zařízení.

Na konci života potřebujeme svůj život uzavřít, rozloučit se. K tomu je třeba, abychom netrpěli bolestmi a měli při sobě ty, kteří nám i v naší křehkosti rozumějí a mají nás rádi. Domácí hospic nabízí multidisciplinární tým, který to pacientovi a jeho blízkým pomůže uskutečnit. Členové týmu – lékaři, sestřičky, sociální pracovníci a dobrovolníci – chodí k pacientovi domů, kde si přeje být a kde jsou s ním ti, kteří mu pomáhají toto přání splnit.

Kdo jsme a kam v životě směřujeme, už snad trochu víme, ale závěrečného úseku téhle pouti se mnozí bojíme. Kde, v čem jsou kořeny toho strachu?

Ten strach z vlastní konečnosti je pochopitelný a jistě nás lidi nikdy úplně nepustí. V dnešní době je ale nadmíru silný a ochromuje nás v dobrém rozhodování a konání: nestaráme se o své nejbližší, svěťujeme je takzvaným odborníkům. Proč? Smrt jsme zavřeli před pár desítkami let do nemocnic a její tvář, nežnou, vážnou, prchavou, slavnostní... už neznáme, tak se jen bojíme. Je to škoda. Tolikrát jsem viděla smutné lidi, kteří se nestihli v nemocnici rozloučit a tolikrát ty, kteří měli své blízké doma a byli společně šťastní. Stýská se jim nepochybně stejně, ale vědí, že udělali, co mohli, a jsou za to vděční.

Setkáváte se s názorem, že o umírající se lépe postarají tam, kde k tomu soustředili technické zázemí, školený personál, léky...?

Ano, je to poměrně běžný názor, ale je za ním někdy nezkušenost se skutečným umíráním a chybějící naděje, že umírání může být dobrým časem v životě člověka a lidí jemu blízkých a že technické zázemí a léky mohou za pacientem dojít domů, ale domov za ním do nemocnice přijít neumí.

Pokračování na straně 3

Annonce

Strana 2 Kolika lidem je při péči placeno pojištění?

Ptáte se nás, jak je to s placením zdravotního pojištění. Je hrazeno jen jedné osobě, i když pečujete osobu víc?

Strana 2 Od mrzáčka k osobě se zdravotním postižením

Pojmy, nebo dojmy? Tak se jmenuje úvaha Jany Hrdé, otištěná v rubrice Námitka, prosím. Pojmenování ovlivňuje náš náhled.

Strana 6 Slevy pro držitele průkazu ZTP a ZTP/P

Některé organizace nabízejí osobám se zdravotním postižením a důchodcům slevy. Podrobnosti najdete v části Legislativa.

Strana 8 Proč neumíráme v rodinném kruhu?

Co brání tomu, aby lidé umírali doma, uprostřed své rodiny a blízkých? Diskusní klub. Rodina včera, dnes a zítra. Vaše ohlasy a názory.

Rady zkušeného geriatra

Jak doma na zlatého stafylokoka?



Pokoušela jsem se získat nějaké informace o domácí péči o osoby s infekčním onemocněním MRSA. Jak jsem zjistila, existují dva rozdílné názorové tábory z řad odborné veřejnosti, a musím přiznat, že se nemohu ani k jednomu z nich bez výhrad přiklonit. Dozvěděl jsem se také, že nejčastěji se tímto infekčním onemocněním nakazí lidé při pobytu v nemocnici. Prosim o tyto osoby, jaké fáze má onemocnění a jak lze důstojně o osoby s tímto onemocněním pečovat v domácím prostředí?

Nejsem odborník – infekcionista, takže, prosím, berte můj názor nikoliv jako autoritativní, nýbrž jen „kvalifikovaný příspěvek do diskuse“. MRSA je nepříjemná infekce – rezistentní na ATB, která je však dle mého názoru v domácím prostředí ošetřovatelsky zvládnutelná za základních hygienických pravidel. Je třeba při ošetřování infikované rány používat rukavice na jedno použití, a to opravdu jen jednou. Použití rukavice a převazový materiál ihned likvidovat – bylo by vhodné konzultovat hygienickou stanici, zda lze tento materiál odstraňovat v igelitovém pytlí do běžného komunálního odpadu, tím si nejsem jist. Vždy po ošetření a obecně často si mýt ruce a poté používat dezinfekci rukou, opět podle konzultace s hygienickou stanicí. Kromě rukavic si při ošetřování rány či přestýlání lůžka vzít k tomu určený plášť či zástěru. Ošetřování a léčení infikované rány by se mělo řídit doporučením ošetřujícího lékaře. Při vytírání podlah by se měly používat dezinfekční prostředky jako v nemocnicích. Užitečné může být použití germicidní lampy či „horského sluníčka“. Ale základem jsou rukavice při převazu a mytí rukou. Opatrnější bych byl, jen pokud by v domácnosti žil člověk s výrazně oslabenou imunitou – nikoliv že má častěji do roka kašel, ale např. člověk po transplantaci, užívající imunosupresiva, vysoké dávky kortikoidů apod., anebo malé dítě (novorozeneček, kojeneček). Určitě doporučuji konzultovat hygienickou stanici, kde budou mít jistě k dispozici doporučený postup při ošetřování MRSA

MUDr. Zdeněk Kalvach

Kolika osobám je při péči placeno pojištění?

Budeme pečovat o maminku. O povinnosti se budeme dělit dvě. Jak je to s placením pojistného? Je hrazeno jen jedné osobě?

K Vašemu dotazu sděluji, že stát je plátcem pojistného na veřejné zdravotní pojištění mimo jiné za osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), a osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost) a osoby pečující o tyto osoby podle § 7 odst. 1 písm. g) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Počet osob, za které je plátcem pojistného stát z titulu péče o tutéž závislou osobu, není v citovaném ustanovení omezen. Podle názoru ministerstva zdravotnictví proto může vzniknout situace, že o závislou osobu pečují více než jedna osoba a stát bude plátcem pojistného za všechny tyto pečující osoby, pokud se prokáží potvrzením vydaným podle § 29 odst. 6 zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, v platném znění, obecním úřadem obce s rozšířenou působností o tom, že takovou činnost vykonávají. Potvrzení musí obsahovat kromě jiného také údaj o době poskytování pomoci a stupni závislosti osoby, které je pomoc poskytována.

Ing. Ivana Jenšovská
ředitelka odboru dohledu nad zdravotním pojištěním

Pobyty v ústavech nejde jen tak ukončovat a zase obnovovat

Pečuji sama o těžce postiženého syna. Syn je nyní již přes měsíc na diagnostickém pobytu. Je to od nás přes sto kilometrů a projedu hodně benzínu, ale přesto si ho beru na víkendy domů (nechci ho nechávat tak dlouho bez kontaktu se mnou a s dědečkem a babičkou). Bohužel nechťejí ho pouštět na propustku delší než 48 hodin. Zajímalo by mne, zda někde v zákonech je toto skutečně uvedeno. Dále mne trápí ještě jedna podstatná věc. Protože příspěvek na péči je jedním z našich dosti důležitých příjmů – snažila jsem se o něj nepřijít a splnit zákon. To znamená, že jsem usilovala, aby v ústavu syn nebyl celý kalendářní měsíc. Chtěla jsem, aby syna třeba propustili na týden a poté opět přijali. To prý ale není možné. Já nevím proč... Je to mrzuté, nerada někoho obtěžuji zbytečně, ale příspěvek na péči je vlastně můj příjem a bez něj horko těžko zaplatím benzin, inkaso atd.

Předpokládám, že diagnostický pobyt je nutný z důvodu špatného zdravotního stavu postiženého syna. Jde tedy o zdravotnické zařízení, kde je syn hospitalizován. Tento pobyt opravdu nejde jen tak ukončovat a potom obnovovat. K další hospitalizaci po ukončení by totiž nemusel být syn přijat. Propouštění na „propustku“ je opět pouze záležitostí léčebného režimu a není možné toto jakkoliv ovlivnit. Samotná propustka a pobyt dítěte takto cca osm dní z měsíce doma není dostatečná pro neodebrání příspěvku. Variantou je pouze něco jako reverz, kdy si rodič vezme na odpovědnost ukončení hospitalizace, ale toto asi

Pokračování na další straně

NÁMÍTKA, PROSÍM

Pojmy, nebo dojmy?

Jistý nejmenovaný politik přečetl projev. Spíš jej překoktal, bylo vidět, že mu to někdo napsal a politik jaksi neměl čas se s tím seznámit, natož nad tím porozmýšlet. To nic neměnilo na tom, že projev byl výborný. Pojednával o tom, že lidé se zdravotním postižením si přeji, aby se o nich mluvilo jako o lidech. Aby je nikdo nedegradoval jen na jejich problém a nehovořil o nich pouze jako o „těch postižených“. A potom moderátorka projevila svůj obdiv, že politik přes nedostatek času přijel na akci, kterou pořádá Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. „Máte pravdu,“ rozhodil skromně pažemi politik, „ale oni nás ty postižený taky potřebují...“

Od mrzáka k osobě se zdravotním postižením

Asi nikdo již dnes neoznačí třeba člověka s berlemi za *mrzáka*. A přece doktor Jedlička i prezident Masaryk byli členy Spolku pro léčbu a výchovu mrzáčků v Čechách a zejména doktor Jedlička se o ně staral s obětavou péčí. **Obsah, který pojímům dáváme, se někdy časem posouvá.** A znamená-li dokonce samy o sobě něco nepříliš lichotivého, takový posun se přímo nabízí.

Po dříve oficiálně akceptovaném pojmenování *mrzáka* přišel *invalida*. V naší legislativě se drží **dodnes**. Setkáváme se tak s invalidním důchodem, s průkazkou pro invalidy či s kompenzačními pomůckami pro ně. *Invalidus* znamená v latině nesilný, slabý a zajisté to vystihuje podstatu mnohých omezení, která nositelé zdravotních postižení mají, stejně jako slovo *nemocný*. Jenomže jak šel čas, významy „neschopný a nemožný“, jež se ke slovu *invalidní* vztahují, nabyly vrchu. A tak sice lze souhlasit s tím, že můj důchod je *invalidní*, avšak s tím, že také můj elektrický vozík je *invalidní*, již méně. Většinou totiž funguje bezchybně. A ozývá-li se na nádráží hlášení, že vlak má připojený vagon pro invalidy, leckdo z nás kroučí pohoršeně hlavou.

Nyní se používá termín **osoba se zdravotním postižením**. Ale je nutné se vyhybat slovu „postižený“, stáli-li samo o sobě, jelikož tak v centru pozornosti není člověk jako svébytná bytost, ale bere se pouze z hlediska jeho postižení. Je nepřipustné vidět omezení jako hlavní charakteristiku jedince. Také člověk na vozíčku či třeba s potíží se sluchem je člověk na prvním místě. Doporučuje se používat spojení „člověk (osoba, občan, jedinec atp.) s postižením“. Občan s mentálním, smyslovým či tělesným postižením atd. To „s“ je tam důležité.

Nemoc, postižení a handicap

V průběhu věků byl člověk se zdravotním postižením vnímán jako někdo, kdo má především zdravotní problém. Avšak již v minulém století jsme si začali uvědomovat, že zdravotní postižení není pouze medicínská záležitost, vždyť jako takové není léčitelné, ale žs s sebou přináší především sociální důsledky. Mnohý z nás sice nespátí lékaře i několik let, leč musí každodenně řešit potíže s bariérami, vzděláváním, zaměstnáváním, bydlením, dopravou, sociálními službami atd.

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO) v roce 1980 zavedla definice, jež mají pomoci rozlišit následující pojmy. **Nemoc** nebo také porucha (*impairment*) znamená ztrátu nebo abnormalitu psychické, tělesné nebo anatomické struktury. Zjednodušeně se dá říci, že je to léčitelná porucha orgánu nebo jeho funkce.

Oproti tomu **zdravotní postižení** (*disability*) je neléčitelná porucha, nemoc či omezení, z nichž vyplývá neschopnost vykonávat kvůli poruše orgánu nebo jeho funkce činnost způsobem, který je považován pro člověka za běžný. Jak se projeví tato omezení na aktivitě jednotlivce, záleží jednak na něm samém, jednak na prostředí, jež ho obklopuje. Zejména novináři, ale i jiní lidé, ba dokonce odborníci pracující v naší branži používají v souvislosti se zdravotním postižením termín *handicap*. Považují toto cizí slovo (snad právě protože je cizí) za méně diskriminující. Ale používat je jako synonymum ke zdravotnímu postižení je nesmysl. Podle WHO je totiž **handicap** důsledek omezení plynoucí z nemoci nebo zdravotního postižení, které se proje-

ním postižením má potíže v širší oblasti než jen v učení. A ty je nezbytné řešit. Jistě by nebylo moudré se řídit výše uvedeným pojmenováním.

