

Peter Puškár

HOSPIC - NOVÝ POJEM MOŽNO AJ PRE ARCHITEKTÚRU

Liečba bolesti spravila v posledných rokoch vo svete veľký pokrok a moderné prostriedky k jej odstráneniu alebo aspoň k zmierneniu sú dostupné i v našich provinciách. Rozhodne to nie sú iba analgetiká, čím je možné bolesť zmierniť. Patria sem aj niektoré operatívne zákroky, ožarovanie, chemoterapia, liečba hormonálna, či liečba pomocou rádioaktívnych izotopov, blokády nervov, ale tiež láskyplná starostlivosť a pochopenie a v neposlednom rade aj istota, že život má aj v tejto situácii svoj zmysel. Tým všetkým sa zaoberá nový lekársky odbor, nazvaný paliatívna medicína, na ktorej stojí a padá celá hospicová starostlivosť.

Paliatívna, súcitná starostlivosť, je odvodená z gréckeho slova *paliatus* = odetý plášťom, s významom, ako by sa zakryli, zamaskovali, zneviditeľnili príznaky, ktoré sa nedajú odstrániť (lit. 1). Paliatívna starostlivosť potvrdzuje život a chápe umieranie ako prirodzený proces. Paliatívna starostlivosť zdôrazňuje úľavu bolesti a iných obťažujúcich symptómov, integruje fyzické, psychologické a duševné aspekty starostlivosti o pacienta. Ponúka podporu pacientovi žiť tak aktívne, ako je to možné až do jeho smrti, ako aj podporu jeho rodine vysporiadať sa s danou situáciou." (lit. 1)

Kontinuálna paliatívna starostlivosť nastupuje vtedy, keď zlyhá liečba podstaty choroby. Stáva sa terminálnou, ktorá rešpektuje pranie chorého, keď sa dožaduje pokračovania v kauzálnej liečbe choroby, napriek jej neúspešnosti a nezmyselnosti. Rešpektuje biologický strach zo smrti v čase, keď už v chorobe nie je možná záchrana života, ale chorý si až do posledných chvíľ zachováva túto nádej, a to realizovaním možných prání chorého, teda aj pokračovaním medicínsky neúčinnnej liečby. Súčasným láskavým povzbudzovaním a doprevádzaním potláča strach a uľahčuje prechod do bezvedomia, ako posledného aktu života. Paliatívna starostlivosť neodmieta pokroky v medicíne, naopak čaká na ne, aby ich mohla využiť.

Hospicová starostlivosť začína vtedy, keď už nemožno dúfať v predĺžovanie života a sústreďuje sa na kontrolu symptómov a zlepšenie kvality zostávajúceho života. Je charakterizovaná tímovým interdisciplinárnym prístupom, so zabezpečením primerane možného komfortu, symptomatickou kontrolou,

celkovou rehabilitáciou, dobrou komunikáciou, psychologickou podporou a radami pre rodinu. (lit. 2)

HOSPICE - je medzinárodné slovo, označenie pre chorobinec, domov pre chorých, útočisko núdznych. Jeho zmedzinárodnenie vychádza z Francúzska, činnosťou hospicov Vojenského a nemocničného rádu Rytierov sv. Lazara Jeruzalemského. Pôvod slova hospice je od slova *host'*. *Hos* - je jadro slova z latinského *Hospes*, čo znamená *host'* spolu s významom *útočisko, útulňa pre pcestných*, ale aj *typ starostlivosti, akoby domáca forma starostlivosti o umierajúcich*. (lit. 3) Hospice je filozofia s centrálnym riadeným programom paliatívnej starostlivosti o terminálne chorých, hlavne v domácom prostredí, podľa potreby aj v budovách - zariadeniach s denným, či celodenným pobytom. Začína vtedy, keď už nemožno dúfať v predĺžovanie života a sústreďuje sa na kontrolu obťažujúcich symptómov a udržanie kvality zostávajúceho života tak, aby odchádzajúci mal až do konca dosiahnuteľný primerane možný komfort, vedel a cítil, že je to pomoc aj pre jeho rodinu. Realizuje ju interdisciplinárny tím, ktorý zabezpečuje paliatívnu hospicovú starostlivosť, zameranú na fyzické, psychologické, duchovné, sociálne a ekonomické problémy tých, ktorí sú v poslednej fáze nevyliciteľnej choroby, tak, aby mohla byť čo najplnšia a najkomfortnejšia, ako je to len možné s ich chorobou vo vymedzenom čase. Minimalizuje zaťažujúce účinky aj na rodinu, ktorá s chorým tvorí sociálnu jednotku v kríze. Kvalita tejto starostlivosti je zrejma v tom, že keď zdravotníctvo zlyhalo vo svojich cieľoch, možno pre nevyliciteľne chorých urobiť ešte veľmi veľa paliatívnu hospicovú starostlivosťou. V hospicovej starostlivosti je dominantná komplexnosť.

