

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Problematika domácí hospicové péče v Brně**

vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová Ph.D.

autor: Miriam Konzalová

7. 5. 2010

## **Abstract**

The bachelor thesis on the topic „Problem of the hospice care in Brno“ is focused on providing of the hospice home care in the urban area of Brno, where the service is established from the year 2008.

The theoretical part presents a characteristic of the problem of hospices in general terms. It describes the development of modern hospice conception in the Czech Republic and in the world and it states forms of a hospice care. The principal for this chapter is a clarification of the hospice home care issues and its description. Among other domains, which are concerned in the theoretical part, we can find: a palliative care, a palliative medicine, a quality of life, phases of dying according to Kübler-Ross.

The main goal of the bachelor thesis is to describe the current state of the home hospice care in Brno. The partial goal was to determine client's attitude to the life and to values after detecting a cancer diagnosis. In the research part I applied a method of the semi-structured interview with the manager of home hospice Tabita in Brno. To complete the information, a secondary data analysis was used. A technique of a narrative interview was chosen to reach the partial goal. The research was made at five respondents who are clients of the home hospice Tabita in Brno.

The results of the research indicate that home hospice care in Brno is provided in accordance with principles of the hospice movement. Thanks to a permanent development these services are used more frequently. The development of this care gives patients the possibility to spend the final part of the life in the home milieu with the support of a family circle. Thanks to providing the home hospice care, as results from the research show, the quality of life does not decrease. The clients appreciate they could stay at home and they did not need an institutional care. Although they decided to die at home, they did not remain alone. They had a support of workers of the home hospice and in the case of an urgent need they could, for 24 hours and seven days a week, telephone and consult the emergent situation concerning their health condition with a nurse or a medicine doctor, which ensure „the telephone emergency“.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika domácí hospicové péče v Brně vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 7. 5. 2010

.....  
Miriam Konzalová

### **Poděkování**

Na prvním místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Petře Zimmelové PhD., za vedení práce. Za její vstřícnost a cenné rady při psaní bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala pracovníkům Domácího hospice Tabita v Brně, kteří mně poskytli potřebné informace do bakalářské práce. A rodině, která mě při psaní práce podporovala. V neposlední řadě chci poděkovat klientům Domácího hospice Tabita, se kterými jsem mohla udělat rozhovory. Někteří již nejsou mezi námi.

## OBSAH

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV .....	9
1.1 Hospic .....	9
1.1.1 Charakteristika hospice .....	11
1.1.2 Charakteristika hospicové péče .....	17
1.1.3 Formy hospicové péče.....	18
1.2 Domácí hospicová péče .....	19
1.2.1 Charakteristika domácí hospicové péče .....	22
1.2.2 Typy domácí hospicové péče .....	22
1.2.3 Personál domácího hospice .....	24
1.3 Paliativní péče .....	26
1.3.1 Paliativní medicína.....	29
1.4 Kvalita života .....	30
1.5 Fáze vyrovnání se s nemocí .....	31
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY .....	34
2.1 Cíl práce .....	34
2.2 Výzkumné otázky.....	34
3. METODIKA .....	35
3.1 Použité metody: .....	35
3.2 Charakteristika souboru .....	36
4. VÝSLEDKY .....	38
6. ZÁVĚR .....	72

7. SEZANAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	74
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	78
9. PŘÍLOHY .....	79

## ÚVOD

Téma domácí hospicové péče jsem si vybrala na základě vlastní zkušenosti, kterou jsem prožila. V době, kdy moje rodina službu domácího hospice potřebovala, se teprve v Brně začínalo s přípravami spuštění tohoto projektu. Proto jsem chtěla zjistit, jak se podařilo službu uvést do praxe. Svou prací bych chtěla upozornit na tuto problematiku a přispět k větší informovanosti. Domnívám se, že mnozí lidé domácí hospicovou péči neznají anebo o ní mají mylné informace. Jsem přesvědčena, že domácí hospicová péče je nesmírně důležitá a téma je aktuální. Domácí hospicová péče v České republice není zatím příliš známá, a proto je zapotřebí poskytovat dostatek informací, aby nemocní, kteří by ji chtěli využít, měli možnost potřebné informace snadno získat. Domnívám se, že úskalím domácích hospiců je nedostatečná legislativa v ČR, s tím spojené složité financování služby a má své hranice možností. Jsem přesvědčena, že má v terminální fázi člověk nárok na zachování co nejvyšší kvality života, podle možností.

Odbornice, která se danou problematikou zabývá, Prof. Haškovcová říká: „smrt je dnes ve společnosti vytěsňována a důsledkem toho je porušený mechanismus uvědomování se vlastní konečnosti právě tak jako odpovědnosti za život a smrt svou i ostatních“. (cestadomů.cz) Ještě koncem 19. a počátkem 20. století byla smrt běžnou součástí lidského života a lidé většinou umírali doma v přítomnosti svých blízkých.

Současná situace je odlišná, 75% lidí umírá v institucionální péči, přestože 75% lidí, by chtělo zemřít doma v rodinném kruhu. Danou skutečnost se pokouší změnit hospicové hnutí, které usiluje, aby lidé neumírali osamoceni a zapomenuti za plentou v nedůstojných podmínkách.

Hospicové hnutí začalo svoji činnost provozovat v 60. letech 20. století v Anglii, kde hlavní představitelkou byla Cicely Saundersová. Do Čech se rozšířilo až po roce 1989 zásluhou MUDr. Marie Svatošové. Domácí hospicová péče se začala pomalu rozšiřovat. Prvním domácím hospicem byla Cesta domů, která začala provozovat domácí hospic v roce 2003 v Praze. Domácí hospic v Brně začal fungovat v roce 2008.

Prof. PhDr. Jan Sokol řekl: „Staří a nemocní nepotřebují jen jídlo a lékaře, ale potřebují i prostředí, podmínky a podporu, aby se mohli smířit se smrtí, se sebou, s druhými i s Bohem“. (cestadomů.cz) Veškerou tuto činnost se snaží hospice plnit. Domácí hospic je jeden ze tří typů hospicové péče. Dalšími jsou lůžkový hospic a ambulantní hospic.

Bakalářská práce se v kapitole o současném stavu zaměřuje na danou problematiku obecně a informuje o názorech odborníků, kteří se touto oblastí zabývají. Domácí hospic umožňuje nemocnému zemřít podle jeho přání doma v rodinném kruhu. K tomu, aby toto přání nemocného bylo naplněno, je nezbytná péče rodiny. Bez blízkých pečujících by svým způsobem pobyt nemocného v domácnosti ztrácel smysl, vždyť domov, jsou především vztahy. Díky domácímu hospici a jeho podpoře, kterou poskytuje nejen nemocnému, ale i jeho pečovateli, může být přání nemocného splněno. V této práci v kapitole výsledky bych ráda zjistila přímo v terénu pod vedením pracovníků domácího hospice, jakým způsobem se rozvíjí poskytování domácí hospicové péče v Brně. V této části bakalářské práce bych chtěla dále provést rozhovory s lidmi v terminálním stadiu nemoci z domácího hospice a zjistit jejich pohled na život, a jak vnímají služby domácího hospice.

Na závěr provedu zhodnocení situace, zda konkrétní poskytovaná služba odpovídá zásadám, které jsem popsala v obecné části.



## 1. SOUČASNÝ STAV

### 1.1 Hospic

#### Historie slova hospic

V minulosti se tak označovaly útulky, útočiště pro poutníky většinou zřizované řeholníky. Ve středověku se takto nazývaly domy pro poutníky směřující ke Svatému hrobu v Palestině, kde měli možnost odpočinku a nabrání sil na další cestu. Další činností hospiců byla výstavba mostů přes řeky či údolí. Ve vysokohorských průsmycích byly zřizovány kvůli propojení jednotlivých sousedních zemí.

Ve dvacátém století se myšlenka hospiců opět začala používat, ale v nové podobě a symbolice, totiž v souvislosti s pomocí a péčí, která je směřována umírajícím na cestě ke smrti. (Misconiová)

#### Historie hospiců ve světě

Za zakladatelku a iniciátorku hospiců a jejich péče je považována sestra Cicely Saundersová. Byla sestrou, následně vystudovala medicínu a stala se lékařkou, aby realizovala svoji myšlenku hospice. První hospic založila v roce 1967 v Londýně. Jmenuje se St. Christopher Hospice (česky Hospic sv. Kryštofa) a jeho jméno je známé po celém světě. Za tento obdivuhodný čin dostala od britské královny titul „dame“. Myšlenka hospicové péče nezůstala jen na ostrově, ale začala se šířit do celého civilizovaného světa a hospiců začalo přibývat. Dnes je okolo 3000 hospiců. V hospici St. Christopher se poskytuje zájemcům z celého světa metodická služba. Myšlenka je po celém světě je stejná, jen se odlišují formy, podle podmínek, které v místě panují. (Svatošová, 2008)

Roku 1984 vznikla organizace s názvem Help the Hospices, která zastřešuje organizace v této oblasti. Cicely Saundersová byla ustanovena prezidentkou této organizace. O deset let dříve, již v roce 1974, se za zásluhy stala tato žena členkou Královské britské společnosti lékařů. V roce 2002 vznikla nadace, která nese jméno této ženy a jmenuje se Nadace Cicely Saundersové. Podle odhadů je v Anglii okolo 220

hospiců. Hospice se přibližně vyskytují v 95 zemích, a to z důvodu, že se zřizují ve vyspělých státech, kde je medicína na vyspělé úrovni. (Haškovcová, 2007)

V Evropě byla již dříve označována místa, jako hospice, kde se pečovalo o umírající. Název byl použit již v roce 1842 ve Francii v Lionu Jeanne Garnierem. O několik let později v roce 1879 nezávisle na Francii byl v Irsku založen hospic sestrou Mary Aikenhead. Její zásadou bylo poskytovat odbornou péči a vlídné zacházení umírajícím. (Kelnarová, 2007)

Myšlenky moderního hospice se šíří po celém světě a stále jsou zakládány nové hospice. Samozřejmě, že v průběhu let dochází k vývoji a mění se i pohledy na něj. Svědčí o tom názory z minulosti. Dříve byl hospic považován za podřadnější zařízení než nemocnice. V současné době, díky rozvoji paliativní medicíny a ošetrovatelské péče, se status hospice změnil. Je zařazován na úroveň nemocnic a někdy i více, díky odborné komplexní péči, kterou poskytuje a láskyplnému ovzduší, které se tam nachází. (Kelnarová, 2007)

### Historie hospiců v České republice

Na území Čech se již ve středověku věnovali lidé péči o umírající, chudé, sirotky atd. Sloužily k tomu tzv. hospitály, které zpravidla zřizovala církev. Za vlády Františka Josefa I. se zřizovala zařízení, kde byla poskytována i odborná péče na podkladě dobrovolnosti. V těchto zařízeních již lze najít první známky poskytování lůžkové hospicové péče. (Misconiová)

V roce 1992, jako součást nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou, nedaleko Brna, vzniklo první oddělení, kde primářka Jana Skříčková poskytovala paliativní péči. Historie hospicové péče se u nás začala rozvíjet v 90. let 20. století. Zasloužila se o to především lékařka Marie Svatošová. V roce 1993 pod jejím vedením vzniklo občanské sdružení Ecce homo (Ejhle člověk). Sdružení si bere za cíl prosazování práv nemocných a dodržování úcty k životu od početí do přirozené smrti. Usiluje o rozvoj hospicového hnutí a domácí hospicové péče na celém území České republiky. Z iniciativy Ecce homo se v roce 1995 za přispění Králove-Hradecké diecézní charity, postavil první

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Byl vybudován ve velmi krátké době, jen za 13 měsíců. Zanedlouho začala výstavba dalších hospiců po celé republice. Hospice, i když jsou v jednom státě, se mohou odlišovat, ale podstata je stejná, mají podobnou organizační strukturu. Doktorka Marie Svatošová byla oceněna státním vyznamenáním - Medailí Za zásluhy, za svojí obdivuhodnou činnost v této oblasti. (Haškovcová, 2007)

### *1.1.1 Charakteristika hospice*

Hospic je zdravotnické zařízení pro nevléčitelně nemocné a umírající. (Sláma, 2008) Myšlenka hospice je založena na úctě k životu a k člověku, jako individuální, neopakovatelné osobnosti a na potřebách pacienta, které vychází z biologické, psychické, sociální a spirituální stránky člověka. Ponechává pacientovi právo svobodně se rozhodovat. V zásadě jde o respektování priorit a přání pacienta. Z toho vyplývá, že ne vždy se souhlasí s jeho rozhodnutím. Hospic doprovází smrtelně nemocného a jeho blízké v těžkém úseku života. Poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou péči a léčbu. Nezapomíná na uspokojování potřeb psychologických, sociálních a spirituálních. Neslibuje uzdravení ani vyléčení z nemoci, ale přitom ponechává naději. V hospici se neusiluje o prodloužení života, ale o udržení co nejlepší kvality až do konce. Hospic poskytuje léčbu a péči stejně, jako nemocnice, ale poskytují navíc to, co se v nemocnici nenalezne. Výstižně to říká Kübler-Rossová: *„Myšlenka hospice je velice užitečná, protože můžete vybrat personál, který se dokáže postarat o umírajícího a který vytvoří ovzduší lásky, uznání, péče a naděje. Zároveň se mohou lékaři a sestry stát v péči o smrtelně nemocné odborníky, kteří jsou schopni udržet pacienty v dobré tělesné a duševní kondici.“* (Vorlíček 2004, s. 511)

Nemocný v terminálním stavu má odlišná a rozsáhlá specifika a je oslaben vůči ostatním lidem. Pojem terminální stav definuje Munzarová takto: *„neléčitelnou a nevratnou nemoc, která byla lékařsky potvrzena a která, na základě rozumného lékařského posouzení, povede ke smrti do šesti měsíců.“* (Huneš, 2008 s. 23) tato definice byla použita Hunešem při návrhu novely Zákona č. 48/1997Sb. Tento zákon po intenzivním tlaku APHPP byl novelizován Zákonem č. 340/2006. Pojem „hospic“ se poprvé objevil v české legislativě v platnosti od 3. 7. 2006 v § 22a tohoto zákona:

*„Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková. Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu“.* Zákon doplňují vyhlášky č. 619/2006 Sb. a vyhláška č. 620/2006 Sb. platné od 1. 1. 2007 (Huneš, 2008 s. 23)

Hospic nemocnému zaručuje tři stěžejní teze:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen

Myšlenkou hospice je naplnit dny životem a ne život naplnit dny. Jde o to prožít dny naplno v přítomném okamžiku a ne jich prožít co nejvíce. V hospici se nepečuje pouze o nemocného, ale i o jeho příbuzné, kteří to potřebují. Příbuzní hrají důležitou roli v životě nemocného, proto nesmějí být opomíjeni. Po smrti nemocného nezůstávají sami na bolest, ale mohou se spolehnout, že se jim pracovníci budou věnovat, bude-li to potřeba, i po delší časový úsek. Poskytování kvalitní péče umírajícímu je velice důležité, ale někdy jen to nestačí. Může se stát, že potřebnější je nalézt smysl utrpení. Toho lze dosáhnout nejen profesionálním, ale i lidským přístupem a spoluprací celého týmu pečujících včetně zapojení dobrovolníků. (Svatošová, 2008)

Důvody pro přijetí do lůžkového hospice

Indikační skupina pacientů hospice je specificky vymezena a po celém světě se prakticky shoduje. Převládají nemocní s pokročilým stádiem onkologického onemocnění. Ojedinele jsou v některých státech specializované hospice pro nemocné AIDS. Nemocný je do hospice přijat na vlastní žádost, v zásadě nesmí být přijat proti své vůli, kterou stvrzuje v žádosti, jejíž součástí je nezbytný svobodný informovaný souhlas nemocného. (Matoušek, 2005) Uvádí se čtyři podmínky, které zpravidla rozhodují o přijetí nemocného do zařízení:

- onemocnění pacienta se zhoršuje a ohrožuje jeho život

- stav pacienta vyžaduje paliativní péči a léčbu symptomů
- není nutné akutní ošetření v nemocnici
- pobyt doma není již možný, nebo péče je nedostačující (Vorlíček 2004)

Pacient v ČR této indikační skupiny má právo po novele (1. 7. 2009) Zákona č. 108/2006 O sociálních službách uplatnit nárok na příspěvek na péči, i když bude pobývat ve speciálním lůžkovém zařízení hospicového typu. ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz))

### Režim v hospici

Hospic má odlišný režim, než jsme zvyklí z běžných nemocnic. Pacient se nemusí přizpůsobovat režimu, ale personál se snaží vyhovět přáním a potřebám nemocného. Nejsou stanoveny žádné návštěvní hodiny. Za pacientem mohou přicházet blízcí po celý den a mohou s ním zůstat, jak dlouho chtějí, i přes noc. Pokud to stav nemocného umožňuje, smí podle přání opustit budovu a navštívit s rodinou nebo dobrovolníkem restauraci, či cukrárnu. Podle možností i imobilní pacienti mohou opustit prostory pokoje a nechat se na lůžku odvést do zahrady nebo na terasu. U lůžka je telefon, díky kterému má nemocný možnost být v kontaktu s blízkými. Hospic se odlišuje i tím, že v jeho prostorách se mohou konat kulturní vystoupení pro pacienty. Prostory jsou vybavené různými obrazy, a tím je vytvářeno příjemné prostředí. Pacient si může pokoj vybavit vlastní výzdobou, dle svého přání. V některých hospicích mají nemocní možnost zúčastnit se výtvarných dílen a jejich výtvary pak mohou zdobit jejich pokoje či prostory hospice. (Vorlíček 2004) V hospicích se uplatňuje tzv. Roouming - in při umírání. Což znamená, že u umírajícího je jiná osoba (příbuzní, rodina, známí, personál, atd.) v jeho posledních chvílích před smrtí (v terminálním stavu). ([www.hospice.sk](http://www.hospice.sk))

### Personál hospice

Personál do hospice je pečlivě vybírán, protože práce s umírajícími je specifická a náročná, ne všichni jsou schopni zde pracovat. Proto je zapotřebí věnovat speciální pozornost při výběru personálu pro tuto práci. Bylo by vhodné umožnit pracovníkovi

stáž před nástupem do zařízení, aby poznal pracovní náplň. (Matoušek, 2005) Je zapotřebí mít odborné vzdělání, které je nezbytné celoživotně si doplňovat kurzy, ale nejen to. Je zapotřebí mít bezvýhradně rád lidi a chtít s nimi pracovat. Další nezbytnou podmínkou je, aby si personál uvědomoval svoji smrtelnost a byl s ní do určité míry smířen. Lidé, kteří se rozhodnou v hospici pracovat, mají v sobě mnoho lásky pro druhé a chtějí jim ji předat, ale i zde je zapotřebí umět přijímat od ostatních. Důležité je také průběžně doplňovat síly i lásku. (Svatošová, 2008) Pracovníci hospice se nesmí bát mluvit s vážně nemocnými o smrti. Měli by však zvolit správnou dobu pro takový rozhovor, kdy to potřebuje pacient, a ne podle toho, kdy chce pracovník. (Matoušek, 2005)

### Lékař

V čele týmu hospice stojí lékař, zdravotnický personál je podobný jako v nemocnici (sekundární lékař, lékaři konziliáři, hlavní sestra, staniční sestra, zdravotní sestry, fyzioterapeut, ošetřovatelky atd.). Nezbytnou součástí pracovního týmu je sociální pracovník, psycholog, také kněz, pastorační asistent atd. K týmu patří i dobrovolníci, většinou jsou to laici. Mohou pomáhat přímo u lůžka nemocného nebo poskytují pomoc zprostředkovaně. (Haškovcová, 2007)

Pečující osobě doprovázení umírajících odebere část jeho sil, ale přinese mu více moudrosti a zralosti. Küler-Rossová k tomu říká: *„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stádia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a ještě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“* (Svatošová, 2008 s. 116)

### Sociální pracovník

Je zaměstnanec, který se stal způsobilým a splňuje požadavky požadovaného vzdělání na vyšší odborné škole či vysoké škole s příslušným zaměřením, podle Zákona o sociálních službách §109 Zákona č. 108/2006 Sb. Zákon stanovuje, že: *„sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně*

*právních problémů v zařízeních poskytující službu sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytující služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.“* (Huneš, 2008 s. 29) Sociální pracovník na počátku rozvoje hospicové péče v ČR chyběl. Tento stav vychází ze dvou příčin. Jedním důvodem je, že zdravotnický personál má předsudky vůči sociálním pracovníkům a považuje je pouze za úředníky. Zmíněný předsudek pochází z doby nedávno minulé. Proto je zapotřebí tento předsudek změnit, dokázat lidem, že sociální pracovník je profesionál, ale zároveň, a to především, člověk, který usiluje o blaho nemocného. Měl by umět být upřímný, trpělivý, vytrvalý, dobře odhadnout, jak přistupovat k nemocnému, a přesto si zachovat potřebný odstup. Při doprovázení umírajícího jednat bez přetvářky, autenticky, neskrývat nejistotu a bolest. Měl by umět naslouchat a udělat si dostatek času na umírajícího a jeho blízké. A nezbytné je, aby uměl pracovat v týmu. Druhý důvod je, že tato oblast se neustále potýká s nedostatkem financí. (Matoušek, 2005)