Další eufemismus, jenž se často používá, praví, že osoby se zdravotním postižením jsou **lidé se zvláštními potřebami**. Není tomu tak! Zkoumala jsem to, vyptávala jsem se a věřte nevěřte i osoby se zdravotním postižením potřebují stejně jako zdraví lidé potravu, teplo, pohyb atp., tedy uspokojovat biologické potřeby a rovněž tak psychologické a společenské. I oni touží například po bezpečí, uznání a zábavě. Milují a chtějí být milováni. Seberealizace je pro ně důležitá. Rozdíl je v tom, že tyto stejné potřeby musí často uspokojovat jiným způsobem než člověk bez postižení. Tak se třeba já pohybuji vedle své kráčející osobní asistentky na elektrickém vozíku. A pokud nás nezastaví schody nebo jiná pro vozík nepřekonatelná překážka, dostaneme se tam, kam máme obě namířeno.

Eufemismy, které se v souvislosti s osobami se zdravotním postižením používají, jsou zavádějící. Vedou často k názoru, že tyto lidé chtějí něco neobvyklého nebo nadstandardního, a tudíž že jejich nároky jsou nelegitimní. Nejhorší z termínů, jenž je dosud součástí legislativy, je pojem **výhody**. **A to dokonce mimořádné!** Máme údajně výhody třeba v tom, že máme nárok na vyhrazené místo k sedění, přednost při osobním projednávání záležitostí na úřadech, bezplatnou či zlevněnou dopravu pro nás, případně pro průvodce.

Zamysleme se nad tím: Potřebuje nezbytně člověk bez postižení sedět v tramvaji? Dělá mu problém na úřadech čekat, protože má spasmus (křeče), v neznámém prostředí nerozumí zvukům kolem sebe, protože nevidí, a neví tudíž, zda ho něco neohrožuje? Platí tlumočnicka do znakové řeči od hodiny? Musí mít průvodce či osobního asistenta? Jistě dojdeme k závěru, že bez toho se zdravý člověk obejde, zatímco pro člověka s různými typy zdravotního postižení jsou tyto věci nezbytnou podmínkou k tomu, aby vůbec něco mohl. Tak v čem tkví ty výhody?

Výhody to nejsou, je to vyrovnání, **kompenzace postižení**. Nicméně již pojmenování ovlivňuje náš náhled na věci, a tak je důležité, abychom je nazývali správně. Je totiž rozdíl, zda nejen my, ale i veřejnost bere uspokojování našich potřeb jako adekvátní, zda uznává, že naše nároky jsou oprávněné. Potom je totiž větší pravděpodobnost, že neuslyšíme výroky jako: „Co by ještě chtěli, vždyť mají spousty výhod, mají se lépe než já!“

Humor je koření života

Svět není černobílý, náš život není jen zápas a někdy je právě na těch názvech postižení vidět, že se mu dokážeme i zasmát. Neznamená to, že bychom sami sebe nebo sebe navzájem nebrali vážně, nýbrž že nás naše postižení nepřemáhají. A tak někteří lidé, kteří mají potíže se zrakem, si důvěrně mezi sebou říkají „zrakáči“, ti se sluchem „slucháči“ a ti na vozíku „kvadróši, zajíci či habří“. Ale neznámé lidi se zdravotním postižením bych takto neoslovovala!

JANA HRDÁ



vuje v ne/způsobnosti zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti. Je to tedy vlastně vyloučení ze společnosti. Každý nemocný člověk nebo člověk se zdravotním postižením nemusí trpět handicapem. Je-li začleněn, či dokonce zapojen do společnosti, není nikterak handicapovaný. Možnost jeho integrace či inkluze je závislá na rozsahu pomoci a podmínkách, v nichž tento jedinec žije, jakož i na jeho charakteru.

Pojmenování nás mohou poškodit

A to nejen ta miněná jako hanlivá, ale i ta rádo by jemná, něžná, hladící. Občas slyšíme například, že člověk má **potíže s učením**, namísto toho, že má mentální postižení. U dítěte to člověk očekává, ale u mužů a žen? A přece i dospělí lidé mívají mentální postižení a tento termín se rázi také pro ně. Ostatně nějaké potíže s učením má každý. Já třeba s matematikou. Ale mentální postižení nemám. Je to stejně nesmyslné pokřivení skutečnosti, jako když se říká o otylé dámě, že je silná. Jenomže ona má nadbytečná kila, a nikoliv schopnost překonávat věci, k nimž je potřebná tělesná energie. Kdybychom od ní očekávali, že nám pomůže vzeprít břemeno, byli bychom zklamáni. Stejně tak člověk s mentál-

Přišlo mi to tak dobré a důležité

Pokračování ze strany 1



Co lidem „na odchodu“ může nabídnout hospic takřikajíc provozovaný doma?

Jejich vlastní domov. Jejich přátele a rodinu. Podporu této loučící se rodině. Péči, která pomáhá, přináší úlevu od bolesti a dalších trápení a přitom nezatežuje. Čas na uzavření života, rozloučení se. Radost z toho všeho.

Jaké byly začátky a kde je Cesta domů po devíti letech činnosti?

Na začátku jsme hospic dělaly tři, paní doktorka Marie, sestřička Bětka a já jako dobrovolník a úředník. Chodily jsme do rodin, které potřebovaly pomoci. Teď nás je asi 35, děláme spoustu dalších věcí, ale to, s čím jsme Cestu domů zakládali, je vlastně pořád stejné. Pořád je třeba hodně pracovat na tom, aby lidé u nás mohli umírat méně opuštěni a lépe opečováni.

Ulehčujete nemocním, ústavům sociální péče... S jakou pomocí státu můžete počítat? Nebo dál platí váš výrok „Zdá se mi, jako by do sněmovny ještě nedolétla zpráva o tom, že lidé jsou smrtelní“?

Od státu máme nějaké peníze na grantech, bohužel stále není dořešeno to, aby mobilní hospice mohly mít zaplacenou práci lékařů a sester z veřejného zdravotního pojištění. Jsem ale optimista a vidím, jak se hledají cesty, a doufám, že nynější jednání s pojišťovnou již dopadne pro mobilní hospice dobře. Těším se.

A jak je to s tou smrtelností ve sněmovně? Myslím, že podobně jako jinde. Ovšem s tím, že ti, kteří mají moc a zodpovědnost měnit některé věci k lepšímu, by měli umět myslet na obojí, co je v tomto ohledu třeba: na dobro a práva umírajících pacientů a zároveň na to, že dobrá péče o ně není levná, ale může být levnější, než dosud je. A hlavně taková, jakou si asi všichni přejeme.

Tady proto musí následovat otázka, jakou částku denně platí klient Cesty domů.

Příspěvek na naši péči je 200 korun na den; je to sedmina toho, co nás péče o pacienta denně stojí.

Kolik hospiců máme v současné době v České republice?

Myslím, že teď patnáct lůžkových a několik mobilních.

Dá se říci, že je to počet dostačující?

Určitě není. Není ale také řešením stavět stále další hospice. V tuto chvíli v nich končí život asi necelá čtvrtina umírajících lidí, kdybychom měli hospiců dvakrát tolik, bylo by to jen osm procent. Podle mého se máme teď soustředit na vytvoření podmínek pro vznik mobilních hospiců a také na zlepšení podmínek všude tam, kde lidé umírají.

Některé věci, jako třeba možnost kontinuálních návštěv u umírajících pacientů, je možné zařídit úplně bez peněz...

V březnu oznámila Česká lékařská komora doporučení neprodužovat přežívání pacienta závislého na přístrojích, jestliže je jeho stav nezvratný. Souhlasíte?

Dokument vítám s tím, že se ovšem pacientů, o kterých mluvíme, moc netýká. Jde o pacienty, kteří již nekomunikují. Připomíná nám to ale další problémy, s nimiž se potýkáme, například stále malé porozumění tomu, co je to paliativní péče, nebo také smutnou skutečnost, že zdravotníci nedostatečně komunikují s těmi, kteří ještě svůj názor vyjádřit mohou a kteří by mohli a měli by mít možnost o způsobu své léčby rozhodovat. Mnozí z nich jsou na konci zatěžování léčbou, která je prováděna jen proto, že není odvaha a čas říci, že obzor je na dohled a je čas se loučit.

Řada lékařů varuje před rizikem zneužití takové praxe. Tvrdí, že je to krok k euthanasii...

Jistě to jde zneužít, ale to jde v medicíně téměř všechno. Já se o tom asi takhle v jedné otázce bavím neumím. Tak bych doporučila, aby si každý tento rozhodně velmi propracovaný dokument bedlivě přečetl a popřemýšlel nejen o tom, co se v něm konkrétně zmiňuje a o jakém druhu pacientů mluví, ale i o tom, co to vlastně je důvěra, s níž se lékařům denně svěřujeme. A co jsou věci, o nichž bychom rádi rozhodovali my a v jakých mantinelech, daných prostě možnostmi a schopnostmi, se pohybujeme.

A váš názor na dobrovolnou, vyžádanou a lékařsky asistovanou smrt? Právo člověka na volbu, jestliže kvalita života je ztracená.

O každém slově vaší otázky bychom museli začít pečlivě mluvit: co to je zde ta dobrovolnost, co mne dovedlo k žádosti o smrt, proč k tomu potřebuji lékaře (zabít se mohu sám lecjakými způsoby, asi téměř každý má možnost přestat například pít),

kde se bere právo člověka na volbu a kde ta volba (resp. mezi čím), co je kvalita života a jak by šlo definovat to, že se ztratí...

Mám k tomu jen dvě takové poznámky: myslím si, že se o euthanasii mluví bez toho, aby se věděly alespoň základní informace a rozlišovalo se, nu a za druhé že pokud člověk má kolem sebe své blízké a cítí, že jej mají rádi, nechce svůj život krátiť, i když mu již opravdu vůbec dobře není. Po euthanasii volají podle mého dva typy lidí: ti, kteří trpí osamělostí a špatnou péčí (a to bych zabíjením neřešila, neb to jde řešit moudřejší) a pak ti, kteří jsou od smrti ještě daleko, ale mají veliký strach z toho, aby nebyli někomu na obtíž a neztratili důstojnost. Podle mého se také děsí té špatné, nedostatečné péče. Tak snad je můj názor zřetelný: až bude péče o lidi na konci života opravdu dobrá, pak bychom se o tom když tak měli zkusit bavit – doufám, že už by nebylo o čem.

Pohybujete se v prostředí umírání a smrti. Jak moc je obtížné potom doma nad rozpracovaným obrazem plným něhy a poezie „přehodit na jinou kolej“?

Jednak já u umírajících nejsem, jsem vlastně úředník (který by často stokrát raději šel k pacientům...), ale i tak to takhle nevidím: nemám různé koleje, žiju jeden život a do něj patří každý jeho den a do něj by zas mělo stejně jako u každého jiného patřit trochu něhy, trochu pomyšlení na smrt, trochu radosti, trochu něčeho těžkého. Ve vaší otázce mi zaznívají takové ustálené představy: pokud pečuji o umírající nebo přemýšlím o smrti, je to smutné a vyčerpávající, a pokud tvořím, je to obohacující. Já osobně to znám jinak: od všech svých umírajících jsem toho tolik dostala, že nikdy nesplátím, naopak namalovat dobrý obraz se snažím celý život, ale nevím, jestli se mi to kdy podaří...

Jaká slova zvolíte, jestliže se vám svěří: Přál bych si nezůstat na samém konci sám, ale současně si přeju neublížovat svým nejbližším...

Pokud byste přišel do naší poradny, snažila bych se vás dál ptát po tom, čeho se bojíte a čím myslíte, že můžete dělat starost a radost svým blízkým, a třeba bychom společně došli pomalu k tomu, co vám jako novináři řeknu rovnou: kde je psáno, že když pomáhám někomu, koho mám rád, a kdo pomoc potřebuje, že mi to ubližuje? Neměl jste nikdy v životě radost z toho, že někdo potřeboval pomoci, vy jste to uměl, tak jste mu pomohl? Neměli jste pak i oba nějakou společnou radost?

