



Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Proces zřizování mobilního hospice.

Role sociálního pracovníka v mobilním hospici.

Bakalářská práce

Studijní program

Sociální práce

Autor: Ing. Jana Adamczyk Vicherová Dis.

Vedoucí práce: Pavlína Jurníčková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.

V Olomouci 10. 4. 2024

Ing. Jana Adamczyk Vicherová Dis.

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat vedoucí práce, paní Mgr. Pavlíně Jurníčkové Ph.D. za její obětavé a vstřícné vedení v průběhu psaní práce. Jsem vděčná za připomínky, trpělivost a zpětnou vazbu, kterou mi vždy ochotně poskytla. Poděkování také patří mé mamince a bratrovi, mému manželovi Romanovi Adamczykovi, kteří mě v této oblasti významně inspirovali a v neposlední řadě paní Andrei Radomské za její zásadní povzbuzení ke studiu a realizaci mých cílů.

Obsah

Úvod.....	6
1 Rešerše výzkumů a zdrojů k danému tématu	8
2 Umírání a smrt.....	10
2.1 Vnímání smrti ze strany společnosti.....	10
2.2 Důstojné umírání a přání zemřít doma	12
3 Sociální práce s umírajícími a jejich rodinami	16
3.1 Role sociálního pracovníka	17
3.2 Přístupy relevantní pro práci s umírajícími a jejich rodinami	21
3.2.1 Terapeutické paradigma	22
3.2.2 Poradenské paradigma.....	23
3.3 Etická dilemata	26
4 Mobilní hospicová péče.....	29
4.1 Současnost mobilní hospicové péče v České republice a její dostupnost	31
4.2 Problematika legislativy a financování mobilní hospicové péče	38
4.3 Mobilní hospicová péče a sociální politika	42
5 Analýza potřebnosti zřizování mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji.....	46
5.1 Popis metod získání dat.....	46
5.2 Příčiny vzniku problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost.....	47
5.3 Dostupnost služeb hospicové péče v kraji	50
5.4 SWOT analýzy problematiky mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji.....	52
5.5 Příklady řešení dané problematiky v Rakousku	56
5.6 Specifikace stakeholderů a forma jejich zapojení	58
5.7 Závěry analýzy potřebnosti	60
6 Cíle projektu	61
6.1 Území a spádové území zamýšleného projektu.....	62
6.2 Klíčové aktivity mobilního hospice, popis kroků a činností k jeho založení.	63
6.2 Popis přidané hodnoty	70
6.3 Management rizik.....	71
6.4 Harmonogram – Ganttův diagram.....	74
6.5 Rozpočet.....	74
Závěr.....	76
Seznam literatury.....	78
Seznam obrázků, tabulek, grafů a příloh.....	85
Anotace.....	86
Annotation.....	86
Přílohy	88

„Lidská bytost je součástí celku, jemuž říkáme vesmír, součástí omezenou v čase a prostoru. Člověk prožívá sám sebe, své myšlenky a pocity, jako cosi, co je odděleno od všeho ostatního – je to však druh optického klamu, jímž jej šálí jeho vědomí. Tento klam funguje svým způsobem jako vězení, jež nás uzavírá do světa, vymezeného jen naším vlastním rozhodováním a láskyplným vztahem k několika nejbližším lidem. Naším úkolem musí být osvobodit se z toho vězení – tím, že rozšíříme záběr svého soucitu, aby pojal všechny živé tvory a veškerou přírodu v celé její kráse.“

Albert Einstein

Úvod

„To nejtěžší je správně zemřít. Je to zkouška, již nikdo neunikne. Modli se i ty o sílu pro tuto zkoušku.“

Dag Hammarskjöld, generální tajemník OSN

Hospic je v povědomí veřejnosti vnímán jako poslední místo či služba, kam se chodí umírat. Jsou lidé, kteří před myšlenkou smrti utíkají, nechťejí na ni myslet a připustit si ji. Smrt však nemůžeme spojovat jen s vysokým věkem a domnívat se, že se netýká dětí a dospělých v produktivním věku. Mobilní hospicová péče je hojně diskutovaným tématem posledních let, a to z několika poměrně prostých důvodů – umírající osoby (za podpory odborníků, věnujících se tématu paliativní a hospicové péče) stále hlasitěji volají po vyslyšení svého přání zemřít ve svém přirozeném prostředí, které znají a kde mají své věci na dosah, obklopeni svými nejbližšími. Zároveň se české prostředí stále intenzivněji inspiruje zahraničními zkušenostmi (viz. kap. 5.5), kde je model mobilní hospicové péče na velmi dobré a dostupné úrovni. V neposlední řadě je pak nezbytné vzít do úvahy demografické hledisko stárnutí. Ve společnosti je často diskutováno téma stárnutí populace a očekávaný nárůst počtu seniorů, chronicky nemocných a umírajících. Proto je třeba se zamyslet nad významem rozšiřování sítě mobilní hospicové péče. Je třeba zhodnotit, jak bude v další dekádě česká společnost respektovat práva pro rozhodování, důstojnost a posvátnou hodnotu života svých nemocných tak, aby mohla plnohodnotně a efektivně o tyto pečovat v jejich přirozeném prostředí, je-li to jejich přání a v jejich zájmu.

Rozhodnutí pro výběr tématu bakalářské práce je založeno na mé osobní zkušenosti, kdy v mobilním hospici pro mého umírajícího otce nebylo místo a byla mu poskytnuta pouze péče na poslední 3 dny života v pobytovém hospici. Byl to také impuls ke studiu oboru sociální práce a následné myšlence o realizaci projektu zřízení mobilního hospice Moravskoslezském kraji. Myšlenka pro zřízení mobilního hospice, jehož filosofií je péče o člověka, je mi z osobních důvodů výše popsaných blízká, a proto se stala důvodem, proč jsem volila pro zpracování toto téma.

Cílem předkládané práce je projekt, ve kterém shrnu teoretické a praktické poznatky o problematice smrti a umírání v kontextu přání umírajících osob zemřít v jejich přirozeném prostředí, propojím tyto poznatky s potřebou a dostupností mobilní hospicové péče v České republice, a rovněž provedu analýzu potřebnosti, zaměřenou na zmapování situace v oblasti

mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji, s cílem shromáždit argumenty pro potřebnost zřízení mobilního hospice v oblasti, kde je tato služba nejméně dosažitelná.

Kvalifikační práce je rozdělena do šesti kapitol. První kapitolu tvoří rešerše výzkumů a zdrojů k danému tématu, s cílem představit metodiku vyhledávání zdrojů, jakož i zdroje, nápomocné pro řádné teoretické uchopení tématu a jeho propojení se sociální politikou a sociální prací, jejími teoriemi a metodami.

Druhá kapitola poukazuje na fenomén tabuizované smrti, na celospolečenský náhled na finální fázi života a na propojení důstojného umírání a přání umírajících zemřít ve svém sociálním prostředí.

Třetí kapitola práce se plně soustředí na sociální práci s umírajícími a jejich rodinami. Na tuto pohlíží optikou dvou Paynových paradigmat (terapeutického a poradenského), a rovněž ilustruje typická etická dilemata a problémy, jež s sebou přináší práce s umírajícími a jejich příbuznými.

Návazná kapitola s názvem Mobilní hospicová péče představuje ucelený soubor informací o současnosti mobilní hospicové péče v ČR, její vztah k sociální politice, jakož i legislativní a ekonomická úskalí pro zavádění a fungování služby v rámci české hospicové péče. Analýza potřebnosti zřizování mobilní hospicové péče se v rámci páté kapitoly soustředí na oblast Moravskoslezského kraje, resp. na území města Krnova. Za pomoci SWOT analýzy poukazuje na potenciál služby v daném kraji, stejně jako na úskalí a hrozby, které mohou zřízení mobilní hospicové péče ve vybraném městě kraje provázet. Své nezastupitelné místo má v analýze rovněž zhodnocení příčin vzniku problému, dostupnost dané služby na území kraje a inspirace rakouské hospicové péče.

Poslední kapitola se věnuje samotnému cíli projektu zřízení mobilního hospice ve městě Krnov, klíčovým aktivitám, managementu rizik, harmonogramu a v neposlední řadě rozpočtu pro provoz této služby. Kapitola také popisuje přidanou hodnotu zavedení mobilního hospicového týmu v oblasti, kde pokrytí schází či je nedostatečné.

Závěr práce pak shrnuje základní poznatky, ke kterým autorka práce během její kompilace dospěla.

Při zpracování této práce vycházela autorka z české legislativy, v platném a účinném znění ke dni 1. 10. 2023.

1 Rešerše výzkumů a zdrojů k danému tématu

Teoretické poznatky o předkládané problematice využívají primárně teoretické postupy indukce, spojené s kvalitativní metodou analýzy textu. Odborné texty, publikace a poznatky byly vyhledávány na základě:

- **kombinace klíčových slov v českém a anglickém jazyce:** smrt, umírání, hospic, rodina, paliativní péče, důstojnost, analýza potřeby/death, dying, hospice, family, palliative care, dignity, analysis of need,
- **kombinace souznačných slov v českém a anglickém jazyce:** skon, odcházení, thanatologie, způsob péče o umírající, příbuzenstvo, na kvalitu života orientovaná péče, váženost/ending, passing, thanatology, care of the dying, kinship, quality of life-oriented care, respectability,
- **nadřazených výrazů v českém a anglickém jazyce:** etapa života, péče v poslední fázi života, morální pravidla, získání dat se zaměřením dle specifikace/stage of life, end-of-life care, moral rules, obtaining data with focus according to specification,
- **podřazených výrazů v českém a anglickém jazyce:** doprovázení, advokacie, networking, case management, přístup zaměřený na člověka, komunitní plánování/accompaniment, advocacy, networking, case management, person-centred approach, community planning.

Formální požadavky zohlednily časové a jazykové hledisko (literatura mladší roku 2013, český, anglický a německý jazyk), a typologii zdrojů (odborné publikace, studie, vědecké články, sborníkové příspěvky). Za vyřazovací kritéria byla označena výlučně psychologicko – sociologicko – filosofická literatura, literatura tématicky nevhodná do struktury práce, dále též statistické analýzy a jejich výstupy starší roku 2013, literatura starší roku 2013 (s výjimkou informací, jež jsou platné i v roce 2023 v rámci obecné roviny, např. při popisu významu klíčových slov), a rovněž literatura (či jiné odborné texty), nezakládající se na objektivně zjištěných skutečnostech, tedy taková, která prezentuje pouze vlastní myšlenky jejích autorů. Primárně byly využity zdroje Moravskoslezské vědecké knihovny a Univerzitní knihovny Ostravské univerzity, jakož i zdroje internetové databáze JIB. Celkem bylo k danému tématu nalezeno 411 výsledků, které byly následně podrobeny vlastnímu kritickému posouzení, zohledňujícímu duplicitu záznamů, jejich vhodnost, reliabilitu a validitu pro účely naplnění cíle předkládané práce. Finálně pak bylo využito 75 zdrojů, kdy jejich průběžnou selekci přehledně zobrazuje Prisma Flow Diagram v rámci Přílohy 1 této práce.

Práce se zdroji, jež se vztahují se k danému tématu, ukázala, že problematika hospicové péče je v ČR velmi aktuální, a bylo proto poměrně jednoduché dohledat velké množství relevantních materiálů, přirozeně nejen ve výše uvedených databázích knihoven, nýbrž i v rámci internetového vyhledávání. Byly využity zákonné předpisy a informace Ministerstva práce a sociálních věcí, krajů ČR, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Prozkoumány byly webové stránky Moravskoslezského kraje, a to převážně z pohledu vypsaných dotací pro hospicovou péči. Využity byly také stránky Asociace hospicové péče, Dobrá tečka či internetový portál Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW). Stěžejním se jevil rovněž dokument Zdraví 2030 a Koncepce paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020-2025.

Pro ucelenost problematiky se staly vhodným materiálem i zdroje vlastní domácí knihovny z oblasti psychologie, sociologie, práva, řízení organizací sociálních služeb, základů sociální práce, sborníků z konferencí a mnoho dalších, s orientací již na konkrétní kapitoly. Inspirace byla rovněž čerpána z kvalifikačních prací na portále Theses, zaměřených na téma mobilního hospice a paliativní péče.

Jednou z kapitol daného tématu je role sociálního pracovníka v mobilní hospicové péči a jeho důležitost při práci multidisciplinárního týmu hospicové péče; ať již ve smyslu práce s klientem jako jednotlivcem, či prací se společností, která klienta obklopuje a bezprostředně ovlivňuje (skupina, komunita). Orientace při vyhledávání zdrojů proto plně zohlednila i problematiku etických problémů a dilemat v hospicové péči, způsoby praktického využití jednotlivých přístupů v rámci Paynových paradigmat při práci s klienty, a možnosti, kterými se do budoucna může vydat sociální práce jako profese, pro rozšíření a zkvalitnění péče o umírající a jejich příbuzné v rámci České republiky.

Při porovnání zdrojů a literárních pramenů byla zaznamenána shoda nad tematikou důstojného umírání. Materiály, které jsou využity v této práci, se ztotožňují s hodnotami, které společnost udává jako důležité a požadované. Důležitost svobodné volby, důstojnost, kvalita života v posledním stádiu života je slučovacím prvkem literatury a elektronických zdrojů. Tyto zdroje mají, dá se říci, totožnou či velmi podobnou vizi.

2 Umírání a smrt

Život jako proces má své zákonitosti. Oslavujeme narození a smrti se bojíme. Člověk umírající je však stejně důležitý jako novorozenec. Každý život v kterékoliv životní fázi má svou hodnotu a důležitost, a to bez ohledu na věk, zdravotní stav či jiné faktory. Borská a kol. (2019) hovoří o respektu k životu a o právu na důstojný život, přičemž tyto oblasti jsou vzájemně propojené a nerozlučitelné.

Druhá kapitola práce proto představuje dva klíčové pojmy – umírání a smrt v rozličných konsekvencích, zejména v kontextu celospolečenského náhledu na dané téma, ve spojitosti s důležitostí rolí mobilních hospiců ve společnosti, a v neposlední řadě též právě s důstojností, jež je ústředním pojmem při péči o osoby umírající.

2.1 Vnímání smrti ze strany společnosti

Ve spojitosti se smrtí hovoří např. Haškovcová (2000, s. 21–22) o fenoménu tabuizované smrti, spojeného s pokrokem medicíny a vývojem společnosti, když je často možné zachránit život i tam, kde to dříve bylo nemožné. V 19. a 20. století se tabuizace smrti velmi rozšířila a za eticky správný postup se považovala tzv. zbožná lež (*pia fraus*), která měla chránit nemocnou osobu před úzkostí a stresem. Diagnózy se tajily, důsledkem byla osamělost umírajícího, nemožnost řešit konkrétní problémy a komunikovat o své úzkosti, obavách a přáních. To vše umocněno umístěním nemocného do nemocnic. Úmrtí doma bylo považováno za selhání (Matoušek a kol., 2013, s. 374).

Pozvolný proces částečné detabuizace započal v době 70. let 20. století (Haškovcová, 1997, s. 149), významnou zásluhu na tom má Kübler-Rossová, která napsala několik knih s tematikou umírání a jeho fází, které dále označuje jako:

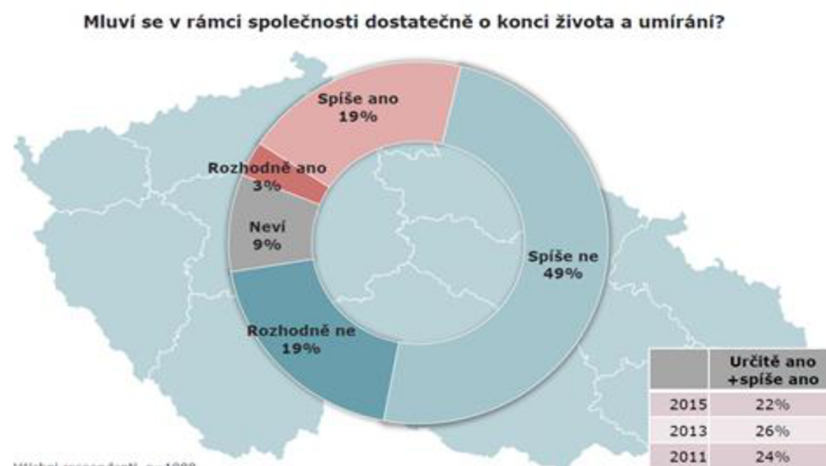
- fázi popírání a izolace, spočívající primárně v prvotní odmítavé reakci na stanovenou diagnózu a prognózu nemoci. Přesto se však alespoň částečné popírání objevuje i ve fázích pozdějších, jako určitá, radikální forma obranného mechanismu
- fázi zlosti, signifikantní pocity zlosti, vzteku, hněvu. Projevy jedince v této fázi směřují primárně k jeho okolí; umírající rozpoznává nevyhnutelnost své situace, které se snaží zoufale bránit.
- fázi smlouvání, v níž si nemocný stanovuje nejen cíle, kterých chce ještě dosáhnout a s nimi spojený odklad smrti, nýbrž i implicitní slib (většinou s vyšší mocí), smlouvu, se závazkem dalšího nežádat, dojde-li k odkladu a k naplnění jeho stanovených přání,

- fázi deprese, závislé na tělesném stavu jedince, kdy se stávající pocity transformují do pocitů velké ztráty a lítosti,
- fázi akceptace, smíření, kdy opadá vnitřní tenze, přichází vnitřní mír (Kübler – Rossová, 2015, s. 72 – 76).