#### Místo sociálního pracovníka v hospicovém týmu

Sociální pracovník by měl být rovnocenným členem týmu. Měl by stát na počátku péče a být součástí týmu. Měl by být v kontaktu se sociálním odborem a s dobrovolnými organizacemi v regionu. K práci by měl mít vhodné podmínky např. vlastní kancelář, telefon, možnost se celoživotně vzdělávat atd. (Matoušek, 2005)

Sociální pracovník v hospicové péči poskytuje odborné rady, ale i psychickou podporu nemocnému i jeho příbuzným. Mapuje sociální situaci umírajícího v oblasti sociálních potřeb a společně s nemocným tvoří individuální plán péče a pomoci. Součástí je stanovení harmonogramu aktivit, které realizují profesionální i laičtí členové pečujícího týmu. Sociální pracovník také stanovuje sociální diagnózu. Radí rodinným příslušníkům, jak získat finanční prostředky, aby mohli pečovat o nemocného. V případě potřeby je nápomocen rodině i po smrti nemocného. Poskytuje informace o zajištění potřebných náležitostí spojených s pohřbem. (Misconiová) Sociální pracovník by měl mít přehled o vhodných službách pro terminálně nemocné a jejich

rodiny. Mít přehled, jaké služby poskytuje státní a nestátní sektor. Musí umět pracovat s lidmi, kteří prožili ztrátu. (Matoušek, 2005)

Pracovní náplň sociálního pracovníka:

- seznámit se s potřebami umírajícího a jeho blízkých a posoudit emoční, sociální, finanční potřeby
- zhodnotit možnosti, schopnosti a síly umírajícího a jeho rodiny při zvládnání obtížné životní situace, popřípadě nabídnout varianty pomoci
- poskytnout optimální podmínky, které umožní nemocnému, jeho rodině i pečujícím sdělovat potřeby a přání jednotlivce či společně
- měl by mít přehled a všimnout si i dalších členů rodiny, které poznamenalo smrtelné onemocnění blízké osoby, mezi nejzranitelnější skupinu patří např. staré osoby, děti, adolescenti
- být tolerantní k etnickým či náboženským vlivům, které mohou ovlivňovat nebo jsou ovlivňovány terminálním stavem nemoci popřípadě smutkem
- napomáhat při komunikačních problémech, konfliktech a pomoci pochopit, že mají využít společný čas, který jim ještě zbývá
- pomoci všem, kteří se ocitli v tíživé a pro ně nové situaci, aby se v ní zorientovali a dokázali se přizpůsobovat neustále se měnícímu stavu nemoci
- poskytovat informace a podílet se na jednání v jiných organizacích, v zájmu nemocného či jeho rodiny a upřednostňovat jejich potřeby
- pozůstalým zajistit potřebnou pomoc a informace

Kromě výše uvedené pracovní náplně by měl být nedílnou součástí multidisciplinárního týmu zařízení a podílet se na řešení psychosociálních problémů a účastnit se na konzultacích ohledně terminálně nemocných a jejich rodin. K tomu patří



celoživotní vzdělávání se, a také práce s dobrovolníky a stážisty, kteří jsou v zařízení. (Matoušek, 2005)

### Dobrovolníci

V hospici hrají velmi důležitou úlohu. Může jím být každý, kdo o to projeví zájem. Patří mezi ně většinou laici, kteří jsou ochotni pomáhat v hospici, a to přímo u nemocného nebo v prostorách hospice. Dobrovolník sám řekne, v čem by chtěl pomáhat, a jak často. Domluví si se zaměstnanci činnosti, které podle potřeby bude vykonávat. Za nepřímou pomoc jsou považovány činnosti mimo areál hospice. Dobrovolníci tráví volný čas s nemocným a mohou mu předčítat knihy nebo si společně povídat, poslouchat hudbu. Dobrovolník může vzít nemocného na čerstvý vzduch, třeba i s postelí. Připravovat nemocnému i jeho rodině něco dobrého k zakousnutí. Pomoc při zajištění chodu hospice např. administrativní činnost, oprava prádla atd. Dobrovolníci také připravují kulturní programy a propagační materiály. Důležitými jsou i ti, kteří nemají odvalu přímo pracovat s umírajícími, ale poskytují pomoc buď rodinám, nebo přispívají hmotnými či finančními dary. Dobrovolníci mají možnost navštěvovat kurzy, které jsou pro ně připravovány hospicem. (Haškovcová, 2007)

#### *1.1.2 Charakteristika hospicové péče*

Hospicová péče podle Ministerstva zdravotnictví České republiky je definovaná, jako komplexní multidisciplinární paliativní péče, která se skládá z odborných činností z oblasti medicíny, ošetrovatelství, fyzioterapie. Poskytuje se nemocným v preterminální a terminální fázi života. U těchto nemocných byly již vyčerpány všechny způsoby kauzální léčby. Dále však pokračuje léčba symptomatická, která usiluje o odstranění příznaků nemoci nebo jejich zmírnění. Při tom se nezapomíná na potřeby sociální, spirituální a psychické. (Misconiová)

Hospicová péče je plnohodnotnou alternativou tolik obávané distanázie, což je „zadržování smrti“ a také eutanazie, o které se v poslední době často hovoří. V hospicové péči nejde tolik o smrt, ale o život, aby byl co nejbohatší, nejplnohodnotnější až do smrti, a umožnění člověku v pravou chvíli odejít. Hospicová

péče důsledně dodržuje zásadu: pomáhat při umírání - ano, přispívat ke smrti - ne. Poskytování paliativní péče nutí zdravotníky být více lidmi, ale profesionální pravomoci tím nejsou ovlivněny. Pracovníkům nejde o pracovní kariéru, ale o kvalitní zbývající čas terminálně nemocného. Vychází to z toho, že pracovníci jsou denně konfrontováni se smrtí. (Matoušek, 2005)

### Hospicová péče se dělí na tři období z hlediska časového

1. Období (*prae finem*) začíná v okamžiku zjištění závažné diagnózy a pokračuje do nástupu terminálního stavu. Jde o poskytování péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých.
2. Období (*in finem*) je péče a doprovázení poskytované v terminálním stavu tzn. umírání v užším slova smyslu. (Svatošová, 2003) Fáze lidského života, která bezprostředně souvisí s fyzickou smrtí. U lidí v této fázi v některých případech dochází ke změně vědomí, které může vyústit v kóma. (Misconiová)
3. Období (*post finem*) péče spočívá v upravení těla zemřelého a hlavně se zaměřuje na pozůstalé. Podle potřeby může být poskytována i dlouhodobě. (Svatošová, 2003)

Hospicová péče by neměla být vnímána jako poskytování služeb pouze ve fázi „in finem“. Pro nemocného i pro rodinu mohou pracovníci hospice více vykonat, když je co nejdříve zahájena vzájemná spolupráce. (Svatošová, 2003)

#### *1.1.3 Formy hospicové péče*

Hospicová péče se dělí na tři základní formy: domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči a lůžkovou hospicovou péči.

#### Domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče se hodí pro klienty, kteří chtějí zůstat v rodinném prostředí, je zpravidla ideální, ale ne vždy možná. Za nezbytné se pokládá přítomnost blízkého člověka, který je schopen poskytovat péči. Tato forma má své hranice. Tento typ péče není možné poskytovat např., nenajde-li se vhodná pečující osoba, dojdou-li

jí síly, není prostorové zázemí, malý byt, či více generací v domě. Dalším omezením může být nedostupnost odborné péče, která by pomohla a poradila pečující osobě při zhoršení stavu. (Svatošová, 2008)

### Stacionární hospicová péče

Poskytuje péči pacientům, kteří do hospicového stacionáře chodí jen na omezenou dobu. Ráno jsou přijati a večer se vrací zpět do domácího prostředí. Péči se může pochopitelně poskytovat, také jen omezenému počtu pacientů a to pacientům, kteří bydlí blízko hospice. Převoz nemocných se zajišťuje na základě domluvy a místních podmínkách, rodinou nebo hospicem. (Svatošová, 2008)

### Lůžková hospicová péče

Péče tohoto typu je určena pacientům, kteří nemohou využívat domácí, ani stacionární hospicovou péči. Pacienti, kteří přicházejí do toho zařízení, mají možnost jej opustit kdykoliv budou chtít. Mohou provádět krátkodobé opakované pobyty, podle potřeb a svého stavu, po pominutí důvodu přijetí, se mohou opět vrátit domů. Reálně však větší část klientů do hospice přichází v poslední fázi života a ti zde umírají. (Student, 2006)

## ***1.2 Domácí hospicová péče***

Domácí hospic je mobilní specializovaná paliativní péče, která nabízí komplexní služby, převládá zdravotní, ale nechybí sociální, psychologická i duchovní. Pracovníci s lidskostí poskytují podporu těžce nemocným i jejich příbuzným a blízkým. Služba usiluje o to, aby nemocní mohli zůstat co nejdéle, popřípadě až do smrti, v domácím prostředí, umožňuje-li to zdravotní stav a jsou proto vhodné podmínky. (Sláma, 2008)

V České republice si přeje zemřít doma více než 75% občanů. Skutečnost je však jiná a 75% občanů umírá v institucích. Domácí hospice usilují o změnu tohoto stavu. (www.umirani.cz, 2004) V legislativě České republiky, je domácí hospicová péče zmíněna pouze v Zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v § 22 zvláštní ambulantní péče. „*Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná*

*pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu“.* (www.vzp.cz)

### Historie domácí hospicové péče ve světě

V roce 1859 Angličan William Rathbone vypracoval první návrh strategie domácí hospicové péče a začal jí používat v praxi. Zdravotní sestry s potřebnou kvalifikací, začaly docházet k umírajícím domů. V Americe vznikla o dvacet let později organizace, která poskytovala stejnou službu. V Buffalu byla v roce 1885 první dobrovolná domácí agentura, která uskutečňovala péči v domácnosti s laickými ošetřovateli. Tento druh péče se začal nazývat návštěvní služba, rychle se ujal a začal se šířit. Roku 1909 americká přední zdravotní pojišťovna nabízela svým klientům službu domácí péče. I když první zmínky byly již v 19. století, tak se domácí hospicová péče začala v současné podobě intenzivně rozvíjet až s hospicovým hnutím. (Haškovcová, 2007)

### Historie domácí hospicové péče v České republice

Domácí model umírání v kruhu rodiny se po staletí v minulosti uplatňoval. Při umírání se dodržovaly tradice a každý znal svoji roli. Umírající věděli, co se bude dít, protože měli vlastní zkušenosti s poskytováním laické péče při umírání svých blízkých. Laickou péči podle tradic poskytovali uspokojivě. Nevýhodou při umírání doma bylo, že neexistovaly prostředky pro poskytnutí odborné pomoci. Přibližně před dvěma sty lety se do procesu umírání vložila lékařská péče, která umožňovala používání nových metod léčby a diagnostiky a profesionální péče. (Vorlíček, 2004)

Umírání bylo považováno za sociální akt a umírající měl jistotu, že neumře osamocen. V 19. a 20. století poskytovali tišení bolesti umírajícím doma rodinní lékaři. Tak se na území České republiky rozšiřuje jedna z forem hospicové péče.

V padesátých letech dvacátého století došlo k rozvoji institucionálního modelu umírání. Lidé v převážné většině umírají v nemocnicích či jiných zařízeních. (Misconiová) Umírání v zařízeních přineslo umírajícímu nejistotu, které se v minulosti nemuseli obávat a to, zda nebudou v posledních chvílích života osamoceni, opuštěni nebo v přítomnosti profesionálů, kteří často neměli porozumění, náklonnost a empatii. Umírání v zařízeních ztratilo charakter sociálního aktu. Lidé na svět nepřicházejí sami, proto by ani sami neměli z něj odcházet. (Kelnarová, 2007) Po roce 1989 se začal klást větší důraz na dodržování lidských práv, v souvislosti s tím dochází i k rozvoji humánních přístupů k umírajícím. V roce 1991 vznikla skupina, která měla za cíl podporovat rozvoj domácí hospicové péče. Domácí hospicová péče se rozvíjela společně s agenturami domácí péče, které ji začaly poskytovat v rámci služeb. V roce 1994 byla vydána v České republice metodika pro poskytování „Domácí hospicové péče“. V dalších letech byly pořádány odborné semináře na toto téma. Díky rozvoji domácí hospicové péče dochází k zlepšování materiálního a technického vybavení agentur domácí péče v podobě přizpůsobených pomůcek domácímu prostředí. Podporována je i ze strany laiků, protože do domovů umírajících přinesla odbornost i hluboce lidskou péči. (Misconiová)

Prvním poskytovatelem ambulantní mobilní jednotky paliativní péče u nás bylo sdružení Cesta domů, která v roce 2001 začala provozovat poradnu domácí hospicové péče. Postupně došlo k realizaci pilotního projektu, který za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR, a následně byl uveden v roce 2003 do provozu „Domácí hospic“. V roce 2005 získala Cesta domů statut nestátního zdravotnického zařízení. Název má dvojí význam, který vychází z křesťanského smyslu. Má symbolizovat návrat k Bohu (cesta k nebesům, do náruče Boží, do náplně věčnosti). Druhá symbolika upozorňuje, že péče a léčba bude poskytována v domácím prostředí. (Haškovcová, 2007)

### *1.2.1 Charakteristika domácí hospicové péče*

Forma domácí hospicové péče je ideální pro nemocného, který chce zemřít v rodinném prostředí, v péči rodinných příslušníků. Pečovatelé musí být připraveni na určité podmínky, jestliže chtějí pečovat. Nestačí jen chtít, ale je zapotřebí umět a moci. (Haškovcová, 2007) Výhodou péče doma o nemocného je ošetřování nejbližšími příbuznými. Pacient si nemusí zvykat na nové prostředí a není vázaný denním režimem zařízení. (Brabec, 1991)

Rodiny se často odmítají starat o nemocného, protože nemají příznivé podmínky, které by potřebovaly, a tím naplnily složku „moci“ pečovat. Uvádějí se důvody např. malý byt, materiální podmínky, vlastní nemoc, péče o jiného nemocného člena rodiny, atd. (Haškovcová, 2007)

Na začátku je zapotřebí naučit rodinu, jak má pečovat. Některé zvládají ošetřování samy, někdo potřebuje minimální pomoc, někde je zapotřebí dlouhodobé a intenzivní spolupráce s personálem domácího hospice. Tato forma péče podporuje rodinu, aby opatrovala nemocného. Zajišťuje jí podporu, aby nebyla na ošetřování sama a měla pocit jistoty, že se má na koho obrátit v případě potřeby. (Haškovcová, 2007)

Domácí hospicová péče se dělí podle toho, kdo péči zajišťuje a to na laickou a odbornou.

### *1.2.2 Typy domácí hospicové péče*

#### Domácí hospicová péče laická

Je poskytována pečovatelem. Zpravidla to ji vykonávají členové rodiny, příbuzní, dobrovolník, známí atd. Péče se poskytuje doma umírajícím, všech věkových kategoriích. Stav psychosomatický, ani sociální nevyžaduje u nemocného odbornou péči, aniž by došlo ke snížení kvality života nemocného a jeho blízkých. Domácí hospicová laická péče je považována za jeden z pilířů hospicové péče. V důvěrném, známém, bezpečném prostředí pomáhá umírajícímu i jeho blízkým zvládnout nejtěžší úsek života. Domácí hospicová péče laická se zachovala v přirozené formě, jako součást

běžného života v zemích Jižní Evropy, Středního a Dálného Východu, Africe, Jižní Americe, Indii, Indonésii i Austrálii. Důvodem je dodržování tradic, úcta k rodině i životu, kultura, víra, soužití více generací společně, postavením žen ve společnosti, sociálním systémem státu, paradoxně nedostatkem či neexistencí jiné alternativy. (Misconiová)

#### Domácí hospicová péče odborná

Je integrovanou formou, která se skládá ze složek zdravotní, sociální a laické péče a poskytuje se umírajícímu v prostředí jemu blízkém. Doplňuje domácí hospicovou péči laickou a poskytuje se umírajícím, kteří jsou odkázáni na péči jiné osoby a jejich rodinám, kteří mají optimální sociální zázemí, které umožňuje poskytovat domácí hospicovou péči, aniž by se snížila kvalita života nemocného, či jeho rodiny. Tato forma péče je dostupná 24 hodin, každý den v týdnu. Zajišťuje ji multidisciplinární tým složený podle aktuální potřeby nemocného a jeho blízkých. Pracovníci, kteří se podílí na týmové péči, jsou lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut, sociální pracovník, psycholog, duchovní a odborně vyškolený dobrovolník. Domácí hospicová péče poskytuje paliativní péči, která slouží ke zmírnění příznaků nemoci doprovázející umírání. Domácí hospicovou péči předepisuje ošetřující lékař nemocného nebo lékař specialista zdravotnického zařízení, ve kterém je nemocný hospitalizován. (Misconiová)

#### Indikace a ukončení domácí hospicové péče

Indikace pro přijetí nemocného do domácí hospicové péče. Nemocný trpí nevyléčitelným onemocněním, které je v pokročilém stadiu. Nemocný si přeje zůstat doma a z okruhu blízkých je alespoň jedna osoba připravena celodenně poskytovat péči. (Sláma, 2008)

Mobilní paliativní péče se ukončuje pro tyto důvody: úmrtí nemocného, nemocný již nespĺňuje podmínky péče (stabilizace, zlepšení zdravotního stavu, pečovateli nezajišťuje kontinuální péči), nemocný byl umístěn v lůžkovém zařízení a předpokládá se, že péče v zařízení bude probíhat do smrti nemocného, pečující či sám pacient nesouhlasí s postupy mobilní paliativní péče. (www.cestadomu.cz, 2007)

### 1.2.3 Personál domácího hospice

Poskytovatelé domácího hospice jsou lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, kteří jsou odborníky při poskytování paliativní péče a medicíny. S tímto týmem spolupracuje i psycholog, duchovní a dobrovolníci. (Sláma, 2008) Mezi nezbytnou součástí týmu patří i laičtí pečovatelé, přátelé, rodina a nemocný, který je plnoprávným členem týmu, ale zároveň i jeho středem a cílem zájmu týmu. Nezbytné je, aby tým sledoval dobro nemocného. Členové týmu by měli usilovat o společnou jednotu a co možná nejlepší kvalitu života nemocného. (Svatošová, 1998)

#### Standardy domácí (paliativní) péče- požadavky na člena týmu

- být vyrovnaný s umíráním smrtí a zármutkem
- umět pracovat flexibilně, ale rozvážně v měnících se situacích
- psychická odolnost a stabilita v krizových situacích
- umět se starat o vlastní duševní hygienu předcházet syndromu vyhoření
- způsobilost pro kolektivní práci (mít toleranci, umět akceptovat kritiku a řešit konflikty)
- umět spolupracovat s jinými odborníky, kteří jsou členy týmu a dobrovolníky
- umět pracovat odpovědně a přijímat zodpovědnost a provádět činnosti v rámci svých kompetencí, samostatnost v rozhodování
- podílet se na práci jiných členů týmu, je-li to zapotřebí
- dovednost vytvářet společně efektivní komunikační struktury, aby fungovalo předávání informací v týmu o nemocných, atd.
- inspirovat ostatní lidi pro činnost v paliativní péči, aby se stali také spolupracovníky nebo dobrovolníky
- umět komunikovat s nemocnými a jejich rodinou, osobně i po telefonu



- schopnost začleňovat rodinné příslušníky do poskytované péče
- schopnost citlivě a empaticky doprovázet pozůstalé. (Špinková, 2004)

Pečující jsou neprofesionálové, kteří poskytují péči nemocnému na konci života. Převážně to bývají členové rodiny. Ale mohou to být i sousedé nebo přátelé, protože ne vždy členové rodiny jsou schopni a chtějí poskytovat péči. Častěji přebírají roli pečujících ženy než muži a paliativní péče se poskytuje v rámci jedné generace než napříč generacemi. (Payneová, 2007) Pečující jsou informováni a je jim i názorně ukazováno, jakým způsobem mají pečovat o nemocného. Mají v případě potřeby možnost se informovat, jak se co dělá. (Sláma, 2008)

Lékař je zaměstnancem domácího hospice a specializuje se na léčbu příznaků, které souvisí s nemocí. Hodnotí stav nemocného doma. Zapotřebí je, aby lékař domácího hospice spolupracoval s praktickým lékařem, u kterého je nemocný registrován. Praktický lékař, po návrhu péče od lékaře domácího hospice, předepíše pomůcky pro zajišťování domácího ošetřování a potřebné léky. Praktický lékař by měl navštěvovat nemocného doma a být koordinátorem péče, a proto by měl být informovaný o aktuálním stavu nemocného a jeho potřebách. (Sláma, 2008)

Zdravotní sestra z domácího hospice pravidelně, po oboustranné domluvě, a průběžně sleduje stav nemocného i rodinnou situaci. Podle potřeby aplikuje léky (podle potřeby i formou infuzí, či injekcí) včetně opiátů. Provádí převazy ran, měření fyziologických funkcí. Poskytuje rady zaměřené na výživu a další potřeby. (Sláma, 2008)

Sociální pracovník poskytuje nemocnému a pečujícím členům rodiny odborné sociální poradenství v sociálně právní oblasti a sociálních služeb. (Sláma, 2008). Podává informace zájemcům o domácí hospicovou péči. Sjednává první návštěvu v domácnosti u nemocného. ([www.hospicbrno.cz](http://www.hospicbrno.cz)) Sociální pracovník podle standardů má mít vysokoškolské vzdělání v oboru (sociální práce, sociální politika, atd.) Splněnou praxi v hospici lůžkovém nebo ambulantním, popřípadě na oddělení paliativní péče, po dobu nejméně čtyř týdnů. Rovněž by měl absolvovat odborné školení v oblasti

telefonické a osobní krizové intervence. (www.cestadomu.cz, 2007) Sociální pracovník v domácím hospici vykonává obdobnou práci, jako v hospici lůžkovém.