Život začínáme a často i končíme docela křehcí a s pomocí svých nejbližších, nezřídka na konci právě v blízkosti těch, které jsme předtím v jejich křehkosti opatrovali po dlouhá léta jako malé děti. Je to špatně? Myslím, že ne. Řekla bych vám: nebojte se, budete pak rád a oni také.

Za rozhovor děkuje JAN NOUZA

Dokončení z předchozí strany

není v zájmu dítěte a nastává situace, že by k hospitalizaci poté už nemusel být přijat.

Je zde šance – minimální, ale je. Při rozhodnutí o odebrání příspěvku na péči napadnout toto rozhodnutí. Proběhne odvolací řízení – pravděpodobně se zamítavým stanoviskem a pak lze podat stížnost na MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí) nebo požádat o prominutí tvrdosti zákona. Pravděpodobně by toto rozhodnutí bylo dost průlomové, ale není úplně nereálné. Jen je zdlouhavé a s nejistým výsledkem.

To, o co se přichází, není jen příspěvek v celé jeho výši, ale je zde ještě riziko, že za tento měsíc není hrazeno zdravotní (povinné) a sociální (nepovinné) pojištění. Alternativou by bylo po tuto dobu být v evidenci úřadu práce, kde by dokonce mohl vzniknout nárok na hmotné zabezpečení, které sice nepokryje ztrátu z pravděpodobně vyššího stupně příspěvku na péči, ale je alespoň nějakou „náplastí“.

V případě, že není evidence na ÚP, pak doporučuji navštívit místně příslušnou ČSSZ nebo MSSZ (Českou nebo Městskou správu sociálního zabezpečení) a zde doložit, že tento měsíc sice není soustavná péče o postiženého, ale ten je z vážných zdravotních důvodů hospitalizován. ČSSZ pak v takovýchto případech nepřerušuje výkon péče pro potřeby důchodového pojištění (zápočet doby je pak plný, ne bez pár měsíců, kdy hospitalizace probíhala a příspěvek na péči příjemci nenáležel).

Je také potřeba se zajímat o to, zda to stejně vezme zdravotní pojišťovna a bude rovněž shovívavá nebo bude nutné dohradit měsíc (a více) zdravotního pojištění za pečující osobu.

Mrzí mne, že nemám lepší zprávy.

Bc. Radka Pešlová

Poradna inkontinence

Kolik mužů a kolik žen?

Kolik procent mužů má po padesátce problémy se samovolným únikem moči? A kolik procent žen? Existují taková čísla?

Se samovolným únikem moči častěji než jedenkrát za týden se setká 17 % mužů nad 55 let. Výskyt ale významně roste s věkem, ve skupině populace starší než 65 let se s tímto problémem setká již téměř 40 % mužů. U žen jsou problémy se samovolným únikem moči ještě častější, cca 35 % žen nad 55 let postihne nechtěný únik moči častěji než 1x týdně, ve skupině populace starší než 65 let se s tímto problémem setká až 57 % žen.

Důležitá je pravidelnost

Co dělat, když nechceme, aby si na plenku někdo vysloveně zvykl?

V takovém případě je v první řadě potřebná komunikace s uživatelem pomůcky, kdy mu vysvětlujeme, že pomůcku má jenom pro případ nečekané nehody a zároveň je potřebná i podpora při cholení na toaletu – ošetřovaný by měl mít toaletu snadno dostupnou, měl by být vhodně oblečen tak, aby mu oblečení nebránilo (složitě zapínání atp.) a my bychom měli dodržovat pravidelný režim v chození na toaletu. Může pomoci i volba vhodné pomůcky, která chození na toaletu usnadní, např. natahovací plenkové kalhotky, které se oblékají jako spodní prádlo.

V noci jen jednou

Jak často se má během 24 hodin chodit na malou stranu? A jak často v noci? Co je ještě v normě?

Běžná frekvence močení během dne je 4–8x, v noci potom 1x za noc. Jestliže chodíme častěji, je vhodné to konzultovat s lékařem, může se jednat o tzv. hyperaktivní měchýř.

Inkontinenční pomůcky

Které jsou na předpis? Jsou všechny inkontinenční pomůcky na lékařský předpis?

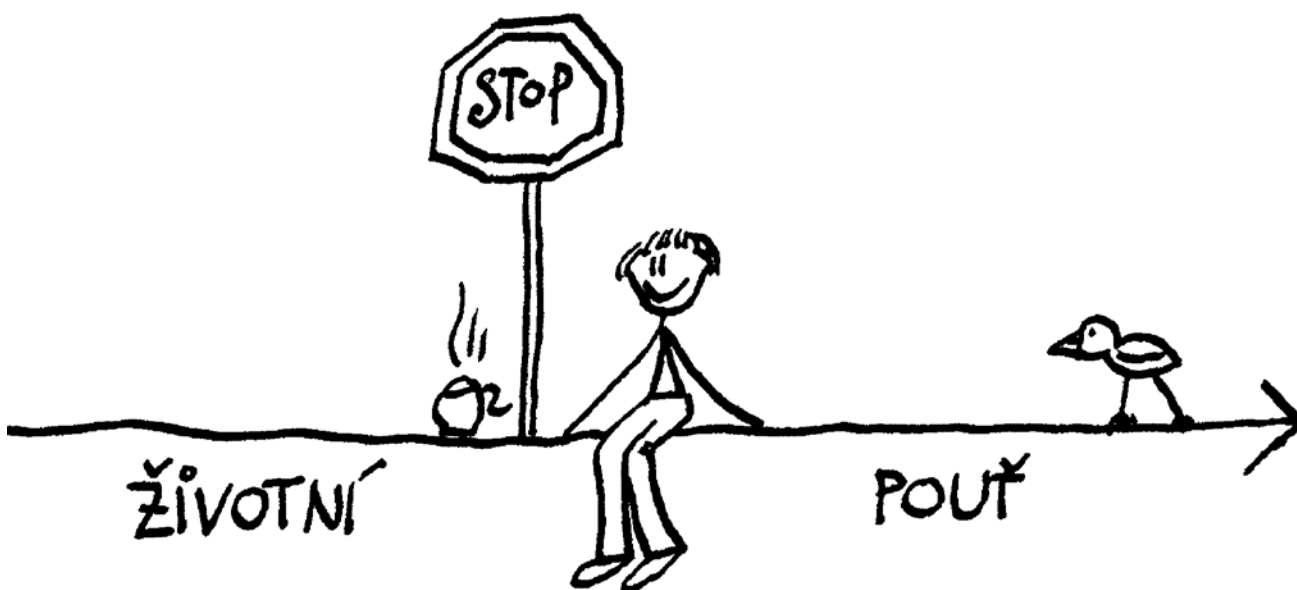
Inkontinenční pomůcky může předepsat praktický lékař a potom jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Výše úhrady a typ předepsané pomůcky se odvíjí od stupně inkontinence, jakou pacient trpí.

Plenky proti nehodě

Co když je používání plenek pro někoho potupné? A brání se tomu?

V takovém případě je velmi potřebná vhodná komunikace, kdy se musíme snažit pacientovi vysvětlit, že pomůcku má pro případ možné nehody a že použití vhodné pomůcky mu může i pomoci. Při lehkých formách úniku moči je vhodné používat inkontinenční vložky, které jsou naprosto diskrétní a navíc pohlcují zápach, který je častým indikátorem našich problémů vzhledem k okolí. Při těžších formách může vhodná volba pomůcky také pomoci – např. natahovací kalhotky, podobné spodnímu prádlu, jsou naprosto diskrétní, takže okolí si ničeho nevšimne. Používání takto diskrétní pomůcky bude jistě příjemnější, než kdyby nás okolí „odhalilo“ po nějaké malé nehodě. Jestliže je pacient stále aktivní, může pomoci i argument, že díky vhodným pomůckám bude moci ve svých aktivitách pokračovat.

Marcela Fajtová



Jiřina Šiklová

Matky po e-mailu

(Stydím se za svoje chování,
22. 2. 2008
od: janab@gmail.com,
komu: helena.a@seznam.cz)

Heleno, beru zpět všechny ty rady, které ti dávám. Od té doby, co měla maminka mrtvičku, jak říkal doktor, prý to byl jen slabý, slaboučký iktus, je to s ní horší a se mnou taky. Občas taky ztrácím nervy. Tvářím se jako ta silná, ale nejsem a jsem zlá, sobě přímo odporná. Včera jsem chtěla překládat. Baví mě to a jsou z toho i nějaké peníze, a navíc mi běžel termín odevzdání. Ale pro ty prachy to opravdu nedělám. Maminka už spala, zabrala jsem se do práce a vtom, jako by to tušila, začala kňourat. Opakovaně volá, jako když tehdy byla po mrtvičce. Dnes je ale na tom dobře, tedy mnohem lépe, než byla. A to je moje zásluha, že se tak vzpamatovala, že jsem ji vzala z nemocnice a přestěhovala se k ní dolů do přízemí. Ale věci mám nahofe, svého soukromí se nevzdám, až na tom bude lépe, zase půjdu nahoru. Když volala, všechno jsem u ní zkontrolovala. Za půl hodiny – snad ani ne za půl hodiny – znovu to volání. Zase vlastně nic nechtěla. Pustila jsem jí rádio, za chvíli volá, abych ho zavřela, že ji to ruší a že když chci poslouchat, ať si to vezmu do svého bytu. Že mi do mého bytu taky neleze! Naštvalo mě to, já přece teď bydlím v její části domku, abych se o ni starala, a ne proto, že bych neměla kde bydlet. Řekla jsem jí, že ani nemůže ke mně přijít, protože už ani nechodí, a že beže mě by se počůrala – no, řekla jsem to ještě hůř. Mrzí mě to, ale už jsem to tak řekla. Pak jsem se zase soustředila a překládala. Která ženská po šedesátce má takovou příležitost, co mám já? Jiné vyhazují, ode mě překlady chtějí, vědí, že termíny vždy dodrží. Když mám klid a pohodu.

Za pár minut zase máti volá. Nešla jsem tam, mám taky právo na svůj život a nejsem její služka. Když jsem šla, tak byla podělaná. Udělala to naschvál. Smrad v celém pokoji. Rozmazané to bylo i na povlaku deky. A výraz ve tváři? Nepřišla jsi, tak teď to máš! Za co mě trestá? Začala jsem ječet, že snad mohla zavolat, když věděla, že chce na velkou. Ječela jsem, ba až na ni řvala. Šklebila se na mě, byl v tom výraz pomsty. Pak nechtěla z postele, jako by chtěla to, co udělala, zapřít. Jak malé dítě, když se tváří, že to hovínko není jeho. No, není těžká, je teď jako věchýtek, tak jsem ji popadla, dotáhla do koupelny, ona nadávala mně, já zase jí. Chytala se mě za ramena, ušpinila těma rukama i můj župan. Je sametový, těžko to půjde vyprat, a s... na zádech chodit nemůžu. Nakonec jsem ji umyla, šla převléct postel, stále jsem se za ní do koupelny vracela, aby snad schválně neupadla. Nejraději bych jí uhodila, nasekala jí zadek jako malému děcku. Jak já ji v tu chvíli nenáviděla! Na zabití! Oplachovala jsem ji studenou vodou, bránila se při oblékání nové košile. Jak mi to její tělo bylo protivné. Nakonec usnula a byl od ní pokoj. Pak se to ale celé přeneslo na mě. Namočila jsem to povlečení včetně svého županu



a pak jsem se rozbrečela. Nad sebou samou, nad maminkou i nad tím, že jsem na ni byla tak zlá. Brečela jsem a chodila jsem se na ni dívat, jestli dýchá, jestli neumřela. Dýchala a spala. Já ale nespala. Opakovaně jsem jako náměstička chodila do

jejího pokoje, bála jsem se usnout, co kdyby volala a já ji neslyšela. Znovu a znovu jsem prožila všechno to, co jsem jí řekla, že jsem ji tak v duchu urážela. Asi kolem druhé jsem tam za ni přišla, klekla si vedle její postele, položila jsem hlavu na okraj a ruce přehodila přes ni, jako bych jí chtěla chránit, a doslova jsem ji prosila za odpuštění svých hrůzných myšlenek. Jako bych se k vlastní mámě modlila! Slibovala jsem jí, že až se ráno probudí, že se jí nahlas omluvím, poprosím ji za odpuštění, nakonec jsem tam na koberci vedle ní na chvíli usnula. No a ráno, když jsme se obě probudily, ona vůbec o ničem nevěděla. Byla vyspalá jak jezule, já prochládlá z té země, unavená, nad sebou i nad ní zoufalá. Než jsem se jí stačila omluvit a poprosit za odpuštění, tak mi už říkala, bych jí slepila obě pŮlky namazaného rohlíku k sobě, že se to pak lépe jí, a kafe jí dala do toho jejího hrnku a nebrala si ho sama. Nemělo cenu jí cokoliv říkat, připomínat, o ničem nevěděla. Kdyby ve vaně nebylo to podělané namočené prádlo, měla bych pocit, že jsem si to celé já sama vymyslela. Nemohla jsem už litovat ani ji, ani sebe, ani se omlouvat. Bylo to prostě pryč a přišť se to bude opakovat. Bude, ale pak já už nesmím, opravdu nesmím propadnout svému vzteku. Musím se ovládnout a dokázat to. Až to dočteš, prosím tě hned to vymaž. Celé to vymaž. Já to snad vymažu ze své hlavy taky.