Přestože Kübler – Rossová popisuje stádia umírání v pěti postupně jdoucích fázích, je třeba mít na paměti, že zdaleka ne každý prochází všemi výše uvedenými, a tyto na sebe navíc nemusí nutně navazovat v daném pořadí; nadto je pak signifikantní i rozdílnost doby prožitku dané fáze ze strany každého člověka. To značí, že každý jednotlivec, vystaven tváří tvář svému konci, je jedinečnou entitou ve svých prožitcích, a musíme k němu přistupovat s maximální empatií, opravdovostí a bezpodmínečně jeho individualitu vnímat. Detabuizace smrti a vyrovnávání se se smrtí jsou úzce spojená témata, která se zabývají procesem odstranění tabu spojených se smrtí a aktivním zpracováním této životní události.

I současná, velmi liberální a otevřená společnost, vnímá umírání a smrt jako velmi citlivé téma, které je ve své podstatě velmi kontroverzní a ve veřejném prostoru obtížně uchopitelné. Tuto skutečnost ovlivňuje nejen přirozený strach ze smrti a nejistoty, která s ní souvisí, když nám umírání připomíná vlastní křehkost a konečnost, nýbrž i soudobá kultura pozitivismu, která podněcuje společnost k vyhýbání se negativním tématům. I nadále tak vyvstává výzva normalizovat diskuzi o umírání a smrti, která napomůže lidem sdílet jejich pocity, obavy a přání ohledně vlastního umírání a umírání jejich blízkých. Zajímavou studii provedl v České republice v roce 2015 STEM/MARK ve spolupráci s neziskovou organizací Cesta domů. V rámci průzkumu, kterého se účastnila jak laická veřejnost, tak i respondenti z řad odborných zdravotních pracovníků, byla nastolena otázka, zdali se v rámci společnosti dostatečně hovoří o konci života a umírání. Výsledky tohoto průzkumu zobrazuje Obr. 1.

Obr. 1 Výsledky průzkumu STEM/MARK a Cesty domů na otázku: Mluví se v rámci společnosti dostatečně o konci života a umírání?



Zdroj: STEM/MARK, Cesta domů (2015, s.11).

Z Obr. 1 je patrný soulad s výchozí tezí, že i v 21. století česká společnost dostatečně neotevívá téma umírání a smrti, která je přirozeně spojována se ztrátou, osamělostí, a stává se hrozbou. Přesto (resp. právě proto) se mnohé neziskové organizace, jakož i profesionálové z řad lékařů, psychologů a sociálních pracovníků, snaží ve veřejném prostoru šířit zkušenosti z péče o umírající a jejich blízké, zlepšit informovanost o tématu smrti a umírání, ať již prostřednictvím podpory vzdělávání, vytváření prostorů pro diskuzi v rámci workshopů, či tvorbou a podporou kampaní a projektů, mající za cíl normalizovat diskuzi o daném tématu ve společnosti. Příkladem může být právě organizace Cesta domů, usilující o společenské a legislativní změny, směřující ke zlepšení kvality péče o umírající v České republice. Organizace rovněž, jak uvádí ve své Výroční zprávě z roku 2022, vzdělává odborníky i veřejnost v oblasti paliativní péče, nabízí metodickou podporu pro otevírání tématu smrti ve veřejném prostoru, vydává publikace o péči o umírající nejen pro dospělé, ale i pro děti, pacienty a lékaře (Cesta domů, 2023, s. 25).

2.2 Důstojné umírání a přání zemřít doma

Důstojné umírání je možné vnímat jako filosoficko – etický koncept, spojený s právem jednotlivce na hodnotný a respektující způsob ukončení života, zejména ve chvíli, kdy již není možné léčit nebo zmírnit nezvratné a těžké následky zdravotního stavu či nemoci. Důraz klade tento koncept na potřebu poskytnout lidem možnost odchodu ze světa s důstojností, respektem k jejich hodnotám a v souladu s jejich vlastními rozhodnutími (Kalvach, 2014, s. 18).

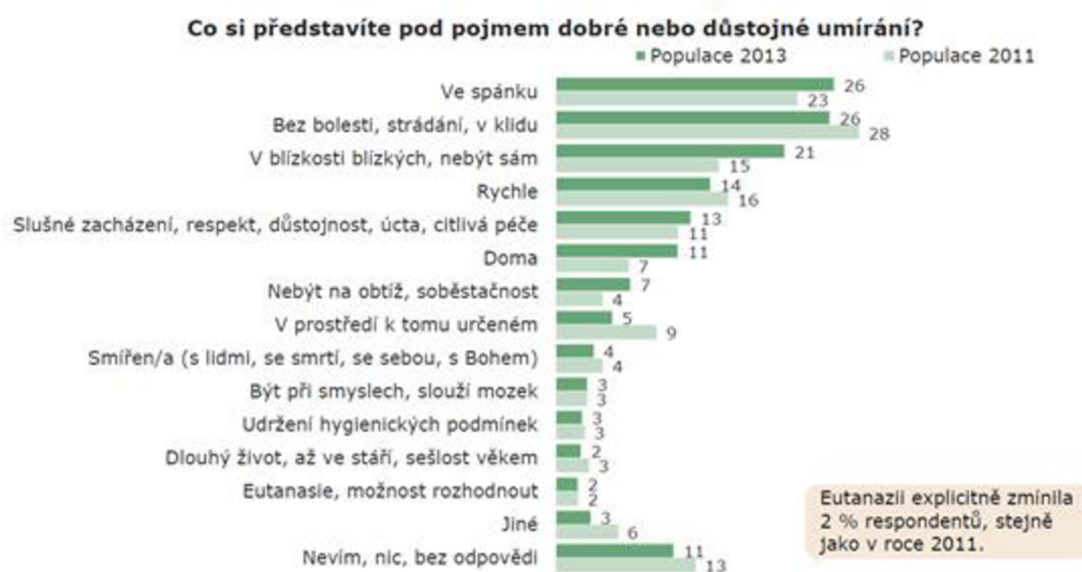
Podstatu důstojného umírání tak lze shrnout do několika klíčových aspektů (Kisvetrová, 2018, s. 63):

- Autonomie, neboť každý jedinec má právo rozhodovat o svém životě, a tedy i o okamžiku, kdy si přeje ukončit léčení nebo zdravotní péči a přijmout umírání jako nevyhnutelnou součást svého života.
- Respektování hodnot a přání, týkající se ukončení životního příběhu každého jedince. To může zahrnovat možnost volby paliativní péče, odmítnutí invazivních léčebných postupů, přístup k podpůrnému lékařství, či přání, v jakém prostředí zemřít.
- Zmírnění utrpení v poslední fázi života, ať již ve smyslu minimalizace fyzického či duševního utrpení a podpory psychické pohody.
- Komunikace a sdílení informací, neboť důstojné umírání zahrnuje otevřenou a empatickou komunikaci mezi pacientem, rodinou a odborníky, s cílem zajistit srozumitelnost situace a naplnit přání pacienta.

- Rodinné zázemí, ve smyslu akceptace potřeb a pocitů blízkých osob, podpory respektu rodinných vazeb a intimity v umírání.

Obsáhlé výzkumné šetření STEM/MARK ve spolupráci s neziskovou organizací Cesta domů (2013) se zabíralo tématem důstojného umírání. Obr. 2 poukazuje na představy respondentů daného průzkumu, týkající se zhmotnění pojmu dobré (důstojné) umírání.

Obr. 2 Výsledky průzkumu STEM/MARK a Cesty domů na otázku: Co si představíte pod pojmem dobré nebo důstojné umírání? (v %)



Zdroj: STEM/MARK, Cesta domů (2013).

Z Obr. 2 je patrné několik významných skutečností – majorita dotázaných uvedla, že pod daným pojmem vnímá umírání v domácím prostředí, obklopena svými blízkými, při zajištění citlivé péče, s projevením úcty, respektu a při slušném zacházení. Pod pojmem důstojné umírání si vzorek dotázaných představuje i rychlé a bezbolestné úmrtí ve spánku, spojené právě s respektem, kdy je zřejmě tato skutečnost zapříčiněna obavou ze ztráty důstojnosti, soběstačnosti a strachem z bolesti. Tuto myšlenku ostatně stvrzují i další poznatky, které předmětný výzkum přinesl – ztráty důstojnosti se obává více než 47 % dotázaných, odloučení od blízkých 28 % dotázaných, bolesti 41 % dotázaných a osamocení přes 21 % dotázaných (STEM/MARK, Cesta domů, 2013, s. 20).

Citované výzkumné šetření však přineslo i další důležité informace, týkající se tématu umírání a smrti, neboť se přirozeně neomezilo pouze na výše uvedenou otázku. Z výsledků šetření vyplynulo, že lidé nechtějí umírat v léčebnách dlouhodobě nemocných či v nemocničních zařízeních; zároveň však nechtějí být v domácím prostředí přítěží pro své příbuzné nebo

osobami na nich závislími. 84 % dotázaných (většinově věřící lidé a lidé se zkušeností domácí péče) se přiklání k názoru, že o nevyлéčitelně nemocného/umírajícího člověka se nejlépe postará jeho rodina v domácím prostředí s podporou profesionálů. Za největší překážku domácí péče o umírajícího blízkého pak považují respondenti strach z vlastního selhání, dále pak finanční hledisko, nezkušenost v odborné pomoci, nedostatek času, a právě i strach ze smrti a z pro ně dosud neznámého, způsobený stále částečnou tabuizací tématu a nedostatkem povědomí o péči o umírající osobu (STEM/MARK, Cesta domů, 2013, s. 20–34). Zároveň si však uvědomují, že je opravdu důležité, aby lidé mohli zemřít v prostředí, kde si to přejí, s lidmi a věcmi, kterých si váží. Na tuto rovinu akcentuje i Edwards, která od roku 2003 sleduje ve Velké Británii nárůst počtu umírajících osob v domácím prostředí, a který dává do přímé souvislosti se zvyšováním finanční a místní dostupnosti mobilní hospicové péče v zemi. Ta podle autorky odráží skutečnost, že je Velká Británie „připravena v současné době vyhovět přání více lidí a pomoci jim odejít z tohoto světa na místě, které je jim nejbližší“ (Edwards, 2019).

Získané informace od respondentů v ČR na základě výzkumu STEM/MARK a Cesty domů z roku 2013 a 2015 se nikterak významněji neliší od zahraničních studií, věnujících se tématu umírání, resp. prostředí, v němž si umírající přejí zemřít. Fischer a kol. (2013, s. 31–37), na vzorku 458 dospělých hospitalizovaných pacientů v londýnské nemocnici, poukázali na nízkou shodu mezi preferovaným a skutečným místem úmrtí u hospitalizovaných dospělých osob. Přestože si více než 75 % pacientů přálo zemřít doma namísto v domově seniorů či hospici, ze 123 pacientů, kteří zemřeli během sledovaného období, jich většina (66 %) zemřela v ústavním zařízení. Celková shoda mezi preferovaným a skutečným místem úmrtí byla pouze 37 %. Finský výzkum Nysaetera, Sandsdalena a Olssonové z roku 2022 rovněž uvádí, že v zemi stále více rezonuje přání umírajících zemřít doma; přesto však počet úmrtí v domácím prostředí klesá. Za pozitivní vzor uvádějí předmětní výzkumníci právě Velkou Británii, v níž dle jejich informací umírá doma téměř každý třetí člověk, v Nizozemí pak každý druhý. Příčinu tohoto trendu v daných zemích vnímají v kontextu politických změn a zvýšeného důrazu na domácí modely hospicové a paliativní péče, jakož i na jejich časovou, místní a finanční dostupnost (Nysaeter a kol., 2022, s. 43).

Šetření STEM/MARKu a Cesty domů z roku 2013 se podrobněji věnovalo i tématu paliativní péče. Výsledky naznačují, že laická veřejnost v převážné většině nemá povědomí o tom, co značí pojem paliativní péče (přes 79 % dotázaných); naproti tomu zdravotnický personál v 99 % deklaroval znalost tohoto pojmu. Ti z řad veřejnosti, jež jsou obeznámeni s pojmem paliativní péče, o této hovoří jako o komplexní péči o nevyлéčitelně nemocného pacienta a jeho rodinu,

ve smyslu zdravotní, duševní, duchovní a sociální podpory. Dle 76 % dotázaných (z řad veřejnosti i zdravotníků) by měl být v paliativním týmu zastoupen psycholog (psychiatr), 11 % vnímá sociálního pracovníka jako nezastupitelného člena multidisciplinárního paliativního týmu, 59 % respondentů za nezbytný prvek týmu považuje duchovního či kaplana, k realizaci duchovních potřeb (STEM/MARK, Cesta domů, 2013, s. 50–63).

Spirituální rovina, víra, síla, která nás přesahuje a která dává našemu bytí smysl, je možnou cestou smíření se se situací a jistou vidinou naděje. Věčné společenství s Pánem, ale i prosté nalezení smyslu zbytku života v době umírání, pochopení a plné odevzdání se do rukou vyšší síly, může být pomocníkem na cestě k naději a k vyrovnání se s danou nepříznivou situací. Potřeby spirituálního charakteru jsou proto důležitou dimenzí potřeb, které se mohou v různých podobách u umírajících vyskytovat, a které je v sociální práci s touto cílovou skupinou třeba citlivě a bezezbytku reflektovat.

3 Sociální práce s umírajícími a jejich rodinami

Sociální práce je na praxi postavená profese a akademická disciplína prosazující změnu, sociální soudržnost, posílení a osvobození. Zásadními principy sociální práce jsou akcent na sociální fungování, sociální spravedlnost, dodržování lidských práv, sociální rozmanitosti a kolektivní zodpovědnosti. (IFSW, 2023). V kontextu této definice (jakož přirozeně i v dikci dalších definic sociální práce jako oboru vysoce dynamického), je zřejmé, že se sociální práce skládá z rozličných úrovní pomoci, v dikci Paynových paradigmat.

Mikroúroveň (v Paynově pojetí terapeutické paradigma), primárně zaměřená na osobu klienta, staví do popředí duševní zdraví a pohodu člověka, s akcentací na komunikaci a budování vztahů. Sociální pracovník, opírající se o psychologické znalosti a terapeutický výcvik, usiluje spolu s klientem o zabezpečení jeho psychosociální pohody, stěžejním faktorem je tedy duševní zdraví a pohoda člověka (Mátel, 2019, s. 61). Terapeutické pojetí sociální práce vychází z teze, že proces interakce je procesem tvůrčím, jež ovlivňuje všechny zúčastněné, přičemž se jedná o žádoucí a obohacující prvek při práci s klientem. Bližší terapeutické pojetí sociální práce popisují v kap. 3.2.1.

Mezzo úroveň (či poradenské pojetí sociální práce), se zaměřuje na pomoc klientům v řešení jejich problémů, s cílem zvýšení sebevědomí klientů, podpory jejich rozhodování a zlepšení vztahů k sobě samým a svému okolí. V poradenském pojetí sociální práce je klíčová role sociálního pracovníka jako poradce, který má pomáhat klientovi najít řešení problému, zejména tím, že poskytuje klientovi prostor pro vyjádření vlastních pocitů, myšlenek a nápadů a společně s klientem hledají řešení dané situace. Poradenský přístup k práci s klienty se také často vztahuje k modelu empowermentu, který zahrnuje podporu klienta při získávání větší kontroly nad svým životem a posilování jeho schopností a dovedností (Fabián, 2021, s. 47). Blíže o poradenském pojetí popisují v kap. 3.2.2.

Makro úroveň (též reformní pojetí sociální práce) se zaměřuje na změnu společenských struktur a institucí za účelem zlepšení sociálních podmínek a zajištění rovných příležitostí pro všechny členy společnosti. Reformní přístup se snaží ovlivnit nejenom individuální situace klientů, ale také širší společenské a politické souvislosti, které mají vliv na jejich životní podmínky, když vychází z přesvědčení, že sociální problémy jsou neodmyslitelnou součástí společnosti a je tedy nutné se zaměřit na změny v sociálních systémech, které je produkují (Mátel, 2019, s. 68). Cílem reformního přístupu je nejenom pomoci jednotlivým klientům, ale také pracovat na větších společenských změnách a posilovat hlas sociálních pracovníků v politickém rozhodování. Sociální pracovníci, pracující optikou reformního pojetí, se často zapojují do

veřejného sektoru a snaží se ovlivnit politická rozhodnutí a změny v systémech tak, aby tyto byly spravedlivé a rovné pro každého jednotlivce v rámci celé společnosti (Matoušek, 2022, s. 143). Při práci s osobami umírajícími a jejich blízkými, ve spojitosti se zřizováním mobilní hospicové péče, je reformní pojetí klíčovou strategií pro vytváření potřebné infrastruktury a systému podpory dané služby. Sociální pracovníci mohou být nápomocni nejen v rámci tvorby a následné implementace politických a právních rámců, umožňujících rozvoj a financování dané služby, ale i v oblasti networkingu, při tvorbě sítí partnerů a jejich následné spolupráce a koordinace společného úsilí, tak, aby bylo poskytovat adekvátní podporu umírajícím klientům a jejich rodinám (Student, Mühlum, 2006, s. 51). Signifikantním prvkem se tedy stává kooperace, nejen s klientem a jeho blízkými, nýbrž i se skupinami zainteresovaných osob (včetně komunit), jež jsou více či méně explicitně ovlivněny problémy, které může mobilní hospicová péče alespoň částečně zhojit.