Dobrovolníci jsou pečovatelé, kteří část volného času věnují nemocným, kterým se poskytuje domácí hospicová péče, bez nároku na odměnu. Neměli k nemocnému předchozí citový vztah. Činnost dobrovolníků se řídí z organizace, která je také školí. Pomáhají pečovatelům, aby si mohli opustit domov, vyřídit důležité záležitosti a nabrat potřebné síly. Poskytují čerstvé informace personálu o nemocných a jeho pečovateli. (Špinková, 2004)

#### Přidružené služby domácího hospice

Přidružené činnosti, které může poskytovat domácí hospic: Hospicový stacionář, konziliární činnost ve svém oboru, poskytování denního centra a klubu pro pečovatele nebo pozůstalé, přednášky a kulturní akce pro dobrovolníky, pozůstalé a ostatní občany, vzdělávací činnost pro zaměstnance a dobrovolníky. (Špinková, 2004)

### ***1.3 Paliativní péče***

Paliativní péče v současné době je synonymem pro specializovanou péči umírajícím v terminálním stádiu. (Firthová, 2007) Charakterizuje se jako celková léčba a péče o nemocné, jejichž onemocnění se nedá kurativně léčit. (Misconiová) Paliativní péče je širší pojem, než hospicová péče, která je určena nemocným v konečném stavu nemoci. (Munzarová, 2008) V centru pozornosti při paliativní péči by nemělo být vyléčení, ale zvládnutí toho, co přijde. (Thelová, 2002) Stěžejní je zaměření na léčení symptomů, které doprovázejí nemoc a neopomíjet problémy psychické, sociální a spirituální. (Misconiová) Paliativní péče usiluje o reflexi potřeb lidí, kteří prožívají ztrátu, změnu ve svém životě a snaží se nalézat přiměřené způsoby, jak poskytnout oporu. (Firthová, 2007) V paliativní péči se na smrt pohlíží, jako na nedílnou součást života. (Firthová, 2007)

Dostupnost služeb paliativní péče se řídí podle zdravotního systému, který je v dané zemi, způsobem financováním zdravotní péče a politickou vůlí při podporování tohoto druhu služeb. (Payneová, 2007)

Paliativní medicína je podporována a uznávána světovou zdravotnickou organizací, která prohlašuje, že paliativní péče:

- pomáhá ulevovat od bolesti a jiných forem utrpení
- přisvědčuje životu a uznává umírání jako přirozený proces
- nesnaží se o urychlení ani nepřiměřené prodlužování života
- začleňuje psychologické a spirituální pojetí péče o pacienty
- nabízí systematickou podporu pacientům, která jim pomáhá přiměřeně aktivně žít až do smrti
- podpora je také poskytována příbuzným nemocného, aby se dokázali vyrovnat s onemocněním blízkého člověka a s vlastním zármutkem
- vytváří týmovou spolupráci s pacienty a jejich rodinami při řešení aktuálních potřeb a popřípadě konzultace v zármutku
- usiluje o kvalitu života a může pozitivně ovlivňovat průběh nemoci
- je možné ji začít uplatňovat již v první fázi nemoci a kombinovat s život prodlužující léčbou, součástí je zajištění vyšetření, které umožňují rozpoznání příčin způsobujících komplikace, které vytvářejí utrpení, aby se mu mohlo účelně předcházet (Haškovcová, 2007)
- je při ní nezbytné umět naslouchat, zvolit vhodnou komunikaci a empatický přístup k pacientovi od interdisciplinárního týmu, který zajišťuje péči
- snaží se o vyhledávání nejvhodnějších možností, které budou odpovídat potřebám a přáním nemocného a podle potřeby poskytuje péči 24 hodin (Topinková, 2005)

Definice WHO z roku 2002 o paliativní péči zní: *„Paliativní péče je přístup, který zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, jež čelí problémům spojených s život*

*ohrožující nemoci, prostřednictvím prevence a úlevou od bolesti cestou včasné identifikace a dokonalé posouzení a léčby bolesti a dalších problémů- tělesných, psychosociálních a duchovních.“ (Firthová, 2007 s. 177)*

Přibližně 30 let se snaží instituce o zmírnění především bolesti i jiných příznaků v terminálních stádiích nemoci. A poskytovat paliativní péči všem nemocným v konečné fázi života. Evropská asociace paliativní medicíny sdružuje společnosti, které působí v jednotlivých státech a usilují o poskytování rozšiřování paliativní péče. V České republice byla vytvořena Sekce paliativní medicíny jako součást Společnosti pro výzkum a léčbu bolesti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Již několik let probíhá každoročně Brněnský den paliativní medicíny. (Haškovcová, 2007) Většina poskytovatelů hospicové péče v České republice jsou členy Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, o. s. (APHPP). Je to profesionální občanské sdružení, které mimo jiné poskytuje poradenské služby a informace o hospicích. Služba sídlí v Praze a je anonymní, bezplatná a úzce spolupracuje se všemi poskytovateli hospicové paliativní péče na území ČR. (Svatošová, 2008)

### Obecná paliativní péče

Za obecnou paliativní péči se považuje dobrá klinická praxe v období pokročilého onemocnění. Poskytuje se zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Základem je sledování, rozeznávání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu života nemocného (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s nemocným a jeho rodinou, manažerská obratnost při zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět zajistit všichni zdravotníci s ohledem na svoji specifickou odbornost. (www.asociacehospicu.cz)

### Specializovaná paliativní péče

Za specializovanou paliativní péči je považována aktivní interdisciplinární služba určená pacientům a jejich rodinám týmem specialistů, kteří jsou v oblasti

paliativní péče specificky vzdělání a disponují potřebnými zkušenostmi a znalostmi. Poskytování paliativní služby je stěžejní pracovní činností tohoto týmu. Typy specializované paliativní péče jsou: mobilní paliativní péče, hospic, oddělení paliativní péče, konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení, specializovaná ambulance paliativní péče, denní stacionář paliativní péče, zvláštní zařízení specializované paliativní péče. ([www.asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz))

### *1.3.1 Paliativní medicína*

Paliativní medicína má celou řadu definic, které se mezi sebou prolínají. Pallium je slovo latinského původu a znamenalo plášť nebo obal. V současné podobě se spojením péče má symbolicky znamenat poskytnutí ochrany v situaci na konci života. (Haškovcová, 2007)

Paliativní medicína, neboli útěšná, tvoří ucelený systém, který by měl přinášet naději a pomoc umírajícímu, a také jeho rodině. Paliativní medicína se využívá v hospicích. Od kurativní péče se ustupuje a stávají se potřebné jiné formy pomoci, mezi ně se řadí sociální, duševní a spirituální. Ze specializované paliativní péče se může přejít na kurativní v případě, že se stav pacienta nečekaně zlepší a dojde ke zvratu ve vývoji nemoci. V posledních letech se začíná prosazovat názor, že se začíná s paliativní péčí, ještě před začátkem terminálního stádia, s ohledem na progresi nemoci. (Haškovcová, 2007)

Paliativní medicína přináší aktivní techniky, kterými se snaží ulevit pacientům od symptomů nemoci např. fyzické bolesti a vyrovnat se s nepříjemnými pocity, nemohoucností a s vědomím nevyhnutelného odchodu, to označujeme za psychickou bolest. Zapotřebí je zvládnout fyzickou bolest a neopomíjet ani psychickou bolest a pracovat s ní a odstraňovat ji, a to vyžaduje velice citlivé zasahování. Tento druh bolesti je totiž složitý a palčivější problém, protože si člověk uvědomuje, že opustí to, čeho dosáhl, čím je a své blízké. (Byock, 2005)

Dnes se postupně propaguje a zavádí do praxe, že lékaři zpravidla sdělují pacientům jejich diagnózu se smrtelnou prognózou a nezatajují ji před nimi. Jak se to dělo dříve.

Lékaři se často domnívali, že pacienti nejsou schopni se s tímto zjištěním vyrovnat. Průzkumy, ale dokázaly, že pacienti chtějí znát svoji diagnózu i způsob léčby. Tyto informace by se měly obecně sdělovat tak, že se oznámí diagnóza a pak možnosti léčby. (Thelová, 2002) Lidé jsou i v nemoci zodpovědní za svůj život, protože jen oni se nejlépe znají. Na základě této skutečnosti mají mít možnost se sami rozhodnout. Jen oni vědí, co je pro ně nejlepší a stěžejní v jejich životě. Převezme-li nemocný odpovědnost za vlastní život, stává se aktivním účastníkem v procesu péče. (Thelová, 2002)

#### **1.4 Kvalita života**

Kvalita života se obtížně objektivně hodnotí. Byly marné snahy tuto kategorii klasifikovat, ale nepodařilo se to. Odborníci dospěli k názoru, že tato hodnota má subjektivní charakter. Realita je odlišná od ideálu. Záleží pouze na každém člověku, jak vnímá vlastní život a jeho kvalitu. V praxi se nacházejí příklady, kdy lidé co by podle objektivního posouzení mohli považovat život za nekvalitní a na kvalitu si nestěžují, a naopak lidé s objektivně dobrou kvalitou života, si stěžují na životní podmínky. Nedá se tedy objektivně hodnotit kvalita života, ale je zapotřebí někdy používat určitá pravidla při hodnocení, aby nebyli lidé znevýhodňováni a měli nárok na zvýhodnění např. při posuzování nároku na dávky a podpory. (Vorlíček, 2004)

Lidé by si měli uvědomovat, že v případě nemoci dochází k omezení a ztrátám původních možností, které měli. Omezení však nemusí nutně vést ke snížení kvality života. Všechny ztráty kvality života by měly být nějakým způsobem kompenzovány. (Vorlíček, 2004)

Pod pojmem kvalita života v oblasti paliativní péče se nejčastěji zařazuje tlumení nebo úplné odstranění bolesti. (Kelarová, 2007) Je potřeba neustále usilovat o to, aby se nemocní cítili alespoň relativně dobře. Snažit se eliminovat pocity označované za špatné. (Vorlíček, 2004) Podporovat pacienta v sebepěči a sebeobsluze v míře, která odpovídá stavu nemocného. (Kelarová, 2007) Poskytovat dostatek pochvaly a nešetřit s ní, když se nemocnému daří naplňovat stanovené cíle. (Vorlíček, 2004) Důležité je také zajištění potřeb v oblasti sociálního kontaktu a komunikace. Pomáhat k udržení

dobrého emočního stavu při depresích, úzkostech, pocitech bezmoci, studu a pocitech méněcennosti. Dodávat pocit smysluplné existence, upevňovat a zvyšovat pocity naděje. (Kelnarová, 2007)

Umírající chtějí důstojně prožít zbytek života a pak i tak zemřít. Někdy se však stává, že biologické projevy jsou nesprávně vnímány, jako ponižující, ošklivé a nežádoucí. Proto by měli být nemocní i laičtí pečovatelé o této skutečnost informováni a připraveni, aby se s ní dokázali vyrovnat, aby nedocházelo k tomu, že by na konci života vnímali, že je kvalita života špatná. (Vorlíček, 2004)

Důstojnost lidské existence je vymezena v nejobecnějším smyslu ve Všeobecné deklaraci lidských práv, která byla přijata Valným shromážděním OSN roku 1948. Preambule uvádí, že: „uznání přirozené důstojnosti a rovných a nezcizitelných práv všech členů lidské rodiny je základem svobody, spravedlnosti...“ (Huneš, 2008 s. 21)

### Finalita života

Problematikou konce života se zabývá thanatologie. Je to nauka, která řeší otázku umírání a smrti. Obor je interdisciplinární a zabývá se jím medicína, filozofie, teologie, psychologie, sociologie, atd. Smrt je stav, kde končí vlastní zkušenost a je výzvou smyslu života. Život bez smrti ztratil svůj smysl. Vyrovnat se s lidskou konečností se stává projevem zralosti a životní moudrosti. Smrt se považuje za přirozenou etapou života, která by měla být očekávána v klidu a důstojně. V moderní společnosti se ale smrt tabuizuje. (Jankovský, 2003)

### **1.5 Fáze vyrovnání se s nemocí**

#### Reakce nemocných na těžkou životní situaci (zjištění onemocnění)

Fáze, kterými prochází nemocný, popsala Elisabeth Kübler-Rossová ze svých dlouholetých zkušeností, které prožila s těžce nemocnými a umírajícími. Je zapotřebí si uvědomit, že těmito fázemi prochází i rodina. Nemocný se ovšem může nacházet v jiné z těchto fází než rodina. I jednotliví členové rodiny nemusí být ve stejné fázi. Fáze nepřicházejí vždy v tomto pořadí, ale mohou se různě střídat, přeskakovat nebo

i vracet, je to zcela individuální. Nežádka se fáze mezi sebou prolínají. Ne každý projde všemi fázemi, některé mohou chybět, anebo někdo zůstane v určité fázi a do jiné nepostoupí. Pro nemocného je přítěží, jestliže dosáhne fáze smíření, ale rodina doposud k tomu nedospěla. V tomto případě by bylo vhodné, aby se našel, prostředník mezi rodinou a těžce nemocným, aby se ujal role doprovázejícího. (Svatošová, 2008)

#### Fáze- Negace, šok, popírání

Projevují se např. Ne, to pro mě neplatí; to nemohu být já; určitě je to mýlka; ty výsledky nejsou moje. Je zapotřebí navázat s nemocným i jeho rodinou kontakt a získat si jejich důvěru.

#### Fáze- agrese, hněv, vzpoura

V tomto období kladou nemocní otázky typu: Proč jsem to já; kdo za to může; vždyť mi nic nebylo. Projevuje se to na jednání nemocných se zdravými (zdravotnický personál, rodina), na které mají zlost a výčitky, jak je to nespravedlivé. Umožnit odreagování, nebrat to osobně a nepohoršovat se. (Svatošová, 2008) Sestry jsou první, na které dopadají projevy hněvu, vše co vykonávají, je špatně. Tito nemocní vyžadují neustálou pozornost a činnosti od sester. Návštěvy z řad rodinných příslušníků jsou akceptovány, ale bez radosti. Návštěva probíhá ve stísněné náladě a nemocný se projevuje, jako by mu bylo těžce ubližováno. Nemocný je naplněn zlobou a hněvem na celý svět a vylívá si to na ostatních. Má-li nemocný dostatek pozornosti a času, dostaví se zanedlouho uklidnění. Dostane se mu pocitu, že ještě není odepsaný a změní svoje chování. (Kübler-Rossová, 1992)

#### Fáze- smlouvání, vyjednávání

Lidé s vážným onemocněním se snaží hledat zázračné léky, navštěvují léčitele, drží diety a věří různým pověrám. Jsou ochotni zaplatit velké peníze za vyléčení. Slibují velké věci. Umožnit jim to a neodrazovat je, být co nejvíce trpělivý. Jen by se mělo dát pozor na podvodníky. (Svatošová, 2008) Pro nemocného je tato fáze důležitá, protože na ni spoléhá, jako pomocníka. Nemocný se snaží oddálit příchod smrti a očekává, že se to podaří dobrým chováním. Sliby, které dávají, mohou být nereálné, jestliže se



jim je nepodaří dodržet, mohu mít pocit, že jsou potrestáni. V tom případě je zapotřebí vysvětlit, že nejsou trestáni. (Kübler-Rossová, 1992)

#### Fáze- deprese, smutek

Přichází smutek z utržené ztráty, ke které má dojít; obava z účtování, a co bude dál s rodinou. Pomoci nemocnému se dá trpělivým nasloucháním, přispět k urovnání vztahů, hledat východiska pro zajištění rodiny atd. (Svatošová, 2008) Pociťuje bolest ze ztráty, protože přichází o vše, co miluje. Pokud má možnost se někomu svěřit s touto bolestí, je pro něj snazší se vyrovnat s tím, co přijde. Je rád za lidi, kteří mu jsou nablízku, ale odmítá ty, kteří mu říkají, aby nebyl smutný. Pokud má nemocný oporu v rodině a pocit, že při něm stojí, pak přijímá své utrpení daleko lépe. (Kübler-Rossová, 1992)

#### Fáze- akceptace, smíření souhlas

Dochází k vyrovnání, pokoře, skončil boj a je čas pro loučení. „dokonáno jest“; „do Tvých rukou...“. V této fázi je potřebná lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Rodina, ale může někdy potřebovat více pomoci, než pacient. Fáze smíření se však liší od rezignace (vzdání se a podlehnutí). Cílem úsilí je dosažení, aby nemocný i jeho rodin přijali neodvratitelnou skutečnost a vyrovnali se s ní. Nemocní, kteří dospěli do této fáze, získávají osobitý výraz vyrovnanosti a smíru. Ve tváři se jim odráží stav vnitřní důstojnosti. Na rozdíl od těch, kteří to vzdali. Na jejich výrazu tváře je vidět hořkost a duševní trýzeň z pocitu marnosti a chybějícího smíru. Výrazy těchto odlišných lidí je snadné od sebe rozpoznat. (Svatošová, 2008)

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíl práce<sup>1</sup>***

Cíl hlavní: Zjistit současný stav poskytování domácí hospicové péče v Brně

Cíl dílčí: Zjistit postoje klientů k životu po zjištění onkologické diagnózy<sup>2</sup>

### ***2.2 Výzkumné otázky***

Jaký hlavní přínos má domácí hospicová péče pro klienty?

---

<sup>1</sup> Původně byl v zadání BP nastaven dílčí cíl 2, který se týkal problematiky snížení příjmu potravy klientů domácí hospicové péče. Vzhledem k faktu, že struktura a finální práce s klienty byla komplikovaná, nebyl tento dílčí cíl, po dohodě s vedoucí práce, realizován.

<sup>2</sup> Pro účely bakalářské práce, jsem po konzultaci s vedoucí práce, dílčí cíl (zjistit postoje klientů k životu a hodnotám po zjištění onkologického onemocnění) specifikovala, na klienty s onkologickým onemocněním, u kterých byla ukončena kurativní léčba a indikována paliativní péče. Ke specifikaci jsem přistoupila, protože pacienti s onkologickým onemocněním bez indikace k paliativní péči, jsou v rámci kurativní léčby ve velkém počtu vyléčeni, a proto nepotřebují služeb domácího hospice.

### 3. METODIKA

#### 3.1 Použité metody:

Pro vytvoření bakalářské práce jsem použila kvalitativní výzkum. Představuje škálu rozdílných postupů, které usilují o porozumění zkoumanému sociálnímu problému. Dismana jej definuje takto: „*kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality*“. (Reichel 2009 s. 40) V práci byla použita technika kvalitativního sociologického výzkumu dle Jana Hendla.

Pro bakalářskou práci jsem zvolila techniky: sekundární analýzu dat, narativní rozhovor, polostrukturovaný rozhovor.

Techniku sekundární analýzu dat jsem zvolila v současném stavu a v první části výzkumu k doplnění úplnosti údajů o domácím hospici v Brně.

Další metodu, kterou jsem zvolila je polostrukturovaný rozhovor. Ten jsem použila při zjišťování informací o poskytování domácí hospicové péče v první části výzkumu. Rozhovor jsem vedla s vedoucí domácího hospice Tabita v Brně. Polostrukturovaný rozhovor (rozhovor pomocí návodu, částečně řízený, atd.). Charakteristika: tazatel má předem připravené otázky nebo okruhy témat, kterých se rozhovor bude týkat. Při rozhovoru však není striktně dané pořadí otázek, ale musejí se všechny probrat. V průběhu může tazatel otázky modifikovat a pokládat doplňující otázky. Tento typ rozhovoru kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních podob rozhovorů. Respondent má větší volbu v odpovědích a s tazatelem může navázat přirozenější kontakt. Díky formální úpravě, která je sice jen malá, tak ulehčuje utřídění údajů a případné jejich porovnání. (Reichel, 2009) Rozhovor s vedoucí domácího hospice trval přibližně 1,5 hodiny. Zjištěné informace jsem následně přepsala do bakalářské práce.