(Mluvit o pohřbu s matkou?)
2. 2. 2009
od: helena.a@seznam.cz,
komu: janab@gmail.com)

Dokázala by ses zeptat své matky, jak si přeje být pohřbena? Ne teď, teď již by to nemělo smysl, ale zeptala by ses jí tak před pěti šesti lety, kdy ještě zcela jasně uvažovala? Jak by ti bylo, kdyby tobě položila tvá dcera nebo některé z tvých vnoučat podobné otázky? Přijala bys to jako námět k rozhovoru? Sama nevím, co bych na to řekla. Nic podobného jsem nezkoušela, a hlavně bych se bála, že me budou moje děti považovat za nenormální. Budou volat mé obvodní lékaře, aby me poslala na psychiatrii. Co je na tom nenormálního? Kdysi každý významný člověk, král, císař, ale i hrabata a knížata, přesně věděl, kde bude po své smrti ležet. Pyramidy pro svá těla si připravovali nejen egyptští faraónové, ale i obyčejní lidé. Běž-

ně se vedly rozhovory na námět, že tam či onde máme svůj rodinný hrob. V dětství jsem chodila s maminkou na Olšany, věděla jsem, kde je hřbitov v Motole a že náhrobky věčené do mnoha stěn chrámů jsou tam přeloženy z hřbitovů, které je obklopovaly. Rodinné hrobky, pohřebiště v přímo v chrámu, kde se lidi každou neděli shromažďovali, či blízko chrámu, tedy v centru celé obce, byly naprostou samozřejmostí. Dneska se bojíme poradit nemocnému a starému člověku, aby napsal svoji závěť a v ní sdělil, co chce, aby se stalo s majetkem po jeho smrti. Denně ve zprávách vidíme desítky zastřelených lidí, informace o mrtvých při různých důlních neštěstích, výbuchích, zemětřesení a počty lidí, kteří se každý týden zabijí na silnicích, slyšíme již po ránu jako doplněk ke snídani, a přitom se bojíme mluvit o smrti vlastní i o smrti blízkého, kterého máme rádi. Není to paradox? Jsme divná civilizace. Smrt, to jediné, o čem víme, že se zcela určitě jednou stane, jsme vytěsnili ze svého života. Přitom v mytologii, v poezii, v pohádkách, báchkách, ale i ve školní povinné četbě je smrt stále s námi. I babička od Boženy Němcové umírá, Barunka jí zatlačí oči, otevře okno, aby duše mohla letět ven... V románech J. Š. Baara se umírající sousedka loučí s ostatními, snaží se zapamatovat si, co všechno má v nebi vyřídít, lidé se před smrtí zpovídají knězi, ten k nim přichází s posledním pomazáním – a my se bojíme o smrti mluvit. Víme, že dnes jsou u nás hospice, kde může člověk, většinou nevyлéčitelně nemocný, pobývat před svojí smrtí a jeho blízcí tam případně mohou být ve vedlejší místnosti s ním. Něco to stojí, ale není to závažná částka, protože mnozí na to přispívají a něco snad dávají a stávají. Provádí se tam ale pouze paliativní, tedy bolestí tlumící medicína.

Ta vítězná medicína, která chce vidět výsledek v prodloužení života, je zastoupena minimálně. Když se to všechno již nedá léčit, je snad lepší být v takové nemocnici, která naše bolesti tlumí a kde všichni vědí, že ten pacient umírá. Mají také velké pochopení pro přibuzné a i jim poskytují určitou pomoc.

No ale pokračuji: Není to dlouho, volal mně jeden dobrý přítel. Nejméně dva roky všichni víme, že je nevyлéčitelně nemocen, a když mně zavolal, že jde zase do nemocnice, se mnou že se loučí a že sám sobě vyjednává pohřeb, tak jsem chvíli byla v šoku. Málem jsem ho považovala za nenormálního. Naštěstí než jsem mu začala vysvětlovat, že určitě neumře, tak mne zastavil, abych se nesnažila nějak ho utěšovat, že on zná svůj stav, tak abych ho již nezdržovala nějakým povídáním. Tak jsem mlčela a obřečela ho ještě za jeho života. On si opravdu naplánoval hudbu, vyslovil i přání, kdo by měl mluvit nad jeho hrobem. Bylo to důstojné člověka. A ne to naše věčné uhýbání a odkládání debat o vlastní smrti. Pierre Ariès, jak jsi ho také zmiňovala, napsal dva díly o smrti a umírání v různých kulturách. Já tím jen listovala, ale vzpomínám si, jak tam bylo napsáno, že mrtví se pochovávali kolem kostela, kam všichni chodili, doslova šlapali po té půdě a ve stejných místech se obchodovalo, tančilo o posvíceních, slavily se svatby. Nebožtíci byli – chtěla jsem napsal žili, ale oni již nežili – uprostřed těch, ke kterým patřili. Nadále byli součástí obce. Asi i proto byl tehdy strach ze smrti menší, než je dnes. Jeden z nejslavnějších románů Alberta Camuse se jmenuje Cizinec. Cizincem se stal také proto, že přijel do Alžírka na pohřeb své matky, která tam zemřela v nějaké nemocnici, a narozdíl od spolupacientů, blízkých ze sousedství, kteří seděli kolem mrtvého těla, on, její vlastní syn, nevěděl, jak se má vlastně chovat, jak jednat, jak truchlit.

Když zemřel můj manžel – taky jsi ho znala – tak všechno proběhlo v krematoriu tak, jak to má být. Teprve později jsem se občas dostala do stavu, kdy jsem se třeba ráno zastavila na chalupě na dvoře a sebe sama, nebo nebe, nebo toho velkého stromu, jsem se ptala, kde že ten mně blízký a milý člověk vlastně je. Opakovaně jsem se ptala a vlastně nevím, koho jsem se ptala. Škoda že nevěříme v převtělování duší, třeba by nám to pomohlo. Ty jsi mně minule vypsala kousek z knížky, tak já teď udělám totéž. Je to z tebou zmiňovaného Norberta Eliase: „Obraz smrti ve vědomí člověka úzce souvisí s obrazem sebe sama, tedy lidského typu převládajícího ve společnosti, v níž tento člověk žije. V rozvinutějších

společnostech lidí chápou sebe sama jako od základu nezávislé, jedinečné bytosti, jako monády bez oken. Jako jednotlivé subjekty, proti nimž stojí celý svět... všichni jsou pak odděleni jakousi neviditelnou stěnou“. Člověk, který se domnívá, že žije jako osamocená, jedinečná bytost, a na své individualitě si zakládá, se pak diví, že také potom jako osamocená bytost umírá.

(Obraz o starých lidech
vytvářejí novináři, 29. 8. 2009,
od: helena.a@seznam.cz,
komu: janab@gmail.com)

Souhlasím, ten obraz o starých lidech se nevytváří jenom dle našeho chování. Tedy nemyslím tvého a mého, ale obecně dle toho, jak o sobě většina starých mluví, jak se chová. Za to mohou novináři, média, jak je dnes módní říkat!

Vždycky když se píše třeba o nákladech na důchody, tak je tam obrázek starého muže s hůlkou, titulky mluví o tom, že nebude na důchody, ale již se nenapíše, že ten rozdíl, kdy to tak opravdu bude, nastane nejdříve za 30 let. Tedy to postihne naše vnuky, a ne nás. Přesto již nyní se ti mladí na nás dívají jako na parazity. Nedávno se mně vnuk – chodí do gymnázia ptal: „Tak co budeš dělat, babičko?“ a sám doplnil: „pospíš si, vid', pak si něco uvaříš, dáš si šlofíčka, a kam půjdeš na procházku?“ Kdyby tak viděl můj nabitý den! Ale za to nemůže. Četla jsem teď nějaký rozhovor se dvěma socioložkami, o kterých jsi také již psala. Vidovičová a Sedláková, tak se myslím jmenovaly (když budeš chtít, tak ti to upřesním, mám to vystižené v příhrádce), a psaly, že *media nejen reflektují skutečnost, ale i přímo vytvářejí představu o starých lidech. Reprodukují stereotypy*, tedy ustálené obrazy, nejen o Romech, když o nich stále píšou jako o těch, co potřebují sociální dávky a mají hezkou hudbu a dobře tancují. Podobně stereotypně, stále stejně, píšou i o nás, o starých lidech. Píšou o nás jako o chudáčkách, jako o lidech na okraji, tedy marginalizovaných, kteří si stále stěžují nebo jsou druhými okrádáni na ulicích, přepadáváni v bytech, podepisují nesmyslné objednávky, kupují si neplatné akcie a nechávají se za drahé peníze pojistit. Nebo nás staré ženy velebí, že „pleteme bačkůrky pro děti z dětských“. Jindy nás líčí jako lidi, kteří se bojí jít k lékaři, že by museli platit, mají strach otevřít dveře a vůbec jsou vydáni ostatním na pospas. Jako v každé věkové skupině, i mezi starými se najde pár takových, kteří klidně na kameru pro televizi řeknou, že budou volit toho, kdo jim přidá na penzi, že je jim jedno, kdo tu rozhoduje, že tato společnost je jen a jen špatná. Negativismus v přímém přenosu. Já ale současně znám desítky starých lidí, kteří jsou velkorysí, jsou to vlastenci, chtějí pomáhat a pomáhají. Kupodivu tento negativní obraz o sobě samých přijímají a přejímají i staří lidé a sami tak o sobě mluví. Novináři se tak ptají a vždy si najdou jako ilustraci někoho, kdo jim podobnou větu typu: „ano, bojím se, že mne někdo přepadne, potřebuji pomoc a nemám na to peníze,“ řekne do televizní kamery nebo to napíše alespoň jako jejich výrok do článku.

Novináři nás staré zděšťují, infantilizují, a když někdo neodpovídá této představě, tak se tomu diví. Mne vždy naštve, když se mne někdo zeptá, zda se může zeptat na můj věk. To se mám za to stydět? Nebo ten druhý počítá, že *jsem tak hloupá, že chci, aby mi řekli, že vypadám dobře a že by mně hádali mnohem nižší věk?* Lenka Reinerová, spisovatelka, která sice žila v Praze, ale nadále psala jen německy, jednou na besedě v Goethe institutu řekla, že dostala nový titul: Šikulka. To říkali novináři, když se dozvěděli, že je jí již devadesát let a ještě cestuje a přednáší po světě. Měla nějaký úraz, ošetřující lékař se neptal jí, ale zdravotní sestry, aby zjistily, zda ta paní mluví pravdu, když řekla, že má nedávno aplikovanou protitetanovou injekci. A proč jí nevěřil? Protože řekla, že jí před cestou do Alžírka dávali všechna možná očkování a taky znovu protitetanovku. Mluvil o ní jako by nebyla přítomna či jako by byla nesvěprávná.

Vydal Kalich, dotisk 2010.

Pohybová aktivita

Ošetřovatelská abeceda



Nejpřirozenější lidskou aktivitou je pravděpodobně chůze, přesto se v naší přetechizované společnosti snažíme všemožně chůzi vyhábat. Kdykoliv je to možné, jedeme autem, autobusem, ve městech používáme městskou dopravu i na minimální vzdálenosti.