3.1 Role sociálního pracovníka

Profese sociálního pracovníka přináší jedinečnou perspektivu „end-of-life“ péče, která odráží a podporuje holistickou filozofii hospicové a paliativní péče se začleněním etické péče, která vnímá jednotlivce v plném kontextu jeho života (Prušová In Bydžovský, Kabát, 2015, s. 91). Sociální pracovník mnohdy provází klienta a jeho rodinu od počátku, tedy vlastního sdělení diagnózy, přes nepříznivé prognózy, těžká stadia akceptace nevyhnutelného, až po závěrečnou etapu jejich života. I proto by měl být schopen vnímat souvislosti života a podporovat klienty k vyrovnání se s nastalými skutečnostmi, a stimulovat je k nalezení cest a možností, jak prožít zbývající období života v maximálně možném komfortu, v souladu s jejich přáními a vizemi. Role sociálního pracovníka (zejména jako člena multidisciplinárního týmu v rámci hospicové péče) je proto natolik významná a zásadní, že si plně zaslouží svůj prostor v rámci předmětné kapitoly.

Bydžovský s Kabátem (2015, s. 99) o roli sociálního pracovníka v paliativní péči hovoří zejména v souvislosti s terapeuticko-poradenským pojetím, kdy sociální pracovník napomáhá klientovi a jeho rodině zmapovat výchozí situace, ovlivněnou procesem umírání. Jako pečovatel a zprostředkovatel služeb pak klientovi a jeho rodině pomáhá orientovat se v síti dostupných služeb, napojuje je na tyto služby a rovněž usnadňuje svým zprostředkovatelstvím komunikaci se státní správou; musí mít proto přehled o platné legislativě či nabídce státního a nestátního sektoru v zemi. Macková (2015, s. 12) vnímá, že sociální pracovník u osob v terminálním stadiu nemoci vystupuje převážně jako naslouchající, podněcující a doprovázející poradce. Zároveň dodává odvalu hovořit o probíhajících událostech, přáních, obavách a vizích klienta a jeho

rodiny. V neposlední řadě je sociální pracovník též učitel, neboť pomáhá rodině umírajícího projít procesem truchlení, a naučit se samostatnosti ve fungování bez budoucí přítomnosti umírající osoby.

Náplní práce sociálního pracovníka v paliativní péči je tedy především zlepšení psychosociální kvality života osoby umírající a její rodiny, přičemž se na rozdíl od jiných odborných profesí zaměřuje na určitou osobu (či její blízký systém), a na její danou sociální situaci v kontinuálním charakteru (Matoušek, 2022, s. 205). Klíčovými úkoly při s umírajícími je především práce se ztrátami a doprovázení.

Sociální pracovník se ve své praxi zaměřuje na zvládnutí těžké situace klienta a jeho podporu. Klient, který se nachází ve fázi progredujícího onemocnění (což je jeho základní a největší problém), často potřebuje pomoci i se záležitostmi, které jsou nad rámec pracovních možností sociálního pracovníka. Ten v této situaci pomoc zprostředkuje. Sociální pracovník musí mít na paměti skutečnost, že klient, o kterého pečuje, je v terminálním stádiu onemocnění a s velkou pravděpodobností v blízké budoucnosti zemře. Tomuto úskalí se musí pracovník i klient přizpůsobit. Zde vyvstává výzva, jak pomoci nevléčitelným lidem přizpůsobit se situaci na život s nemocí, obnovit rovnováhu a najít jiný způsob fungování. Sociální pracovník balancuje mezi poradenstvím, vyhledáváním informací, síťováním, doprovázením, aktivizací a paliativní péčí. Rovněž je nezbytné umět odhadnout chvíli, kdy již s touto aktivní prací skončit a nechat klienta odejít. Klient v situaci, ve které se ocitá, má právo na uznání tíhy problému, má právo být smutný. Největší pomocí je dát najevo, že není na to sám a jeho situace je sdílena (Přidalová, 2010, s. 15). Práce se ztrátami v sociální práci vyžaduje empatii, komunikaci a schopnost porozumět individuálním potřebám každého klienta. Cílem je pomoci klientům překonat ztráty a posílit jejich schopnost žít plnohodnotný život i v obtížných obdobích.

Práce se ztrátami v sociální práci může zahrnovat následující aspekty (Worden, 2018, s. 118–120):

- podporu emocionálního zvládnutí: Sociální pracovníci poskytují prostor pro vyjádření emocí, které ztráta vyvolává, a pomáhají klientům identifikovat a pochopit své pocity. Podporují klienty v procesu smířování se ztrátou a hledání způsobů, jak s ní lépe žít.
- informování o dostupných zdrojích: Sociální pracovníci informují klienty o dostupných službách, podpůrných skupinách a programy, které mohou pomoci zvládnout ztrátu. Mohou také pomoci s praktickými aspekty, jako je řešení finančních problémů nebo zajištění bydlení.

- plánování a hodnocení podpory: Sociální pracovníci společně s klienty vytvářejí individuální plány podpory, které zohledňují specifické potřeby každého jednotlivce. Tyto plány se průběžně hodnotí a upravují podle aktuálních potřeb klientů.
- rozvoj sociální sítě: Sociální pracovníci mohou podporovat klienty při navazování a udržování sociálních vztahů s rodinou, přáteli a komunitou. Silná sociální podpora může pomoci snížit izolaci a posílit schopnost klientů zvládat ztrátu.
- prevence krizí: Sociální pracovníci mohou pracovat na prevenci dalších krizí nebo ztrát, zejména u lidí, kteří prošli traumatickými událostmi. Identifikují rizikové faktory a poskytují nástroje k posílení odolnosti.

Špatenková (2013, s. 35) formuluje několik principů práce s pozůstalými:

- sociální pracovník pomáhá pozůstalým v akceptaci ztráty,
- je pro pozůstalé nápomocen identifikovat jejich pocity a vyjádřit je,
- podporuje pozůstalé v emocionálním odpoutání se od zemřelého,
- poskytuje pozůstalým prostor a čas pro truchlení, s maximálním respektem k rozdílnostem prožitků,
- poskytuje pozůstalým kontinuální podporu, prozkoumává obranné mechanismy a copingové strategie pozůstalých, identifikuje případné obtíže a doporučuje adekvátní pomoc.

Mobilní hospicová péče je schopna pracovat s pozůstalými formou pozůstalostních návštěv, telefonického kontaktu, korespondence či v rámci vzpomínkových akcí. Shuber a Kok (2020) pak předkládají konkrétní možnosti, jak v rámci těchto akcí napomoci alespoň ke krátkodobé psychické pohodě účastníků – např. materiální formou vzpomínek na zemřelého (fotografie, dopisy, vzpomínkové předměty, ke kterým měl zemřelý blízký vztah), či formou výtvarného charakteru (koláže fotografií, tvorbou obrazů s portrétem zemřelého apod.).

V rámci doprovázení je důležité si uvědomit, že podstatou práce je zvládnout náročnost situace, vyvstanuvší z nepříznivého stavu klienta. Musí se vytvořit strategie pro řešení kompenzace příjmu, dobré naplnění času, který umírajícímu zbývá. Pokud klient bude chtít hovořit o informacích ohledně svého pohřbu, závěti či naložení s pozůstalostí, může mu být sociální pracovník nablízku a zprostředkovat např. notáře. Stává se tak prostředníkem mezi ním, rodinou a institucemi. Po skonu klienta nastává opět období ztrát a vyrovnávání se situací pro jeho rodinu a přátele. Tato pomoc spadá do pomoci intervence sociálního pracovníka. Nejčastěji se očekává praktická pomoc, zjišťování informací a psychická pomoc. Doprovázení je často

o prosté přítomnosti u nemocného, ale to neznamená, že je to málo. Sociální pracovník čelí společně s rodinou mnoha smutkům a strachu. Je emočně těžké naučit se být s plačícím člověkem a najít vhodná slova. I ticho často léčí. Sociální pracovník musí najít v sobě bilanci a hranici mezi upřímným zájmem a určitým odstupem. Taktéž musí hledat možnosti, jak zvládnout svou vlastní psychohygienu (Přidalová, 2010, s. 14). Na základě poznatků z K Smrti dobrý festival 2022 se dá k doprovázení přistupovat i jinak, než zatím vidíme. Stále více zaznívá informace o vědomém umírání, kdy odchod jde zvládnout s opravdovou grácií. A to je důvod, že ač tato práce přináší smutky, jedná se o velmi krásnou a smysluplnou práci.

Na důležitosti nabývá i schopnost sociálního pracovníka umět nastavit a koordinovat jednotný postup různých odborníků a služeb, směřujících ke stabilizaci situace umírajících osob a jejich rodin, a k jejich zplnomocňování tak, aby byli schopni využívat své vlastní silné stránky a přirozené zdroje (Sedlářová, 2020). Jak uvádí Student a Mühlum (2006, s. 96), case management je koncepčně solidní základ pro sociální služby jako celek. Klade však vysoké nároky na odbornost pomáhajícího profesionála. V oblasti paliativní péče není zajištění její kvality a dostupnosti závislé pouze na vlastní kvalitě každého jednotlivého poskytovatele služby, ale právě na spolupráci, koordinaci a kontinuitě mezi jednotlivými poskytovateli služeb. Sedlářová (2020) odkazuje na výzkum z roku 2015, zabývající se tématem paliativní a hospicové péče v ČR, resp. překážkami a problémy, které brání plné implementaci koncepce do českého prostředí. Výzkum ukázal, že nejčastější překážkou je absence návaznosti mezi zařízeními léčebnými a paliativními, tedy, že chybí kontinuita péče v závěrečné fázi života umírajících osob (Tomeš a kol., 2015, s. 54). Jak je v předmětném výzkumu dále uvedeno, právě case manager (koordinátor péče) je osobou, schopnou zajistit účinnou koordinaci činností mezi různými prostředími a přenos informací. *„Efektivní koordinace služeb umožní, aby více lidí umíralo doma, pokud si to tak přeje...A právě sociální pracovník je ten, kdo má všechny předpoklady, aby mohl být koordinátorem péče – case managerem. Sociální pracovníci nabývají už vzděláním téměř všechny kompetence potřebné pro práci s umírajícími napříč různými zařízeními. Právě sociální pracovník jako profesionál je schopen a připraven koordinovat případ. Role case managera je logickým vyústěním práce sociálního pracovníka s umírajícími, protože je jednoduše uskutečnitelná a patří mezi efektivní strategie v paliativní a hospicové péči. Komplexní přístup ke klientovi a koordinace činnosti pracovníků v paliativní a hospicové péči s využitím práce case managera může přispět k odbourání bariér mezi klienty, jejich blízkými příbuznými a všemi pracovníky, kteří přicházejí do kontaktu s nemocným klientem“* (Tomeš a kol., 2015, s. 91). Sociální pracovník, jako case manager, beze všech pochyb napomáhá ke zřehlednění systému. Je zprostředkovatelem služeb a je schopen zajistit

jejich kontinuitu a komplexnost ve prospěch klienta. Také se zpravidla velmi dobře orientuje v rodinné situaci klienta a podporuje proces zotavení celého rodinného systému. Z dikce výše uvedeného je dobrý sociální pracovník jako case manager kompetentní k zajištění velmi dobrého propojení zdravotní a sociální složky péče o klienta, jakož i multidisciplinárního týmu mobilní hospicové péče; má tak velký přínos i pro jeho vnitřní fungování.

3.2 Přístupy relevantní pro práci s umírajícími a jejich rodinami

Práce s umírajícími je oblastí sociální práce, vyžadující specifické metodické znalosti, vztahující se ke krizi, vyvolané ztrátou. Sociální pracovník by měl být schopen zvládat krizové životní události a orientovat se na „krizovém poli“, s čímž jsou spojeny vysoké nároky na jeho osobnostní a profesní vybavenost. Do popředí při práci s touto cílovou skupinou vystupují vlastnosti či schopnosti sociálních pracovníků, které lze shrnout do základních bodů:

- vlastnosti zralé osobnosti, tedy citová vyrovnanost, stálost, adekvátnost reakcí na situace, které vyplývají ze styku s umírajícími a jejich rodinami a sociální práce s nimi,
- empatie, tedy schopnost „vstoupit do soukromého světa druhého“, schopnost porozumět umírajícímu klientovi, jeho častokrát neúměrným reakcím, a plně vnímat prožitky klienta, přestože tento není tohoto plně schopen,
- umění komunikovat, napomáhající k poznání klientova problému a k vyjádření soucitu, pochopení, podpory a zhodnocení situace,
- umění naslouchat a vnímat verbální i nonverbální přítomná sdělení osoby v závěrečné fázi jejího života, pokud možno nevynášet vlastní názory, rady či komentáře,
- důvěra, tvořící stěžejní předpoklad efektivní práce s umírající osobou a její rodinou. Panuje-li mezi oběma stranami plná důvěra, je sociální pracovník schopen získat potřebné informace a zároveň je tím umožněno bezpodmínečné vyjádření pocitů, obav a strachu příjemce péče (Pajmová, Elichová, 2014).

Osobnostní vybava však sociálnímu pracovníkovi přirozeně nestačí. Základním stavebním kamenem, na kterém sociální práce jako profese stojí, je teoretická základna, jež vysvětluje konkrétní a individuální problémy a podává návody jejich řešení. Teoretické zázemí je jedním ze zdrojů identity sociálních pracovníků a jednou z podmínek jejich práce a vzájemné komunikace (Mátel, 2019, s. 22). Užívání teoretických poznatků také ovlivňuje praxi, neb specifikuje, co se má dělat a proč. Pomoc klientovi se neuskutečňuje jen na základě domněnek a pocitů, je nezbytné jednat na základě kompaktního teoretického rámce.

Přístupy, vycházející z teorií sociální práce, které jsou (či mohou být) při práci s umírajícími a jejich rodinami vhodné a účelné, lze členit v díkci výše uvedených pojetí sociální práce – na přístupy v rámci terapeutického, poradenského a reformního paradigmatu. Již na počátku je však třeba vnímat, že ve většinové praxi sociálních pracovníků se tito neomezují na využití striktně jednoho teoretického východiska; naopak, v rámci eklecticismu využívají vícero teoretických modelů, s cílem postihnout maximálně možné spektrum možností, jak s klientem efektivně pracovat. Navrátil (2001, s. 102) k tomuto argumentuje, že klient má mít pro svůj benefit možnost těžit ze všech dostupných poznatků, modifikovaných na základě empirických zkušeností profesionálů, jež jsou ve své podstatě předurčeny k vzájemnému doplňování. V kontextu tématu práce se pak následující subkapitoly blíže věnují teorii terapeutického a poradenského paradigmatu.

3.2.1 Terapeutické paradigma

Za základní přístup v rámci terapeutického paradigmatu při práci s danou cílovou skupinou můžeme vnímat Rogersův přístup, zaměřený na člověka. Základní hypotézou Rogersova přístupu je skutečnost, že „*jedinci disponují ve svém nitru nesmírnými potencemi sebeporozumění a proměny vlastního sebepojetí, základních postojů a jednání, zaměřeného na vlastní self*“ (Rogers, 2014, s. 106). Cílem přístupu zaměřeného na člověka je podpora jedince a pomoci budovat a udržovat jeho kontrolu nad životem, přirozeně při plné akceptaci klienta v jedinečnosti sebe sama a jeho problému. Za základní techniky a nástroje je považováno aktivní naslouchání, empatické poznámky, reflexe či rozhovory. Jejich spojujícím prvkem je pak důvěra, porozumění, a způsob komunikace, jež vykazuje u osob umírajících a jejich rodin jisté nuance oproti jiným cílovým skupinám.

Jak uvádí Tausch - Flammer (In Špinková, 2018, s. 11), dobrou komunikací, v níž připravíme umírající osobu a její rodinu na změny, které přijdou, prostřednictvím které dáme prostor pro vyslovení potřeb a reakcí na vyslovená přání, můžeme vzdor krátkému se času pomoci zlepšit kvalitu života umírajícího člověka a jeho blízkých. Základem paliativní péče v rámci hospicové péče je pravdivá a otevřená komunikace. Sociální pracovník v komunikaci s umírající osobou a její rodinou nespěchá, umí rozpoznat, kdy klient potřebuje vlastní prostor, a kdy naopak nechce být sám a potřebuje těsnou vazbu, uznání, podporu a útěchu. Předpoklady pravdivé komunikace vycházejí z bezpečí prostředí, respektu intimity, modifikované formy konceptu

„ask - tell - ask“¹, a přirozeně rovněž z autenticity, kdy paradoxně projevená nejistota či emoce sociálního pracovníka napomáhají k navození vztahu důvěry a otevřenosti.