Při rozhovorech s lidmi s onkologickým onemocněním jsem použila techniku narativního rozhovoru. Rozhovory probíhali v časovém období od února do dubna v roce 2010. Narativní rozhovor je technika, která se využívá při pochybnostech využití

standardizovaného rozhovoru, který bude probíhat formou otázka, odpověď. Při rozhovoru tazatel nepokládá respondentovi standardizované otázky, ale naopak povzbuzuje tázaného k volnému vyprávění. Vychází z předpokladu, že jsou subjektivní významové struktury o jistých událostech, které při volném povídání vyvstanou, ale neprojeví se při záměrném dotazování. Rozhovor se člení na čtyři fáze stimulace: vyprávění, kladení otázek pro vyjasnění nejasností, zobecňující otázky. Kritérium pro platnost informací narativního rozhovoru, aby se jednalo o vyprávění. Je možné do jisté míry brát i popis stavu. Hlavní váha je kladena na vyprávění vlastního příběhu. Za fázi hlavního vypravování je považováno vyprávění dotazovaného, který hovoří o svém životě, a tak vytváří vlastní bibliografickou prezentaci. V další fázi jsou dotazovanému kladeny interní otázky, které souvisí s tím, co vyprávěl a také externí otázky, které zajímají tazatele, ale respondentem nebyly zmíněny. Pro zhodnocení získaných dat z rozhovorů se použije liminalita a stigma. Liminalitou se v odborné literatuře rozumí přechodový stav mezi rozdílnými sociálními stavy, které mají jisté znaky. Stigma je podle Hendla další klíčový bod. Tento pojem, který analyzoval E. Goffman ve spojitosti s deviantním chováním. Původně bylo stigma znamením, které poukazovalo, že jedinec není morálně v pořádku. Stigma se objevuje v případě, že jedinec ztratí svojí původní pozici a klesne do pozice, která se nehodnotí, jako běžná. (Hendel, 2007) Získané informace jsem přepsala do bakalářské práce. A na základě stanovených kritérií jsem hledala společné znaky, které jsem následně zaznamenala do tabulky.

Další metodou k výzkumu bylo zvoleno pozorování vybraného souboru. Pozorování považuji za velmi přínosné, ale po seznámení se s klienty domácího hospice, jejich situací a po konzultaci v zařízení byla se souhlasem vedoucí bakalářské práce metoda vyřazena.

### ***3.2 Charakteristika souboru***

Pro první část výzkumu jsem zvolila rozhovor s vedoucí Domácího hospice Tabita v Brně. Byla vybrána, protože se zabývá touto problematikou a pro její odbornost

a znalosti. Od počátku byla účastna příprav projektu domácí hospicové péče v Brně a je součástí celého rozvoje této služby v Brně.

V druhé části výzkumu jsem zvolila soubor respondentů, který byl vybírán náhodně z řad lidí s nemocněním v terminálním stádiu s onkologickou diagnózou a indikovanou paliativní péčí z Domácího hospice Tabita v Brně. Výzkum byl veden v České republice v Brně u pěti respondentů. U vybraného souboru nebyla stanovena věková hranice.

#### 4. VÝSLEDKY

Domácí hospicovou péči na území města Brna, podle mého vlastního zjištění, poskytuje ke dni 25. 2. 2010 dle Marty Ondříčkové z Odboru zdravotnictví - oddělení zdravotní péče a ekonomiky Krajského úřadu Jihomoravského kraje, pouze jediný poskytovatel, kterým je Občanské sdružení Gabriela o.s.

Dlouhodobým cílem Gabriela o.s. bylo poskytovat k hospicové péči lůžkové i domácí. A rozšířit tento typ zdravotní péče na území města Brna. (výroční zpráva Hospice sv. Alžběty, 2007)

Domácí hospicová péče v Brně je zřizována občanským sdružením Gabriela o. s., které také je zřizovatelem lůžkového hospice. Služba domácí hospicové péče v Brně se začala oficiálně poskytovat v lednu 2008. (výroční zpráva Hospice sv. Alžběty, 2008)

Domácí hospic získal svoje jméno „Tabita“ během roku 2008. „Tabita“ je slovo hebrejského původu a v překladu znamená „Srna“. Tabita byla žena z antického příběhu, která vykonala mnoho dobrých skutků. V jejím prostém příběhu se hovoří o nemoci, lidské bolesti, lásce, naději, radosti a vzkříšení. Tyto skutečnosti se prolínají také v osudech pacientů domácího hospice. (výroční zpráva Hospice sv. Alžběty, 2008)

##### Rozhovor s vedoucí, sociální pracovnící domácího hospice Mgr. Ludmilou Plátovou

#### 1. Otázka: Jaké byly počátky domácí hospicové péče v Brně?

První snahy o zřízení domácí hospicové péče byly již při znovuoobnovení lůžkového hospice, které proběhlo v dubnu 2004. Nejprve se začalo poskytováním poradenství v této oblasti a půjčováním pomůcek. Toto byl předvoj pro poskytování domácí hospicové péče. Dalším impulsem bylo, že se pracovníci začali setkávat se stále větší intenzitou poptávky o tuto péči, protože se začali častěji setkávat s rodinami, které by tuto službu potřebovali a využívali.

Individuálně a neoficiálně sestřičky či lékaři navštěvovali své známé nebo i nemocné, kteří měli podanou žádost do lůžkového hospice, ale nebyla v té době dostatečná kapacita lůžek, tak na přechodnou dobu chodili pracovníci do domácnosti

pomáhat rodinám v této těžké situaci. Probíhalo to formou jednorázových návštěv, aby se podpořila rodina a podali se informace, jak prozatím poskytovat péči.

Pracovníci hospice byli v kontaktu s domácím hospicem v Praze a Ostravě, kde již měli zkušenosti s touto službou a získávali potřebné informace pro přípravu tohoto projektu v Brně.

Intenzivní přípravy na spuštění celého projektu probíhaly již po celý rok 2007. Ve druhém pololetí roku 2007 se podávaly žádosti o granty a dotace pro domácí hospic. (výroční zpráva Hospice sv. Alžběty, 2007) Pracovníci začali vyjednávat se zdravotními pojišťovnami o uzavření smlouvy. Začali se zapojovat intenzivněji do aktivit a jednání s jinými již fungujícími domácími hospici. Společně se usiluje o zakotvení v legislativě České republiky, aby domácí hospicová péče byla uznána za samostatnou zdravotní péči. Připravovaly se vhodné podmínky pro spuštění projektu. Ke konci roku 2007 se prohloubila poradenská činnost a sociální pracovnice poskytovala poradenství v domácnostech, což ukazovalo, že je zapotřebí této služby. Důležitá složka domácí hospicové péče, kterou je poskytování zdravotní péče se zatím neposkytovala.

V lednu roku 2008 začala oficiálně fungovat domácí hospicová péče. Projekt připravovala zdravotně sociální pracovnice, která se stala vedoucí domácího hospice a zároveň je na pozici sociálního pracovníka. Při poskytování domácí hospicové péče je zapotřebí poskytovat komplexní službu, jejíž nejdůležitější složkou je poskytování zdravotní péče, proto byla přijata všeobecná zdravotní sestra nejprve na půl úvazku. Postupně tato sestra přešla na plný úvazek a byly přijaty další všeobecné zdravotní sestry. Dále se začala domácí hospicová péče rozvíjet a to i díky postupně schvalovaným grantům a zázemí, které poskytoval lůžkový hospic. Spolupráce s lůžkovým hospicem je velmi dobrá. V domácí hospicové péči k zajištění kvalitní zdravotní péče je zapotřebí i lékařů, proto dvě lékařky z lůžkového hospice začaly pracovat na částečný úvazek i v domácím hospici. Postupně přibýval další personál.

Na konci roku 2009 se podařilo uzavřít smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Jsou to tyto zdravotní pojišťovny: Všeobecná zdravotní pojišťovna, Vojenská zdravotní

pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna a jedná se zdravotní pojišťovnou Media. Šlo o to, aby služba domácí péče (čímž je myšlena zdravotní péče) odbornost 925, která je jedna ze součástí domácí hospicové péče, byla financována za spoluúčasti zdravotních pojišťoven. Prozatím je to takto, protože zdravotní pojišťovny nechtějí proplácet veškeré činnosti. Ale domácí hospicová péče se odlišuje a je rozdílná od domácí péče. Odlišují se navzájem od sebe těmito odlišnostmi. Domácí hospicová péče je komplexní péče nejen zdravotní, ale má složku sociální, psychologickou a spirituální. Domácí péče je zaměřena na jinou cílovou skupinu než domácí hospic. V domácí péči pracují pouze všeobecné zdravotní sestry na rozdíl od domácí hospicové péče, kde se o pacienty stará multidisciplinární tým. Nemocní domácí hospicové péče mají výhodu, že mohou během 24 hodin, 7 dní v týdnu volat sestře z domácího hospice, která má pohotovost na telefonu a v případě potřeby i během noci přijede. Což domácí péče tuto službu neposkytuje. Pracovníci domácího hospice se snaží nastavit pravidla tak, aby služba byla pružná a mohla se měnit podle aktuálně rychle se měnícího stavu nemocného a jeho potřeb. Další službou, kterou domácí hospicová péče poskytuje, je odborné sociální poradenství, které provádí sociální pracovní domácího hospice, k tomu zahrnuta i činnost psychologičky a půjčování kompenzačních pomůcek. Také do této oblasti se zahrnují činnosti sester, když poskytují ošetrovatelskou edukaci, která spočívá v poskytování informací, jak se má provádět péče o nemocného např. polohování, hygiena, stravování, vyprazdňování, atd. Odborné sociální poradenství se poskytuje podle § 37 b Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách: „(3) *Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek*“. (www.mpsv.cz) Doba vyhrazená pro poskytování odborného sociálního poradenství viz příloha č. 2

Od ledna roku 2010 se nově poskytuje terénní odlehčovací služba podle § 44 Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách: „(1) *Odlehčovací služby jsou terénní,*



*ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek“.* (www.mpsv.cz) Touto službou je myšleno poskytování péče, která je nad rámec odbornosti 925. Přítomnost u pacienta, když si pečující potřebují zajistit neodkladné záležitosti nebo si potřebují odpočinout po proždělé noci a nabrat síly pro poskytování další péče.

Velká část poskytované péče je věnována blízkým pečujícím (což je většinou rodina nemocného), kteří zajišťují péči o nemocného během celého dne. Domácí hospice se snaží podporovat pečující potenciál, který je v rodině, protože pracovníci domácího hospice nemohou nahradit péči blízkého člověka. Jsou to věci, které jsou na hranici mezi oblastí zdravotní, psychologickou a sociální.

Otázka: Jaké je v současné době personální obsazení domácího hospice?

Současný stav personálu v domácím hospici. Pracují zde tři všeobecné zdravotní sestry na plný úvazek, další na poloviční úvazek, další dvě sestřičky, které vypomáhají nárázově, když je to zapotřebí a mají částečný úvazek a pokrývají pohotovosti. Další sestra je přijatá prozatím na dohodu o provedení práce, protože prozatím nemá registraci. Zatím vykonává práci na pozici pracovníka v sociálních službách. Výhledově se plánuje přijetí dalšího pracovníka v sociálních službách z řad dobrovolníků, který se osvědčil.

Dvě lékařky, které vykonávají práci v domácím hospici. Po zkušenostech se dospělo k tomu, že lékaři, kteří jsou členy týmu domácího hospice, by se měli zúčastňovat setkání multidisciplinárního týmu. Ten bývá jedenkrát za týden, kde se prodiskutovávají jednotliví pacienti a jejich situace, aby znali pacienty, pro případ že musí řešit akutní situaci nemocného, když volá pohotovost. Další tři lékaři jsou k dispozici domácímu hospici pro výjimečné nárázové akutní návštěvy např. při dovolených, atd. Lékařky domácího hospice navštěvují nemocného v domácím prostředí, kde provedou vyšetření. Sepisují lékařskou zprávu do dokumentace domácího

hospice a jsou v kontaktu s obvodním, či jiným ošetřujícím lékařem nemocného. Postavení lékaře domácího hospice zatím není zakotveno v našem zdravotnickém systému. Z tohoto důvodu se považuje vyšetření lékařem domácího hospice spíše za konziliární vyšetření. V případě, že je to možné, se před návštěvou lékaře domácího hospice snaží pracovníci zkontaktovat s ošetřujícím lékařem nemocného, jestli má zájem, aby lékař domácího hospice udělal tuto návštěvu. Důležité je, aby spolupráce mezi ošetřujícím lékařem a lékařem domácího hospice fungovala, protože lékař domácího hospice není kompetentní, aby předepisoval potřebné léky pro nemocného. Úskalím tohoto je, že někteří praktičtí lékaři nechtějí předepisovat opiátové léky a nemají vyzvednuté recepty s modrým pruhem, které jsou k tomu zapotřebí. Toto je jeden z cílů domácích hospiců, o který usilují, aby výhledově v budoucnosti došlo ke změně v tomto problému a lékaři domácího hospice měli možnost předepisovat potřebné medikamenty.

Součástí týmu je také psychologka a pastorační asistent, kteří podle potřeby dochází do domácností. Podle potřeby je možnost zajistit kněze či duchovního jiných církví. Do týmu také patří dobrovolníci, kteří tuto činnost vykonávají podle aktuální potřeby, protože péče domácího hospice je většinou poskytována krátkodobě. Rodina si toho je vědoma, a tak chtějí společně s nemocným strávit co nejvíce času, který jim ještě zbývá, protože tento jejich čas je velmi vzácný. Jestliže rodina o nemocného pečuje delší dobu, tak ráda využije pomoci dobrovolníka.

Domácí hospicová péče se potýká s problémem, kterým je rozpor mezi zdravotní a sociální péčí. Zdravotní pojišťovny nepovažují za zdravotní péči např. rozhovory, které sestry dělají s pacienty. Tyto aktivity nelze vykazovat mezi zdravotní výkony a pojišťovny je nechtějí hradit. Je otázkou, když je zapotřebí probrat zdravotní stav další a vývoj nemoci, kdo má tento rozhovor vykonat. Je velmi důležité zodpovědět tyto otázky nemocnému nebo jeho rodině. K rozhovoru tohoto charakteru není kompetentní pracovník v sociálních službách, ani sociální pracovník, protože nemají potřebné zdravotnické vzdělání, ale měl by to být zdravotnický personál. Sdělovat prognózu a popřípadě i diagnózu, jestliže nebyl nemocný informován, musí vždy lékař. Pro

nemocného je důležité si promluvit o těchto věcech se sestrou, která ho každý den navštěvuje a ujasnit si, zda porozuměl tomu, co mu sdělil lékař či jiné otázky ohledně zdravotního stavu. Vedoucí domácího hospice říká: „myslím si, že to patří čistě do zdravotnictví, že to není, sociální služba mluvit o diagnóze a prognóze“.

Otázka: V jakém rozsahu poskytujete službu domácího hospice a podle čeho se určuje intenzita a čas návštěvy?

Pracovníci poskytují službu 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Snaží se podle svých možností a kapacity vyhovět potřebám především nemocného a jeho rodiny.

Do péče domácího hospice jsou přijímáni lidé v terminálním stádiu nemoci, kteří chtějí zůstat v rodinném prostředí a tam i zemřít. Výhodou je, že domácí hospic se zřizuje při lůžkovém hospici, proto je možné do péče také přijímat nemocné, kteří si chtějí prodloužit čas, který stráví doma, ale z nejrůznějších důvodů chtějí zemřít v lůžkovém hospici. Proto zde bude jiný cíl, zde půjde jen o prodloužení doby a její zkvalitnění, kterou může nemocný strávit doma. Ale zároveň má nemocný podanou žádost do lůžkového hospice.

Na počátku péče se pracovníci ptají, jakou mají nemocní či pečovatelé představu o tom, jak by měli být návštěvy intenzivní, a která hodina jim vyhovuje. Pracovníci sami také zhodnotí zdravotní stav nemocného. Ve spolupráci nemocného a jeho rodiny se naplánují návštěvy podle potřeb nemocného a možností domácího hospice. Intenzita návštěv se odvíjí od potřeby nemocného a jeho rodiny, proto se nedá stanovit neobecně. Např. k některým pacientům se dochází 2x za týden a k jinému 3x za den i během víkendu. Pravidelnost návštěv se mění podle aktuálních potřeb nemocného a jeho pečujícího a změn zdravotního stavu. Při stabilizaci stavu se mohou návštěvy omezit, anebo naopak při zhoršení stavu se zvýší počet návštěv.

Mimo tyto plánované návštěvy je možnost volat tzv. „telefonickou pohotovost“. Ta slouží v situacích, se kterými si pečovatel nebo nemocný neví rady a potřebuje problém prokonzultovat. Některé záležitosti je možné vyřešit po telefonu, ale při naléhavosti, sestra či jiný pracovník přijede do domácnosti. „Telefonická

pohotovost“ slouží nepřetržitě, což umožňuje volat v noci i během víkendu. Na telefonu je připravená sestra, která poskytuje rady. V případě, že je nezbytná konzultace s lékařem, přepojí hovor na něj. Díky tomu, že domácí hospicová péče je poskytována po celých 24 hodin a poskytuje službu tzv. „telefonickou pohotovost“, tak má pečující v případě, že nastanou u nemocného „průlomové“ bolesti během večera nebo noci na koho se obrátit, přestože byla zrušena pohotovost a po osmé hodině večerní nemá možnost volat praktickému lékaři, ošetřujícímu lékaři, ani do ambulance bolesti. Jedinou možností by bylo volat rychlou záchranou pomoc, kde je pravděpodobnost, že by nemocného odvezli do zdravotnického zařízení. Díky „telefonické pohotovosti“ domácího hospice mají pečující možnost kam se obrátit. Je to velmi důležitá pomoc, protože v případě potřeby se má pečující či nemocný na koho obrátit a získat potřebnou radu. Pro většinu pečujících je velmi důležité mít tuto jistotu. Na počátku poskytování péče byla obava ze strany personálu, aby nedocházelo k zneužívání telefonické pohotovosti, ale během poskytování této služby se ukázalo, že ke zneužívání nedochází a služba je využívána pouze v akutních případech. Pečující často zpětně hodnotí, že to byla pro ně velká pomoc, když věděli, že se mají kam obrátit v případě potřeby.

Pracovníci jezdí do domácností, když rodina volá, že nemocný umírá nebo již zemřel. Sestry v případě potřeby poskytují pomoc s oblékáním a upravením zemřelého. Pomáhají při vyřizování neodkladných záležitostí v souvislosti s úmrtím.

Otázka: Kde poskytujete domácí hospicovou péči?

V začátcích bylo poskytování domácí hospicové péče možné pouze na území města Brna. Díky sponzorskému daru jedné firmy, kterým byl osobní automobil, se zlepšily možnosti poskytování této služby. A otevřela se nová možnost poskytovat domácí hospicovou péči i v okolí města Brna. Rozvoji péče v okrese Brno-venkov napomohlo, že zdravotní pojišťovny uzavřely smlouvu na poskytování této péče i na tomto území. V současné době má domácí hospic stanovenou hranici vzdálenosti od města Brna do 30 km v oblasti Brno-venkov pro poskytování péče, protože na to přispívá zdravotní pojišťovna. V situaci, kdy je volná kapacita a podmínky, tak je možné poskytovat službu i ve větší vzdálenosti, ale v takovémto případě je zapotřebí,

aby se poskytoval finanční příspěvek na dopravu. Tato varianta se používá pouze v ojedinělých situacích.

Otázka: Jakou výší se finančně podílí nemocný domácí hospicové péče.

Na počátku se s nemocným či pečujícím uzavře smlouva o poskytování komplexní domácí hospicové péče. Dříve bylo financování upraveno jinak. V současné době se uskutečňují platby touto formou: nemocný platí za službu 300 korun na měsíc v případě, že jeho pojišťovna uzavřela s domácím hospicem smlouvu a proplácí službu domácí péče, kterou má předepsanou lékařem. V situaci, kdy nemocnému zdravotní pojišťovna neproplácí domácí péči, uhradí částku 500 korun na měsíc. V případě, že jsou pouze 3 návštěvy za měsíc, pak mohou dostat slevu na polovinu. Nemocný také platí návštěvy lékaře. Poplatek činí 200 korun, protože návštěvy lékaře hospice nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Odborné sociální poradenství se ze zákona poskytuje bezplatně a půjčování kompenzačních pomůcek dle stanoveného ceníku – příloha č. 1.

Otázka: Jakým způsobem je financován domácí hospic

Bylo již zmíněno, že část financování jde z plateb od nemocných. Dalším zdrojem jsou finance od zdravotních pojišťoven, tím, že jsou hrazeny výkony, které vykonává sestra podle odbornosti 925. Ale je zapotřebí ještě dalších finančních zdrojů, protože tyto dva zdroje jsou pouhým zlomkem v oblasti financování. Dostáváme dotace z Magistrátu města Brna a Krajského úřadu Jihomoravského kraje. Odborné sociální poradenství a terénní odlehčovací služby jsou financovány částečně z Ministerstva sociálních věcí. Dalšími zdroji jsou nadace a také dary od fyzických či právnických osob, bez kterých by nemohla tato nezisková organizace fungovat.