Co je dobré vědět

Všichni tvrdíme, že šetříme čas, který potom nemalá část lidí věnuje pobytu v posilovně, platí vysoké částky za sportovní výbavu a za možnost provozovat jiný druh cvičení nebo tělesného pohybu. Fyzická kondice těch ostatních je minimální, cvičení a pohyb považují nezfídka za nedůležitý, za příjemnější považují trávit čas u počítače nebo u televizní obrazovky a plných talířů dobrot. Jen malá část lidí dodržuje přirozený tělesný pohyb, který přináší například turistika, pravidelné procházky nebo manuální práce na čerstvém vzduchu. Typickým fenoménem dnešní doby jsou víkendové rodinné výlety do nákupních a zábavních středisek. K omezení pohyblivosti přispívá rovněž nadváha, se kterou se v naší společnosti potýkají nejen dospělí, ale bohužel ve velké míře i malé děti, kterým chybí přirozený pohyb. To všechno jsou varovné signály, protože absence tělesné aktivity je pro člověka nebezpečná jak z hlediska somatického, tak z hlediska psychického. Přiměřený pohyb totiž pomáhá uvolnit duševní napětí, zlepšuje kvalitu spánku, pomáhá zpevnit svalstvo, vede ke snížení rizika rozvoje civilizačních chorob (např. infarktu myokardu, obezity, bolesti páteře nebo rozvoji neurózy). Pravidelný pohyb nebo kondiční cvičení může zlepšovat dýchací funkce, přispívat k ekonomičtější srdeční práci, podporovat vyšší pohyblivost kloubů, udržovat nebo dokonce zvyšovat svalovou sílu. Pohyb je považován za jeden z faktorů, který může efektivně prodlužovat délku života člověka.

Ztrátu pohybové aktivity nejintenzivněji vnímáme v období nemoci, v okamžiku, kdy jsme plně odkázáni na pomoc jiných. Pokud nás nemoc zastihne v období středního věku nebo v období raného stáří (tedy zhruba do 75 let), je velká pravděpodobnost, že závislost na pomoci okolí bude pouze přechodná. S odezněním choroby, po úspěšné rehabilitaci se ve většině případů vracíme bez omezení do běžného života, nebo s omezením jen minimálním. Ve stáří se ale situace často radikálně mění, starý člověk už není schopen plně kompenzovat důsledky nemoci v takové míře, aby mohl pokračovat v samostatném životě. Důvodů bývá více, choroba může mít devastující vliv na jeho život (nejčastěji cévní mozková příhoda), může se u něj rozvinout strach z pohybu (nejčastěji po opakovaných pádech nebo při bolestech ve spojení s pohybem) nebo může dojít k rozvoji imobilizačního syndromu, který je charakterizován změnami ve všech tělesných oblastech a vede často k naprosté závislosti na okolí v důsledku delšího pobytu na lůžku. Problémy se snížením aktivity staršího člověka mohou vzniknout také v okamžiku, kdy pečovatel nesprávně odhadne situaci a poskytuje tzv. „nadměrnou péči“. Jedná se o velmi častý problém i ve zdravotnických zařízeních, kdy v prvních dnech nemoci se snažíme nemocnému nabídnout veškerý komfort a vykonáváme za něj i úkony, které by byl schopen zvládnout vlastními silami (podáváme mu pití, krmíme a umýváme jej apod.). Tak mu nevědomky spíše ubližujeme, protože snižujeme jeho vlastní výkonnost, posilujeme strach z provádění jednoduchých výkonů a v konečném důsledku jej stavíme do pozice závislosti, která pro něj může mít dalekosáhlé následky. Návrat do běžného života bývá pro pacienta následně velmi obtížný až nemožný.

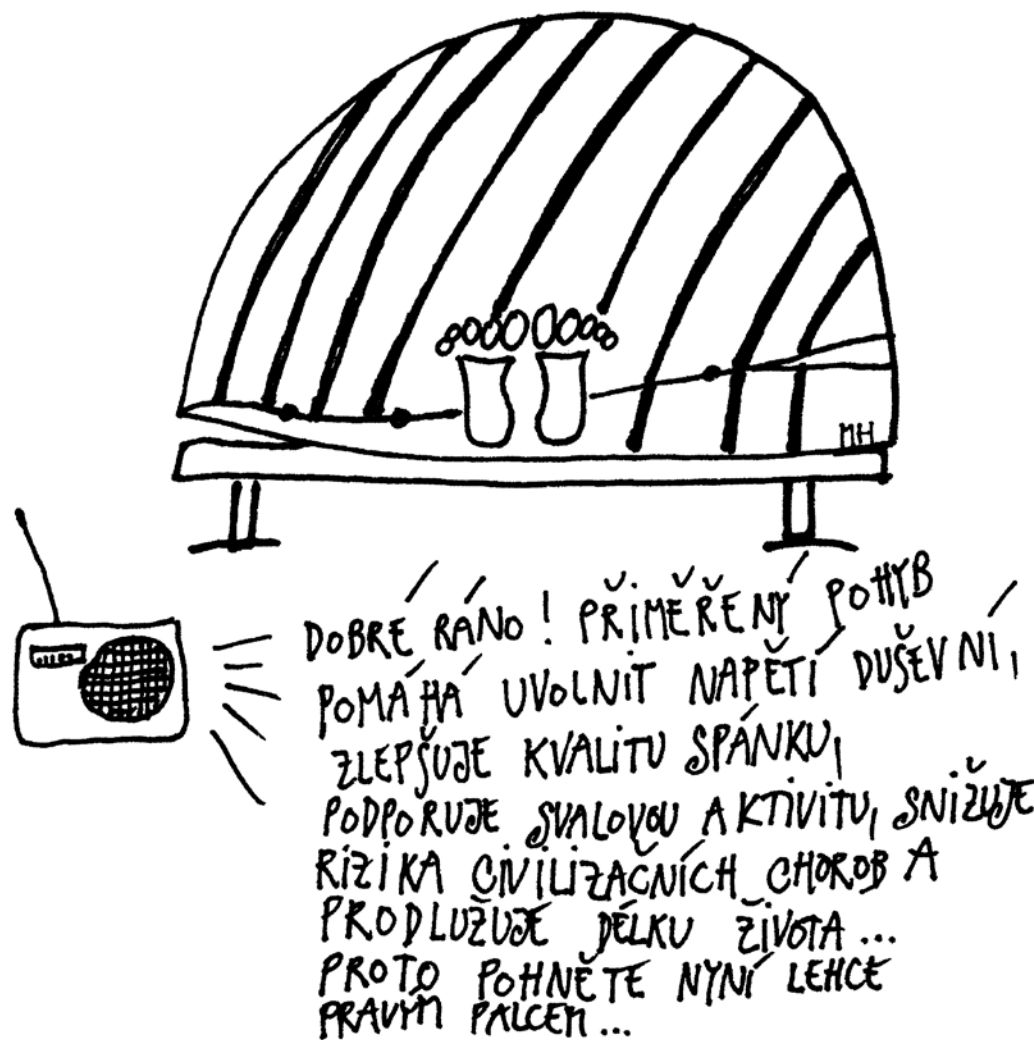
Zdánlivě jednoduché řešení může představovat například každodenní kondiční cvičení. Pomocí jednoduchých cviků, založených často na protahování a mírném posilování jednotlivých svalových skupin a kloubů, může i starší člověk stále udržovat své tělo v přijatelné kondici. V každém případě

je vhodné, aby pečovatel konzultoval stav svého blízkého nejen se sestrou či lékařem, kteří zajišťují odbornou péči, ale i s fyzioterapeutem. Ten může doporučit a nabídnout odpovídající pomoc při udržení či zvýšení pohybové aktivity. I když se mnoho starších lidí hájí tím, že cvičení nepotřebují, protože se celý den pohybují, jedná se o zcela jiný typ pohybu, který většinou zatěžuje pouze některé skupiny svalstva. Přitom adekvátní typ cvičení může u starších lidí výrazně zkvalitnit jejich život, protože napomáhá dosažení nezávislosti na okolí, může napomoci stabilizaci diagnostikovaného onemocnění a tím snížit potřebu péče v nemocni-

napomoci při zmiřování bolesti, zlepšení dýchání apod.

Čeho je dobré si všimnout

- Ptejte se, co váš blízký v průběhu celého dne dělá, zhodnoťte, zda je jeho aktivita odpovídající. Ptejte se na jeho aktivní pohyb, jako například vycházky do okolí, drobné nákupy, návštěvy známých a přátel, zájem o kulturní a společenské



ním či sociálním zařízením a urychlit tak návrat do domácího prostředí. Cviky je nutné vždy provádět pomalu, přesně, a pokud se objeví bolest, potom cvičení ukončit. U ležících osob nelze zapomenout na dechová cvičení, která podporují ventilaci plic. Pokud už dosahuje člověk vysokého stupně závislosti, do úvahy přichází tzv. pasivní cvičení, které zajišťuje pečovatel (pečovatel cvičí s končetinami nemocného v jejich přirozeném rozsahu). Pasivním cvičením zaručuje udržení funkčnosti kloubů a tím zabraňuje rozvoji kontraktur (ztuhnutí kloubu v nepřirozené poloze) a částečně i rozvoji osteoporózy. Pasivní cviky je nutno vykonávat pouze do okamžiku mírného odporu a nikdy by neměly způsobovat cvičícímu člověku bolest. Také v čase, kdy se necvičí, je nezbytné zajistit správnou polohu končetin a částí těla. Dosáhneme toho za pomoci polohovacích pomůcek, které nejen zabrání vzniku kontraktur (zkrácení svalů a šlach), ale také mohou

akce, pravidelná údržba bytu. Relaxuje nějakým způsobem váš blízký, umí se uvolnit, snížit hladinu stresu, provádí nějaká kondiční cvičení? Jak celkově tráví svůj volný čas? Zajímá se o dění ve světě a svém nejbližším okolí, plánuje do budoucna, zajímá jej, co se děje v úzké rodině? Sledujte tempo a způsob jeho řeči, pečlivě vnímejte sdělovaný obsah, především tehdy, pokud váš blízký žije sám.

- Všimněte si, zda váš blízký v poslední době nepůsobí zanedbaně, zda nezhubl, zda je v bytě čisto, zda po příchodu do bytu cítíte čerstvý a svěží vzduch, kontrolujte, jak vypadá osobní prádlo vašeho blízkého. Pokud se objevují ve výše zmiňovaných oblastech problémy, může to předznamenávat vznikající snížení soběstačnosti. Všimněte si, jak se váš blízký pohybuje. Je jeho chůze jistá, nekulhá, nekolébá se při chůzi, nezatěžuje jednu končetinu více než druhou? Vyhledává při chůzi

oporu druhého člověka nebo hledá oporu v blízkých předmětech? Jsou předměty, o které se opírá, dobře upevněny, nehrozí, že by se mohly pohnout a způsobit tak jeho pád?