Využívá-li sociální pracovník při práci s klientem techniky a nástroje, signifikantní pro přístup, zaměřený na člověka, je nezbytné, aby byl schopen oprostít se od vlastních představ a očekávání, jaký by měl klient být, a jednoduše (přestože se v praxi nejedná o lehkou výzvu) klienta vnímal takového, jaký je, se všemi jeho limity, nedostatky a projevy. Navrátil (2001, s. 89) připomíná, že klient je jedinečnou entitou, individualitou, ke které musíme nalézt cestu porozumění, při bezpodmínečné akceptaci jeho projevů a způsobů jednání, jež jsou mu vlastní.

3.2.2 Poradenské paradigma

Svatošová (In Matoušek a kol., 2013, s. 312) zdůrazňuje nezbytnost práce s rodinami umírající osoby. „*Sociální pracovník nabízí praktickou i emoční pomoc jak nemocným, tak i osobám pečujícím o terminálně nemocné. Musí být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy potřeby nemocného a osob pečujících jsou v konfliktu. Musí mít přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu terminálně nemocných a jejich rodin, musí vědět, co nabízí státní i nestátní sektor. Musí být schopen pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu.*“ Z pohledu sociální práce v dílci poradenského paradigmatu je na rodinu umírající osoby pohlíženo jako na ohraničený systém, který ke svému efektivnímu fungování vyžaduje vyváženost a stabilitu; tu však otázka smrti velmi významně z rovnováhy vychyluje (Kratochvíl, 2017, s. 50). Cílem sociálního pracovníka je vnést do nastalé situace klid, rovnováhu a pocit porozumění, podnítit sblížení rodiny a úpravu jejich vnitřních vztahů a vazeb. Zároveň je třeba, aby měl sociální pracovník na paměti, že problematika umírání v rodině může velmi významně tuto oblast přesáhnout – typicky, je-li umírající klient živitelem rodiny, popř. vychovává-li nezletilé děti. I pro tyto případy je sociální pracovník svým klientům „přístavem“, neboť disponuje znalostmi a informacemi, nezbytnými ke zprostředkování pomoci dalších odborníků. Pokud sociální práce probíhá v rámci domácí péče, je pro sociálního pracovníka zvykle snadnější rychle se v rodinné situaci zorientovat, sledovat rodinné vztahy, navázat aktivní spolupráci, atmosféru důvěry a motivovat rodinu k důstojnému rozloučení.

Vhodným přístupem, který se zaměřuje na práci s rodinou, může být přístup systemický, jež je součástí existenciálně laděné sociální práce, kladoucí důraz na to, jak se mezi lidmi vytvářejí vztahy, a jak jsou tyto vztahy modifikovány v rozmanitých sociálních situacích (Dvořáčková, 2018). Jsou probírány otázky identity, stigmatizace, skupinového chování, teritoriality, sociální

¹ Pozn: „Ask – tell – ask“ je cyklus mezi pacientem a zdravotnickým pracovníkem, který se zabývá čtyřmi základními složkami: pohledem pacienta, informacemi, které je třeba poskytnout, reakcí na emoce pacienta a doporučeními odborníka (The Hospitalist, 2013).

a osobnostní změny. Tyto modely mají styčné plochy s Rogersovým pojetím práce s klientem, zážitkovými technikami a výcvikem sociálních mikrovedností. Systemický přístup akcentuje na potřebu ostatních pro upevnění vlastního světa, zejména nachází-li se zúčastnění v obtížné životní situaci. Jak uvádí Úlehla (2005, s. 75–78), v myšlenkovém rámci dochází u systemického přístupu k posunu od lineární kauzality ke kauzalitě cirkulární, kdy pracovník není pouze nezúčastněný pozorovatel, nýbrž je plně aktivním členem terapeutického systému, rovnocenným partnerem, jehož přidaná hodnota spočívá v souboru znalostí a dovedností, umožňující klientovi změnit úhel pohledu na svět, porozumět sobě sama a okolním vztahům a umožnit změnit klientův životní příběh. Systemika tedy zjednodušeně hledá to, co funguje a je užitečné, a tyto aspekty dále rozvíjí. „*Velmi citlivě volí mezi tím, kdy vést člověka k daným cílům s využitím tradičních metod (poradenství), a kdy podporovat člověka v nalezení jeho vlastních cílů a cest k nim*“ (Pavlíková, 2023).

Sociální pracovník, inklinující k systemickému způsobu myšlení, je schopen navázat s jednotlivými členy rodiny starostlivý, empatický a kongruentní vztah. Základní technikou je rozhovor, prostřednictvím kterého lze vyčíst vzájemné vztahové vzorce uvnitř systému, při respektování teze, že každé chování lze vidět v sociálním systému jako komunikativní nabídku. V rámci rozhovorů nalézá své uplatnění tzv. cirkulární dotazování, jehož cíli je dle Reicha (2010, s. 102) sběr informací o kontextu komunikace, učinění komunikační nabídky zřejmé a zvládnutelné pro všechny, narušení stávajících vzorců komunikace, chování a vztahové konstelace, a v neposlední řadě též rozšíření nápadů pro nové vzory výkladu a možnosti změny chování. Otázky v cirkulárním dotazování dělí Reich (2010, s. 114–118) na:

- otázky na rozdíly, jež přispívají k objasnění pojmů a významů v kontextu, zaměřené kvalitativně (klasifikační otázky typu „*Pokud byste chtěli vytvořit pořadí z hlediska zvládnání emocí ve vaší situaci, kdo by byl na prvním místě/kdo na posledním?*“), či kvantitativně (otázky na procenta, např.: „*Z kolika procent považujete svůj problém za medicínský, a z kolika za problém psychického charakteru?*“),
- otázky na shody, které poukazují na rodinné koalice a zároveň poskytují cennou zpětnou vazbu (např.: „*Ohledně navrženého postupu péče, jste stejného názoru jako Váš syn (rodina), souhlasíte s tím, nebo máte jinou představu?*“),
- otázky na reálné a potenciální konstrukce, v dikci teorie konstruktivismu (např.: „*Co byste chtěl, aby se zde stalo/Či a jaké chování je momentálně problematické/ Co je potřeba předně vyřešit a kým?*“).

Otázky na potenciální konstrukce systemický přístup dále rozvíjí v rámci přístupu, orientovaného na řešení. Jeho podstatu, resp. základní principy, na kterých je práce (nejen) s umírajícími klienty postavena, shrnuje Zatloukal (2011, s. 49) do akronymu RESENI:

<p>R - řešení, nikoliv problém</p> <p>E - efektivita</p> <p>S - spolupráce</p> <p>E - expertnost na proces (ne na obsah)</p> <p>N - nevyhnutelnost změn</p> <p>I - individuální přístup.</p>
--

Prakticky se rozvíjení řešení namísto problému projevuje společným zaměřením se s klientem a jeho rodinou na minulé úspěchy, přítomné zdroje a budoucí možnosti, nežli na omezení či nedostatky, nyní se vyskytující či do budoucna předpokládající se. Rodinný potenciál uvnitř rodinného systému je stěžejním faktorem pro posílení a upevnění vztahů v rodině, kdy hodnoty jako podpora, láska, tolerance, otevřenost a respekt, posilují rodinu jako celek při zažívání těžkých chvil, spojených s umíráním jedince (Dvořáčková, 2018).

Se zdroji v rámci rodinného systému lze pracovat rovněž v rámci rodinných a případových konferencí, zejména za předpokladu, objevuje-li se fatální onemocnění a proces umírání v rodině s nezletilými dětmi. Péče o umírající osobu není zdaleka pouze fyzicky namáhavou činností, ale primárně představuje vysokou psychickou zátěž na osobu pečující. Ta se dostává do role, v níž se očekává její odolnost, zdatnost, schopnost vytrvat a převzít veškeré povinnosti nad rámec těch obvyklých. V důsledku takto nastolené zátěže může dojít k jejímu vyčerpání, zhroucení, rezignaci, a k ohrožení řádného vývoje a bezpečí dětí, je-li pečující osoba právě jejich rodičem. Problematickou rovinou je pak skutečnost, že děti (zejména pak děti mladšího školního věku), vykazují odlišné reakce na traumata, kterým jsou vystavovány než osoby dospělé. Situaci nenapomáhá též omezená schopnost jejich verbální komunikace a neschopnost vnímat situaci v širším kontextu. S procesem umírání blízké osoby se tak mohou vyrovnávat mnohem obtížněji (a bohužel méně čitelněji navenek) než dospělí příbuzní. Jejich vnímání je determinováno vlastním egocentrismem, když vnímají svět jako systém, jehož středem jsou oni sami. Proměnu okolního systému vnímají optikou svého duševního vývoje, a jsou proto velmi náchylné ke změnám, jež se jich bytostně dotýkají, lhostejno, jedná-li se o důsledek zpracování daného problému (Musilová, 2020, s. 3). Dochází-li ke změně v péči o dítě v rodině s umírajícím příbuzným (ať již ke změně malého rozsahu (např. omezeným časem ke hrám s dítětem), nebo ke změně razantnějšího charakteru (např. zanedbávání jeho hygieny, výchovy

a vzdělání)), prožívá dítě trauma, kdy se může cítit nedůležité, bezmocné, neviditelné či nemilované, rozvíjí se u něj silný pocit ohrožení, reaguje přecitlivěle, přehnaně, izoluje se od ostatních. Jak upozorňuje Musilová (2020, s.3), je pro děti následně jednodušší obviňovat z nastalé situace sebe sama. Podle Kyselé (2017) je důležité s dětmi o umírání a smrti otevřeně (avšak citlivě) hovořit, nabídnout dětem dostatečný prostor na jejich otázky, jakož i na vyjádření emocí, a potřeb a tyto s maximálním respektem k jejich jedinečnosti akceptovat.

V rodinách, kde může v důsledku rizikových faktorů rodiny či prostředí docházet k traumatizaci dítěte, je nezbytné zahájit včasnou intervenci, právě s primárním ohledem na zájmy nezletilých dětí. V kontextu sociální práce hovoříme o sanaci rodiny, tak, jak tuto zevrubně popisuje např. Bechyňová s vystavovány Konvičkovou (2020, s. 35), když o ní hovoří jako o souboru činností sociálně-právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány a (nebo) ukládány převážně rodičům dítěte nebo dítěti ohroženému ve svém sociálním, biologickém a psychologickém vývoji, s cílem předcházet, zmírnit nebo eliminovat příčiny ohrožení dítěte, poskytovat pomoc dítěti a rodičům a celkově podporu rodiny jako celku. (Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 41).

3.3 Etická dilemata

Jan Pavel II. v apoštolském listu *Christifideles laici* (1996, s. 37) věří, že „*osobní důstojnost je nezníčitelným vlastnictvím každého člověka, je to nejvzácnější statek, který člověk má a na jehož základě přesahuje celý hmotný svět.*“ Pro církev a pro její sociální nauku je člověk centrem a cílem všeho snažení. Přestože utrpením se člověk pro Boha stává otevřenějším a zralejším, neboť poznává, že i když potřebuje pomoci, má jeho život, otevře-li se dobru a Boží lásce, smysl, zároveň s sebou umírání přináší pocity zoufalství a beznaděje.

Sociální pracovník, (nejen) jako člen multidisciplinárního týmu, se při práci s umírajícími dostává do situací, v nichž je třeba učinit ne vždy jednoduchá rozhodnutí, často se pak nemusí jednat ani o rozhodnutí přijatelná. Jak uvádí Mátel a kol. (2010, s. 62), každé rozhodnutí s sebou může potenciálně přinášet nejen nežádoucí důsledky, nýbrž i pocity lítosti, viny či výčitek, na něž musí být pracovník připraven a musí být schopen se s nimi vyrovnat. Musil (2004, s. 81) ve své publikaci „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“ zmiňuje pojem všední dilemata, která dle autora nastávají v okamžiku, kdy pomáhající profesionál nemůže skrze nepřízeň pracovních podmínek jednat s klientem tak, jak by si představoval, nebo může-li v dané situaci uplatnit odlišné, přijatelné, avšak těžko slučitelné postupy. Janoušková s Nedělníkovou (2008, s. 377) pak o etických dilematech v sociální práci hovoří jako o dilematech v rozhodování mezi protichůdnými zadáními, dilematech pomáhajícího vztahu a dilematech volby způsobu řešení.

Výše zmínění autoři při definici pojmu „dilema“, jakož i při jeho rozdělení, pracují s doktrínou, že dilema vzniká v okamžiku, jsou-li pracovní podmínky nesourodé, či volba řešení rozporuje morální ideály sociálního pracovníka v kontextu těchto podmínek, které se jim jeví jako překážka realizace ideálu. Naproti tomu Reamer (2013, s. 99) se přiklání spíše k názoru, že dilema se odvíjí plně od hodnot a idejí každého jedince, tedy od jeho vnitřních standardů, které jsou plně odvozené od jeho historických zkušeností, doprovázených emocionální složkou.

Při práci s umírajícími a jejich rodinami vystává velké množství potenciálních oblastí dilematu. Z pohledu klienta za tyto můžeme označit:

- situaci, kdy je přání klienta v terminálním stadiu v rozporu s přáním rodiny (klient nechce být pro rodinu přítěží, chce být ve své závěrečné etapě sám, proto si přeje zemřít v nemocnici; naproti tomu rodina chce mít klienta doma, cítí, že „by se měla postarat, měla by doprovodit svého příbuzného až na samotný konec“/klient si přeje zůstat doma, avšak odmítá pomoc „zvenčí“, má za to, že rodina by se o něj dokázala plnohodnotně postarat; rodina nevnímá, že by toho byla schopna apod.),
- situaci, kdy klient hodlá zatajit konkrétní informace o prognóze svého zdravotního stavu rodině, přestože tato prognóza fatálně rodinu jako celek ovlivní (např. finanční otázka, otázka péče o nezletilé děti), a sociálního pracovníka důrazně na tuto skutečnost upozorňuje (dilematem je pak otázka, porušit-li důvěru ve vztahu klient – pomáhající pracovník a upřednostnit potřeby rodiny klienta),
- situaci, kdy zmirající klient, trpící bolestmi, žádá dobrovolně ukončit vlastní život (otevřeně hovoří o eutanázii, asistované sebevraždě, a žádá o radu sociálního pracovníka, kde a za jakých podmínek je to možné, dokáže-li mu pomoci apod.),
- situaci, klient nespolupracuje, je v domácí péči na rodinu či pracovníky služby verbálně či fyzicky agresivní (vystává tak otázka upřednostnit-li pochopení pro klienta a službu i nadále poskytovat či umístit klienta do vhodného zdravotnického zařízení, přestože zde hrozí riziko zhoršení (zejména psychického) stavu).

Optikou pozice sociálního pracovníka mohou být dilematem vlastní deficity a možnosti mu dané (ať již možnosti časové, či vycházející z povahy služby), popř. dilemata, týkající se protichůdných zájmů klienta a zaměstnavatele pověřeného pracovníka. Systémový pohled a s ním vzniknuvší dilemata jsou úzce provázána s nastavenou sociální politikou ČR v oblasti zdravotní a sociální péče. Nerovný přístup a omezená dostupnost hospicové péče v krajích ČR s sebou přináší dilemata vlastního přijímání klientů do služby (které klienty upřednostnit), či

otázku poskytování a kvality péče, stane-li se tato konfliktní se zájmy a postoji zdravotních pojišťoven (v rámci úhrad apod.).

Ať již bude sociální pracovník vystaven dilematu v rovině mikro, mezzo či makro, svou řídicí funkci pro řešení mohou uplatnit jeho morální hodnoty a normy profese sociální práce. Za teoretická vodítka pro řešení dilematických situací využívá sociální práce (resp. sociální pracovníci) etické kodexy, vycházejí přitom z Etického kodexu sociálních pracovníků České republiky, který, jak uvádí Veselský (2019, s. 23), je možné považovat za „*přirozený a logický referenční dokument k problematice etických problematických situací.*“

4 Mobilní hospicová péče

Posláním hospiců je zlidštění pomoci umírajícím lidem, vnesení lidskosti a důstojnosti, podpůrného doprovázení, osobní podpory s důrazem na etické hodnoty a úlevu od utrpení. V obecné rovině je hospicové péči umírání chápáno jako celistvá péče o člověka z pohledu existenciálního a vztahového, zvládnutí úzkosti, naplnění zbývajících času, zhodnocení života a smíření. Nestačí zvládnutí zdravotního stavu z hlediska medicínského, ale také spirituálního. Důraz je kladen na vztah, osobnostní podporu, individuální plánování služby (Matoušek a kol., 2013, s. 438).

Hospicovou péči definuje Světová zdravotnická organizace jako integrovanou formu zdravotně – sociální a psychologické péče indikovaným osobám, jejichž zdravotní prognóza hovoří o předpokládané délce života kratší než 6 měsíců (WHO, 2020). Ministerstvo zdravotnictví ČR vnímá hospicovou (paliativní) péči jako komplexní multidisciplinární paliativní péči, určenou preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány všechny možnosti klasické léčby, u kterých ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující biologické, psychologické a sociální potřeby nemocného (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022). Obě výše zmíněné definice mají společným jmenovatelem klienta, resp. orientaci na jeho osobu jako osobou nevléčitelně nemocnou. Naproti tomu Světová organizace domácí a hospicové péče či Americká asociace léčby bolesti zmiňuje kontext podpory a péče i ve vztahu k rodinám nemocných a k jejich sociálnímu prostředí, když uvádí, že hospicová péče je programem paliativní péče, soustředěný primárně v přirozeném prostředí umírajících klientů, s cílem zlepšit kvalitu života, zmírnit utrpení nevléčitelně nemocných i jejich rodin (Osobní asistence, 2021).