Aby sa mohol človek priblížiť k filozofii smrti, je nutné akceptovať každého terminálneho pacienta a vedieť sa vcítiť do jeho situácie. Takýto chorý človek stráca meno, postavenie, životnú istotu, súkromie, stud, životný rytmus, prácu, stravovacie návyky, voľnosť pohybu, možnosti aktivity a pod. K tomu všetkému pribúda bolesť, slabosť, obavy, nepríjemné vyšetrenia a možno aj nepríjemní spolupacienti a mnoho ďalšieho, prevažne samozrejme nie príjemného.

Preto má chorý právo reagovať na novú situáciu agresiou, úzkosťou, depesiou, zmätenosťou, poruchami správania a podobne. Nepripravené okolie obvykle reaguje na takéto prejavy pacienta negatívne, čo jeho agresivitu ďalej stupňuje, vzniká bludný kruh a nikomu to ďalej neprospieva. Dobre pripravené okolie zvládne vzniknutú situáciu omnoho lepšie a môže byť chorému obrovskou oporou a pomocou.

Preto by všetky hospice mali ponúkať pre verejnosť zrozumiteľné prednášky a praktické semináre na vysvetlenie hospicového hnutia. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje zdravie ako plné telesné, duševné, sociálne a duchovné blaho človeka. (lit. 3)

Z tejto definície zdravia sa dajú odvodiť štyri okruhy potrieb ťažko chorého: biologické, psychologické, sociálne a spirituálne. Je to užitočné a dôležité aj z praktického hľadiska. Z týchto potrieb vyplýva, čo všetko pre chorého môže urobiť lekár, čo školený personál hospicov, čo architekt a nakoniec aj to, čo pre seba môže urobiť sám pacient.

Priorita potrieb sa v priebehu choroby mení. Ak na začiatku boli prvoradá potreby biologické, v záverečnej fáze veľmi často získavajú dôležitosť potreby spirituálne.

Korene hospicovej starostlivosti siahajú do dávnej histórie. Ašoka, vládca Indie zakladá v roku 238 pred Kristom vo Varani útočisko pre tulákov, biednych a opustených, ktorí sem prichádzali zomrieť s tým, že ich popol vysypú do posvätej Gangy, aby mohli byť vyslobodení z kruhu smrti. Z postáv Nového zákona je to Milosrdný Samaritán, Xenochodia (miesto pre cudzinca) a nová kresťanská idea.

Basil z Cézarey zakladá útočisko pre chorých v Kapadácii v 4. storočí, na tú dobu moderné zariadenie novej kvality, po vzore ktorého sú postupne zakladané ďalšie. Môžeme ich hodnotiť ako zárodok nového prístupu kresťanskej civilizácie k zdravotníckym službám všeobecne.

Za čias križiackych výprav v 11. storočí vzniká Vojenský a nemocničný rád Rytierov sv. Lazara Jeruzalemského, so svojimi hospicami pre malomocných. Posúva koncepciu hospicovej starostlivosti dopredu, poskytovaním fyzickej opatery s duchovným cieľom. Je to nová kvalita súcitnej starostlivosti, základ pre súčasnú hospicovú filozofiu. V 16. storočí sa k šíreniu hospicovej starostlivosti pripája sv. Ján Gotský, so zdôraznením očisty duše s neoddeliteľnosťou fyzickej opatery, lebo bolesť umierania má komponent psychický aj fyzický.

V 18. storočí sa do starostlivosti o zomierajúcich

angažujú sesterské charity.

V 20. storočí Charita írskych sestier otvára v Londýne St. Joseph's Hospice. Kresťanské charitatívne organizácie sú pri realizácii súcitnej a hlavne opatrovateľskej starostlivosti aktívne stále a všade po celom svete.