- Nezapomeňte zkontrolovat, zda nejsou v bytě zbytečně ozdobné koberečky, jak je vybavena koupelna a toaleta, jak vysoké jsou prahy, jaká je kvalita osvětlení v bytě. Zjistěte, zda si váš blízký nestěžuje na bolesti v neobvyklých místech, zda se neobjevují bez zdánlivé příčiny podlitiny nebo úrazy hlavy. Sledujte, jak reaguje na vaše dotazy ohledně bolesti či modřin, podrážděná reakce ve většině případů znamená, že váš blízký v nedávné době upadl. Alarmující známkou nepříjemného pádu může být náhlá neochota vycházet ven z bytu. Závažnou komplikací jsou zlomeniny, především zlomeniny krčku kosti kyčelní.
- Kontrolujte rovněž, jaké léky váš blízký užívá a zda se snížení pohybové aktivity nebo pády neobjevily bezprostředně po nasazení nového léku. Často se jedná o léky na spaní nebo na uklidnění (sedativa, hypnotika, anxiolytika apod.), ale může se také jednat o léky na snížení krevního tlaku (antihypertenziva), hlavně při výrazném zvýšení stávající dávky léku nebo při nasazení úplně nového léku.
- Ptejte se, jak váš blízký spí, zda se cítí po ránu odpočatý, zda se v noci častěji nebudí, zda ve zvýšené míře nespává během dne. Sledujte, zda nesouvisí pokles výkonnosti vašeho blízkého s poruchami spánku. Pokud vznikne problém se spánkem náhle, hledejte, jaká životní změna se v poslední době v životě vašeho blízkého odehrála. Může se jednat o známky zvýšené únavy, rozvoj chronické bolesti, neočekávaný pád, emoční vypětí apod.
- Pokud váš blízký potřebuje pomoc, vysledujte, v čem je pomoc opravdu nutná a žádoucí a které úkony je schopen zvládnout sám.
- Zkontrolujte, jaké lůžko používá, jakou má matraci, kolik polštářů má při spánku pod hlavou, ptejte se, zda po ránu necítí větší bolesti. Ptejte se, jak se mu z lůžka vstává (není moc nízké nebo naopak vysoké?), zda nemá v noci obavy z pádu (není lůžko moc úzké?). Všimněte si rovněž, v jaké poloze sedí a zda je pro něj tato poloha příjemná.
- Jestliže váš blízký tráví převážnou většinu času v lůžku nebo je na lůžko upoután, sledujte stav kůže v rizikových oblastech (kostrč, kyčelní klouby, paty, lokty), všimněte si, zda se neobjevuje začervenání nebo drobné puchýřky. Všimněte si rovněž, zda si nestěžuje na bolest ve zmíněných oblastech. Podobná situace může nastat, pokud je odkázaný na invalidní vozík.
- Všimněte si, nakolik je váš pacient v rámci lůžka pohyblivý. Je schopen se sám přesunout z lůžka na židli či pojízdné křeslo? Může se sám posadit na lůžku, může se sám otočit na lůžku, je schopen si podat skleničku a sám se napít a najíst? Když provádí tyto změny, projevuje strach a úzkost, nebo je naopak chce vykonávat sám a zlobí se, když mu nabízíte pomoc?
- Pokud je váš blízký po operaci kyčelního kloubu, sledujte, zda používá doporučené pomůcky (například polštáře v lůžku i při sezení, speciální nástavce apod.). Ptejte se, zda se neobjevují výraznější bolesti operovaného i neoperovaného kloubu, sledujte, jak sedí. Zda nepřekládá nohu přes nohu, zda používá vyšší židli nebo polštáře, zda při chůzi používá hůl.

Mgr. Alice Onderková
Pokračování příště

černé na bílém

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Možnosti finančních příspěvků pro zdravotně postižené osoby

Tentokrát se budeme věnovat příspěvkům, které poskytuje úřad práce (ÚP), konkrétně odbor aktivní politiky zaměstnanosti a o které si může požádat osoba se zdravotním postižením, pokud chce začít podnikat jako osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ). Všechny upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

- Prvním je příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa za účelem výkonu samostatné výdělečné činnosti – podle § 75, odst. 9. Příspěvek může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně dvou let ode dne sjednání v dohodě s ÚP. Vrácení tohoto příspěvku nemůže ÚP požadovat, pokud osoba přestane vykonávat samostatnou výdělečnou činnost ze zdravotních důvodů.
- S tímto příspěvkem souvisí i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa osoby samostatně výdělečně činné – § 75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, odst. 10. Roční výše příspěvku může činit maximálně trojnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku.
- Dále je možné podat žádost o příspěvek na společensky účelné pracovní místo zřízené uchazečem o zaměstnání za účelem výkonu samostatné výdělečné činnosti – § 113 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 25 vyhlášky č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Výše příspěvku může činit maximálně čtyřnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku.

Veškeré další informace i žádosti najdete na integrovaném portále ministerstva práce a sociálních věcí – www.portal.mpsv.cz – kapitola zaměstnanost.

Zák. č. 262/2006 Sb., Zákoník práce

Výpovědi zaměstnancům se zdravotním postižením (§48)

Vznik a skončení pracovního poměru s osobami se zdravotním postižením

Vznik pracovního poměru s občany se zdravotním postižením je stejný jako u občanů ostatních. Pracovní poměr se zakládá zpravidla pracovní smlouvou. Zaměstnavatel s nimi může sjednávat zkušební dobu i pracovní poměr na dobu určitou, aniž by o to písemně požádali. Ukončení pracovních poměrů probíhá bez souhlasu úřadu práce takto:

- Zrušit pracovní poměr ve zkušební době (pokud je platná, tj. písemně sjednaná) mohou obě strany. Zaměstnavatel nemusí přihlížet při zrušení pracovního poměru ve zkušební době k pracovní neschopnosti občana ani k těhotenství, ani ke zdravotnímu postižení.
- Končí-li pracovní poměr dohodou, úřad práce se k ní nevyjadřuje.
- Rovněž při okamžitém zrušení pracovního poměru podle § 53 Zákoníku práce se souhlas úřadu práce nevyžaduje. Co lze považovat za porušení pracovní kázně zvlášť hrubým způsobem, nelze paušalizovat pro všechny zaměstnavatele.
- Neplatnost rozvázání pracovního poměru výpovědí, okamžitým zrušením, zrušením ve zkušební době nebo dohodou může jak zaměstnavatel, tak i zaměstnanec uplatnit u soudu, a to nejpozději ve lhůtě dvou měsíců ode dne, kdy měl pracovní poměr skončit.

Výpovědi zaměstnancům se zdravotním postižením – §48 nový, Zákoník práce

Rozvázání pracovního poměru se zaměstnancem, který je osobou se zdravotním postižením, je zaměstnavatel povinen písemně oznámit příslušnému úřadu práce.

Zaměstnavatel může dát zaměstnanci výpověď jen v případech a z důvodů stanovených Zákoníkem práce. Novým Zákoníkem práce však byla zrušena tzv. nabídková povinnost zaměstnavatele a neplatí, že zaměstnavatel může dát zaměstnanci výpověď pouze v případě, kdy nemá možnost zaměstnávat ho ve sjednaném místě výkonu práce nebo v místě bydliště zaměstnance, pokud zaměstnanec nabídku jiné vhodné práce odmítl. Zaměstnavatel dále není povinen zajistit vhodné zaměstnání ani zdravotně postiženým zaměstnancům nebo osamělým zaměstnancům a zaměstnankyním pečujícím o dítě mladší 15 let.

Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě a o nejnižších úrovních zaručené mzdy

Výše hrubé minimální mzdy (§3 a §4) a její krácení

Výše hrubé minimální mzdy

- základní sazba minimální mzdy pro stanovenou týdenní pracovní dobu 40 hodin činí **8 000 Kč za měsíc nebo 48,10 Kč za hodinu**,
- sazby minimální mzdy při omezeném pracovním uplatnění zaměstnance činí:

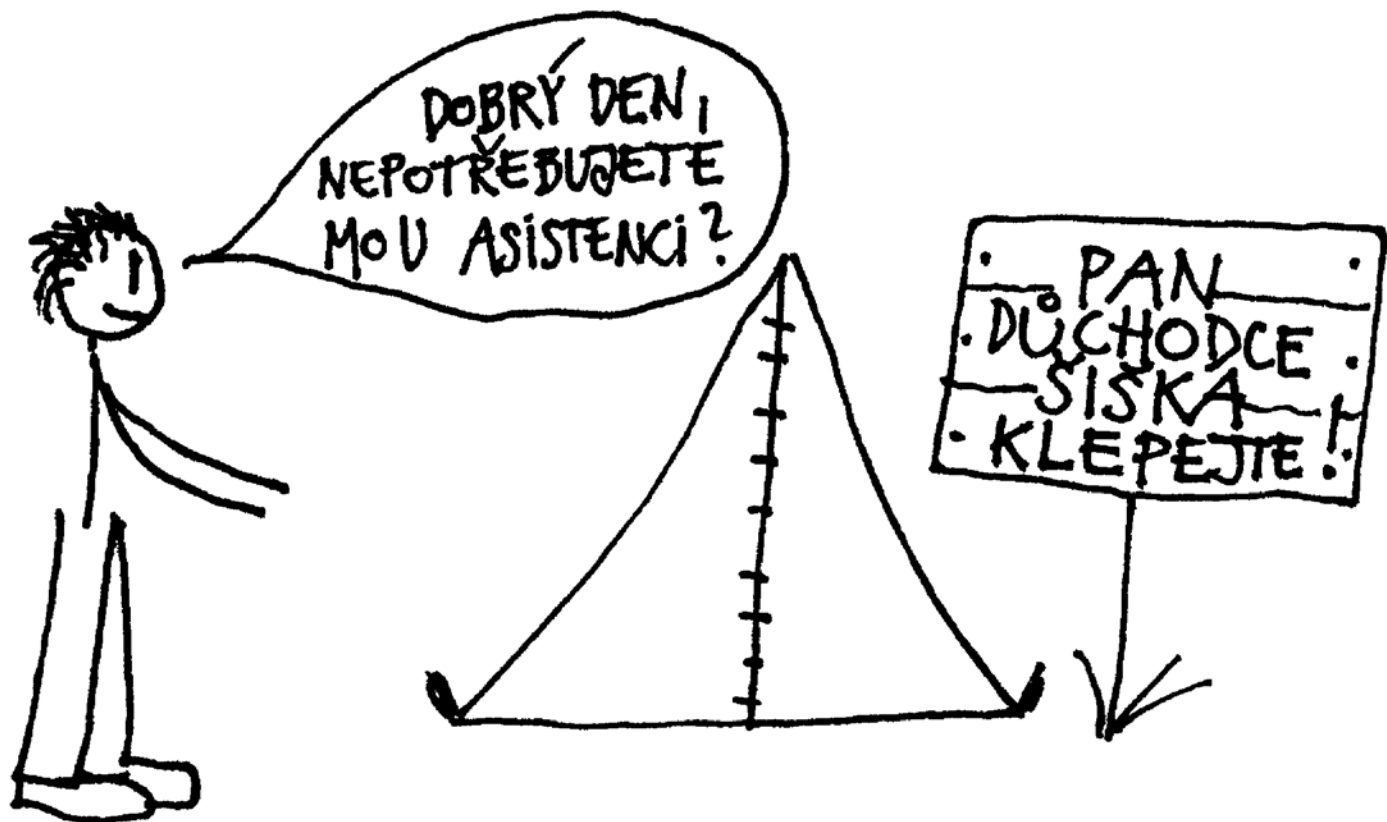
- 75 % (tj. 6 000 Kč, resp. 36,10 Kč/hod.) základní sazby minimální mzdy, jde-li o zaměstnance, který je požívatelem částečného invalidního důchodu,
- 50 % (tj. 4 000 Kč, resp. 24,10 Kč/hod.) základní sazby minimální mzdy, jde-li o zaměstnance, který je požívatelem plného invalidního důchodu, nebo o mladistvého zaměstnance, který je plně invalidní a nepobírá plný invalidní důchod.

Zákon. č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi

Možnost zvýšit si příjem vlastní prací se nezkoumá (§11 odst. 3)

Možnost zvýšit si příjem vlastní prací se nezkoumá při posuzování hmotné nouze osoby, která je:

- starší 65 let,
- požívatelem starobního důchodu,
- plně invalidní,
- osobou pečující o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II, III, IV, a to v případě, že je tato pomoc vykonávána v rozsahu nejméně 80 % pracovní doby 40 hodin týdně.



Příspěvek na péči se započítává jako příjem (§ 7 odst. 2 písm. h8)

Příspěvek na péči se započítává jako příjem poskytovateli služeb postiženému, pokud je tímto fyzická osoba nežijící s postiženým ve společné domácnosti (§ 7 odst. 2 písm. h8 zák. č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu)

Vyhlášky č. 504/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi

Zvýšení částky na živobytí osoby z důvodu dietního stravování (§ 3)

Zvýšení částky živobytí osoby z důvodu dietního stravování

- 1) Částka živobytí stanovená zákonem se u osob, jejichž zdravotní stav podle doporučení příslušného odborného lékaře vyžaduje zvýšené náklady na dietní stravování, zvyšuje měsíčně

a) u diety nízkobílkovinné	o 1 320 Kč,
b) u diety při dialýze	o 960 Kč,
c) u diety pankreatické	o 1 000 Kč,
d) u diety nízkocholesterolové při hypercholesterolemii nebo hyperlipoproteinemii	o 1 000 Kč,
e) u diety diabetické	o 1 080 Kč,
f) u diety při onemocnění fenylketonurií	o 2 120 Kč,
g) u diety při onemocnění celiakii	o 2 680 Kč,
h) u diety při osteoporóze, pokud celotělová kostní hustota poklesla více než o 25 %, tj. T-skóre je horší než -2,5	o 1 040 Kč,
i) u diety při laktóзовé intoleranci	o 1 020 Kč,
j) u diety v těhotenství a při kojení do 1 roku věku dítěte	o 1 050 Kč.