Mobilní hospic umožňuje splnit přání zemřít doma v přirozeném sociálním prostředí. Je to prostor, kde se lépe sdělují např. děkovná slova, vyznání lásky, smíření a odpuštění. (Kalvach, 2014, s. 45). Hlavním cílem je tedy pomoc a péče klientům a jejich rodinám, jež se rozhodly pečovat o osobu blízkou v domácím prostředí. Jak společně uvádí Charita Uherský Brod a Charita Uherské Hradiště v rámci projektu Domácí hospic Antonínka (2023), jedná se totiž o rozhodnutí, které s sebou přináší velké výzvy, kombinující několik oblastí působení – zdravotnickou, sociální, psychologickou, jakož i oblast duchovní. „... *pacienti v domácím hospici a jejich rodiny se potřebují také zorientovat v situaci, která je pro ně naprosto nová. Potřebují se vyznat také ve své změněné sociální roli v rodině. Potřebují znovu projít svůj život, reflektovat významné skutečnosti a zařadit je do kontextu současné situace. Potřebují najít*

smysl svého života, potřebují se zamýšlet nad důležitými otázkami, které si doposud ve svém životě nepoložili“ (Domácí hospic Antonínek, 2023).

Mobilní hospic nabízí multidisciplinární služby 24/7 (24 hodin denně, 7 dní v týdnu). Multidisciplinární tým se běžně skládá z hospicových lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, zdravotnických ošetřovatelů, psychologů, koordinátorů dobrovolníků, terapeutů pro pozůstalé, duchovních a pastoračních pracovníků (Marková a kol., 2009, s. 67). Klient v hospicové péči je pracovníky hospice vnímán celostně se všemi biologickými, psychologickými, sociálními i spirituálními potřebami. Služby by měly být provázané a zaměřené vždy na potřeby klienta (Kabelka a kol., 2010, s. 39). Zásadní je spolupráce s rodinou – neformálními pečujícími. Nemoc člověka působí převážně negativně na rodinný život. Vyvolává obavy o jeho osud, soucit, zármutek. Někdy je doprovázena pocity viny. Dobré rodinné vztahy jsou nejvýznamnějšími činiteli dobrého zvládnutí situace. Ze strany příbuzných směřem k nemocnému sledujeme několik rovin - zájem o nemoc, množství informací, které získali o nemoci a možnostech léčby (v kontextu tématu o možnostech paliativní péče), postavení nemocného v systému ošetřovatelské péče a v realizaci pečovatelského procesu, schopnost komunikace rodinných příslušníků a pečovatelů z hospicového týmu. (Zacharová, 2003, s. 49).

Obtížnou rovinou v rámci péče o umírajícího může být definice vlastního pojmu mobilní/domácí hospicová péče a rovněž pojmy obecná a specializovaná paliativní péče. Proto je vhodné tomuto věnovat alespoň krátkou zmínku. Česká legislativa definuje v zákoně č. 372/2011, v ust. § 10, paliativní péči jako potenciální způsob zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Za takové je možné považovat nejen trvalé či přechodné bydliště dané osoby, nýbrž i např. pobytové zařízení sociálních služeb. Zákon č. 108/2006 Sb. pracuje s pojmem přirozené sociální prostředí, který vnímá jako rodinu a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost a sociální vazby k dalším osobám, se kterými dotčené osoby sdílejí domácnost, jakož i místa, kde osoby realizují běžné sociální aktivity. Pojmy mobilní a domácí hospicová péče jsou pojmy synonymními, přesto však optikou názvosloví státní správy hovoříme (v souladu se zákonem o zdravotních službách) právě o poskytování paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Rovněž je třeba odlišit obecnou a specializovanou paliativní péči. Narozdíl od obecné paliativní péče (domácí zdravotní péče), která je souhrnem léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti, specializovaná paliativní péče

(zajišťuje mobilní hospicová služba 24/7) je poskytována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína pacientům s komplexními problémy. Specializovaná paliativní péče, jež je v systému zdravotní péče definována Metodickým pokynem MZ ČR jako zdravotní služba pro pacienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje nepřetržitou dostupnost ošetrovatelské i lékařské péče v terminální fázi chronického onemocnění, vyžaduje týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. „*Odborným garantem specializované paliativní péče je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních, spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017, s. 1).

4.1 Současnost mobilní hospicové péče v České republice a její dostupnost

V České republice je hospicová péče dle Svatošové (2011, s. 42) budována na křesťanských etických principech; i proto je většinou mobilní hospicová péče propojena s činností diecézní charity. Organizace, poskytující současnou mobilní hospicovou péči v ČR, sdružuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, člen Evropské asociace paliativní péče. Není však jediným subjektem, napomáhajícím proměně vztahů české společnosti ke smrti a ke zkvalitnění péče o osoby umírající a jejich rodiny. V roce 2009 byla založena Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, jež za podpory Ministerstva zdravotnictví zpracovala v roce 2019 standardy mobilní specializované paliativní péče, vycházející z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a multiprofesní spolupráce. Cílem standardů je identifikace, kodifikace a podpora kvalitní, bezpečné, klinicky přínosné a efektivní specializované paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí klientů (Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, 2019, s. 4). Znění předmětných standardů, včetně jejich racionále, je zobrazeno v tab. 1. Pro úplnost je třeba dodat, že standardy jsou předpisem doporučující povahy, jako normy obecného charakteru, sloužící k vymezení minimální úrovně kvality péče, která by měla být standardně dodržována všemi zařízeními poskytujícími specializovanou paliativní péči. Závaznými se však stávají za předpokladu, kdy poskytovatel specializované paliativní péče standardy začlení mezi vnitřní předpisy a jejich dodržování stanoví jako povinnost, nebo pokud se tyto standardy stanou součástí smluvního ujednání.

Tab. 1 Standardy mobilní specializované paliativní péče

STANDARD	
POSKYTOVÁNÍ PÉČE, ROZSAH PÉČE A KLINICKÉ ROZHODOVÁNÍ SE ŘÍDÍ PLÁNEM PALIATIVNÍ PÉČE, KTERÝ V MAXIMÁLNÍ MÍŘE RESPEKTUJE PREFERENCE PACIENTA A JEHO BLÍZKÝCH.	Standard chrání zájem pacienta dostávat koordinovanou zdravotní péči informace v rozsahu, který přispívá k jím vnímané kvalitě života s ohrožujícím nebo život zkracujícím onemocněním.
POSKYTOVANÁ PÉČE ADEKVÁTNĚ REAGUJE NA SYMPTOMY NEMOCI, JE BEZPEČNÁ A MÁ KLINICKÝ PŘÍNOS.	Pacient má právo dostávat péči, která zmírňuje jeho fyzické utrpení, je poskytována lege artis, průběžně sleduje jeho zdravotní stav a reaguje na něj bez zbytečné prodlevy.
POSKYTOVANÁ PÉČE ADEKVÁTNĚ REAGUJE NA PSYCHICKÝ STAV PACIENTA	Kvalitu života většiny pacientů tvoří pouze péče o soubor fyzických příznaků nemoci. Holistický pohled na pacienta jako komplexní osobnost a koordinace zdravotnické složky péče s péčí o psychologické a komunikační potřeby pacienta stojí v centru kvalitního paliativního přístupu k nevléčitelně nemocným.
POSKYTOVANÁ PÉČE REFLEKTUJE SOCIÁLNÍ A VZTAHOVÉ POTŘEBY PACIENTA A JEHO BLÍZKÝCH	Paliativní péče se orientuje na vážně nemocného člověka z hlediska jeho individuálních potřeb i z hlediska jeho vztahové sítě. Reflektuje psychosociální potřeby pacienta i jeho rodiny, klade důraz na zachování lidské důstojnosti. Vzhledem k tomu, že strach z vlastního selhání – z fyzicky i psychicky náročné situace – je veřejností považován za největší překážku domácí péče o umírajícího blízkého, je podpora neformálních pečujících v okolí pacienta klíčovou součástí dobře poskytované péče.
POSKYTOVANÁ PÉČE REAGUJE NA PACIENTOVY SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY	Přes vysoký podíl obyvatel ČR, kteří se nehlásí k žádné denominaci, je odezva na spirituální potřeby pacienta důležitou součástí správně poskytované paliativní péče. Diagnóza nevléčitelného onemocnění, umírání a konec života přináší nejistoty a otázky spirituálního rázu u většiny nemocných bez ohledu na jejich příslušnost k církvi.
PACIENTOVA PŘÁNÍ A PREFERENCE JSOU ZÁKLADEM PLÁNU PALIATIVNÍ PÉČE A JSOU RESPEKTOVÁNA, POKUD NEJSOU V PŘÍMÉM ROZPORU S DOBRÝMI	Potřeby pacienta a jeho rodiny mají být hodnoceny a řešeny eticky a kulturně citlivým způsobem, s respektem k právnímu rámci.

MRAVY NEBO PLATNÝMI ZÁKONNÝMI NORMAMI.	
ORGANIZACE DODRŽUJE MINIMÁLNÍ PROCESNÍ STANDARDY VE SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČI.	Občané ČR mají oprávněný důvod očekávat stejné organizační principy a postupy od služby specializované paliativní péče bez ohledu na to, od kterého poskytovatele ji čerpají nebo v kterém regionu žijí.
ORGANIZACE POSKYTUJE KVALITNÍ PÉČI TAKÉ PACIENTŮM SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI.	Standard chrání bezpečnost a důstojnost pacientů a jejich blízkých v situacích, kdy jsou nejzranitelnější.
PÉČE O UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA.	Standard chrání bezpečnost a důstojnost pacientů a jejich blízkých v kontextu umírajícího pacienta.

Zdroj: Cesta Domů (zpracováno z webového dokumentu Standardy mobilní specializované paliativní péče)

Z výše uvedených standardů explicitně vyplývá, že mobilní/domácí hospic je kombinací zdravotní, sociální, psychologické a duchovní péče v sociálním prostředí osobám v terminální fázi onemocnění, která napomáhá nejen léčit bolest a jiné symptomy onemocnění, ale na jejich roveň klade i psychologické, sociální a duchovní problémy a potřeby umírajících osob. I proto hraje v mobilní hospicové péči stěžejní úlohu multidisciplinární tým, skládající se ze zdravotní a praktické sestry, ošetřujících lékařů dle zákona o veřejném zdravotním pojištění, ošetřovatelů a pracovníků v sociálních službách v rámci přímé obslužné péče, kněz (popř. pastorační asistent či nemocniční kaplan) a právě sociální pracovník. Jeho profesní podstatou je komplexní péče o klienta, o maximálně možné naplnění jeho potřeb a potřeb jeho rodiny. Přestože každý člen multidisciplinárního týmu disponuje určitými specifickými kompetencemi, neměl by být omezen výlučně dle svého profesního zaměření; naopak měl by být schopen vnímat klienta v celém spektru holistického pohledu (Bydžovský, Kabát, 2015, s. 99). Důležitost multidisciplinárního týmu lze spatřit i ve vzájemné výměně informací, zpětné vazbě a podpoře v těžkostech, bránící syndromu vyhoření. Členové týmu se na sebe mohou spolehnout, zároveň dostávají vlastní prostor, podporující jejich důležitost. Velmi přílehlavě pak vystihuje vzájemnou oporu členů multidisciplinárního týmu i citát z Bible (Kazatel 4:9,10): „*Lépe dvěma než jednomu, mají dobrou mzdu ze svého pachtění. Upadne-li jeden, druh jej zvedne. Běda samotnému, který upadne; pak nemá nikoho, kdo by ho zvedl.*“ Sociální pracovník do multidisciplinárního týmu přináší přídatnou hodnotu ve formě závazku k sociální spravedlnosti a eliminaci rozdílů v oblasti zdraví. Na tyto rozdíly lze nahlížet i optikou působení služeb na společnost, tak, jak se o tento pohled a změnu snaží reagovat zastánci reformního paradigmatu v sociální práci. Jeho práce tak může spočívat i v rámci osvěty veřejnosti, k pochopení, že

umírající osoba a její rodina jsou plnohodnotnou součástí společnosti, přestože se nachází na určité životní křižovatce, v krizi, kterou mohou úspěšně zvládnout skrze pomoc zvenčí (Altilio, Otis – Green, 2011, s. 21).

Do mobilní hospicové péče (v dikci zákona do mobilní specializované paliativní péče) může být přijat klient, přející si prožít závěr života ve vlastním prostředí a „*zároveň míra jeho symptomové zátěže, klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče neumožňují registrujícímu lékaři s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie ani ve spolupráci s agenturou domácí péče převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí klienta*“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2017, s. 25). Jak dále uvádí MZ ČR (2017, s. 26), kritériem přijetí pacienta do mobilní hospicové péče je indikace ošetřujícího lékaře, a rovněž informovaný souhlas jeho osoby a jeho rodiny s poskytováním, podmínkami a cíli služby. K dalším podmínkám (vyjma skutečnosti, že klient trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém stadiu, a byly u něj vyčerpány veškeré dostupné možnosti léčby k nápravě zdravotního stavu), patří rovněž schopnost blízkých osob zajistit celodenní péči o nemocného (tedy v rozsahu 24 hodin), jež mívá zvykle podobu zajištění základních hygienických potřeb, podávání léků, součinnosti s multidisciplinárním týmem mobilního hospice. Pečující osobou může být člen rodiny, známý, nebo ji lze zajistit pomocí pečovatelské služby. Nedílným předpokladem využívání služby je přirozeně vyplněná žádost o přijetí do péče, jež může mít odlišnou formu pro každý jednotlivý mobilní hospic (písemná žádost, elektronická žádost, osobní podání apod.). Nad rámec výše uvedeného si každý poskytovatel mobilní hospicové péče stanoví vlastní podmínky pro přijetí klienta. Za takovou lze považovat např. bydliště na území okresu, v němž služba působí.

Dostupnost mobilní hospicové péče je tématem, který pravidelně organizace, podporující přání umírajících prožít závěrečnou etapu svého života ve vlastním sociálním prostředí, hlasitě ve veřejném prostoru a na odborných platformách otevírají. Podle internetového portálu umírání.cz (2023) je v ČR k 1. 1. 2023 dostupných 94 služeb mobilní hospicové péče. Jejich rozložení v krajích, stejně jako počet obyvatel těchto krajů a počet obyvatel na 1 mobilní hospic v kraji zachycuje Tab. 2 níže. Pro úplnost musíme uvést, že počet obyvatel na 1 mobilní hospic v daném kraji je prostým podílem celkového počtu obyvatel kraje a počtu mobilních/domácích hospiců v něm; nezohledňuje tedy aktuální potřebnost mobilní hospicové péče pro daný konkrétní počet osob v terminálním stadiu onemocnění.

Tab. 2 Mobilní/domácí hospicová péče v České republice podle krajů (údaje k 1. 1. 2023)

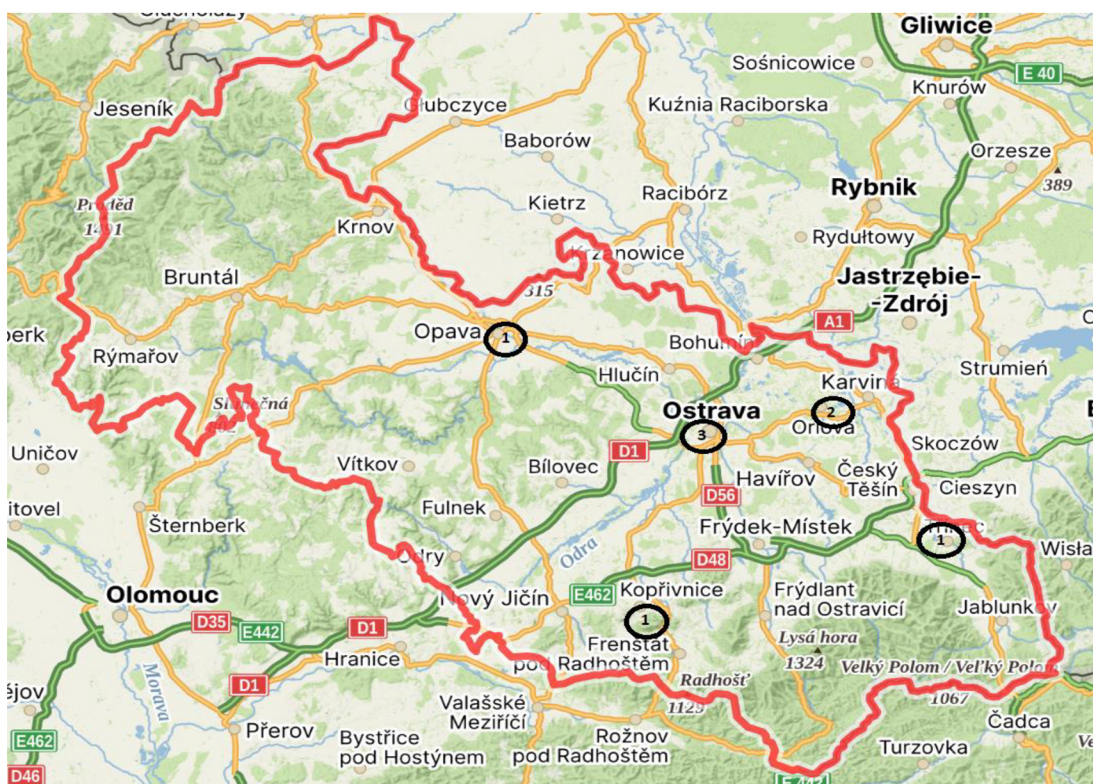
KRAJ	POČET MOBILNÍCH/DOMÁCÍCH HOSPICŮ	POČET OBYVATEL KRAJE K 31. 12. 2022	POČET OBYVATEL NA 1 MOBILNÍ HOSPIC V KRAJI
PARDUBICKÝ	6	528.760	88.127
PLZEŇSKÝ	3	605.390	201.797
PRAHA	2	1.360.000	680.000
STŘEDOČESKÝ	11	1.440.000	130.909
ÚSTECKÝ	4	812.340	203.085
VYSOČINA	8	514.780	64.348
ZLÍNSKÝ	14	580.530	41.466
OLOMOUCKÝ	5	631.800	126.360
MORAVSKOSLEZSKÝ	8	1.190.000	148.750
JIHOMORAVSKÝ	13	1.220.000	93.846
LIBERECKÝ	2	449.180	224.590
KRÁLOVEHRADECKÝ	6	555.270	92.545
KARLOVARSKÝ	2	293.600	146.800
JIHOČESKÝ	10	652.300	65.230
CELKEM	94	10.833.350	115.248

Zdroj: Umírání (2023), Český statistický úřad (2023), vlastní zpracování.