Otázka: Podle jakých standardů a modelů poskytlujete službu?

Domácí hospic se řídí třemi druhy standardů podle služeb, které poskytují. Dodržují standardy odborného sociálního poradenství, ošetřovatelské standardy, standardy odlehčovací služby.

Domácí hospic v Brně si bere modelový vzor z hospice Cesta domů, který je nejrozvinutější a podle Mobilního hospice Ondrášek, který je podobný velikostně i personálním obsazením.

Otázka: Jaká je pracovní náplň personálu domácího hospice?

Pracovní náplň všeobecných zdravotních sester v domácnosti. Vedoucí domácího hospice považuje za velmi důležité, aby v první řadě měly sestry dostatek zkušeností a znalostí při poskytování této péče. Měly by např. umět obsluhovat porty, podávat infuze, zavádět flexilu, umět cévkovat, ošetřovat rány a řadu jiných odborných výkonů. Měly by umět dobře zhodnotit zdravotní stav nemocného a stanovit ošetrovatelskou diagnózu, protože podle jejího posouzení se rozhodne, zda má jít do domácnosti lékař, jestli nedošlo ke změně stavu. Musí se umět rozhodovat samostatně. Zdravotní stav nemocného v domácím hospici je nestabilní a mění se, proto by měla sestra pružně rozhodovat. Sestra by měla počítat s tím, že pracovní náplň je každý den jiná a během dne bude někdy zapotřebí měnit plánované návštěvy a přizpůsobovat se novým situacím, které se aktuálně mění. Sestra by měla velmi dobře zvládat komunikační dovednosti, které jsou nezbytné pro její práci. Měla by poskytovat lidskou oporu nemocným a pečujícím. Zapotřebí je, aby sestřička dokázala pracovat v týmu, protože v této práci je velmi důležité si správně předávat veškeré informace. A to jak mezi sestrami, tak i s lékařem či jiným personálem v domácím hospici.

Otázka: Jakou si vedete v domácím hospici dokumentaci?

Hlavní předlohou pro dokumentaci domácího hospice byla dokumentace, která se používá v lůžkovém hospici sv. Alžběty v Brně. Tato dokumentace se pozměnila, podle potřeb domácího hospice. Dokumentace (příloha č. 3) se vede ve dvou vyhotoveních. Jedna zůstává v domácnosti u nemocného a druhá se zakládá v zařízení. V domácnosti slouží k tomu, když přijde lékař do domácnosti, aby měl možnost do ní nahlédnout. Má možnost vidět, jak se stav vyvíjel a jaké intervence sestra dělala. V některých případech se do zaznamenávání do dokumentace zapojuje rodina, aby sestry věděly, jak se měnil stav v průběhu dne i noci v jejich nepřítomnosti. Dalším

důvodem dokumentace v domácnosti je, aby ve finální fázi po úmrtí pacienta, když přijede lékař praktický nebo lékař pohotovosti (pravidlo pro Brno), který má potvrdit úmrtí nemocného, nenařídil pitvu. Při projití dokumentace domácího hospice, ve které se uvádí, že nemocný měl nevléčitelné onemocnění v pokročilém stádiu, a přál si zemřít v rodinném kruhu, by neměla být nařízena pitva. Což je úlevou pro příbuzné, kteří si ve většině případů pitvu nepřejí.

Otázka: Jak se daří domácímu hospici spolupráce s lékaři pohotovosti a praktickými lékaři?

Spolupráce s praktickými lékaři se stále vyvíjí. Na začátku byla obava, jak bude probíhat spolupráce s praktickými lékaři, protože byly informace z Cesty domů, že měli zpočátku značné obtíže v této oblasti. Zatím co v Brně je příznivější situace. Ovšem stále se tohle vyvíjí a také mění. Domácí hospic usiluje o to, aby co nejvíce lékařů dostalo pravdivé informace o domácím hospici. V Brně převažuje dobrá zkušenost se spoluprací s lékaři. Problémy, které se v této oblasti vyskytují, tak jsou v několika rovinách. Jeden z problémů, je když praktický lékař chce, aby domácí hospic suploval jeho práci např. nemocný dostal kašel. Tato choroba nesouvisí s jeho onemocněním (např. onkologickým) a je povinností praktického lékaře nastavit léčbu, protože je to jeho kompetence. Výjimečně došlo k tomu, že praktický lékař nesouhlasil s doporučenou léčbou od lékaře domácího hospice, ale to jsou ojedinělé případy. Velmi dobře se spolupracuje domácím hospicům s lékaři z ambulancí léčby bolesti hlavně z Masarykova onkologického ústavu.

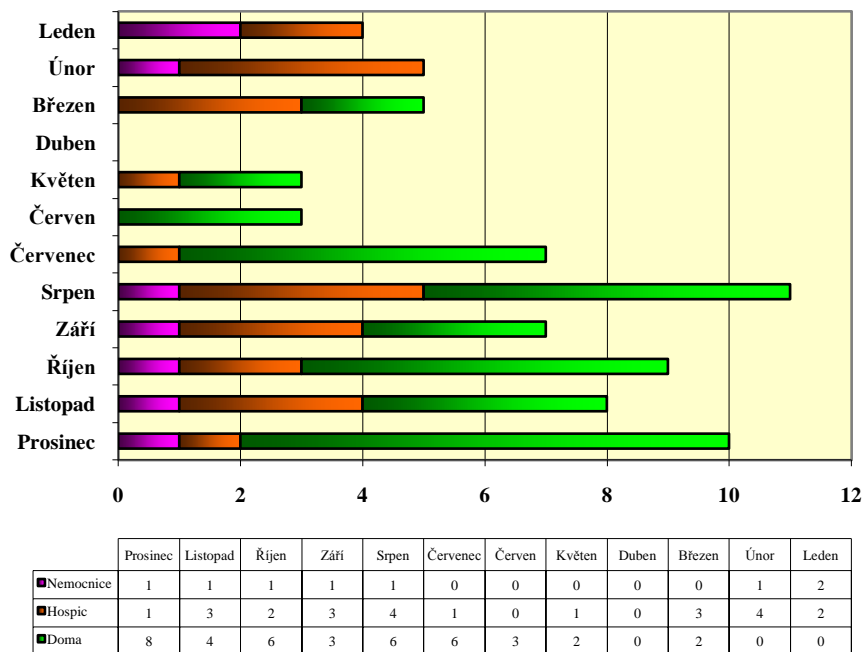
V otázce propagace se nejlépe osvědčilo, když informaci o domácím hospici poskytne lékař, protože otázka domácího hospice souvisí s prognózou. K propagaci se používají letáčky místa, kde se pohybují pečující, rozhovory v rádiu, články v časopisech, novinách, informace sociálním pracovníkům, atd. Podařilo se nám navázat velmi dobrou spoluprací s pracovníky Masarykova onkologického ústavu, kteří informují o možnosti domácí hospicové péče na území města Brna.

Otázka: Z jakého důvodu dochází k tomu, že nemocní, kteří jsou v domácím hospici, zemřou v nemocnici?

Tento stav nastává v nejčastějších případech, kdy jsou nemocní jen krátce v péči domácího hospice. Např. nemocný doposud nemá zajištěny potřebné léky a nastane situace (akutní dušnost, krvácení), kdy je jich zapotřebí, proto pečovatelé zavolají Rychlou zdravotnickou pomoc, která nemocného odveze do nemocnice. Domácí hospic se snaží, těmto situacím předcházet tím, že se je snaží předvídat a zajistit potřebnou medikaci. Jestliže se jednalo o terminální stav, tak potom nemocný umírá v nemocnici.

Statistika podle místa úmrtí klientů z Domácího hospice Tabita porovnání rok 2008 a 2009:

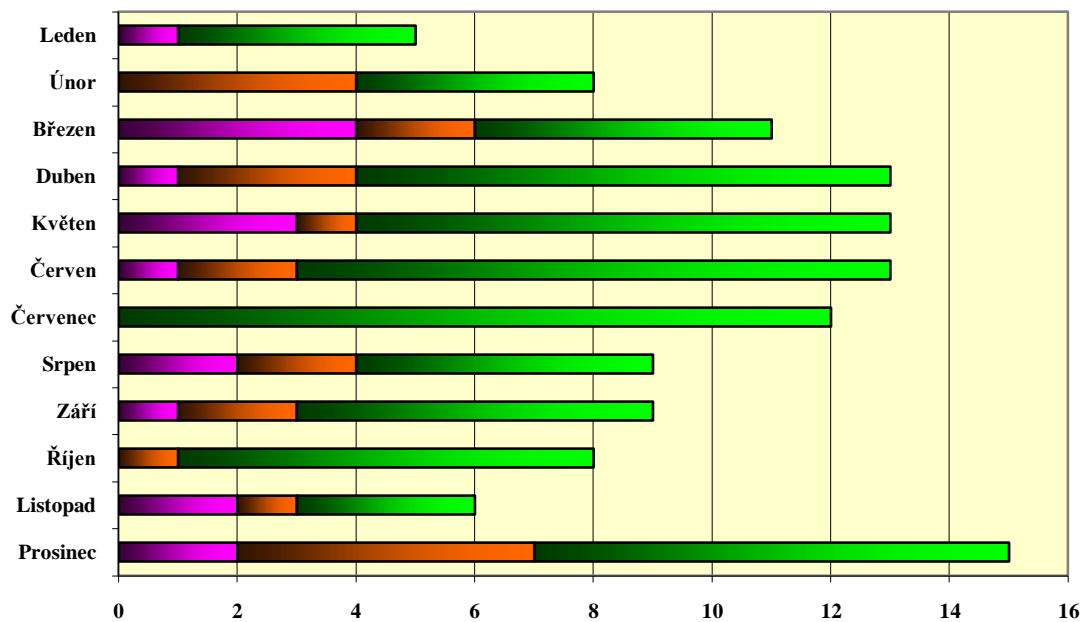
### Rok 2008



Zdroj: Domácí hospic Tabita v Brně



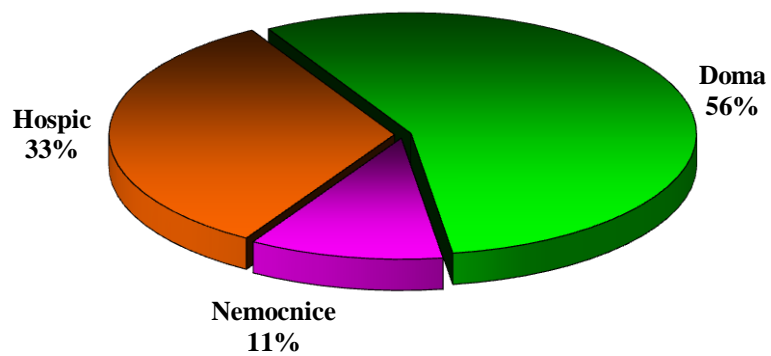
## Rok 2009



	Prosinec	Listopad	Říjen	Září	Srpen	Červenec	Červen	Květen	Duben	Březen	Únor	Leden
■Nemocnice	2	2	0	1	2	0	1	3	1	4	0	1
■Hospic	5	1	1	2	2	0	2	1	3	2	4	0
■Doma	8	3	7	6	5	12	10	9	9	5	4	4

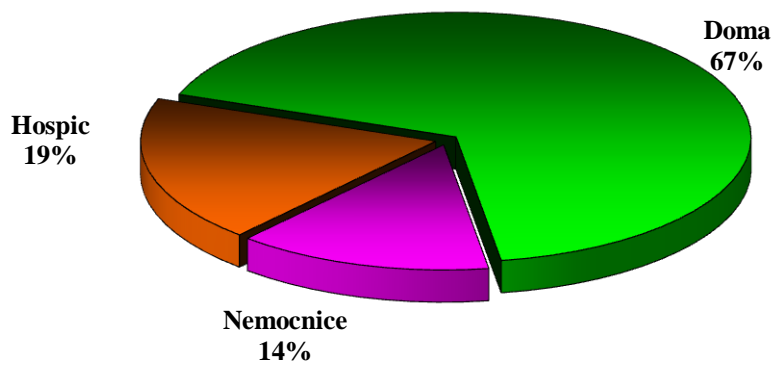
Zdroj: Domáci hospic Tabita v Brně

Místo úmrtí pacientů Domácího hospice Tabita v roce 2008



Zdroj: Domácí hospic Tabita v Brně

Místo úmrtí pacientů Domácího hospice Tabita v roce 2009



Zdroj: Domácí hospic Tabita v Brně

Srovnání počtu klientů Domácího hospice Tabita za rok 2008 a 2009:

Rok 2008	absolutní četnost	relativní četnost [%]
Muži	35	42
Ženy	48	58
Celkový počet klientů	83	100
Rok 2009		
Muži	59	43
Ženy	78	57
Celkový počet klientů	137	100

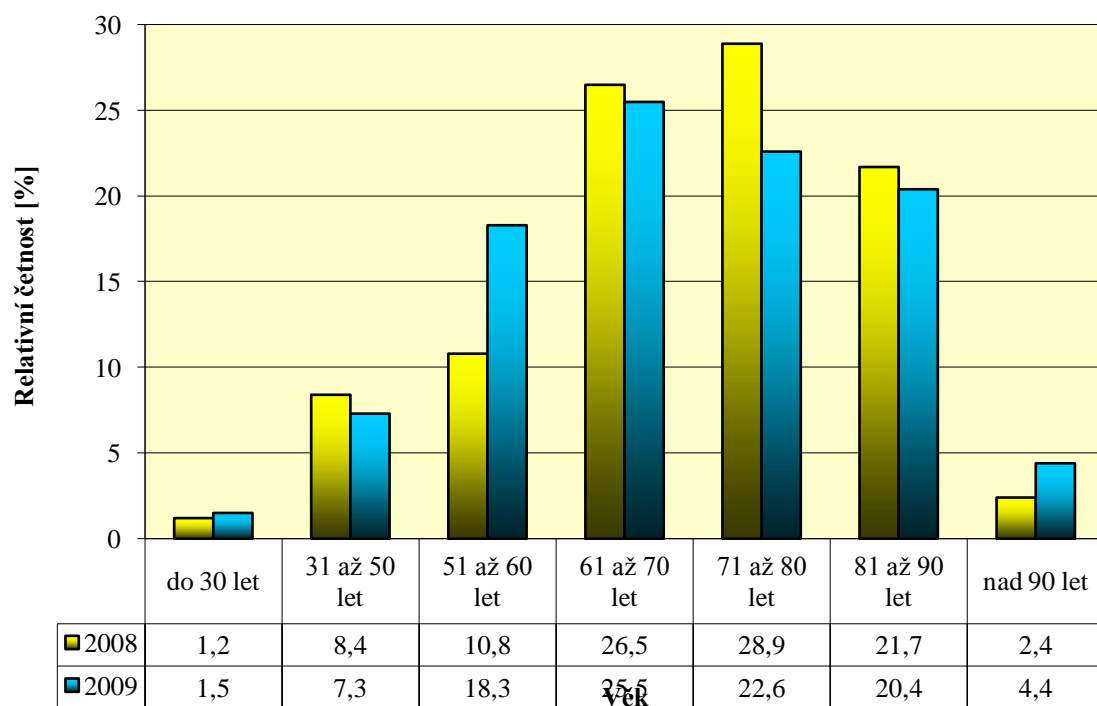
Zdroj: Domácí hospice Tabita v Brně

Počty návštěv Domácího hospice Tabita za rok 2008 a 2009

Průměrný počet návštěv sestry u klienta za týden v roce 2008	4
Celkový počet návštěv sester za rok 2008	696
Celkový počet návštěv lékařů za rok 2008	124
Průměrný počet návštěv sestry u klienta za týden v roce 2009	3,5
Celkový počet návštěv sester za rok 2009	1495
Celkový počet návštěv lékařů za rok 2009	122

Zdroj: Domácí hospice Tabita v Brně

## Věk klientů Domácího hospice Tabita za rok 2008 a 2009



Zdroj: Domácí hospic Tabita v Brně

Tabulka - shrnutí získaných informací z rozhovoru s vedoucí Domácího hospice Tabita v Brně

Jaká je délka fungování domácího hospice?	Domácí hospic Tabita v Brně funguje od ledna 2008.
Spolupráce s jinými zařízeními a přebírání modelů při poskytování péče?	Úzce spolupracuje: s lůžkovým hospicem sv. Alžběty v Brně s cestou domů s Mobilním hospicem Ondráček.
Financování?	Více zdrojové: platby od klientů, Magistrát města Brna, Krajský úřad Jihomoravského kraje, hrazené zdravotnické výkony od zdravotních pojišťoven, sociální služby z MPSV, granty, nadace, sponzorské dary.
Personální obsazení?	Lékaři, všeobecné sestry, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovník, podle potřeby psycholog, pastorační asistent
Poskytování služby?	Služba je poskytována 24 hodin, 7 dní v týdnu (telefonická pohotovost) intenzita návštěv je individuální dle potřeby a měnícího se stavu klienta, možnost návštěvy i mimo dohodnutou návštěvu.
Poskytované služby?	Komplexní služba, která se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí: Zdravotní péče, odborné sociální poradenství (v rámci je možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek), odlehčovací terénní služba.
Komu je služba určena?	Služba je určena klientům v terminálním stádiu nemoci, kteří si přejí zemřít doma a jejich pečujícím (převážně rodina).
Území, kde je služba poskytována?	Město Brno, v okrese Brno-venkov do 30 Km.
Vedení dokumentace?	V dvojím vydání, jedna zůstává v domácnosti klienta (podílí se na ní klient či pečující např. záznam bolesti) druhá je k dispozici zaměstnancům.

## Rozhovor č. 1

Žena, věk 79, diagnóza: nádor tlustého střeva

Otázka: Mohla byste mi vyprávět, jak začalo Vaše onemocnění a jaká je Vaše současná situace?

Jsem vdova a mám syna, který bydlí zde v domě v přízemním bytě. Před cca 25 lety jsem dostala rakovinu prsu. Podstoupila jsem chemoterapii, třicetkrát mě ozářili a na operaci jsem byla. Domnívala jsem se, že jsem vyléčená a do smrti nebudu mít rakovinu.

Po 20 letech jsem znovu dostala rakovinu, ale teď tlustého střeva. Před 5 lety jsem to zjistila. Byla jsem na pravidelné kontrole na gynekologii, kde to při vyšetření zjistila lékařka a poslala mě na další vyšetření. Když jsem odcházela od paní doktorky, tak jsem už měla obavu, co to bude a trochu jsem to už i tušila. Do té doby jsem neměla žádné bolesti ani jiné problémy, tak jsem nevěděla, že mám v těle zase rakovinu. Lékaři zjistili, že mám rakovinu. Myslela jsem si, že půjdu na operaci, aby mi rakovinu odstranily. Lékaři usoudili, že není možná tato léčba. Chovali se ke mně hezky. Řekli mi na rovinu, jaké mám onemocnění a že není možná operace, tak se to obrátilo proti mně. Při druhém onemocnění rakovinou mě už neozařovali. A začala jsem chodit do ambulance paliativní péče na léčbu bolesti na Žlutý kopec, kde mě léčili bolest tabletami a pak i náplastmi. Na lékaře si nemohu stěžovat, byla jsem z jejich péči spokojená i s tím, jak se ke mně chovali.

Na začátku jsem byla dost překvapená a v šoku, protože jsem si myslela, že už nemůžu rakovinu dostat. Nechácala jsem, jak je to možné po třiceti ozářeních. Nemohla jsem ses tím vyrovnat po tom všem, co jsem absolvovala před 25 lety, jsem dostala zase rakovinu. Je to taková zákeřná nemoc ta rakovina. Nyní jsem v onemocnění smířená. Podařilo se mi s touto nemocí vyrovnat díky tomu, že věřím v pána Boha. Jsem Římsko-katolického víry. Jsem přesvědčená, že Bůh o mně ví a zná mě a ví, jak tu mám být dlouho na světě. Myslím si, že bych z toho neměla dělat „horory“, protože umírají i mladší než jsem já. Čekám a jsem připravena na smrt, ale nevzdávám život. Děkuju

Bohu za každý den, co mohu být na světě a jsem za něj vděčná. Zároveň jsem připravená odejít, protože mám nemoc a taky vysoký věk.

Snažím se dělat jednoduché ruční práce, které zvládám, abych se zabavila. Snažím se alespoň trochu chodit s berlemi, i když je to obtížné. Snažím se trošku cvičit na lůžku.