2) Odborným lékařem příslušným k potvrzení potřeby příslušného typu diety se rozumí pro dietu

- a) nízkobílkovinnou lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru vnitřní lékařství nebo nefrologie,
- b) při dialýze lékař příslušného oddělení zdravotnického zařízení, kde je osoba v dialyzačním programu,
- c) pankreatickou lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru vnitřní lékařství nebo gastroenterologie,

- d) nízkocholesterolovou, při hypercholesterolemii nebo hyperlipoproteinemii, lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru vnitřní lékařství nebo endokrinologie,
- e) diabetickou lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru diabetologie nebo registrující praktický lékař, který má osobu s ohledem na tuto diagnózu v dispenzární péči,
- f) při onemocnění fenylketonurií lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru vnitřní lékařství nebo gastroenterologie, u dětí a mládeže lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru dětská gastroenterologie a hepatologie, nebo registrující praktický lékař pro děti a dorost, který má osobu s ohledem na tuto diagnózu v dispenzární péči,
- g) při onemocnění celiakii lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru vnitřní lékařství nebo gastroenterologie, u dětí a mládeže lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru dětská gastroenterologie a hepatologie, nebo registrující praktický lékař pro děti a dorost, který má osobu s ohledem na tuto diagnózu v dispenzární péči,
- h) při osteoporóze lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru vnitřní lékařství, endokrinologie, revmatologie, ortopedie nebo gynekologie a porodnictví,

- i) při laktóзовé intoleranci lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru gastroenterologie,
- j) v těhotenství lékař poskytující osobě specializovanou ambulantní péči v oboru gynekologie a porodnictví,
- k) při kojení do jednoho roku věku dítěte jeho registrující praktický lékař pro děti a dorost.

3) Pokud zdravotní stav osoby vyžaduje více typů dietního stravování, zvyšuje se částka živobytí osoby pouze jednou, a to o částku odpovídající té z diet, která je nejvyšší.

Výhody nevázané zákonem

Pro držitele průkazu ZTP a ZTP/P a důchodce nabízejí některé organizace slevy

Slevy zemního plynu

Pro držitele průkazu ZTP/P nabízí některé plynárenské společnosti slevy. Informujte se na pobočce plynárenské společnosti ve vašem kraji.

Euroklíč

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany ve spolupráci s NRZP ČR připravují prosadit do vyhlášky ke Stavebnímu zákonu č. 369/2001 Sb., O obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace povinné vybavení veřejných bezbariérových sociálních zařízení jednotným „eurozámkem“.

Cílem je zajistit osobám se sníženou schopností pohybu a orientace na celém území ČR rychlou a důstojnou dostupnost veřejných sociálních (WC) a technických kompenzačních zařízení (např. výtahů, svislých a schodišťových plošin aj.) tím, že:

- a) budou tato zařízení osazena jednotným „eurozámkem“,
 - b) cílové skupině budou distribuovány univerzální „euroklíče“.
- Jednotný systém eurozámků/euroklíčů už dvacet let efektivně pomáhá ve vyspělých evropských zemích a poslední dobou se zavádí i v USA. V prestižní soutěži PETROLawards bylo projektu uděleno ocenění „Nejvýznamnější počín roku 2007“.

Vycházíme vstřícně provozovatelům veřejně přístupných objektů (např. budov úřadů, budov zajišťujících dopravní servis, budov hotelů a restaurací, budov řetězců distributorů paliv, budov obchodních řetězců

a dalších), v nichž se dotčená zařízení nacházejí. K usnadnění zavedení připravovaného legislativního kroku do praxe jsme připravili projekt EUROKLÍČ. Bližší info na <http://www.eurokeycz.com/>

Slevy na nájemném v takzvaných bytech zvláštního určení
Slevy na nájemném v takzvaných bytech zvláštního určení nabízejí některé obce.

Pravidelné linky MHD Brno a jízdné

Na pravidelných linkách MHD Brno cestují držitelé průkazů ZTP a ZTP-P (včetně průvodce a psa) zdarma.

Na lodích MHD cestují zdarma držitelé průkazu ZTP-P (včetně průvodce a psa), držitelé průkazů ZTP platí zlevněné jízdné.

České dráhy: Jednosměrné jízdné pro ZTP a ZTP/P: sleva 75 % z obvyčejného jízdného.

Držitelé průkazu mimořádných výhod I. stupně

- nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,

Držitelé průkazu mimořádných výhod II. stupně

- nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

Držitelé průkazu mimořádných výhod III. stupně

- nárok na vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů a vlaků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky,
- nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem),
- sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.
- nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě
- u úplně nebo prakticky nevidomých nárok na bezplatnou přepravu vodícího psa, pokud je nedoprovází průvodce.

Zlevněné vstupné

Zlevněné vstupné nabízí většina poskytovatelů kulturních zážitků (plovárny, divadla, kina, muzea, kulturní památky aj.)

Zákon č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení (§ 14)

Obec organizuje a poskytuje sociální péči

Obec organizuje a poskytuje sociální péči občanům v rozsahu stanoveném tímto zákonem. Za tím účelem ve spolupráci se státními orgány, občanskými sdruženími, církvemi, charitativními a jinými organizacemi a jednotlivci vyhledává občany, kteří potřebují sociální péči. Pokud poskytování služeb a dávek, které je třeba těmto občanům poskytnout, není v působnosti obce, upozorní na tyto občany obecní úřad obce s rozšířenou působností, popřípadě jim poskytnutí dávek a služeb zprostředkuje.

- zabezpečuje účast těžce zdravotně postižených občanů na společném stravování,
- napomáhá zapojení těžce zdravotně postižených občanů do kulturního a společenského života,
- podílí se na řešení otázek bydlení těžce zdravotně postižených občanů.

Uchazečem o zaměstnání se nemůže stát (§25)

Uchazečem o zaměstnání se nemůže stát fyzická osoba v době, po kterou

- a) je uznána dočasně neschopnou práce,
- b) vykonává vojenskou základní nebo náhradní službu,
- c) vykonává civilní službu,
- d) vykonává trest odnětí svobody nebo je ve vazbě,
- e) pobírá peněžitou pomoc v mateřství v době před porodem a šesti týdnů po porodu, nebo
- f) je **plně invalidní podle § 39 odst. 1 písm. a) zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.**

Připravila Radka Pešlová
Pokračování příště.

Kalendář

10. září až 29. října. Semináře Pečuj doma Břeclav

Kurzy Pečuj doma pokračují na podzim v Břeclavi. Osm seminářů se koná vždy v pátek od 10. září do 29. října od 13 do 17 hodin. Podrobnosti a přihlášky na www.pecujdoma.cz a na telefonu 541 213 411.

11. října 2010. Právní minimum

Kurz je pořádán pro pomáhající profese a je věnován základním otázkám občanského, rodinného a trestního práva, se kterými se setkávají pracovníci v pomáhajících profesích, zejména v sociální oblasti. Nejde pouze o teoretický výklad a je předpokládáno aktiv-

ní zapojení účastníků. *Místo: Fokus Praha, Dolákova 24, 181 00 Praha 8. Kontakt: Pavel Hušek, tv@fokus-praha.cz*

1. a 2. prosince 2010. Sociálně právní minimum

Účastníci akce se seznámí se systémem sociálního zabezpečení v ČR. Absolvent kurzu by měl být schopen poskytnout klientovi základní sociální poradenství v oblasti sociálních dávek. Měl by vědět, na jaké sociální dávky má klient nárok, kde a jak se dávky vyřizují, jaká jsou jeho práva a povinnosti v průběhu vyřizování dávek. *Místo: Fokus Praha, Dolákova 24, 181 00 Praha 8. Kontakt: Pavel Hušek, tv@fokus-praha.cz*

Burza práce

Přijmeme zdravotně sociální pracovníky. Pro Břeclav a Lanžhot. Podrobnosti DROM Brno. Z. Marhoulová, 545 211 576.

Ošetřovatel hledá práci v Brně. Zdravotník, ošetřovatel, nižší zdravotnický personál, 10 let praxe, hledá od září práci, nejlépe v hospici nebo LDN. Místo: Brno a okolí. Tel. 775 260 137.

Přijmeme telefonistu. Zaměstnavatel Česká pojišťovna Brno. Zájemci se mohou o nabízenou pozici ucházet zasláním životopisu (prosím u uvedení telefonického kontaktu) na adresu: jantovicova@cpoj.cz

Pomůcky

Nabízím speciální židle a chodítka. Tel.: 605 555 305. Prodám levně speciální židli pro méně postižené dítě od 4 do 12 let a dětské krokavací chodítka čtyřbodová. I samostatně. Cena dohodou. **Vybavení pro péči doma.** Tel.: 776297070. Nabízím pomůcky pro péči o starého a nemocného člověka. Jedná se o el. polohovací

postel invacare s matrací casacare za 12000,-; antidekubitní matraci za 3500,-; el.zvedák do vany za 3500,-; chodítka kolečková za 800,-; klozetové křeslo 800,- ; chodítka vysoké nové nepoužitá 4500,-; oxygenátor 7000,-. Po dohodě mohu dovést 3 Kč/km. Možno i jednotlivě.

Přečetli jsme

Čtvrtina mladých chápe seniory jako přítěž

Čtvrtina mladých lidí ve věku 15–29 let si myslí, že senioři žijí na úkor mladší generace. Pro řadu mladých lidí představují senioři spíše ekonomickou zátěž a zdroj problémů, který jim odčerpává peníze, které jim podle jejich názoru patří. Vyplývá to z jediného reprezentativního výzkumu Věková diskriminace – ageismus Lucie Vidovičové. Nezástává ale jen u názorů. Čtvrtina občanů se setkává s tím, že se k nim někdo choval jinak jenom kvůli jejich věku. Na facebooku se více než čtvrt miliónu mladých lidí podílí na vzniku skupiny Jejich revírem je Kaufland, jejich tempo je vražedné – důchodci. I když řada účastníků tvrdí, že jde o legraci, z řady poměrně nevraživých příspěvků spíše běhá mráz po zádech. Podle sociologů jde spíše o to, že část mladých lidí si svoji životní frustraci vybijí na seniorech, na které má vztek. Za seniory přitom považuje mladá generace už lidi po čtyřicetce.

Stále více mladých lidí se odmítá identifikovat se staršími osobami jako lidskými bytostmi.

Osobní zkušenost s věkovou diskriminací (v procentech z celkového počtu dotázaných)

věk	podíl v %
15–19 let	33
20–29	24
30–39	11
40–49	24
50–59	24
60–69	37
70+	55

Zdroj: Věková diskriminace – ageismus

Symbolem je mládí, úspěch a – bezohlednost. To, že řada mladých lidí nemá hned auto, vilu a vynikající pracovní postavení bez vlastního přičinění, je pak přičítáno těm, kteří jim v tom údajně brání – starší generaci. Mímoходом hlavní výtky vůči starším zaměstnancům mají podle průzkumu ti, co jsou sami v práci nejistí, neschopní, bojí se ztráty zaměstnání.

Falešný obraz stáří

V české společnosti ale podle expertů převažuje falešný obraz stáří a seniorského věku. „Přispívají k tomu média a reklama. O starých lidech se nepíše, a když tak hanlivě. V reklamě hrají roli spíše diskriminační nebo zesměšňující než plnohodnotné postavení v životě (únik moči, lepení zubů). Negativní zprávy bývají často spojovány se seniory, kde jsou představováni jako roztržití popletové. Chybějí témata pro seniory, nikdo neukazuje jejich pozitivní roli ve společnosti,“ potvrdil Právu ředitel Ústavu sociální péče v Praze 4 Miloš Hájek. Na starší generaci se jen obtížně hledá například módní oblečení. Obraz starší generace, zejména té, která odchází do penze v současnosti nebo v nejbližších letech, je ale zcela jiný, upozorňuje Hájek. Jedná se o lidi s vysokým zastoupením vysokoškoláků, kteří uspěli v tvrdých podmínkách tržní ekonomiky, ovládají výpočetní techniku.