Jak uvádí Sláma z České společnosti paliativní medicíny (2018, s. 6), v ČR potřebuje každoročně paliativní péči cca 68.000 osob. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ve své Koncepti hospicové péče pro Českou republiku (2017, s. 5) hovoří o optimálním potřebném počtu poskytovatelů mobilní hospicové péče v rozsahu 1 mobilní hospic/100.000 obyvatel, tedy cca 1 mobilní hospic/1 okres v ČR. Z údajů Tab. 2 by se mohlo zdát, že optimálnímu potřebnému počtu cca 108 mobilních hospiců pro potřeby obyvatelstva České republiky se současný stav přibližuje, problematickou je však zejména rovina jejich dostupnosti pro obyvatele, žijící ve středně velkých městech a na venkově, tedy dle údajů Českého statistického úřadu pro 72 % obyvatel České republiky. Jak uvádí Fórum mobilních hospiců

(2023), mobilní hospic poskytuje péči v okruhu cca 30 kilometrů od místa, kde sídlí. Na příkladu Moravskoslezského kraje (viz Obr. 3) lze názorně poukázat na nerovnoměrné rozložení a s ním související nedostupnost služeb mobilních hospiců v ČR zejména pro menší města, vesnice a okrajové krajské části, akceptujeme-li vzdálenost 30 km od místa bydliště daného kraje. Osoby, žijící na severu/severovýchodě Moravskoslezského kraje (Bruntál, Město Albrechtice, Zlaté Hory) mají nejbližší službu dostupnou více jak 40 km (Bruntál – Opava = 42 km, Zlaté Hory – Opava = 66,4 km, Město Albrechtice – Opava = 40,9 km); alternativou pak pro ně není ani využít služby v rámci Olomouckého kraje – dojezdová vzdálenost mobilního hospice Charity Šumperk je v průměru 60 km.

Obr. 3 Rozložení služeb mobilního hospice v Moravskoslezském kraji



Zdroj: vlastní dopracování dle údajů Umírání (2023).

Nadto ukazuje Tab. 2, že průměrný počet obyvatel, potenciálně hledajících mobilní hospicovou péči v ČR, se na jeden mobilní hospic pohybuje v řádu 115.248 osob; konkrétně v Moravskoslezském kraji hovoříme o 148.750 osobách, připadajících na jeden mobilní hospic. I toto zjištění může být varovným ukazatelem, že mobilní hospicová péče v ČR není se samozřejmostí dostupná; naopak, je nezbytné i nadále pracovat na dostupnosti této služby pro každou osobu, jež si přeje prožít konec svého života ve svém sociálním prostředí.

Přesto, jak upozorňuje Huneš (In Zichová, 2020), nerovnoměrné zastoupení péče by mohlo být již v období následujících 3 let částečně zhojeno za pomoci Evropské unie, resp. skrze cílenou

alokaci prostředků z evropských fondů, za předpokladu, budou-li tyto využívány efektivně a účelně. Podle něj bylo v programovém období let 2014 - 2020 využito více než 900.000 Kč z Evropského sociálního fondu ke zkvalitnění a rozšíření služeb a kapacit terénního paliativního týmu a lze i nadále v rámci programů, zaměřených na podporu prevence a zmírnění sociálního vyloučení neformálních pečovatelů, kteří se doma starají o vážně nemocného nebo umírajícího blízkého, očekávat cílenou podporu ze strany českého státu pro zřízení dalších mobilních hospiců, rovnoměrně zastoupených a tudíž dostupných v rámci všech krajů České republiky.

V dikci Obr. 3 je rozložení služeb mobilního hospice v Moravskoslezském kraji neadekvátní potřebám potenciálních klientů v oblasti severu a severovýchodu. Nejen malé obce tohoto území, ale rovněž i větší města jako Bruntál, Rýmařov či Krnov nemohou pro své občany zajistit služby mobilní hospicové péče v přijatelné dojezdové vzdálenosti. S ohledem na strategické pozice daných měst se jeví nasadě vybudovat předmětnou službu ve městě Krnově, jež by mohla saturovat potřeby i pro okolí Bruntálska (dojezdová vzdálenost cca 23 km/25 min.), Rýmařovska (dojezdová vzdálenost cca 41 km/42 min.), či Vrbna pod Pradědem (dojezdová vzdálenost cca 32 km/34 min.).

Strategický plán města Krnova 2030 ve své analytické části z roku 2022 uvádí, že jednou z příležitostí města na budoucí období může být podnikání ve službách pro seniory vzhledem ke stárnutí populace; na navýšení investic města do služeb zdravotní a sociální péče akcentují obyvatelé Krnova, když v rámci online dotazníkového šetření, do kterého se zapojilo 984 respondentů, uvedla téměř polovina z nich, že by do dané oblasti byla ochotná investovat 3 miliony korun (Město Krnov, 2022, s. 12). Oblast zdraví je v Krnově hodnocena spíše negativně; přestože je péče ve městě na dobré úrovni, problematická je její dostupnost. Sociální péči považují obyvatelé města za kvalitní, nedostatečné jsou pak kapacity v domově pro seniory a domově se zvláštním režimem; zcela však chybí dostupnost služeb paliativní péče, tedy i služby mobilního hospice. Krnov má zpracovány tři strategické dokumenty v oblasti sociální péče. Jsou jimi Střednědobý plán rozvoje sociálních a návazných služeb na období 2021–2024, Koncepce sociálního bydlení na území města Krnova 2020–2023 (zaměřená na měkké nástroje, bytový fond a komunikaci s veřejností) a Strategický plán sociálního začleňování 2020–2023 (zaměřený na priority bydlení, zaměstnanost a prevence sociálně-patologických jevů). Od roku 2016 město každoročně vyhlašuje dotační programy na podporu krnovských organizací, působících v oblasti sociálních a návazných služeb. Celkový objem vyčleněných finančních prostředků z rozpočtu města je 460 tis. Kč. Vyčleněno je celkem 8 mil. Kč, s maximální výší podpory 1,2 mil. Kč na podporu registrovaných poskytovatelů sociálních služeb s územní působností v Krnově a na podporu vzniku nových sociálních služeb, rozšíření kapacity

a realizaci nových aktivit stávajících sociálních služeb. Od roku 2021 je realizován i dotační program Podnikej v Krnově!, s cílem podpořit podnikání či inovace pro začínající a stávající podnikatele ve městě (Město Krnov, 2022, s. 22–25).

Střednědobý plán rozvoje sociálních a návazných služeb Města Krnov na období 2021–2024, zpracovaný formou komunitního plánování, v rámci kapitoly *Zhodnocení plánů za období let 2017–2020* hovoří o několika vizích pro cílovou skupinu seniorů ve městě. Jsou jimi:

- terénní sociální služby se budou rozvíjet ke kvalitě,
- bude podpořen rozvoj stávající sítě pobytových a ambulantních služeb sociální péče pro seniory,
- bude podpořena osvěta, spolupráce a prezentace sociálních služeb pro seniory; cílem je rovněž nízkonákladové, bezpečné bydlení pro seniory (Město Krnov, 2021, s. 10).

Jedním z opatření k naplnění předmětných vizí je i realizace vzniku mobilního hospice Charitní pečovatelskou službou Krnov. Předmětné opatření bylo následně převedeno jako aktuální do nového plánu města; předpokládaný záměr se však zřejmě ani v období do konce roku 2024 nepodaří zrealizovat (Město Krnov, 2021, s. 10). Jednou z největších výzev je dle starosty města sestavení odborného týmu (In Kuba, 2022). Tento pohled je plně v souladu s informacemi, prezentovanými ve Strategickém plánu města, kdy se nedostatek kvalifikované pracovní síly a nízké mzdové ohodnocení jeví jako jeden z hlavních problémů města v současné době (Město Krnov, 2022, s. 40). V předmětném plánu je zmíněna i podpora neformálních pečujících, vstříc spolupráci s asistenty sociální péče (pracovníky Domova pro seniory Krnov) (Město Krnov, 2021, s. 12).²

4.2 Problematika legislativy a financování mobilní hospicové péče

Jedním z determinantů kvality v oblasti poskytování péče o umírající je kvalita jejího zákonného rámce. V současné české legislativě absentuje samostatný zákon o poskytování paliativní péče v hospicové službě. Vnitrostátní zákonná úprava vychází z mezinárodních dokumentů, primárně z Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, z Úmluvy o lidských právech a biomedicině a z již zmíněné Charty umírajících, tzn. z Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999. Výchozím

² Pozn.: Pro úplnost informací, týkajících se zamýšleného zřízení mobilní hospicové péče na území města (a potenciálních bariér tomuto bránících), bylo záměrem autorky práce kontaktovat též pověřenou osobu sociálního odboru města Krnova. Snaha o kontaktování sociálního pracovníka města probíhala telefonicky a emailem, v období měsíce srpen 2023 až březen 2024; podařilo se v jednom případě provést telefonický rozhovor se sociální pracovnící z Charita Krnov, která je zřízením mobilního hospice nakloněna. Byly poskytnuty informace o bariérách a vzdálenému termínu zajištění této služby v městě Krnov.

předpisem legislativní úpravy předmětné oblasti je vyjma Listiny základních práv a svobod zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. V ust. §5 odst. 2, písm. h) hovoří o paliativní péči jako o druhu péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, trpícího nevléčitelnou nemocí. Ust. § 10 tohoto zákona dále říká, že paliativní péče je zdravotní péčí, poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Ust. § 44a zákona pak právně zakotvuje hospic jako poskytovatele zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Předmětný zákon se rovněž zabývá oblastí práv pacienta, přestože tyto blíže nevymezuje, resp. neuvádí, co je jednáním typu důstojné zacházení zamýšleno. Důležitým milníkem zákona je ust. § 36, týkající se dříve vyslovených přání. Odst. 1 tohoto paragrafu říká, že „*pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.*“ Přestože poskytovatel péče musí brát na dříve vyslovené přání pacienta zřetel, odst. 5 předmětného paragrafu taxativně stanovuje výjimky, za kterých takto vyslovené přání nelze respektovat.

Paliativní péče je rovněž upravena i v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato kodifikace pokrývá sociální aspekty poskytování paliativní péče a v ust. § 7–30 upravuje podmínky poskytování příspěvku na péči jako dávky pro osoby závislé na pomoci jiné osoby. Oblast financování paliativní péče je legislativně řešena zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jež stanoví podmínky úhrady zdravotních služeb, vyhláškou č. 134/1998 Sb. a vyhláškou č. 411/2011 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., a která explicitně stanovuje samostatnou kapitolu 720 - paliativní medicína v domácím prostředí.

Základní oblasti paliativní a hospicové péče tedy pokrývají v české legislativě tři právní předpisy. Důležitou roli v oblasti formování paliativní a hospicové péče v ČR mají vyjma zákonné úpravy též koncepční materiály a standardy, konkrétně pak Standardy paliativní péče, Standardy hospicové paliativní péče a Standardy mobilní specializované paliativní péče. Současná roztržičnost právní úpravy v oblasti hospicové péče je způsobilá ovlivnit kvalitu a dostupnost hospicové péče; je proto nasnadě vnést znovu do veřejného prostoru debatu nad možností akceptace jednoho zákona, jež by komplexně pokrýval problematiku paliativní a hospicové péče v ČR plně zohledňující její zdravotně – sociální pomezí. Horecký (In Indrová, 2022) vnímá, že „*důsledkem nedostatečné integrace sociální a zdravotní péče je nedostatek jejich kapacit, neefektivní financování, špatná provázanost a prostupnost mezi jednotlivými*

službami a tím také velmi složitá orientace pro klienty těchto služeb.“ Prvotním krokem k možné legislativní změně může být pilotní projekt Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v kraji Vysočina, jehož cílem je „systémová změna ve vyhledávání osob s potřebou dlouhodobé péče a dále pak nastavení vhodné kombinace péče terénních sociálních i zdravotních služeb, péče neformálních pečujících a služeb pobytových. Testuje se tak nový model poskytování dlouhodobé péče, a to za pomoci krajského koordinátora a regionálních koordinátorů pomoci za účelem zvýšení kvality života klientů sociálně zdravotního pomezí“ (Indrová, 2022).

Financování hospicové péče vychází z jejího postavení v právním systému ČR, je vícezdrojové, přičemž zdravotní složka je systémově hrazena z veřejného zdravotního pojištění v dikci vyhlášky č. 134/1998 Sb. Dle této vyhlášky spadají do odbornosti domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu dva kódy (agregovaný výkon domácí paliativní péče klinicky nestabilní pacient, agregovaný výkon domácí paliativní péče klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy), v nichž je zahrnuta platba za veškerou poskytnutou zdravotní péči (výkony lékaře i sestry za pacientem bez ohledu na vzdálenost, léčba souvisejících komplikací, léčivé přípravky, spotřebovaný materiál, apod.). Náklady na veřejné zdravotnictví v ČR se však neustále zvyšují. Dle analýzy Svazu zdravotních pojišťoven (In Revírní bratrská pojišťovna, 2022) bylo v roce 2021 i v roce 2022 hospodaření zdravotních pojišťoven v deficitu, když příjmy z pojistného a z plateb za státní pojištěnce byly výrazně nižší než výdaje na veřejnou zdravotní péči. Deficit pak musí pojišťovny dorovnávat z vlastních rezervních fondů. Jak dále říká předmětná analýza, náklady ve zdravotnictví rostou více než čtyřnásobným tempem oproti české ekonomice, což může do budoucna ohrožovat udržitelnost celého systému. Z hlediska jednotlivých segmentů nejvýrazněji rostly v roce 2021 náklady na záchrannou službu, o 28 %, největší položkou v objemu finančních nákladů však byla i nadále lůžková péče s 229,3 miliardy korun (z toho nemocnice 211 miliard), kde meziroční nárůst činil 15 %, druhou nejnákladnější položkou pak byla ambulantní péče s 109,5 miliardy korun a růstem o skoro 9 % (Revírní bratrská pojišťovna, 2022). Celkové roční náklady na veřejné zdravotnictví činily v roce 2021 částku 406,8 mld. Kč. Vzrůstající trend nákladů je patrný i v roce 2022, kdy celkové náklady na zdravotní péči činily 425,3 mld. Kč, predikce pro rok 2023 předpokládá s dalším nárůstem o více než 48 mld Kč. Nadto se celkové saldo roku 2023 všech zdravotních pojišťoven očekává záporné, a to v celkové výši - 9,8 mld. Kč (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2022, s. 178).