Dokud to šlo, tak jsem se o sebe starala sama. A pomáhal mi syn, který bydlí v bytě v přízemí, ale ten chodil do práce. Syn byl ochotný mi chodit na nákupy, uvařit mně a tak, když jsem nemohla chodit sama ven, vozil mě po doktorech. Byl ochotný mi pomáhat, ale hned na začátku mi řekl, že mně nemůže pomoci s koupáním, protože by to nezvládl. Když se to zhoršilo a nemohla jsem se sama koupat a syn mi nechtěl pomáhat, tak nám pan doktor ze Žlutého kopce (Masarykův onkologický ústav) z ambulance léčby bolesti doporučil, aby za mnou začala chodit sestřička. Domluvil to ten lékař, ke kterému jsem chodila na kontroly.

Nejdřív jsem nechtěla a bránila jsem se, aby ke mně domů chodil někdo cizí. Pak jsem to zkusila. Teď jsem moc spokojená. Sestřičky mi pomáhají s koupáním a taky mi převazují ránu na noze. Sestřičky jsou moc hodný a jsem ráda, že za mnou chodí a pomáhají mi. Říkám jim, jaké jsem měla v noci bolesti a kde mě to bolí, tak mi dávají na to léky. Díky tomu se dá bolest vydržet. Jsem ráda, že mohu být doma a sestřičky za mnou chodí a i syn se stará, podle svých možností.

Tabulka 1 zhodnocení získaných informací z rozhovoru č. 1

Liminalita	Onkologické onemocnění, ukončení kurativní léčby, započetí paliativní péče a vyrovnání s nevléčitelností onemocnění
Diagnóza-přijetí a vyrovnání?	Šok, při opětovném vypuknutí onkologického onemocnění, víra v Boha
Léčba - proběhla kurativní léčba?	Ano, chemoterapie, ozařování
První informace o domácím hospici?	Lékař z Masarykova onkologického ústavu v Brně
Stigma	Omezená soběstačnost a závislost na jiné osobě



## Rozhovor č. 2

Muž, věk 65 let, diagnóza. Karcinom plic

Otázka: Mohl byste mi povědět o tom, jak začalo Vaše onemocnění, jaký je průběh?

Onemocnění začalo z ničeho nic. Během dvou až tří týdnů se najednou objevily problémy. Na krku se mi udělala boule o velikosti pingpongového míčku. To byl první příznak, proto jsem šel k závodní lékařce. Lékařka mě hned poslala na další vyšetření do nemocnice na krční a plicní. Udělali mi rentgenové vyšetření. Následovaly další vyšetření, které se mi zdály nekonečné. Trvalo to dost dlouho, než zjistili co je to za onemocnění. Prokázalo se to přibližně za tři měsíce, po odebrání vzorků. Nebyl jsem spokojený s péčí lékařů. Diagnózu mi sdělili v červnu, před půl rokem. Kvůli nemoci jsem musel opustit zaměstnání, což nebylo snadné.

Po stanovení diagnózy, mě poslali do jiné nemocnice. Zde jsem absolvoval dvacet jedna ozáření. K tomu jsem dostal chemoterapii. Z chemoterapie jsem měl problémy s krví, proto mi ji přestali podávat. Musel jsem zůstat v nemocnici, než se mi to zlepšilo. Od této doby mi přestalo chutnat jídlo a začalo se mi špatně polykat. Celý listopad jsem strávil v nemocnici. Zhubnul jsem na 55 kilogramů. Potom mi zavedli sondu do žaludku, abych mohl tímto způsobem přijímat potravu. Potom jsem byl hodně oslabený. V prosinci jsem se vrátil domů. Podařilo se mi opět přibrat osm kilogramů.

Před třemi týdny se mi udělalo špatně, tak jsem musel nastoupit na onkologii, na Žlutý kopec. Před týdnem jsem se vrátil domů. Tam jsem byl informován, že v případě, že se můj stav zlepší, tak mi ještě budou podávat chemoterapii.

Z počátku, když jsem se dozvěděl, že mám rakovinu, tak to pro mě byla obrovská rána. Přišlo to tak, je to tady a nedá se s tím nic udělat, tak se snažím s tím vyrovnat. No uvidím, jak to půjde dál. Je tu ta nemoc, tak to musím tak brát.

Otázka: Jak se k Vám chovali lékaři?

Řekl bych, že celkem slušně na tom „žluťáku“ (Žlutý kopic- Masarykův onkologický ústav) tam jsem byl spokojený s přístupem lékařů a sestřiček ke mně. Přístup: sestřičky plnily svoji práci a chodili za mnou, když jsem potřeboval. To považuji za špičkovou nemocnici. Na rozdíl od té první nemocnice, kde mi zjistili onemocnění, tam se ke mně nechovali moc hezky, s přístupem sestřiček a lékařů jsem nebyl spokojený.

Protože jsem chtěl být doma, tak nám poprvé, řekli o domácím hospici již v té první nemocnici. Podrobné informace jsem, ale získal před odchodem domů na „žluťáku“. Jsem rád, že k nám chodí sestřičky z domácího hospice, protože potřebuji, aby mi píchali injekce, protože moje manželka mně nechce píchat injekce, říká, že by asi omdlela. Pak mi také sestřičky převazují PEG. Jinak se o mě stará moje manželka a chodí k nám občas snacha, která nám pomáhá při koupání. Jsem rád, že sestřičky za mnou chodí, protože teď už těch návštěv moc nemám a jsem pořád v posteli.

Poznámka: Pacient, podle předchozího upozornění manželky nebyl plně informován, o svém stavu a o jeho závažnosti a nevléčitelnosti onemocnění.

Tabulka 2 zhodnocení získaných informací z rozhovoru č. 2

Liminalita	Onkologické onemocnění, započata paliativní péče, naděje na zlepšení stavu
Diagnóza- přijetí?	Částečně, pokouší se s tím vyrovnat s onkologickou diagnózou, pán je částečně informován, neví o nevléčitelnosti onemocnění
Léčba - proběhla kurativní léčba?	Ano, ozařování, chemoterapie zastavena pro zhoršení stavu,
První informace o domácím hospici?	Nemocnice
Stigma	Ztráta zaměstnání, závislost na jiné osobě

### Rozhovor č. 3

Muž, věk: 67 let, diagnóza: tumor dutiny ústní

Otázka: Mohl byste mi vyprávět, jak Vám začalo onemocnění a jeho průběh?

No, ta nemoc začala asi tak před dvěma roky. Začalo mě škrábat v krku a pak i pobolívat. Špatně se mi polykalo, protože to bolelo. V puse jsem měl také hodně aftů. Šel jsem k paní doktorce. Ta mi na začátku léčila afty. Paní doktorce se to nezdálo, i protože můj otec měl rakovinu v krku. Poslala mě na krční do nemocnice na vyšetření. Pan doktor hned, jak se mi podíval do pusy, tak mi oznámil, že to je rakovina. Musel jsem podstoupit, ještě spoustu dalších vyšetření, které to potvrdily.

Když jsem se dozvěděl o nemoci tak, byl jsem z toho špatný. Nechtěl jsem tomu vůbec věřit, že to potkalo i mě. Stejně, jak to měl můj otec. Snažil jsem se bojovat s onemocněním, nevzdával jsem to. Pak se mi s tím podařilo po dlouhé době smířit. Vyrovnal jsem se s tím taky proto, že v mojí rodině to už měli. A přijal jsem to, už se nedá nic jiného dělat. Je ta nemoc tady. Jsem rád za každý den, co tu ještě můžu být.

Asi za rok jsem šel na operaci, kde mi odstranili část jazyku. Po operaci jsem se cítil dobře. Myslel jsem, že mi to pomůže a tím se to zastaví. Pak se mi asi po třičtvrtě roce začala dělat hrčka (boule) na krku. Na začátku jsem tomu nevěnoval pozornost. Pak jsem šel opět na kontrolu, kde jsem to ukázal panu doktorovi, který mi sdělil, že se tam opět tvoří nádor. Tak jsem se připravoval na další operaci. Byl jsem v nemocnici a dostal jsem plicní embolii, tak se nemohla operace udělat. Tak začala boule růst a byla čím dál větší. Pak proběhlo konzilium, které zhodnotilo, že není možné operaci vykonat, protože by to bylo velké riziko. Protože mám nemocné srdce a pro celkovou slabost. Asi před měsícem, se mi udělalo špatně, že jsem málo pil, tak jsem šel do nemocnice. Nechovali se ke mně dobře. S péčí jsem nebyl vůbec spokojený, proto jak to bylo možné, jsem šel pryč.

Nadále jsem v takovém stavu nemohl zůstat doma, protože jsem bydlel sám, tak mi sestra nabídla, že mohu bydlet u ní. Chodí na krátký úvazek do práce, ale jinak se o mě dobře stará.

Protože jsem měl bolesti, tak mně poslali do ambulance léčby bolesti. Od té doby co tam chodím, tak se ta bolest zlepšila. Dostávám tablety a náplasti. Když to nezabírá, tak si беру ještě sirup.

Nemám moc chuť k jídlu a tak jsem zhubnul asi devět kilogramů. Jím na co mám chuť, jogurty a tak. Teď se snažím se nutit do pití, abych nemusel zase do nemocnice. Měl jsem moc rád víno, tak mi paní doktorka dovolila. Tak si občas rád trochu vína dám.

O hospici mi řekli, když jsem byl naposledy v nemocnici. Doporučili mi Rajhrad nebo tady v Brně. Rajhrad jsme se sestrou zavrhlí, protože by za mnou nemohla dojíždět. Tak se sestra byla ptát tady v Brně. Tam se sestra dozvěděla, že by mohli sestry chodit za mnou domů. Aby mi převazovali ránu. Společně jsme se rozhodli, že to vyzkoušíme. Jsem moc spokojený se sestrami, který za mnou chodí, jsou moc hodný. Povídají si se mnou, převazují mi ránu. A taky radí mojí sestře, která se o mě stará, jak to má dělat. Jsem spokojený s jejich péčí. Chodí každý den mi to převazovat i v neděli a v sobotu. Všechny sestry jsou dobrý, ale nejraději mám tu řádovou sestřičku, na tu se vždycky moc těším. Jsem rád, že díky sestřičkám můžu být doma, protože tu mám svůj klid a pohodlí.

Tabulka 3 zhodnocení získaných informací z rozhovoru č. 3

Liminalita	Onkologické onemocnění, započata paliativní péče a vyrovnání s nevyléčitelností onemocnění
Diagnóza-přijetí a vyrovnání?	Ano, po delší době, stejné onemocnění u členů rodiny
Léčba - proběhla kurativní léčba?	Ano, operace,
První informace o domácím hospici?	Nemocnice
Stigma	Závislost na péči jiné osoby

#### Rozhovor č. 4

Muž, věk 55 let, diagnóza: glioblastom

Otázka: Mohl byste mi říct, jak začalo Vaše onemocnění a jak to probíhalo?

První příznaky se objevily před Vánoci v roce 2008. Když jsem byl na služební cestě v zahraničí, tak jsem skoro přestal vidět na pravé oko. Když jsem se vrátil, pověděl jsem to mojí manželce a ta mi domluvila v nemocnici vyšetření. Hned na začátku ledna jsem šel na první operaci a pak během deseti dnů byla druhá operace. Po operacích se mi zrak zlepšil. A pak jsem dostával chemoterapii, po které mi bývalo špatně, ale i přesto jsem se snažil pracovat a dělat věci podobně, jako do té doby. Chodil jsem i na ozařování.

Na podzim 2009 jsem byl na kontrolním vyšetření na magnetické rezonanci, kde bylo zjištěno, že nádor opět začal růst a předchozí léčba nepomohla. Dostal jsem nabídku, abych zkusil biologickou léčbu, což je něco nového, ale přesně si nepomatuji o co šlo. Ale ani tato léčba nezabrala. Pak jsem musel opustit zaměstnání, nebylo to pro mě snadné, protože práce byla zároveň můj koníček. Ke zhoršení došlo před měsícem, kdy se mi stalo, že jsem na krátkou dobu nevěděl, kde jsem. Lékaři se ke mně chovali moc pěkně, na péči si nemůžu stěžovat. Podávali mi pravidelně informace o mém zdravotním stavu.

Jsem věřící, tak jsme doufal v zázrak, že se uzdravím. Mám podporu v rodině a ve víře, jsme celá rodina adventisté a také cítím podporu naší komunity, tak se podařilo s nemocí, díky tomuto vyrovnat. Není to snadné, občas je mi to líto, ale snažím se tu nemoc přijímat. V takových situacích se obracím k Bohu a čtu si žalmy. Děkuji Bohu, za každý den, který mi dal. Cítím velkou oporu v manželce. Ten rok, co mám to onemocnění, bereme jako dar, protože moje zaměstnání bylo časově náročné a teď na sebe máme více času. A myslím si, že naši celou rodinu to sblížilo. Díky lásce v rodině, to lépe zvládám. Snažím se tu nemoc akceptovat a být trpělivý.

O domácím hospici jsem se dozvěděl na Žlutém kopci (Masarykův onkologický ústav), kde nás o této možnosti informovala sociální pracovnice. Chtěl jsem zůstat doma, proto jsme s manželkou vybrali tuto službu. Protože nemohu doma zůstat sám a manželka musí chodit do zaměstnání, tak po tuto dobu je tu se mnou matka mojí manželky. A každý den za mnou docházejí sestřičky z domácího hospice, aby zkontrolovali, zda je vše v pořádku a podali léky.

Tabulka 4 zhodnocení získaných informací z rozhovoru č. 4

Liminalita	Onkologické onemocnění, započata paliativní péče a vyrovnání s nevléčitelností onemocnění
Diagnóza-přijetí a vyrovnání?	Ano, víra v Boha, podpora rodiny
Léčba - proběhla kurativní léčba?	Ano, operace, chemoterapie, ozařování, biologická léčba
První informace o domácím hospici?	Masarykova onkologického ústavu v Brně- sociální pracovnice
Stigma	Odchod ze zaměstnání, závislost na péči jiných lidí

## Rozhovor č. 5

Žena, věk: 57 let, diagnóza: karcinom dělohy

Otázka: Mohla byste mi říct, jak začalo Vaše onemocnění a jaký byl jeho průběh?

Po delší dobu mi bylo špatně. Cítila jsem se slabá, unavená a byla jsem bledá. Léčila jsem se s vysokým krevním tlakem a anémií. K lékařům jsem na kontroly nechodila. Cítila jsem, že není něco v pořádku a je mi stále hůř. K lékaři jsem, ale nešla. Doufala jsem, že se to zlepší samo.

O Vánocích jsem najednou zkolabovala a museli mě odvést do nemocnice. V nemocnici mi zjistili řadu onemocnění, které jsou nemilý, ale jsou tak. Přibližně po čtrnácti dnech, co jsem ležela v nemocnici, mi řekli, že mám rakovinu. Žádnou léčbu rakoviny mi nedělali. Neměla jsem chemoterapii, ani mě neozařovali, kvůli mému stavu. Dali mě trochu dohromady infúzemi a kapačkami (infúzemi). Dosti jsem za tu dobu zhubla, protože jsem neměla chuť k jídlu.

Po zjištění nemoci se v mém životě toho hodně změnilo. Předtím jsem chodila do práce a najednou jsem musela přestat. Ale myslím si, že se mi snad daří se s tím vyrovnat. Před tím, než jsem zkolabovala, tak jsem měla problémy, tak jsem měla tušení, že se něco děje. Když mi to řekli lékaři, do smíchu mi vůbec nebylo, ale dařilo se mi to přijímat tak, jak to je. V současné době mně nejvíce pomáhá, že můžu být doma. Smažím se žít tak, jak jsem žila předtím. Ráda čtu, dívám se na televizi a hodně teď odpočívám. Těším se, že jak začne být venku více teplo, tak budu snad moct chodit ven. Nejdříve na balkón s kafičkem a pak snad se synem i mimo dům.

Otázka: Jak k Vám přistupovali lékaři?

Jo, chovali se ke mně všude dobře, nemůžu si stěžovat. Informovali mě pravdivě o mém stavu. A v nemocnici mi hned doporučili, ať jdu do hospice. Trochu jsem o hospici věděla, ale prozatím jsem neměla důvod se o něj zajímat. Já, ani nikdo z mé rodiny to doposud nepotřeboval, tak by mě samotnou nenapadlo ho vyhledat. Pak



jsem si začala zařizovat, aby mě tam přijali, protože jsem nechtěla skončit na LDN (léčebna dlouhodobě nemocných). Hlavně jsem byla nejvíce spokojená s péčí v hospici, jak se ke mně chovali a starali se.

Z nemocnice jsem šla rovnou do hospice. Do hospice v Brně jsem se dostala ve špatném stavu. Bylo to v půli ledna. Nemohla jsem jít domů, protože jsem nebyla schopná se o sebe postarat a moje děti chodí do práce, tak se o mě nemohly starat. Když jsem nebyla samostatná, tak bych nemohla být doma. Bydlím se synem, který mi pomáhá, vaří a nakupuje. Také mě navštěvuje pravidelně dcera, která mi převazuje hadičku, co mám z ledvin. A dělá, co je potřeba.

V hospici jsem byla od 25. ledna do začátku dubna. V hospici jsem byla přes dva měsíce. Když jsem přišla do hospice, byla jsem hodně slabá a vypadalo to, že zemřu. V hospici se ke mně chovali moc pěkně, byla jsem s jejich péčí moc spokojená. Tam mě vyiplali a postavili na nohy a do celého života. V LDN (léčebna dlouhodobě nemocných), tam bych neměla takovou péči. Díky péči v hospici se můj stav začal postupně zlepšovat. Až na tolik, že jsem občas mohla jít domů na zkoušku na 1-2 dny. Několikrát se to opakovalo, abych si vyzkoušela, jestli to budu doma zvládat. A zvládám. Na konci března jsme se domluvili, že bych mohla hospic opustit a na začátku dubna jsem přišla domů. Před tím, než mě propustili, tak mě informovali o možnosti domácího hospice. Tak za mnou teď sestřičky chodí a pečují o mě. Při návštěvě se ptají, co potřebuji, že by mi pomohly, kontrolují bolest a pomáhá mi, že si se mou povídají, když nemohu chodit ven, tak aspoň se s někým mohu vidět. Na kontrolu chodím na Žlutý kopec (Masarykův onkologický ústav) do ambulance léčby bolesti. Zatím se daří zvládat, abych neměla bolesti, když začnou, tak si vezmu léky, které mi pomohou. V současné době se cítím dobře, začínám mít pomalu chuť k jídlu, hlavně díky tomu, že mohu být doma.

Otázka: Mohla byste mi popsat, jak se vám podařilo vyrovnat se s nemocí?

Už když jsem nastupovala do nemocnice, tak jsem věděla, že není něco v pořádku, měla jsem nějaké tušení. Po tom, co mi řekli o rakovině, nemůžu říct,

že bych si zpívala, byl to pro mě na začátku šok, ale netrvalo to dlouho a překonala jsem to ani nevím, jak. Mám takovou povahu, že si věci neberu, asi to mi pomohlo. Myslím si, že mám takový jako „smysl“, že se umím dobře s věcmi vyrovnávat, ale věřící nejsem.

Tabulka 5 zhodnocení získaných informací z rozhovoru č. 5

Liminalita	Onkologické onemocnění, započata paliativní péče a vyrovnání s nevyléčitelností onemocnění
Diagnóza-přijetí a vyrovnání?	Ano, stejný pohled na svět zůstal, povaha vyrovnat se s těžkými situacemi
Léčba - proběhla kurativní léčba?	Ne, rovnou jsem byla poslána do hospice
První informace o domácím hospici?	Od personálu v lůžkovém hospici
Stigma	Odchod ze zaměstnání, závislost na péči ostatních

## 5. DISKUZE

Bakalářskou práci jsem vypracovávala o Domácím hospici Tabita v Brně. Téma jsem si zvolila na základě vlastní zkušenosti s pečováním o blízkou osobu v domácím prostředí. V té době domácí hospic zatím neposkytoval služby, protože projekt byl v přípravné fázi. Přesto nám pracovníci lůžkového hospice poskytli cenné informace, jak pečovat o člověka v terminálním stavu, v domácím prostředí. Také nám poskytli potřebné pomůcky z již fungující půjčovny pomůcek. Proto cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem se podařilo projekt realizovat, a jak funguje poskytování domácí hospicové péče v Brně.

S náplní pracovní činnosti Domácího hospice Tabita a jeho fungováním jsem měla možnost osobně se seznámit při absolvování prázdninové praxe, kde jsem začala získávat první materiály pro bakalářskou práci.

Stanovila jsem si, že budu dělat rozhovory s lidmi s onkologickým onemocněním z domácího hospice. Netušila jsem, že bude pro tyto rozhovory tak nesnadné najít respondenty. Stav pacientů se měnil den ze dne. A rozhovory, které byly domluvené více dní dopředu, pak nebylo možné uskutečnit pro zhoršení zdravotního stavu nebo úmrtí nemocného, i v den plánovaného rozhovoru. Díky této skutečnosti jsem si lépe uvědomila, že nikdo z nás neví, kdy přijde smrt. Toto moje zjištění potvrzují autoři v publikaci *Koncepce paliativní péče v ČR*. A vymezují to takto: zdravotní stav nevyлéčitelně nemocných a umírajících je proměnný. Často se vyskytují náhlá zhoršení s komplikacemi. Někdy dochází ke krizi osob poskytujících péči z rodinného kruhu. (Sláma, 2004)

Pro zjišťování současného stavu poskytování péče domácím hospicem jsem použila rozhovor s vedoucí domácího hospice, která mi vstřícně poskytla potřebné informace.