Charita, ako výraz kresťanstva mala, má a stále bude mať svoju nezastupiteľnú úlohu. V roku 1967 zakladá Cicely Sanders v Londýne Hospice sv. Krištofa - St. Christopher's Hospice, ktorý sa stáva modelovým centrom pre celé svetové hospicové hnutie. Má novú filozofiu s prístupom, ktorý čerpá z tradície minulosti. Holistický prístup v novej kvalite, bez ideologického a náboženského podtónu, rešpektuje súčasnosť a dáva priestor rôznorodým komunitám v spoločnosti. Je zjednocujúcou platformou akceptovateľnej koncepcie. Chce chrániť a pomáhať, nie zachraňovať. Po jeho vzore pôsobí v súčasnosti vo svete už viac ako 3 000 hospicov. (lit. 4)

Prvý hospic - Hospic sv. Krištofa mal zodpovedať potrebám zomierajúcich ľudí. Sandersová pod pojmom hospic chápe určitý komplex medicínskej, ošetrovateľskej a duchovnej starostlivosti, určitý postoj k smrti a starostlivosť o zomierajúcich ľudí v jeho protiklade. Je to zvláštny spôsob zomierania. So smrteľnou chorobou sa bojuje tak, že pacient môže príjemne žiť ďalej, kým nezomrie - obklopený rodinou a priateľmi. Pozostalým sa ponúka opätovná podpora.

Jediný "čistý" Hospic ako novostavba pracuje od 1.1.1996 neštátne zariadenie s vlastnou právnou subjektivitou **Hospic Anežky České v Červenom Kostelci**. Je spoločným projektom Diecéznej charity Hradec Králové a združenia Ecce Homo. Kapacita hospicu je 30 postelí, väčšinou v jednolôžkových izbách, iba dve izby sú (na žiadosť pacientov) 4-lôžkové. Každá z jednolôžkových izieb má možnosť prístelky, pre rodinného člena, prípadne blízku návštevu zomierajúceho. Všetky izby pacientov majú maximálne presklené fasádne steny a ústia na spoločnú terasu, kde je možné prepojiť interiér s exteriérom, s terasou, na ktorú je možné výjsť s lôžkami. Doteraz v Hospici Anežky České prijali 330 pacientov, z nich 246 zomrelo, čo predstavuje za minulý rok 73,5% skonaní.

Smrť na konci pobytu v hospici nie je vždy nevyhnutná. Niekedy sa stav pacienta zlepší tak, že sa vracia domov, alebo do iného zariadenia. Deje sa to vtedy, ak sa zdravotný stav podchytil a dá sa stabilizovať.

Neterminálni pacienti by nemali byť prijímaní do hospicovskej starostlivosti - do hospicu, nakoľko blokujú miesto terminálnym pacientom, pre ktorých vlastne hospic je.

Zdravotnícka štatistika Slovenskej republiky z roku 1995 dokumentuje, že viac ako 500 000 obyvateľov Slovenska trpí chronickými chorobami. Majú k dispozícii 6 liečební pre dlhodobo chorých so 600 postelami, s možnosťou hospitalizácie 3534 pacientov za rok. Prítom liečebne dlhodobo chorých (LDCH) nespĺňajú podľa definície World Health Organization (WHO) ani základné kritériá paliatívnej starostlivosti z mnohých hľadísk, pričom jedno z nich je aj architektonické hľadisko. (lit. 5)

Terminálne chorí sú prijímaní do nemocníc a LDCH, nie z indikácie neodvratiteľnej smrti, ale s diagnózami rôznych chorôb, u ktorých je ukončená liečba, a preto sú prijímaní s neochotou. Okrem iného v týchto zariadeniach chýba riešenie etického rozmeru - utrpenia spolupacientov s vyliečiteľnými chorobami, nakoľko jednoposteľové izby sú skôr raritou ako samozrejmosťou.

Tí, ktorí nemajú "šťastie" dostať sa do nemocnice, umierajú na tzv. uzavretých oddeleniach sociálnych ústavov a domovov dôchodcov. Ostatní zomierajú doma, s rôznou úrovňou starostlivosti, danej rodinným zázemím a finančnou situáciou rodiny, vedomosťami členov rodiny.