K nelichotivému vnímání obrazu starší generace přispívá i to, že čeští senioři jsou málo reprezentováni vlastními organizacemi, nejsou na volitelných místech kandidátek všech stupňů, i když zastupují početnou skupinu občanů. I to je podle sociologů výsledek nelichotivého přístupu společnosti k seniorům – nikdo se k věku či seniorským zájmovým skupinám nehlasí proto, že by se tím sám identifikoval jako senior – tedy v Česku podle některých jako problémový občan druhé kategorie. **(Právo)**

ČSSZ radí: Hlídejte si své doby pojištění

Pokračování ze strany 1

kdy se mnoho firem dostává do ekonomických problémů a končí svoji činnost. Přitom získání zákonem požadované potřebné doby pojištění je jedním z předpokladů pro nárok na všechny dávky důchodového pojištění (starobní důchod, invalidní důchod, důchody pozůstalosti).

Můžeš o rakovině

Hlavním tématem čtvrtého čísla časopisu Můžeš je rakovina, resp. lidé s ní bojující. Život s rakovinou děsí každého, přitom málokdo ví, že riziko může sám snížit. Za rakovinu plic může například z 90 % kouření, nedostatečný přísun vlákniny dramaticky zvyšuje riziko rakoviny tlustého střeva, rakovinu prsu lze vyléčit, pokud se díky preventivnímu vyšetření objeví včas. Na všechny tyto skutečnosti upozorňuje nejen článek Jak se nenechat zabít rakovinou, ale i celé téma tohoto čísla časopisu Můžeš. Adresa redakce Můžeš: Na Pankráci 121, 140 21 Praha 4. Telefon: 224 242 973.

Fotografujete? Přihlaste se!

Ministerstvo práce a sociálních věcí vyhlásilo fotografickou soutěž. Snímky mají zachytit chudobu a sociální vyloučení. Akce se koná v rámci národní kampaně k Evropskému roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení 2010. Fotografické klání potrvá do 30. června 2010. Autoři nejlepších snímků získají tisíc korun. Snímky pošlete na adresu novin Práce a sociální politika, které vydává MPSV, Na Poříčním právu 1, 120 00 Praha 2.

Potřebný projekt SCA Hygiene Products

Společnost SCA Hygiene products iniciovala vznik projektu Jak pečovat. Je zaměřen na péči o starší dlouhodobě nemocnou blízkou osobu v domácím prostředí, zejména však na ty, kteří se nově ocitnou v roli pečujícího. Na portálu www.jakpecovat.cz v oddílech kupříkladu Začínáme pečovat, Co nás při péči může potkat, Komunikace s lékaři, Spolupráce rodiny, Kodex pečujícího naleznete řadu rad a informací, které péči ulehčí a doplňují informace na webu www.pecujidoma.cz a www.pecujici.cz. Kromě poradenství je zde i prostor pro diskuzi a o radu můžete požádat i odborníka. Projekt www.jakpecovat.cz má ambici dlouhodobě podporovat pečující rodinné příslušníky a je bezpochyby projektem potřebným a užitečným. **(red)**

PEČUJ DOMA

Vydává Moravskoslezský kruh, o. s. s podporou Evropského sociálního fondu
Redakce: Antonín Hošťálek, hostalek@pecujidoma.cz
Blanka Švábová, svabova@pecujidoma.cz
Adresa redakce: Nerudova 7, 602 00 Brno, telefon 549 213 411, 549 213 412,
Kresby: Martina Holcová
Grafická úprava: Jakub Kolář
Sazba: Robert Šváb
Tisk: Arch
Distribuce: BM marketing Brno. Registrováno u MK ČR pod č. E 18957
Číslo 3/2010 vychází 15. června 2010.
Objednávky zpravodaje zasílejte na adresu redakce.
Zdarma.

Rodina včera dnes a zítra



Vážím si rodin, které dokážou láskyplně pečovat o své těžce nemocné příbuzné. Většina ale dnes umírá v nemocnicích. Co brání tomu, aby lidé umírali doma, uprostřed své rodiny a svých blízkých?

Proč neumíráme v rodinném kruhu

Především už dlouhý časový úsek nás dělí od dob, kdy bylo běžné umírat (i rodit se) doma. Přišel pan farář s posledním pomazáním, po smrti byl zemřelý vystaven v průjezdu domu a s mrtvým se po svém mohl každý přijít rozloučit. Počínaje malými dětmi a konče třeba obecním bláznem.

Dalším důvodem obav z péče o umírajícího jsou výčitky svědomí. Faktem je, že dnes je bohužel zažitým vzorcem umírat v nemocnici a příbuzní a blízcí nemocného se bojí, aby takzvaně „něco“ nezanedbali, popřípadě aby jim někdo z rodiny či přátel způsob péče o umírajícího nevyčetl. Pak jsou tu lidé, kteří nemohou zůstat doma, protože by nemohli finančně zabezpečit rodinu a prostředků na zaplacení odborné péče se jim nedostává.

Trend umírání v nemocnici nepřímo podporují i zdravotníci. Z obav měnit zažitý vzorec. Navíc i pro zdravotníky dneška je problémem hovořit s laiky (a nejen s nimi) o smrti. Většina z nich neumí citlivě sdělit příbuzným, že jejich blízký umírá. Mnohdy hovoří o smrti s oklikami a náznaky. Tento jejich „výkon“ lze směle nazvat tancem kolem smrti. Používají-li navíc

i lékařský žargon, pak jim příbuzní chorého ani nerozumí a zeptat se na přesný význam řečeného se třeba bojí.

Změnit tyto zažité stereotypy nebude ani trochu lehké, zejména ve společnosti, která upřednostňuje mládí, zdraví, krásu a o nemoci, umírání a smrti chce číst jenom pro zábavu v bulváru o celebritách. Smrt byla vytěšněna kamsi na okraj, mluvit o ní je považováno za nevhodné, negativní, morbidní, málem i neslušné.

Vybavuji si popis umírání v románu z prostředí tibetského kláštera, kde byly vypracované několikadenní rituály doprovázení umírajícího. Dotyčný byl v krásné místnosti, bděl u něho láma, který ho držel za ruku, všude voněly květiny a bylo slyšet hudbu, kterou dotyčný měl rád.

Smrt k životu neodlučně patří. Důstojně umírat by si jistě přál každý. A my všichni, ať už jsme zdravotníky či blízkými těch, kteří umírají, bychom měli udělat maximum pro to, aby náš pacient či příbuzný umíral důstojně. To jest v souladu se svým přáním a vyznáním. Medi-

cína dělá pokroky. Ke slovu se dostaly léky a metody, o kterých se nám ještě před nedávnem nesnilo. Domácí péče je o něčem zcela jiném než péče v nemocnicích, hospicích, rehabilitačních ústavech a jedna druhou – odborná péče domácí a obráceně – nemůže nahradit. Je nutné poctivě a pečlivě individuálně zvážit, kdy kterou použít.

Kdo jiný než my sami by mohli být pánem nad naším tělem. Spousty lidí si tělo huntují – bez ohledu na to, že jim bylo dáno či svěřeno do úschovy – drogami, fast foody, vlastní leností a pohodlností nebo naopak špičkovými či adrenalinovými sporty. Na druhé straně přibývá lidí, kteří si uvědomují, jak mohou svým stylem života a způsobem stravování ovlivnit vlastní zdraví. Ví, že by se o své tělo měli přiměřeně starat. Je na čase uvědomit si, že stejně vážně jako nad naším životem a zdravím je třeba se zamyslet i nad umíráním. Celý život se o své tělo staráme (či nestaráme), proč bychom tedy v závěru života to neměli být právě my, kteří se sami rozhodnou, jakým způsobem a kde chceme strávit poslední chvíle darovaného života... **MUDr. VĚRA JELÍNKOVÁ**

Maminka a její lékaři

Maminka ve svých osmdesáti sedmi letech ochrnula po mozkové příhodě na levou polovinu těla a byla odkázána na pomoc. Pečovaly jsme o ni se sestrou, našťáště jsme už byly v důchodu. Dvakrát týdně docházela rehabilitační sestra z místní charity, která s maminkou opravdu profesionálně cvičila. Později se bohužel střídaly až moc často, některé se maminky dokonce ptaly, co a jak mají procvičovat. Maminka sama poznala, že práci odbyly.

Velmi nepříjemnou zkušenost máme s lékařem – ortopedem. Po propuštění domů dostala maminka „lístek“ na sedačku do vany. Nepředstavitelný problém byla změna na sedačku do sprchového koutu. Po několika letech invalidní vozík potřeboval menší opravu, maminka musela přijet k němu, dokonce vyžadoval, aby přišla do poschodí, což sestra razantně odmítla s poznámkou, že o tom napíše do místních novin. Sešel tedy dolů, podíval se na maminku v sanítece a napsal „lístek“ na nový vozík (stál přes 30 000 Kč)! Oprava stávajícího vozíku by nestála více než 3 000 Kč i s příchodem opraváře do bytu.

Nevím, jaká je povinnost praktického lékaře navštěvovat takto postižené nemocné. Maminka lékařka se přišla na ni podívat tak dvakrát ročně, přitom to měla k mamince jen padesát metrů. Maminka měla další menší mozkovou příhodu, její stav se zhoršil, situace se nám zkomplikovala onemocněním švagra i mého manžela. Nemohla jsem už dojíždět za maminkou a manžela nechávat čtyři dny samotného, zažádaly jsme o umístění do domova. Ve zprávě, jen pro ilustraci, lékařka uváděla údaje o krevním tlaku, které vůbec neodpovídaly pravdě... **(fi)**

Myslet na druhé

Ráda bych navázala na mínění francouzského sociologa Gillese Lipovetského, kterého jste citovali v Diskusním klubu. Podle něho rodina v tradiční podobě zanikla a proměnila se v instituci, kde práva převažují nad závazky. Myslím, že to nelze paušalizovat, obávám se však i na základě vlastních zkušeností, že je to dnes bohužel v mnoha případech pravda. Tato skutečnost podle mne ale sama o sobě není ještě tak hrozivá jako spíš to, že je neoficiálně stále víc podporována coby nějaká nepsaná současná společenská zvyklost, hodná možná i trochu závidění ze strany těch, kteří žijí ještě „postaru“ a ohlížejí se tedy, zda naplnění jejich práv nehrozí práva jiného.

Svoboda jednoho má přece své hranice, za nimiž začíná svoboda toho druhého, která by mohla být tak jejich překročením narušená a umenšená. Nebo tohle už opravdu neplatí? Opravdu vidíme už stále častěji jen sami sebe, své potřeby a zájmy, a jsme tak silní, jak to žádá

doba, zatímco bychom se měli spíš zajímat o to, co potřebuje ten druhý, náš partner, naše partnerka? Opravdu už nevěříme tomu, že spokojenost toho druhého může přinést i vděk a nám samotným radost?

Myslím, že právě tyto postoje dnes mladým lidem chybí. A ani se jim někdy moc nedívám, když sleduji ten přívál různých poučení a kurzů, které pod rouškou modernosti vyzdvihují jako zdravou potřebu sobectví, tvrdost, bezohlednost a ostré lokty. Je mi dnes líto mladých párů. Mají to moc těžké, nástrahy jsou na každém kroku. Jak se nerozvádět, když jsou k tomu společnosti a dobou nepřímo nabádáni? A co teprve, když samy pocházejí z rozvedených rodin...

Aby se tento stav dál neprohluboval v životech našich vnoučat, vidím jen jedno řešení – v trpělivém úsilí těch, kteří nebezpečí pro další vývoj společnosti pochopili, vytvářet vlastním chováním a životy protiváhu tomu všemu, co jej dnes podle mě tak smrtelně ohrožuje. **(hš)**

Objednávka zpravodaje Pečuj doma

Objednejte si bezplatné zaslání zpravodaje. Zpravodaj vychází čtvrtletně.

Jméno, příjmení, titul

Adresa

Telefon, e-mail:

Datum narození Podpis

Zpravodaj Pečuj doma: tištěný elektronický

Upozornění: Vzhledem k zaměření projektu budou u tištěného zpravodaje upřednostňováni zájemci z Jihomoravského kraje.

Svým podpisem vyjadřujete souhlas se sběrem, uchováním a zpracováním vašich osobních údajů realizátorem projektu Pečuj doma. Údaje se uchovávají pro případ kontroly ze strany poskytovatele dotace a nebudou poskytnuty třetím osobám.

Příhlášku prosím posílejte na adresu: Moravskoslezský kruh, Nerudova 7, 602 00 Brno. V elektronické podobě se můžete přihlašovat **e-mailem** svabova@pecujidoma.cz, **na internetu** www.pecujidoma.cz při registraci nebo **telefonicky** na 549 213 412 nebo 549 213 411.