Uvádím, že v tabulce „počet klientů Domácího hospice Tabita“ je vidět zvýšení počtu klientů v roce 2009 oproti roku 2008. S tím souvisí také navýšení provedených návštěv v domácnostech, za rok 2009 oproti roku 2008, který najdeme v tabulce „počet

návštěv Domácího hospice Tabita“. Z toho lze usuzovat, že se zvyšuje zájem o tuto službu.

Chtěla bych poukázat na velmi zajímavou skutečnost, která je vidět v grafu z roku 2008 - graf „místo úmrtí pacientů Domácího hospice Tabita“. Když se začínalo s poskytováním domácí hospicové péče, zpočátku v lednu a únoru, žádný z nemocných, kterému byla poskytována domácí hospicová péče, nezemřel doma. Jakmile se začala rozšiřovat tato služba a přibývalo personálu, zvýšil se počet nemocných, kteří při poskytování domácí hospicové péče, zemřeli doma. Z grafu vyplývá přímá úměra těchto skutečností. V grafech z roku 2009 je vidět, že počet klientů, kteří zemřeli doma, přibýlo v porovnání s rokem 2008. To ukazuje, že nemocní chtějí zemřít v domácím prostředí, proto využívají této služby a plní se jim jejich přání. MUDr. Haškovcová uvádí ve své knize, že žádná rodina, která zajišťuje péči umírajícímu, by neměla zůstat na ošetřování sama a žít v nejistotě, zda poskytuje péči dobře či nikoliv. (Haškovcová, 2007) Výsledky nárůstu místa úmrtí doma ukazují, že domácí hospic splňuje svoji funkci, podporuje pečující rodiny, které mají pak dostatek odvahy, aby pečovali o nemocného a on zemřel uprostřed své rodiny.

Ráda bych také poukázala na fakt, který je možné vidět v grafech z roku 2008, 2009, ve kterých je uváděn věk klientů Domácího hospice Tabita, že péče se poskytuje různým věkovým skupinám, nikoliv pouze skupině seniorů, jak jsem se často setkala s tímto názorem panujícím ve společnosti. Samozřejmě, že senioři také patří mezi klienty, ale umírají i lidé v mladém věku. Proto je paliativní péče poskytována všem bez ohledu na věk. V souvislosti s tímto mýtem se píše na webových stránkách Cesty domů, kde je tato mylná informace uváděna na pravou míru. Uvádějí pravdu, že většina lidí umírá ve vyšším věku, ale také umírají i mladí lidé, i děti, kteří potřebují, aby jim byla poskytována paliativní péče, která zajišťuje plně žitý život a zachování důstojnosti až do smrti. ([www.umirani.cz](http://www.umirani.cz))

Při rozhovoru s vedoucí domácího hospice vyplynulo, že poskytování telefonické pohotovosti, která je 24 hodin denně, po 7 dní v týdnu, je pro pečující nesmírnou pomocí, v případě akutní potřeby i psychickou, že se mají kam obrátit.

Pohotovost na telefonu zajišťují sestry a podle potřeby přepojují hovor lékaři. Což se shoduje s literaturou, že v domácím hospici je možnost kdykoliv konzultovat po telefonu aktuální stav nemocného s odborným lékařem, který bude obeznámen se stavem nemocného a popřípadě může provést návštěvu v domácnosti. (Sláma, 2004) Z vlastní zkušenosti mohu tuto skutečnost potvrdit, jak velká pomoc je možnost prokonzultovat změnu stavu nemocného se sestřičkou nebo lékařem.

Důležitou složkou domácí hospicové péče je půjčování pomůcek, díky kterým je možné péči doma zajišťovat. Není možné z finančních důvodů všechny pomůcky kupovat, proto je dobré mít možnost si je zapůjčit, třeba ze dne na den. Poskytované pomůcky zajistí, aby nedocházelo ke snížení kvality života, a slouží pro lepší pohodlí klienta.

Personální obsazení domácího hospice v Brně se podle mého zjištění shoduje s odbornou literaturou. Ne všichni členové týmu jsou zaměstnanci domácího hospice, např. psychologa nebo kněze. Je možné zajistit jejich návštěvu v domácnosti. Haškovcová uvádí, že v hospici by měl tým obsahovat tyto profese: lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, dobrovolníci, psycholog, kněz, pastorační asistent a dobrovolníci. (Haškovcová, 2007)

Respondenty pro rozhovory jsem vybírala po konzultaci s pracovníky Domácího hospice Tabita, klienti byli o rozhovoru informováni předem a souhlasili s jeho realizací.

Vyhodnocováním rozhovorů jsem dospěla ke zjištění, že stigma je pro respondenty odkázání na péči blízké osoby. Domnívám se, že není pro respondenty snadné, být odkázáni na péči rodinných příslušníků. A shodují se s názorem lékařky Svatošové, že je těžší nechat druhé, aby o člověka pečovali, než sloužit druhým. (Munzarová, 2008)

Liminalitou se u respondentů jeví ve čtyřech rozhovorech, započeti s paliativní péčí a vyrovnání se klientů se zjištěním nevléčitelnosti onemocnění. Klienti, se kterými jsem rozhovory vedla, uvádějí, že se jim podařilo se smrtí vyrovnat. Jeden

klient v době rozhovoru nebyl informován o nevyléčitelnosti onemocnění. Je otázkou, jak dále pracovat s tímto klientem a jeho rodinou, ohledně oznámení o ukončení kurativní léčby a prognózy. Klienti se vyrovnávali se smrtí individuálně, každý si našel cestu, jak dojít k vyrovnání se smrtí. V knize Dobré umírání autor píše o prožívání této situace klienta. Uvádí, že nemocní při vyrovnávání obecně potýkají s nepříjemnými pocity a nemohoucností a s vědomím nevyhnutelného odchodu. V souvislosti s tím mohou trpět bolestí emocionální a psychickou, které souvisí se ztrátou všeho, čím byli, i čeho ještě chtěli v životě dosáhnout. Vnitřní truchlení bývá intenzivnější a vyžaduje velice citlivé zacházení. (Byrck, 2005)

Vedoucí domácího hospice uvádí, že se podařilo navázat kvalitní spolupráci s pracovníky Masarykova onkologického ústavu, což potvrzují i klienti. Tři z pěti uvádějí, že první informace o domácím hospici dostali od zdejších pracovníků. Považují za důležité, že personál poskytuje tyto informace, a tak poskytovaná péče plynule na sebe navazuje.

V rozhovoru č. 5 jsem při hovoru získala informace, které bych ráda vyzdvihla, protože vyvracejí mýty, které ve společnosti panují o hospicích. Lidé často nazývají hospice domem smrti, kam se chodí pouze umírat. Toto označení znehodnocuje ušlechtilé cíle i praktický vstřícný přístup k umírajícím lidem. (Haškovcová, 2007) Mýtus vyvrací respondentka, která při rozhovoru uvedla: „hospic mně postavil na nohy“. Do zařízení byla přijata bez kurativní léčby a rovnou se přikročilo k paliativní péči. Díky kvalitní péči v hospici se její stav natolik zlepšil, a protože funguje domácí hospicová péče, směla jít domů, kde může zůstat. Je jí poskytována kvalitní a odborná péče v domácím prostředí, kde se cítí lépe. I když je vděčná za péči, kterou jí poskytovali v hospici.

Nakonec bych ráda upozornila na pečující z řad rodinných příslušníků, bez kterých by domácí hospicovou péči nebylo možné poskytovat. Díky jejich lásce, obětavosti a bezesporu odvaze, za pomoci domácího hospice, mohou nemocní zemřít doma. Podle mého názoru nemají vůbec snadnou pozici. A obdivuji je za jejich činnost. Přikláním se k názoru MUDr. Svatošové, která píše, že blízcí pacientů to také nemají

vůbec snadné. Očekává se od nich vzorná péče, musejí se naučit nové činnosti a v neposlední řadě mají doprovázet umírajícího, přestože oni sami potřebují být doprovázeni. Proto jsou i oni „klienty“ domácí hospicové péče, nejen jejich blízcí, kteří se nacházejí v terminálním stadiu nemoci. Pracovníci usilují o minimalizaci jejich utrpení a snaží se ukázat, kudy by mohla vést cesta dál. (Svatošová, 1998) Výše zmíněný text tedy vyvrací mýtus o tom, že péče domácího hospice je poskytována pouze nemocnému členu rodiny. Služba je komplexní a směřována všem členům rodiny, kteří to potřebují. Péče podle potřeby je poskytována i po smrti klienta a pracovníci pomáhají hledat nové jistoty a naděje. ([www.umirani.cz](http://www.umirani.cz))

## 6. ZÁVĚR

Za hlavní cíl práce jsem si zvolila zmapovat situaci poskytování domácí hospicové péče v Brně. Domnívám se, že se mi podařilo cíl naplnit. Podle zjištěných informací je na území města Brna pouze jeden registrovaný poskytovatel domácí hospicové péče. Zřizovatelem Domácího hospice Tabita je občanské sdružení Gabriela o. s. Ve výsledcích jsem popsala fungování domácího hospice na území města Brna. Je zřejmé, že zájemců o domácí hospic přibývá, o čemž svědčí nárůst klientů a návštěv za rok za 2009. Díky zájmu klientů o tuto službu, se rozšířila skupina zaměstnanců, aby bylo možné poskytovat péči, co nejvíce klientům.

Dílčím cílem práce je obeznámit se s postoji klientů k životu po zjištění onkologického onemocnění a jeho nevléčitelnosti. Rozhovory s klienty Domácího hospice Tabita došlo k naplnění cíle. Z výsledků vyplývá, že se podařilo klientům vyrovnat s informací o nevléčitelnosti onemocnění. Každý klient měl vlastní způsob vyrovnávání. Všichni jednotně uváděli, že důležitou roli hrála skutečnost, že mohou díky domácímu hospici zůstat doma s rodinou.

Za velmi důležitou službu, kterou domácí hospic nabízí, považuji „telefonickou pohotovost“. Umožňuje, aby se klienti v případě akutní potřeby, měli na koho obrátit. Také je výhodou, že součástí týmu je lékař, který může poskytnout radu po telefonu nebo provést návštěvu v domácnosti. Klienti mají možnost zapůjčit si v hospicové půjčovně pomůcky, které umožňují, aby mohli zůstat v domácím prostředí. Bez nich by nebylo možné poskytovat doma péči, anebo byla snížena kvalita života. Např. oxigentor, polohovací lůžko, injektomat, antidekubitární podložku aj.

Za přednost domácího hospice považuji multidisciplinárnost pracovního týmu, který zajišťuje péči. Klientům domácího hospice poskytuje kvalitní péči zaměřenou nejen na fyzickou stránku osobnosti, ale i na psychickou, sociální i spirituální oblast. Služby jsou poskytovány lidem s onemocněním v terminálním stadiu, ale i jejich pečujícími členům rodiny, kteří zasluhují pomoc a podporu.



V současné době není domácí hospicová péče příliš rozšířena. Svědčí o tom fakt, že v druhém největším městě v republice v Brně, služba funguje pouze dva roky. Služba je většinou poskytována ve velkých městech a jejich okolí. Pro vytváření nových domácích hospiců nejsou vhodné podmínky. Doposud chybí v legislativě řádné ukotvení a definování domácí hospicové péče. Bylo by zapotřebí zvýšit informovanost u lékařů, kteří tuto službu neznají.

Bakalářská práce by měla sloužit pro všechny odborníky i laickou veřejnost, kteří se chtějí více dozvědět o službě domácího hospice a měla by posloužit k propagaci služby, protože dosud o ní nejsou dostatečně rozšířené informace.

## 7. SEZANAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BRABEC, Ladislav. *Křesťanská thanatologie*. 1. vydání. Praha: Gemma89, 1991. 118 s. ISBN 80-85206-06-4.
2. BYOCK, Ira. *Dobré umírání*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2005. 328 s. ISBN 80-7021-797-9.
3. CESTA DOMŮ. *Cesta domu.cz* [online]. 20. 5. 2008 [cit. 2010-03-20]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/>.
4. CESTA DOMŮ, *Umirani.cz* [online]. 2010, [cit. 2010-04-30]. Umirani.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/myty-o-umirani.html>>.
5. Česká republika. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. In *Zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*. 2010, s. § 22. Dostupný také z WWW: <[http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon\\_48\\_1997\\_sb.html#Par22](http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/legislativa/zakon_48_1997_sb.html#Par22)>.
6. Česká republika. Zákon o sociálních službách. In *Zákon o sociálních službách*. 2006, § 37. Dostupný také z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>.
7. FIRTHOVÁ, Pam, LUFFPVÁ, Gill, OLIVIERE David, et. al. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 236 s. ISBN 978-80-87029-21-3.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie nauka o umírání a smrti*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. HENDEL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
10. *Hospic sv. Alžběty výroční zpráva za rok 2008 občanské sdružení Gabriela o. s.*. 1. vydání. Brno: Arch-polygrafické práce, spol. s.r.o., 2008. 16 s.

11. Hospic sv. Alžběty výroční zpráva za rok 2007 občanské sdružení Gabriela o. s.. 1. vydání. Brno: Arch-polygrafické práce, spol. s.r.o., 2007. 16 s.
12. HUNEŠ, Robert. *Hospic- sociální fenomén moderní společnosti* [online]. Bratislava, 2008. 97 s. Rigorózní práce. Vysoká škola zdravotnictva a sociálnej práce sv. Alžběty. Dostupné z WWW: <[http://hospice.cz/hospice1/data/Hunes-HOSPIC-SOCIALNI\\_FENOMEN\\_MODERNI\\_SPOLECNOSTI.pdf](http://hospice.cz/hospice1/data/Hunes-HOSPIC-SOCIALNI_FENOMEN_MODERNI_SPOLECNOSTI.pdf)>.
13. JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
14. KELNAROVÁ, Jarmila. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 1. vydání. Brno: Littera, 2007. 112 s. ISBN 978-80-85763-36-2.
15. KIZAK, Juraj. *Www.hospice.sk* [online]. 2002 [cit. 2010-04-10]. Hospice.sk. Dostupné z WWW: <<http://www.hospice.sk/hospice1/seznamy.php?sez=2>>.
16. KÜBLER- ROSSOVÁ, Elisabeth. *Hovory s umírajícími*. 1. vydání. Hradec Králové: Signum utitatis, 1992. 135 s. ISBN 80-85439-04-2.
17. MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající hospicová péče*. 1. vydání. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 96 s. 1998 ISBN 80-239-1915-6.
- (rok vydání a ISBN v knize neuvedeno)
18. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
19. MUNZAROVÁ, Marta, et al. *Proč ne eutanazii: aneb Být, či nebýt?*. 1. vydání. Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-258-9.
20. *O organizaci paliativní péče: Doporučení Rec (2003) 24 výborů ministrů Rady Evropy členským státům*. 1. vydání. Praha: Cesta domů, 2004. 46 s. ISBN 80-239-4332-4.

21. PAYNEOVÁ, Sheila; SEYMOUROVÁ, Jane; INGLETONOVÁ, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
22. REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
23. SLÁMA, Ondřej; DRBAL, Josef; PLÁTOVÁ Ludmila. *Umřít doma*. 1. Vydání. Brno: Moravskoslezský kruh, o.s.,2008. 79 s. ISBN 978-80-254-2788-0.
24. SLÁMA, Ondřej; ŠPINKA, Štěpán. *Koncepce paliativní péče v ČR: Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vydání. Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2004. 43 s. ISBN 80-239-4330-8.
25. STUDENT, Johann-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství H & H Vyšehradská, s.r.o., 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
26. SVATOŠOVÁ, Marie. *Umění doprovázet*. 6. Vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 149 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
27. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vydání. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
28. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vydání. Praha: Ecce homo, 1998. 148 s. ISBN 80-902049-1-0.
29. ŠPINKOVÁ, Martina; ŠPINKA, Štěpán. *Umirani.cz: <http://www.umirani.cz/texty-a-clanky.html>* [online]. 26. 2. 2009 [cit. 2010-03-30]. Umirani.cz. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/res/data/010/001129.pdf>>.
30. THEOVÁ, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-80-87029-42-4.

31. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vydání. Brno: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-356-6.
32. VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.
33. *Www.hospicbrno.cz* [online]. [cit. 2010-04-07]. Hospic sv. Alžběty v Brně. Dostupné z WWW: <[http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48&Itemid=55](http://www.hospicbrno.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=55)>.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Hospic

Lůžkový hospic

Domácí hospic

Paliativní péče

## **9. PŘÍLOHY**

Seznam příloh:

Příloha č. 1. Ceník pro zapůjčení kompenzačních pomůcek

Příloha č. 2. Provozní doba hospicové poradny

Příloha č. 3. Dokumentace Domácího hospice Tabita

Příloha č. 4. Smlouva Domácího hospice Tabita o poskytování domácí péče

Příloha č. 1. Ceník pro zapůjčení kompenzačních pomůcek (informace jsou dostupné z: <http://www.hospicbrno.cz>)

Seznam pomůcek k zapůjčení

<b>Pomůcka</b>	<b>Vratná záloha (Kč)</b>	<b>Měsíční poplatek (Kč)</b>
Francouzské hole	100	50
Chodítka duralové	200	100
Chodítka kloubová	200	100
Chodítka pojízdná	200	100
Jídelní stůl do lůžka	200	100
Mechanický vozík	200	100
Polohovací lůžko s matrací a hrazdičkou	1000	500
Sedačka do vany	200	100
Stoleček do lůžka	200	100
Toaletní křeslo pevné	200	100
Toaletní křeslo pojízdné	200	100
WC nástavec	200	100
Oxygenátor	2000	1000
Infuzní dávkovač (injektomat)	1500	750
Antidekubitní matrace	1000	500
Antidekubitní matrace DUOCARE pro těžké proleženiny	2000	1000
Odsávačka	500	250



Poplatky za kratší dobu výpůjčky

<b>Pomůcka</b>	<b>Doba výpůjčky</b>	<b>Poplatek (Kč)</b>
Chodítka a vozíky	do 14 dnů	50
Lůžka	do 14 dnů	250
Oxygenátor	do 14 dnů	500
Infuzní dávkovač (injektomat)	do 14 dnů	375
Antidekubitní matrace	do 14 dnů	250
Antidekubitní matrace Duocare	do 14 dnů	500
Odsávačka	do 14 dnů	125

Příloha č. 2 Provozní doba hospicové poradny (informace jsou dostupné z: <http://www.hospicbrno.cz>)

Provozní doba hospicové poradny

Pondělí	-----	14:00 – 16:00
Úterý	8:00 – 11:00	16:00 – 17:30
Středa	-----	-----
Čtvrtek	-----	14:00 – 16:00
Pátek	-----	14:00 – 16:00

Příloha č. 3 Dokumentace Domácího hospice Tabita

**Domácí hospic Tabita –  
Domácí specializovaná paliativní péče**

**HOSPIC**  
*sv. Alžběty*  
Domácí hospic Tabita

1. Počátek péče:	1. Ukončení péče:
2. Počátek péče:	2. Ukončení péče:
3. Počátek péče:	3. Ukončení péče:
<b>Pacient domácího hospice</b>	
<b>Rodinný příslušník/kontaktní osoba</b>	
Příjmení:	1. Jméno:
Jméno:	Vztah:
Rodné číslo:      Věk:	Adresa:
Adresa:	Telefon:
Telefon:	2. Jméno:
Rodinný stav:	Vztah:
Zdravotní pojišťovna:	Adresa:
Povolání:	Telefon:
Alergie:	3. Jméno:
Lékařská diagnóza:	Vztah:
	Adresa:
	Telefon:
Jiná onemocnění/postižení/důležité informace:	
Kontakt na rodinu - email:	

Praktický lékař	Ošetřující lékař
Jméno:	Jméno:
Adresa:	Adresa:
Telefon ordinace:	Telefon ordinace:
Ordinační doba:	Ordinační doba:
Email:	Email:

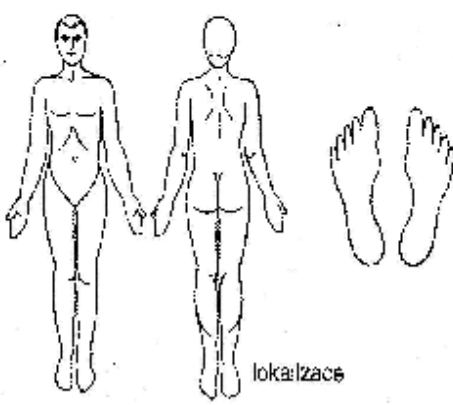
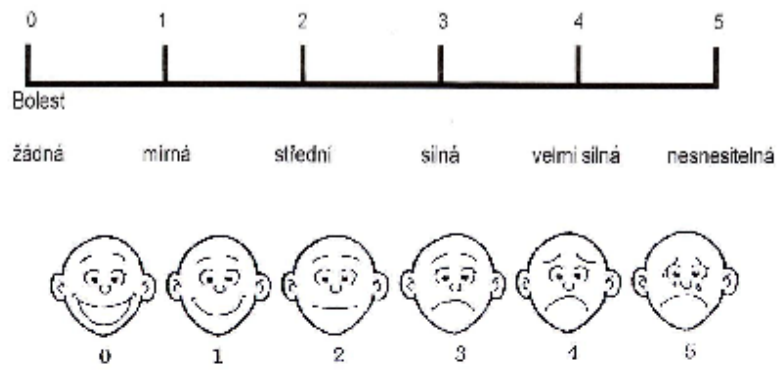
**Domáci hospic Tabita –  
Záznam sledování bolesti**

**HOSPIC**  
sv. Alžběty  
Domáci hospic Tabita

Příjmení a jméno:

Datum narození:

List č.:

1. Lokalizace bolesti	2. Popis bolesti
	1 pulzující
	2 bušící
	3 vystřelující
	4 bodavá
	5 pichlavá
	6 ostrá
	7 tupá
	8 tlaková
	9 kolikovitá
	10 ve vlnách
	11 mravenčení
	12 brnění
	13 pálivá
	14 svědivá
	15 křečovitá
	16 jiná
3. Intenzita bolesti	
 <p>Bolest</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>žádná mírná střední silná velmi silná nesnesitelná</p>	
4. Co bolest vyprovokuje?	
5. Co bolest zhoršuje?	
6. Co bolest mírní?	
7. Bolest působí: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> omezuje celkový stav</li> <li><input type="checkbox"/> ovlivňuje chuť k jídlu</li> <li><input type="checkbox"/> poruchy soustředění</li> <li><input type="checkbox"/> snižuje kvalitu života</li> <li><input type="checkbox"/> nevolnost, zvracení</li> <li><input type="checkbox"/> poruchy spánku</li> <li><input type="checkbox"/> únavnost</li> </ul>	

**Domáci hospic Tabita –  
Ošetrovatelská anamnéza  
v NANDA doménách**

**HOSPIC**  
sv. Alžběty  
Domáci hospic Tabita

Příjmení a jméno:

Datum narození:

<b>1. PODPORA ZDRAVÍ</b>	
<b>2. VÝŽIVA</b>	
<input type="checkbox"/> přiměřená <input type="checkbox"/> hubnutí <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> obezita	
Porucha příjmu potravy: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....	
Dieta: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> č.    Hydratace: <input type="checkbox"/> dostatečná <input type="checkbox"/> nedostatečná.....	
Otoky: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – lokalizace.....	
<b>3. VYLUCOVÁNÍ A VÝMĚNA</b>	
Močení: <input type="checkbox"/> bez problému <input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> retence <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> stomie.....	
Stolice: <input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná <input type="checkbox"/> zácpa <input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> stomie.....	
Nadměrná plynatost: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
<b>4. AKTIVITA – ODPOCINEK</b>	
Spánek: <input type="checkbox"/> klidný <input type="checkbox"/> obtížné usínání <input type="checkbox"/> časté buzení <input type="checkbox"/> léky na spání	
Soběstačnost: <input type="checkbox"/> soběstačný <input type="checkbox"/> částečně soběstačný <input type="checkbox"/> nesoběstačný - <input type="checkbox"/> při hygieně <input type="checkbox"/> oblékání <input type="checkbox"/> jídle <input type="checkbox"/> vyprazdňování	
Aktivita: <input type="checkbox"/> chodí sám <input type="checkbox"/> za pomoci druhých <input type="checkbox"/> berle/hůl <input type="checkbox"/> sedí <input type="checkbox"/> upoután na lůžko	
Dýchání: <input type="checkbox"/> čisté <input type="checkbox"/> narušené <input type="checkbox"/> dušnost <input type="checkbox"/> potřeba saturace O <sub>2</sub>	
<b>5. VNÍMÁNÍ A POZNAVÁNÍ</b>	
Vědomí: <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> zastižené vědomí	
Orientace: <input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> dezorientovaný (místem, časem, osobou)	
Porucha smyslové vnímání: <input type="checkbox"/> zrak (trýle, čočky, slepota, jiné.....) <input type="checkbox"/> sluch (naslouchadlo, hluchota, jiné.....) <input type="checkbox"/> jiné.....	
Komunikace: <input type="checkbox"/> bez omezení <input type="checkbox"/> ztížena <input type="checkbox"/> nelze navázat	
<b>6. VNÍMÁNÍ SEBE SAMA</b>	
Sebepečení: <input type="checkbox"/> pocit bezmoci <input type="checkbox"/> pocit beznaděje	
<b>7. VZTAHY</b>	
Přetížení pečujících: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> fyzické vyčerpání <input type="checkbox"/> emoční/psychické vyčerpání <input type="checkbox"/> socioekonomické vyčerpání	
Závislost rodiny na klientovi: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
<b>8. SEXUALITA</b>	
<b>9. ZVLADÁNÍ ZÁTEŽE – ODOLNOST VUČI STRESU</b>	
Reakce na zátež: <input type="checkbox"/> strach <input type="checkbox"/> úzkost <input type="checkbox"/> smutek	
<b>10. ŽIVOTNÍ PRINCIP</b>	
Duchovní nouze: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> osobní nespokojenost <input type="checkbox"/> odmítání kontaktu s druhými lidmi <input type="checkbox"/> ztráta zájmu o koníčky a záliby <input type="checkbox"/> odmítání/ztráta víry	
<b>11. BEZPEČNOST – OCHRANA</b>	
Změny na kůži: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> opruzeniny <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> dekubity <input type="checkbox"/> rány    lokalizace:.....	
Změny na sliznici: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – lokalizace.....	
Invazivní vstupy: <input type="checkbox"/> žilní..... <input type="checkbox"/> PORT <input type="checkbox"/> s.c. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PMK <input type="checkbox"/> jiné.....	
Alergie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....	
Hypertermie: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano.....	
<b>12. KOMFORT</b>	
Bolest: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	
Lokalizace bolesti:.....	
Nauzea: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
Sociální izolace: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
<b>13. RŮST/VÝVOJ</b>	

**Domáci hospic Tabita -  
Záznamy lékaře**

**HOSPIC**  
*sv. Alžběty*  
Domáci hospic Tabita

Příjmení a jméno:

List č.:

Datum narození:

Datum	Záznam	Podpis

**Domáci hospic Tabita –  
Závěrečný souhrn informací o pacientovi**

**HOSPIC**  
*sv. Alžběty*  
Domáci hospic Tabita

**Příjmení a jméno:**

**Rodné číslo:**

**Pojišťovna:**

**V období od ..... do ..... byl pacient/ka v péči domácího hospice.**

**Zdravotní stav pacienta**

**Lékařská diagnóza:**

**Ošetrovatelské diagnózy:**

**Průběh ošetrovatelské péče:**

**Závěr ošetrovatelské péče:**

**Datum:**

**Podpis sestry domácího hospice:**





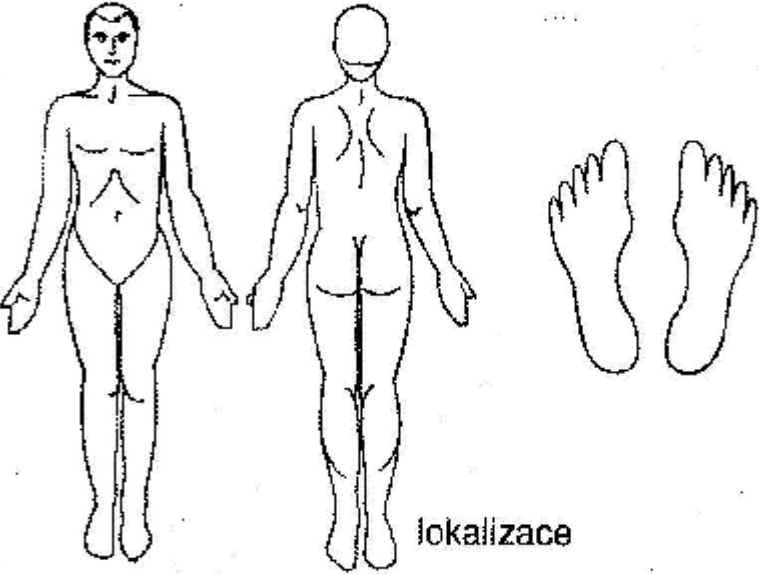
**Domáci hospic Tabita –  
Převazová karta**

**HOSPIC**  
*sv. Alžběty*  
Domáci hospic Tabita

Příjmení a jméno:

Datum narození:

List č.:

Druh rány	Lokalizace
<b>A – Dekubitus</b> Stupeň: I. zarudnutí II. tvorba puchýřů III. hluboké poškození kůže a tkáně IV. dekubitus na kost - nekróza	
<b>B – Nádor</b>	
<b>C – Pooperační rána</b>	
<b>D – Bércový vřed</b>	
<b>E – Diabetická gangréna</b>	
<b>F – Ischémie</b>	
<b>G – Pištěle, drény</b>	
<b>H – Jiné kožní defekty</b>	

Rány vyznačit na obrázku. Při výskytu více druhů ran použít písmena a stupeň dekubitů.

**Domáci hospic Tabita -  
Ošetrovatelská dokumentace**

**HOSPIC**  
*sv. Alžběty*  
Domáci hospic Tabita

Příjmení a jméno:

Datum narození:

List č. :

Datum:							
Celkový stav (Karnovsky)							
Vědomí (som., sop., kom.)							
Zmatenost							
Uzkost							
Deprese							
Nespavost							
Bolest (0-10)							
Dušnost							
TT/Sat. O <sub>2</sub>							
TK/P							
Příjem tekutin							
Příjem stravy							
Nevolnost							
Zvracení							
Zácpa							
Otoky							
PMK/výdej tekutin							
Rány/převaz							
Stomie							
PORT							
Zilní vstupy							
Drény							
PEG							
Podpis pracovníka DH:							

Verze: 4 - 09

**Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách taxonomie II k roku 2005**

Diagnostická doména	Třída	Ošetrovatelská diagnóza	Číselný kód	
<b>1. PODPORA ZDRAVÍ</b>	<b>povědomí zdraví</b>			
	<b>management zdraví</b>	neefektivní léčebný režim	00078	
		neefektivní podpora zdraví	00099	
		zhoršené udržování domácnosti	00098	
		neefektivní léčebný režim rodiny	00080	
		neefektivní léčebný režim komunity	00081	
		efektivní léčebný režim	00082	
		ochota ke zlepšení léčebného režimu	00162	
		hledání zdravého životního stylu (specifikovat)	00084	
		ochota ke zlepšení výživy	00163	
	<b>2. VYŽIVA</b>	<b>přijímání potravy</b>	neefektivní krmení kojence	00107
			porušené polykání	00103
			nadměrná výživa	00001
		nedostatečná výživa	00002	
		riziko nadměrné výživy	00003	
		<b>trávení</b>		
		<b>vstřebávání</b>		
		<b>metabolizmus</b>		
		<b>hydratace</b>	deficit tělesných tekutin	00027
			zvýšený objem tělesných tekutin	00026
			riziko deficitu tělesných tekutin	00028
			riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin	00025
			ochota ke zlepšení bilance tekutin	00160
<b>3. VYLUČOVÁNÍ A VYMĚNA</b>	<b>vyprazdňování moči</b>	porušené vyprazdňování moči	00016	
		retence moči	00023	
		úplná inkontinence moči	00021	
		funkční inkontinence moči	00020	
		stresová inkontinence moči	00017	
		reflexní inkontinence moči	00018	
		urgentní inkontinence moči	00019	
		riziko urgentní inkontinence moči	00022	
		ochota ke zlepšení vyprazdňování moči	00166	
		<b>gastrointestinální funkce</b>	inkontinence stolice	00014
			průjem	00013
			zácpa	00011
			habituální zácpa	00012
		riziko zácpy	00015	
	<b>funkce pokožky</b>			
	<b>respirační funkce</b>	porušená výměna plynů	00030	
<b>4. AKTIVITA - ODPOČINEK</b>	<b>spánek - odpočinek</b>	porušený spánek	00095	
		spánková deprivace	00096	
		ochota ke zlepšení spánku	00165	
	<b>aktivita - pohyb</b>	zhoršená pohyblivost	00085	

Příloha č. 4 Smlouva Domácího hospice Tabita o poskytování domácí péče

**Občanské sdružení Gabriela o. s.**

# **Domácí hospic Tabita**

**domácí specializovaná paliativní péče**

## **S m l o u v a**

o poskytování komplexní paliativní péče v přirozeném prostředí pacienta podle § 51 občanského zákoníku, uzavřená mezi

- 1) občanským sdružením Gabriela o. s., se sídlem v Brně, Kamenná 36, IČ 26604582, zastoupeným Mgr. Ludmilou Plátovou, vedoucí Domácího hospice Tabita, na základě plné moci ze dne 20.3.2008, jako poskytovatelem (dále jen „poskytovatel“) na straně jedné a
- 2) panem, paní

Jméno a příjmení.....

Rodné číslo.....

Trvalé bydliště .....

Zdravotní pojišťovna .....

Zákonný zástupce (ZZ) .....

Rodné číslo ZZ.....

Trvalé bydliště ZZ .....

**Jako příjemcem /dále jen „příjemce“) a panem, paní**

Jméno a příjmení .....

Trvalé bydliště .....

**Jako osobou pečující (dále jen „osoba pečující“)**

1.

Poskytovatel je zřizovatelem nestátního zdravotnického zařízení Hospic sv. Alžběty, se sídlem v Brně, Kamenná 36. Součástí služeb, které poskytuje, jsou i služby domácí specializované paliativní péče. Domácí specializovaná paliativní péče je poskytována nemocným, kteří trpí nevléčitelnou nemocí, a jejich rodinám, jejím cílem je eliminovat negativní příznaky nemoci, pomoci zvládat obtížnou situaci, kterou s sebou nemoc přináší. Cílem této péče je kvalita života nemocného, proto součástí zdravotní péče Domácího hospice Tabita jsou léčebné zákroky a postupy, které mohou kvalitu života zlepšit a udržet. Domácí specializovaná paliativní péče je komplexní péče o nemocného i jeho rodinu, která zahrnuje péči lékaře, péči všeobecné sestry, sociálního pracovníka, na vyžádání i péči psychologa a pastoračního pracovníka, a to v přirozeném prostředí nemocného. Mimo tyto služby jsou poskytovány všeobecnými sestrami také výkony hrazené zdravotní pojišťovnou, které indikuje ošetřující lékař předepsáním „Poukazu k vyšetření/ošetření DP“ a proto nejsou upravované touto smlouvou.

2.

Poskytovatel se zavazuje poskytnout příjemci domácí specializovanou paliativní péči, a to na základě doporučení ošetřujícího a praktického lékaře, se kterými následně spolupracuje. Přitom se poskytovatel zavazuje zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozví při poskytování služeb Domácího hospice Tabita a které by mohly být předmětem ochrany osobní údajů.

3.

Místo, kde se domácí specializovaná paliativní péče poskytuje: .....

.....

4.

Součástí domácí specializované péče je zejména

- pomoc osobám blízkým zvážit jejich možnosti péče o nemocného v domácím prostředí
- zaškolení pečujících osob v ošetřování nemocného
- zprostředkování specifických zdravotnických a ošetrovatelských pomůcek
- péče a dohled všeobecné sestry Domácího hospice Tabita
- péče a dohled lékaře Domácího hospice Tabita
- péče psychologa a pastoračního pracovníka na výslovnou žádost příjemce
- služba zahrnuje pohotovostní službu všeobecné sestry v době od 8–22 hodin každý všední den a návštěvy všeobecné sestry dle aktuálních potřeb příjemce. Po vzájemné dohodě poskytovatele a příjemce, a záznamech této dohody do zdravotnické dokumentace, je pohotovostní služba 24 hodin denně 7 dní v týdnu.

5.

Služby Domácího hospice Tabita jsou poskytovány za úplatu dle platného ceníku služeb, který je uveden v příloze této smlouvy. Příspěvek na péči domácího hospice je splatný vždy nejpozději do 1. dne kalendářního měsíce následujícího po poskytnutí služby.

6.

Pronájem zdravotnických pomůcek se děje na základě zvláštní smlouvy a v rozsahu, který umožňuje provozní kapacita poskytovatele, a to za úplatu.

7.

Není-li touto smlouvou ujednáno jinak, řídí se vzájemný právní vztah mezi poskytovatelem a příjemcem příslušnými ustanoveními občanského zákoníku o závazcích, zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Má-li příjemce výhrady proti kvalitě a způsobu poskytování služby domácího hospice, může se obrátit se stížností na vedoucího Domácího hospice Tabita nebo na občanské sdružení Gabriela o. s. O jeho stížnosti musí být rozhodnuto bez zbytečného odkladu, nejpozději do sedmi dnů od podání stížnosti. Byla-li stížnost oprávněná, zavazuje se poskytovatel sjednat nápravu bez zbytečného odkladu.

8.

Tuto smlouvu lze změnit nebo zrušit pouze jinou písemnou dohodou obou smluvních stran. Poskytovatel i příjemce jsou oprávněni vypovědět tuto smlouvu z dále uvedených důvodů. Výpovědní lhůta činí tři kalendářní dny a začíná běžet dnem následujícím po doručení písemné výpovědi druhé straně. Příjemce je oprávněn vypovědět tuto smlouvu i bez udání důvodů. Poskytovatel je oprávněn tuto smlouvu vypovědět, pokud příjemce poruší závažným způsobem tuto smlouvu nebo obecně závazné právní předpisy. Dále je poskytovatel oprávněn vypovědět tuto smlouvu v případě, že osoba pečující není schopna nadále pečovat o nemocného, a to jak z důvodu na své straně, tak z důvodu zhoršení zdravotního stavu nemocného. V tomto případě nabídne poskytovatel umístění nemocného ve svém lůžkovém zařízení Hospice sv. Alžběty v Brně nebo je aktivně nápomocen při umístění nemocného v jiném vhodném zdravotnickém zařízení. Hospitalizací je péče ukončena. Osoba pečující je povinna oznámit pracovníkům Domácího hospice Tabita případný nástup příjemce služby do nemocničního zařízení.

9.

Tato smlouva se uzavírá na dobu potřebnou k poskytování domácí specializované paliativní péče, tedy na dobu neurčitou.

10.

Příjemce a osoba pečující souhlasí s tím, aby poskytovatel péče podle shora uvedené smlouvy využíval jejich osobní údaje pro svou vnitřní potřebu v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochranně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

11.

Příjemce souhlasí s tím, aby o jeho zdravotním stavu byl informován, a to v plném rozsahu včetně prognózy .....

.....

12.

Tato smlouva nabývá účinnosti dnem jejího uzavření.

13.

Dáno v Brně dne ..... ve dvou originálních písemných vyhotoveních, z nichž jedno obdrží poskytovatel a jedno příjemce. Nedílnou součástí této smlouvy je Ceník služeb Domácího hospice Tabita.

.....

poskytovatel

.....

příjemce

.....

osoba pečující



Příloha Smlouvy o poskytování komplexní paliativní péče v přirozeném prostředí pacienta

### **Ceník č. 1. služeb Domácího hospice Tabita**

Komplexní služby Domácího hospice Tabita jsou poskytovány na základě smlouvy o poskytování komplexní paliativní péče v přirozeném prostředí pacienta uzavřené mezi občanským sdružením Gabriela o. s., příjemcem a osobou pečující.

**Komplexní péče je zpoplatněna poplatkem 500,- Kč za každý započatý měsíc péče u pacientů, kde nejsou současně poskytovány výkony všeobecné sestry hrazené z veřejného zdravotnického pojištění. U pacientů kde jsou poskytovány taktéž výkony všeobecné sestry hrazené z veřejného zdravotnického pojištění je poplatek 300,- Kč za každý započatý měsíc péče. V případě, že se v domácnosti pacienta uskutečnily pouze 3 a méně návštěv, může být poplatek snížen, na žádost nemocného či pečujícího na polovinu.**

**Za každou návštěvu lékaře v domácnosti se účtuje poplatek 200,- Kč. Příspěvek na péči domácího hospice je splatný vždy nejpozději do 1. kalendářního měsíce po poskytnutí služby.**

Mimo tyto hrazené služby jsou poskytovány všeobecnými sestrami také výkony hrazené zdravotní pojišťovnou, které indikuje ošetřující lékař předepsáním „Poukazu k vyšetření/ošetření DP“, tyto výkony nejsou zpoplatněny.

Tento ceník je v platnosti od 9.11.2009.

9.11.2009, Brno

JUDr. Jitka Smejkalová  
předsedkyně Rady Gabriela o.s.

MUDr. Regina Slámová  
členka Rady Gabriela o.s.