Zomierajúci bez rodinného zázemia, osamelí a bezdomovci zomierajú tam, kde ich smrť zastihne. (lit. 6)

Základnou bunkou hospicovej starostlivosti sú u nás farské a diecézne charity. Tie majú v svojej činnosti aj šírenie osvetu, ktorou sa takto snažia o zmenu vedomia spoločnosti pri práci s ľudskými zdrojmi pri snahe o zmenu postoja ľudí vo vzťahu k umierajúcim, vo vzťahu k smrti.

Hospicové hnutie sa odvíja od terénnej služby. Pretože rodina je najprirodzenejším sociálnym a citovým prostredím, začínajú služby pracovníkov Agentúr domácej starostlivosti (ADS) práve tu. Ide o profesionalizované služby sociálnych pracovníkov (charitatívnych sestier). V prípade, že je nutné poskytovať zdravotnícke služby (zmiernovanie bolesti somatických a pod.), nastupuje odbornosť Agentúry domácej ošetrovateľskej služby (ADOS). (lit. 7)

Hospic - ako autonómne komplexné zariadenie je možné rozdeliť do niekoľkých kategórií - podľa toho, koľko druhov služieb pacientom, ich rodinám, ako aj ďalším vie poskytnúť.

Primárne delenie predstavuje:

A - hospic "čistý", ktorý plní len funkciu "doprevádzania" terminálnych pacientov

B - hospic "kombinovaný", ktorý okrem základnej funkcie doprevádzania terminálnych pacientov, pri-

berá do svojej činnosti aj ďalšie aktivity

Funkcie, ktoré môže "čistý" hospic prijať, aby sa dostal do kategórie "kombinovaných":

B1 - ADOS - stanica Agentúry domácej ošetrovateľskej služby.

B2 - STACIONÁR pre denných pacientov, 8 - 12 hodinová služba pre pacientov, ktorí ráno prichádzajú (sú privázaní) a večer odchádzajú - obdoba akejsi škôlky pre starých a chorých.

B3 - stacionár pre neterminálnych pacientov - určitá časť lôžok je vyhradená pre:

a) dlhodobo chorých

b) starých

c) starých a chorých, ktorí sú umiestnení na dobu určitú

B4 - rôzne služby, využívajúce zariadenia, ktoré môžu byť k Hospicu priradené. Napr.: fyzioterapia, psychoterapia, rehabilitácia, ktoré môžu byť poskytované okruhu pacientov, alebo aj personálu.

B5 - edukačné centrum, hospic umožňujúci ďalšie vzdelávanie personálu s možnosťou praktickej výuky.

B6 - iné kombinácie, ktoré môžu vzniknúť (napr. umiestnenie pomocných zariadení, ktoré zabezpečujú pomoc pri financovaní chodu hospicu - predajne "second hand", cestovné kancelárie a pod.) podľa potrieb a lokalizácie.

Typy B1 - B6 nemusia existovať len v spojitosti čistého hospicu a jednej z funkcií 1-6, ale môžu vzniknúť rôzne kombinácie. Tieto kombinácie sú definované buď investorom, buď sú podmienené lokalizáciou hospicu v tom ktorom prostredí, ktoré si vyžaduje určitý druh služieb. Nezanedbateľná je však výška investičných nákladov, pretože niekedy nie je dostatok finančných prostriedkov a vrátiť sa z pol cesty je niekedy oveľa horšie, ako vybrať si cestu inú, menej náročnú.

Sumarizujúc vyššie uvedené skutočnosti, pokúsme sa definovať charakteristiky hospicov, ktorých poznanie napomôže vlastnej architektonickej tvorbe.

Hospic je definovaný ako neštátne špecializované lôžkové zdravotnícke zariadenie s odborným lekárskeým a hlavne špeciálne vyškoleným ošetrovateľským personálom. Hospice umožňujú

paliatívnu terapiu a zvlášť intenzívnym ľudským prístupom, že zomierajúci môže usporiadať svoj zostávajúci život podľa svojich predstáv. (lit. 8)

Základným cieľom hospicu je doopatrovanie umierajúcich, nevyliciteľne chorých (terminálnych) pacientov. Toto doopatrovanie, táto starostlivosť v sebe zahŕňa opatrovanie, ošetrovanie, duchovné a kultúrne oživenie, spoločnícku službu, kontakt s príbuznými, maximálne zabezpečenie služieb pacientom podľa ich želania a potrieb. Okrem stáleho odborného personálu zohrávajú dôležitú úlohu pri zabezpečovaní plynulého chodu hospicu aj dobrovoľníci. Títo sú vítaní pre práce, ktoré si nevyžadujú špeciálnu odbornú spôsobilosť, ale sú veľmi potrebné pri vytváraní celkovej mozaiky starostlivosti o blaho pacientov.