Státní finanční podpora pro mobilní hospice je realizována prostřednictvím několika dotačních programů na podporu mobilní specializované paliativní péče, v rámci operačního programu

Zaměstnanost, prioritní osa Sociální začleňování a boj s chudobou. Tento projekt je financován Evropskou unií, z Evropského sociálního fondu a ze státního rozpočtu ČR. Cílem programu podpory je podpora rozvoje mobilní specializované paliativní péče, případně podpora poskytovatelům, jež se blíží parametrům této péče v ČR, za účelem zvýšení dostupnosti a kvality poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dotační program MZ ČR na podporu nestátních neziskových organizací pečujících o pacienty v terminálním stádiu onemocnění, poskytnutý na úhradu investičních i neinvestičních nákladů má vizi ve vytvoření optimálních podmínek pro podporu neziskových organizací, jež působí právě v oblasti péče o terminálně nemocné osoby. Rovněž MPSV ČR vyhláší každoročně dotační řízení, kdy se na základě žádosti krajů o poskytnutí dotace ze státního rozpočtu tyto přerozdělují poskytovatelům sociálních služeb, zapsaným v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Kraje v ČR podporují domácí hospicovou péči vlastními dotačními programy, deklarovanými koncepčními dokumenty jednotlivých krajů. Jak uvádí např. Koncepce paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020–2025, prioritou kraje je zajištění dostupnosti obecné i specializované paliativní péče na jejím území. Tomuto strategickému cíli se kraj hodlá v daném období přiblížit následujícími opatřeními (Moravskoslezský kraj, 2019, s. 36–37):

- **OPATŘENÍ 1: FINANČNÍ PODPORA A ZAJIŠTĚNÍ ROZVOJE PALIATIVNÍ PÉČE**
– částka 3.000.000 Kč z rozpočtu Moravskoslezského kraje,
- **OPATŘENÍ 2: VZDĚLÁVÁNÍ ODBORNÍKŮ VE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH** – částka 235.000 Kč z rozpočtu Moravskoslezského kraje, alokovaná na semináře, kurzy, konference,
- **OPATŘENÍ 3: ZLEPŠENÍ INFORMOVANOSTI VEŘEJNOSTI O PALIATIVNÍ PÉČI, TÉMATU SMRTI A UMÍRÁNÍ** – částka dle rozsahu činností – náklady na informační materiály, smluvní zajištění s médii,
- **OPATŘENÍ 4: PODPORA SPOLUPRÁCE A KOORDINACE SUBJEKTŮ, POSKYTUJÍCÍCH PALIATIVNÍ PÉČI** – v rámci organizace pravidelných setkávání členů pracovní skupiny paliativní péče, ve spolupráci s praktickými lékaři a jinými poskytovateli zdravotních služeb.

Přirozeně i ostatní kraje ČR vyhláší krajské dotační programy na podporu posílení financování a zajištění rozvoje hospicové péče na území svého regionu, neboť si jsou dobře vědomy skutečnosti, že hospicová péče není dosud dostatečně financována ze zdravotního pojištění a je tak odkázána na dary od dárců, na financování skrze nadace a nadačních fondů a na prodej vlastních výrobků a služeb. Tuto skutečnost stvrzuje i jedna z nejznámějších

organizací, poskytující služby nevyčísitelně nemocným v jejich přirozeném prostředí, s nabídkou podpory jejich blízkým – nezisková organizace Cesta domů. Ta ve své výroční zprávě z roku 2022 uvádí, že v témže roce získala 36,5 % objemu svých finančních prostředků z darů a 12,2 % z prodeje služeb a zboží, tedy více než 48 % z celkového finančního zajištění organizace pro rok 2023 tvoří právě příspěvky od dárců a vlastní činnost (Cesta domů, 2022, s. 20).

Absence zákona o paliativní péči v hospicové službě má nepříznivý dopad i na nejistotu v oblasti financování mobilní hospicové péče. Je tedy vhodné již jen zopakovat, že je namístě, aby hospicové služby byly podloženy koncepčně pojatou kompaktní legislativní úpravou, která by ošetřila různé aspekty jejich fungování a financování a nastolila tak větší právní jistotu. Je velmi pravděpodobné, že by tento krok ocenila všechna hospicová zařízení – lůžková i mobilní. Rozhodující úlohu v celém procesu musí sehrát zákonodárné složky, vláda, ale i občanské iniciativy, které jsou hybnou silou řady žádoucích legislativních změn.

4.3 Mobilní hospicová péče a sociální politika

Z pohledu sociální politiky se na propojení tématu mobilní hospicové péče a potřeby jejího zřizování můžeme dívat dvojí optikou. Za prvé z pohledu individuální zdravotní péče a za druhé z pohledu sociální péče. Individuální zdravotní péče je péčí zdravotníků (lékařů a zdravotnického personálu) s poskytováním léků a užitím zdravotních metod či techniky. Cílovou skupinou jsou všechny osoby na území státu ohrožené daným typem onemocnění. Důležitá je oblast podpory pozůstalým, kdy se sociální politika zaměřuje na příspěvní úhrady pohřbu, zabezpečení důstojné či minimální životní úrovně a zajištění zdravého a zdárného vývoje sirotků (Tomeš a kol., 2015, s. 223). Rodina, jako objekt sociální politiky, během umírání člena rodiny může významně pomoci. Blízcí hrají v průběhu nemoci významnou roli a jejich interakce ovlivňuje reakce umírajícího. Vážné onemocnění vnese do chodu domácnosti výrazné změny, jimž musí členové rodiny přivyknout (Kübler-Rossová, 2015, s. 81). Pečující může mít obavy např. ze ztráty zaměstnání. Je sice uzákoněn institut dlouhodobého ošetrového, ten však často není zcela přijímán zaměstnavateli. Dalšími obavami jsou přirozeně zvládnutí péče o umírajícího, vlastní emoce, emoce celé rodiny.

Sociální politika určuje směřování institucí zdravotní a sociální péče a stanovuje rámec pro jejich chod, což vychází z jejího hlavního cíle, kterým je vytvoření důstojných podmínek pro život a zajištění rovných příležitostí pro všechny, v oblasti zdravotní a sociální péče nevyjímaje. Dílčí cíle pak reagují na potřeby a vyjadřují zájmy společensky slabších vrstev, za předpokladu, že uspokojování těchto potřeb je přijatelné i pro vrstvy společensky silnější. K dosažení těchto

cílů je proto zapotřebí, aby sociální politika sledovala podmínky společenského vývoje, předvídala potenciály vývoje budoucího a byla schopná čelit ekonomickým a sociálním rizikům (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 42). Zároveň má k dispozici nástroje, prostřednictvím kterých může těchto cílů dosáhnout. Tyto nástroje vždy využívá s respektem k základním lidským právům a svobodám. Za konkrétní nástroje můžeme považovat sociální příjmy, sociální služby či věcné dávky, poskytované za účelem podpory a ochrany zdraví.

U klientů mobilní hospicové péče je nezbytné, aby sociální pracovník znal systém sociální ochrany, a na základě konkrétní situace klienta (a jeho rodiny) byl schopen doporučit či zajistit pro klienta dostupnou a účinnou pomoc. Systém sociální ochrany se skládá ze tří pilířů:

- sociální pojištění – nemocenské, zdravotní, důchodové,
- sociální podpory - např. příspěvek na bydlení,
- sociální pomoci - např. příspěvek na péči, dávky pro osoby se zdravotním postižením aj., přičemž je mu vlastní princip univerzality, když pokrývá na základní úrovni celou společnost, princip uniformity, tedy rovnosti v pravidlech pro každého jednotlivce, jakož i princip komplexnosti, adekvátnosti, sociální garance, solidarity a sociální spravedlnosti (Krebs, 2015, s. 72).

Pro účely základního vhledu do dané problematiky jsou níže popsány pouze základní možnosti podpory osob v terminálním stadiu nemoci a jejich rodin prostřednictvím daného systému, a to dávka dlouhodobého ošetrovného, vdovský/vdovecký důchod, sirotčí důchod a příspěvek na péči.

Rodina klienta může využít pilíře sociálního pojištění v rámci dávky dlouhodobého ošetrovného. Jedná se o dávku, která umožňuje občanům zůstat doma v situaci, kdy budou pečovat o člena rodiny. Základní podmínkou nároku je účast ošetrující osoby na nemocenském pojištění před začátkem čerpání dávky alespoň 90 kalendářních dnů v posledních 4 měsících (zaměstnanec), resp. alespoň 3 měsíce bezprostředně předcházejících dni nástupu na dlouhodobé ošetrovné (OSVČ). Podmínka hospitalizace ošetrované osoby není u osoby v inkurabilním stavu vyžadována. Specifickou podmínkou pro nárok na dlouhodobé ošetrovné je, že ošetrovaná osoba udělila souhlas s poskytováním dlouhodobé péče ošetrující osobě, a to na žádosti o dávku. Dávku lze čerpat maximálně 90 dnů, přičemž výše dlouhodobého ošetrovného činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den (Česká správa sociálního zabezpečení, 2023). Po úmrtí klienta, v dikci principu univerzality a uniformity, náleží manželce/manželovi zemřelé osoby nárok na pozůstalostní vdovecký/vdovský důchod. Tento nárok má vdova/vdovec po zemřelé osobě, která pobírala starobní nebo invalidní důchod nebo pokud ještě nebyla příjemcem důchodu, splnila ke dni

úmrtí podmínku potřebné doby pojištění pro nárok na důchod. Podmínkou je pak rovněž, že manželství existovalo k datu úmrtí osoby. Výše důchodu se odvíjí od délky důchodového pojištění po zemřelé osobě a výši jejích výdělků dosažených v rozhodném období; rovněž pak od skutečnosti, pobírá-li pozůstalý manžel/manželka starobní či invalidní důchod. V kladném případě dochází k tzv. souběhu důchodů, v rámci, něhož jsou porovnány procentní výše obou důchodů (tedy důchodu, který pobírá pozůstalá osoba a vyměřeného vdovského/vdoveckého důchodu). Nižší z procentních výměr důchodů pak náleží z jedné poloviny, vyšší zůstává beze změny (Česká správa sociálního zabezpečení, 2023). Nachází-li se v rodině osiřelé dítě, má nárok na sirotčí důchod po zemřelém rodiči či osvojiteli, za několika podmínek. Předně, pobíral-li zemřelý starobní či invalidní důchod nebo zemřel následkem pracovního úrazu. V ostatních případech pak musí zesnulá osoba získat stanovenou dobu důchodového pojištění, kterou upravuje zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění. Za nezaopatřené dítě je v dikci zákona považováno dítě do skončení povinné školní docházky, a dále do věku 26 let, připravuje-li se soustavně na budoucí povolání, nebo nemůže-li se na něj připravovat ze zdravotních důvodů. Nezaopatřeným dítětem je rovněž dítě vedené v evidenci úřadu práce, nemá-li nárok na podporu v nezaměstnanosti nebo při rekvalifikaci. Procentní výše výměry důchodu činí 40 % procentní výměry důchodu, který pobíral (nebo by pobíral) zemřelý rodič (Česká správa sociálního zabezpečení, 2023).

Sociální pomoc, jako finální stupeň sociální ochrany, představuje činnost subjektů směřující k tomu, aby osobám nacházejícím se v obtížné sociální situaci, popř. osobám, které jsou takovou situací ohroženy, byla poskytnuta pomoc, která jim umožní tuto situaci řešit nebo zmírnit (Duková, Duka, Kohoutová, 2013, s. 56). Cílem takové pomoci je nejen překonat stádium sociálně – ekonomických obtíží, ale i řešit trvale svízelné postavení osoby, jež není schopná obnovit svou sociální suverenitu, a je tedy trvale odkázána na lidskou solidaritu. Za základní funkce sociální pomoci (v dikci tématu mobilní hospicové péče) vnímá Krebs (2015, s. 108) funkci ochrannou, jejímž smyslem je řešení sociálních událostí ex post, s cílem chránit jednotlivce před sociálním vyloučením a chudobou, a funkci distribuční a redistribuční, zahrnující nejen rozdělování financí, ale také životních šancí a začleňování jedinců do společnosti. Lze však souhlasit i s názorem, že lze u osob v terminálním stadiu nemoci spatřit v rámci sociální pomoci i funkci homogenizační, jež je chápána i jako možnost stejných šancí k využití statků jako je péče o zdraví (v kontextu dostupnosti služeb mobilní hospicové péče). Sociální pomoc v ČR zahrnuje nejen sociální poradenství, sociální služby a pomoc v hmotné nouzi, ale také příspěvek na péči a dávky pro zdravotně postižené.

Nárok na příspěvek na péči má osoba starší jednoho roku, jež z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nezvládá péči o svou osobu a je závislá na pomoci osoby jiné. Při posuzování stupně závislosti je hodnocena schopnost zvládat deset základních životních potřeb (mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost); pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí, jak uvádí ust. § 9 odst. 5 zákona č. 108/2006 Sb., existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách. Výše příspěvku na péči se řídí ust. § 11–12 a je rozdílná pro osoby do 18 let věku a pro osoby starší. Kritéria, na základě, kterých lze nárokovat příspěvek na péči, jsou mnohdy předmětem odborné kritiky a debat. Kritika směřuje k několika aspektům – předně, kritéria pro přiznání nároku na příspěvek na péči se zaměřují na fyzickou, resp. zdravotní neschopnost žadatelů, nezohledňují jejich psychické, sociální a emocionální potřeby. Nadto nemusejí vždy reflektovat dostatečně různorodé potřeby a situace žadatelů, což může vyústit do situace, kdy jsou osoby, jež by příspěvek potřebovaly, systémem odmítnuty. Proces žádosti o příspěvek na péči je poměrně byrokraticky složitý a náročný, což způsobuje značný diskomfort a frustraci žadatelům a jejich rodinám. Výše příspěvku na péči navíc nemusí být dostatečná pro pokrytí všech nákladů spojených s péčí a podporou. Český systém je rovněž nastavený na pravidelná hodnocení a revize, s cílem ověřit, zdali poživatelé příspěvku i nadále splňují kritéria pro jeho čerpání. To může být zejména pro starší osoby, osoby s nestabilním zdravotním stavem a pro osoby umírající velmi stresující situace. Závěrem pak může být problematickou rovinou i rovina transparentnosti, týkající se toho, jak jsou kritéria stanovena, jakým způsobem hodnocena a jak probíhají vlastní revize; nedostatek transparentnosti může být způsobilý k projevu nedůvěry v systém jako celek a v jeho principy.

5 Analýza potřebnosti zřizování mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji

Dostupnost služeb mobilní hospicové péče, s níž je spojena kvalita života umírajících osob, je stěžejním tématem (nejen) předmětné analýzy potřebnosti. Avšak kvalita péče v určitém regionu není pouze o kvalitách jedné instituce a poskytovaných služeb, ale také o koordinaci specializovaných služeb a o znalosti relevantních konsekvencí. Jsou-li služby provázány v rámci regionální sítě, bude se zlepšovat i paliativní péče, a tedy i mobilní hospicová péče. Aby toto bylo splněno, musí existovat účinná koordinace a široké spektrum služeb a subjektů v paliativní péči. Zároveň je zapotřebí podrobně znát příčinu vzniku problému, úzce související s demografickým vývojem země (potažmo kraje), stejně jako možnosti, nabízející se pro zhojení problému dostupnosti péče a zlepšení kvality života umírajících osob a jejich rodin. Důvodem zpracování předmětné analýzy potřebnosti je rovněž i sumarizace poznatků ze zahraničí, konkrétně pak z Rakouska, jehož systém mobilní hospicové péče by mohl být inspirací pro český model péče následujících dekád. Daná analýza potřebnosti zřizování mobilních hospiců by měla zahrnovat komplexní údaje, týkající se mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji, včetně demografických údajů, s nimiž potřebnost služby souvisí, seznamu stakeholderů, přímo či nepřímo podílejících se na dostupnosti mobilní hospicové péče v kraji, jakož i analýzu příležitostí a hrozeb, vyplývajících ze současného stavu.

5.1 Popis metod získání dat

Forma získání informací byla deskripce odborné literatury a obsahová analýza vládních dokumentů (Zdraví 2030 a navazující analýza), zpráv krajů a strategických dokumentů. Bylo využito dostupných internetových informací, výzkumných šetření Cesty Domů a STEM/MARK, údajů Českého statistického úřadu. Cenným zdrojem byly také odborné články z časopisů Sociální práce/Sociálna práca a Sociální novinky. Obsahová analýza byla provedena pomocí různých technik, jako je vyhledávání pomocí klíčových slov. Tato technika se zaměřuje na nalezení a identifikaci klíčových témat. A dále technika kategorizace, kdy se zjištěné informace rozdělí do různých kategorií a podkategorií na základě určitých kritérií. Kritérii pro rozdělení informací bylo, zda se jedná o statistická data či teorii. Teoretický obsah byl tříděn do hlavních kapitol a podkapitol. Statistická data a praktická část následně do kapitol analýzy potřebnosti. Do teoretické části byly začleněny poznatky ze studijní praxe, osobní zkušenosti a informace získané rozhovorem s hospicovou sestrou, která se zabývá nyní hlavně doprovázením klientů, byla však u zrodu několika hospiců (Hospic Frýdek-Místek, Strom

Života a nyní Adra Havířov). Využity byly rovněž informace, získané formou rozhovorů od zřizovatelů či zakladatelů mobilních hospiců (Mobilní hospic Ondrášek a Charita Moravská Třebová).