Hospic je takmer vždy posledným a trvalým miestom pobytu terminálneho pacienta, ktorý tu nájde pomoc v čase, keď je jeho rebríček hodnôt už úplne zmenený. Režim v hospici nie je nemocničný a ak sám pacient neruší ostatných pacientov, prispôbuje sa v maximálnej miere potrebám pacienta. Služba je 24 hodín denne, režim sa prispôbuje potrebám pacientov, návštevne hodiny sú tiež prakticky 24 hodín denne, v izbách s terminálnymi pacientami nájdu ubytovanie na prístelku aj rodinní príslušníci, ak je to nutné a je to vôľa pacienta. Samozrejmosťou je tiež "cestovanie" pacientov v priestoroch hospicu a v prípade, ak je to možné, tak aj mimo budovy. Pohybliví pacienti, ale aj tí na invalidných vozíkoch alebo posteliach sú podľa želania premiestňovaní do spoločenskej miestnosti, kaplnky, záhrady a podobne. (lit. 3)

Multidisciplinárny hospicový tím, ktorý sa stará o pacienta tvorí okrem neho a jeho rodiny aj hospicový lekár, hospicová sestra, sociológ, starajúci sa o rodinu (a pozostalých), duchovní (kňaz, psychológ), sociálny pracovník, dobrovoľníci a ďalší špecialisti podľa potrieb pacienta.

Podstatou hospicu je myšlienka úcty k životu a k človeku ako jedinečnej bytosti. Garancie, ktoré pacient od hospicu má sú nasledovné (lit. 3):

- nebude trpieť neznesiteľnou bolesťou
- v každej situácii bude rešpektovaná jeho ľudská dôstojnosť
- nikdy, ani v posledných chvíľach života nezostane osamotený.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY:

- Lit. 1 - Svatošová, M.: Hospice slovom a obrazem, Ecce Homo 1998
- Lit. 2 - Vorlíček, J.: Paliatívni medicína, Grada, Praha 1998
- Lit. 3 - Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet, Ecce Homo 1995
- Lit. 4 - Lush, S.: Trinity Hospice, A History of Care 1891 - 1991, London 1991
- Lit. 5 - Informácie o poskytovaní starostlivosti v hospicioch, Bratislavsko-trnavská arcidiecézna charita, jún 1999
- Lit. 6 - Asociácia súkromných lekárov v SR, ADS: II. Medzinárodný kongres primárnej starostlivosti, Trenčín, Zborník prednášok, Bratislava 1997
- Lit. 7 - Fabuš, S., Kulichová, M., Maľučký, P., Lepéšiová, E., Szaboová, Ž., Danč, J.: Koncepcia hospicového hnutia v SR, Nadácia Hospice, Martin
- Lit. 8 - Smernice MZ SR z 25. novembra 1997, číslo 2911/97/Zb. o sieti zdravotníckych zariadení zriaďovaných krajskými úradmi

Hospic - nový pojem, možno aj pre architektúru Recenzný posudok

Odborný článok Ing. arch. akad. arch. Petra Puškára, PhD. je prvým profesijným počínom, smerujúcim k ozrejmeniu problému hospicového hnutia z hľadiska architekta.

Hospic totiž predstavuje u nás dosiaľ nepoznaný druh zdravotníckeho zariadenia. Je pravda, že spoločenská požiadavka na vznik hospicov existuje, a je veľmi naliehavá. Zložitou sa javí legislatívne vyriešenie tohto rezortne prierezového problému, v ktorom kľúčovú úlohu zohrávajú charitatívne a občianske spoločenstvá a združenia. Je veľmi dôležité, aby architektonická profesia bola na aktuálne úlohy pripravená.

Autor prináša pre architektonickú obec komplexné a fundované poznatky získané zo zahraničia. Tieto znalosti sú systematizované a poskytujú čitateľovi dobrú orientáciu pre pochopenie zmyslu a podstaty hospicu.

Doc. Ing. arch. Mária Samová, PhD.