5.2 Příčiny vzniku problému a jeho dopady na cílovou skupinu a společnost

Český statistický úřad (2023, s. 21–27) ve své projekci očekávaného vývoje obyvatel ČR odhaduje, že po celou druhou polovinu 21. století bude v České republice žít 2,5x více seniorů než dětí. Tím se významně zvýší index stáří, jež dává právě tyto dvě skupiny do vzájemného vztahu. Dle předmětné projekce by nejvyšší podíl nejstarších obyvatel měla mít v roce 2050 Praha, naopak nejnižší podíl obyvatel starších 65 let by měl i nadále setrvat v krajích severních Čech (Český statistický úřad, 2023, s. 26). Územní rozdíly ve věkovém složení, které jsou v současnosti stále poměrně výrazné, by se měly ale postupně zmenšovat. Níže uvedený Obr. 4 ukazuje očekávanou procentní strukturu obyvatelstva dle hlavních věkových skupin a index stáří v krajích, v porovnání let 2002–2050. Z něj je na příkladu Moravskoslezského kraje patrné, že zatímco v roce 2002 tvořila věková skupina 15–64 let více než 71 % celkové populace v kraji, v roce 2050 je predikováno její snížení na 55,6 %, a to v přímém důsledku nárůstu počtu osob ve věku 65 a více let; tyto osoby by měly mít v roce 2050 v kraji zastoupení takřka jedné třetiny obyvatel namísto 12,5 % v roce 2002. Nutno si uvědomit, že předmětná projekce pracuje s migrační politikou. Nebudou-li v kraji přibývat v důsledku stěhování osoby produktivního věku, povede tato skutečnost k ještě výraznějšímu zhoršení věkové struktury.

Obr. 4 Očekávaná procentní struktura obyvatelstva podle hlavních věkových skupin a index stáří v krajích, 2002 a 2050

Kraj	0-14		15-64		65+		Index stáří ¹⁾	
	2002	2050	2002	2050	2002	2050	2002	2050
Hlavní město Praha	13,0	13,9	71,1	51,8	16,0	34,3	123	246
Středočeský	15,5	13,0	70,3	55,0	14,2	31,9	92	245
Jihočeský	15,9	12,6	70,3	54,7	13,8	32,7	86	260
Plzeňský	15,2	12,2	70,4	54,6	14,4	33,2	95	272
Karlovarský	16,3	13,3	71,5	55,9	12,2	30,8	74	232
Ústecký	16,4	13,2	71,4	56,5	12,2	30,2	74	229
Liberecký	16,3	13,3	70,9	55,6	12,8	31,1	79	234
Královéhradecký	15,7	12,9	69,7	54,7	14,6	32,4	93	251
Pardubický	16,2	12,6	69,6	55,1	14,2	32,3	87	258
Vysočina	16,5	12,3	69,5	55,0	14,0	32,7	85	266
Jihomoravský	15,4	12,2	70,2	53,9	14,4	33,9	94	277
Olomoucký	15,8	12,1	70,4	54,5	13,7	33,4	87	277
Zlínský	15,8	12,3	70,3	54,4	14,0	33,3	88	271
Moravskoslezský	16,3	12,1	71,1	55,6	12,5	32,3	77	266
CR – střední varianta bez migrace	15,6	12,4	70,5	56,3	13,9	31,3	89	252

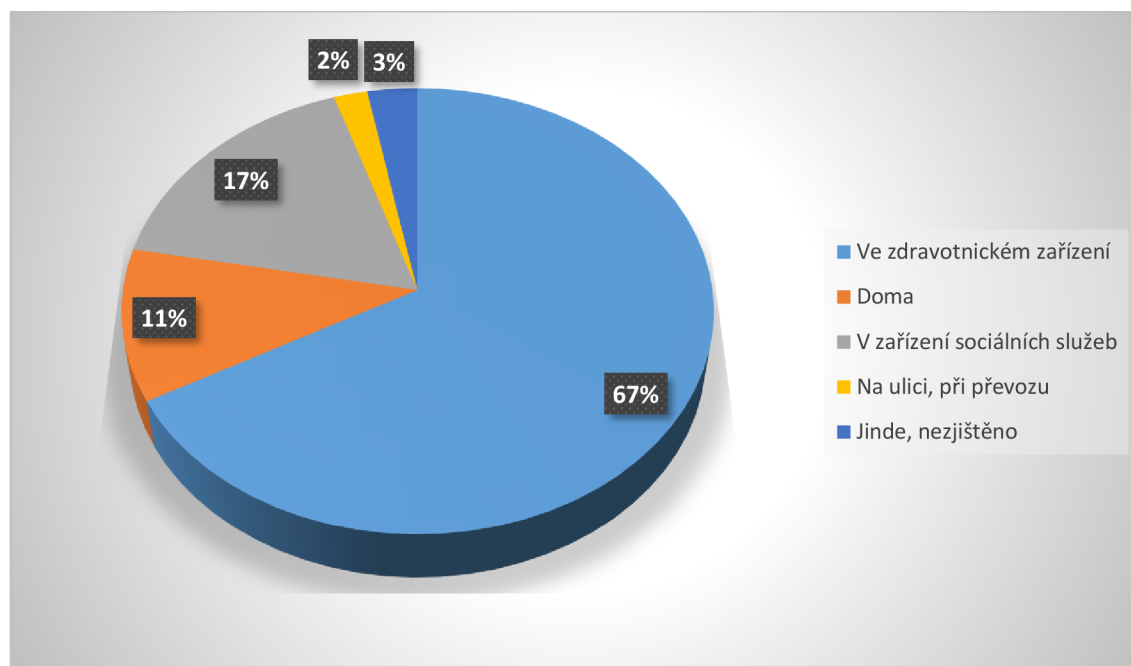
¹⁾ Počet osob ve věku 0-14 a 65 a více let na 100 osob ve věku 15-64 let

Zdroj: Český statistický úřad (2023, s. 26).

Projekce a budoucí statistiky se zcela jednoznačně shodují, že v následujících třiceti letech dojde k velkému nárůstu podílu obyvatel starších 65 let. S tímto bude spojena vyšší nemocnost typická pro populaci seniorů. Prognostické modely v rámci analytické studie Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019, s. 39) ukazují nárůst pacientů se zhoubnými útvary, nemocemi svalové, kosterní, oběhové soustavy atd. včetně diabetu, a dále nárůst neurodegenerativních onemocnění jako např. demence, Alzheimerova choroba. Tento nepříznivý vývoj pak bude velkou výzvou pro segment paliativní medicíny a pro oblast zdravotnicko – sociálních služeb v době konečné fáze života.

Odhady vyspělých zemí ze západu ukazují potřebu paliativní péče u 60-80 % všech úmrtí. Česká republika, vzhledem ke své struktuře mortality, bude mít velmi obdobnou potřebu paliativní péče. Očekávaná úmrtí v rámci diagnostických šetření (59,2 % úmrtí – chronické příčiny, až 60 tis. zemřelých ročně) ukazují, že segment služeb mobilní hospicové péče může přinést snížení akutních hospitalizací v závěru života pacienta (Moravskoslezský kraj, 2019, s. 8). Pro úsporu nemocničních kapacit bude proto velmi podstatné rozšiřovat síť domácí paliativní péče. Otázka dostupnosti a kvality paliativní péče se v ČR ve velmi významné míře dotýká nejen lůžkových zařízení a zařízení sociálních služeb, nýbrž i zařízení následné a komunitní péče. Graf 1, shrnující informace z roku 2018, ukazuje, že pacienti s potřebou paliativní péče zmirávají v České republice nejčastěji ve zdravotnických zařízeních.

Graf 1 Kde umírají pacienti s potřebou paliativní péče v ČR (2018)



Zdroj: vlastní zpracování dle Slámy (2018, s. 13-14).

Plán řešení musí být nastaven tak, aby integrace včasné paliativní péče byla začleněna do systému péče. Dle Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019, s. 39), „kombinace služeb poskytovaných v domácím prostředí pacientů, mobilních služeb a služeb specializovaných týmů může přinést snížení počtu akutních hospitalizací na konci života.“

Z pohledu struktury služeb je nutno:

- vyvážit sítě a struktury lůžkového fondu, posílit status domácí péče a mobilní paliativní péče,
- posílit multioborovou péči v komunitě či v mobilní podobě a zvýšit její dostupnost,
- zavést programy posilující status role rodinných příslušníků a dalších neformálních pečujících,
- podporovat rozvoj a harmonizovat politiku úhrad,
- motivovat krajské úřady k zajištění dostatečného počtu institucí na jeho území s přihlédnutím k vývoji, neb se jedná o vhodnou alternativu k hospitalizacím (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019, s. 26–46).

Do plánu řešení je možné zahrnout komunitní plánování měst a krajů, advokacie, networking a získávání zkušeností ze zahraničí. Komunitní plánování může pomoci zajistit, že politiky a programy jsou navrženy tak, aby odpovídaly potřebám místních komunit. Advokacie může

zvýšit povědomí o sociálních problémech a podpořit změny v politice a praxi. Networking a zkušenosti ze zahraničí mohou přinést nové nápady a osvědčené postupy do místního kontextu a příležitost k výměně zkušeností a učení se od ostatních.

5.3 Dostupnost služeb hospicové péče v kraji

Integrace včasné paliativní péče do systému péče je mimo jiné podmíněna dostupností služeb hospicové péče. Tab. 3 podává přehled nejen o službách mobilní hospicové péče, ale i o lůžkových hospicích, ambulancích paliativní medicíny a agenturách domácí péče v Moravskoslezském kraji. Obr. 5 pak ilustruje jejich geografické rozložení na mapě tohoto kraje.

Tab. 3 Přehled služeb hospicové péče v Moravskoslezském kraji (k 1. 1. 2023)

Mobilní hospice	Lůžkové hospice	Ambulance paliativní medicíny	Agentury domácí péče
Havířov – Strom života	Hospic Frýdek - Místek, p.o.	Havířov - Strom života	Bruntál - Sestřička.cz
Karviná – Slezská humanita	Ostrava - Hospic sv. Lukáše	Nový Jičín - Strom života	Frýdek - Místek - Salvia
Nový Jičín – Strom života		Nový Jičín - Ambulance paliativní medicíny	Frýdek - Místek - Šebestová s.r.o.
Opava – Pokojný přístav		Opava - Slezská nemocnice Opava	Karviná - Mizerov - Slezská humanita
Ostrava – charitní středisko sv. Kryštofa		Ostrava - Strom života	Karviná - Nové Město - CURA MEDICA
Ostrava – Ondrášek		Ostrava - Fakultní nemocnice Ostrava	Odry - Charita Odry
Ostrava – Strom života		Ostrava - Ondrášek	Odry - Sestřička.cz
Třinec – MEDICA			Ostrava - Charita Ostrava
			Rýmařov - Diakonice ČČK
			Třinec - MEDICA

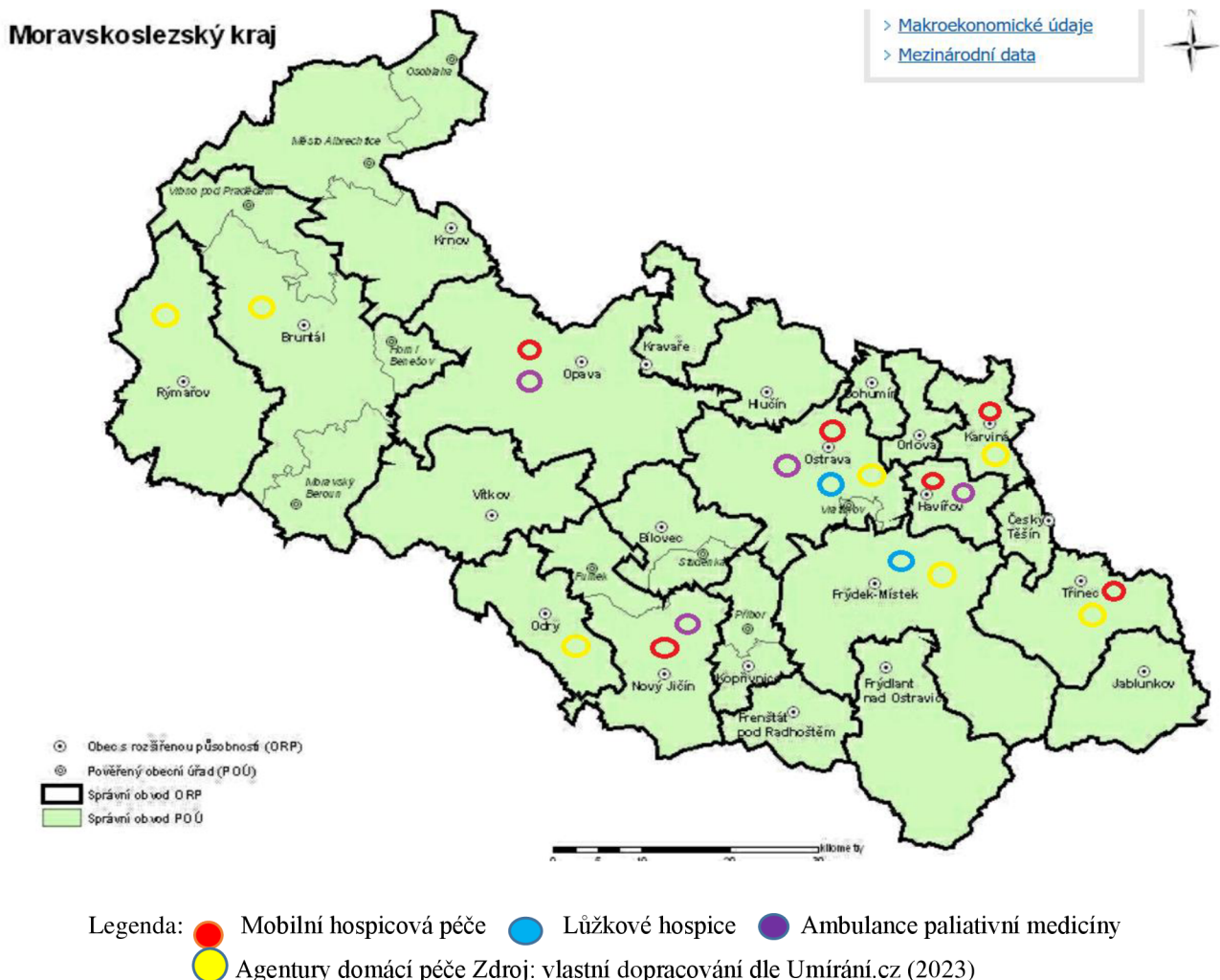
Zdroj: vlastní zpracování dle Umírání.cz (2023).

Z Tab. 3 je patrné, že mobilní hospicová péče je v kraji zastoupena v osmi případech, lůžkové hospice jsou dostupné ve dvou velkých městech kraje, ambulance paliativní medicíny jsou dostupné na celkem osmi místech, a finálně pak agentury domácí péče jsou k dispozici v sedmi městech kraje. Agentury domácí péče však zajišťují pouze návštěvy zdravotních sester

v domácnostech u pacientů v závěru života, v rozsahu nepřekračujícím 6 hod./den (Umírání.cz, 2023). Konziliární týmy paliativní péče, jež působí v nemocnicích, a jejichž součástí je holistický přístup, tedy péče o psychické, sociální a duchovní potřeby nemocných, je možné v kraji využít pouze ve Fakultní nemocnici Ostrava a v rámci Geriatrického a doléčovacího oddělení ve Slezské nemocnici Opava.

Dle Obr. 5 lze určit problémové oblasti dostupnosti hospicové péče. Jsou jimi zejména sever a severovýchod kraje, tedy oblasti Osoblahy, Města Albrechtice, Krnova, Vrbna pod Pradědem, ale i Rýmařova či Bruntálu, kde není k dispozici žádná nepřetržitá služba hospicové péče. Jih kraje není rovněž dostatečně pokryt službami, zaměřující se na hospicovou péči, konkrétně pak oblast Frýdlantu nad Ostravicí či Jablunkova. Co však není z Obr. 5 explicitně zřejmé, je skutečnost, že i okresy s relativní dostupností hospicové péče vykazují disproporce, když je tato péče situována téměř výlučně ve velkých či větších městech typu Opava, Nový Jičín apod.; malá města či přilehlé vesnice tedy nemají dostatečné zázemí služeb pro péči o umírající osoby a jejich rodiny

Obr. 5 Geografické rozložení služeb hospicové péče v Moravskoslezském kraji



5.4 SWOT analýzy problematiky mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji

SWOT analýza je jedním z nástrojů, metodou, jak identifikovat silné a slabé stránky, jakož i příležitosti a hrozby spojené s určitou tematikou. Tab. 4 níže proto představuje SWOT analýzu v kontextu tématu mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji. Tab. 5 pak navazuje na Tab. 4 a poukazuje na silné a slabé stránky potenciálního zřízení mobilní hospicové péče ve vybraném městě Moravskoslezského kraje, jakož i na příležitosti a hrozby, kterým může projekt v blízké budoucnosti čelit.

Tab. 4 SWOT analýza – mobilní hospicová péče v Moravskoslezském kraji

Silné stránky	Slabé stránky
Dobrá síť poskytovatelů hospicové péče v „centru“ MS kraje	Úhrada mobilní specializované domácí péče neumožňuje souběh s péčí jiného poskytovatele zdravotních služeb
Podpora dobrovolnictví v oblasti hospicové péče	Nedostatečná dostupnost hospicové péče v oblasti Krnovska, jakož i v menších městech a vesnicích kraje
Dlouhodobá podpora hospicové péče ze strany Moravskoslezského kraje	Výjimka z dodržování zákazu stání je dle § 67 zákona č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, umožněna pouze lékařům konajícím návštěvní službu, nikoli sestřám
Dětská paliativní a hospicová péče od roku 2011 (první v ČR, Hospic Ondrášek) v současné době předávání zkušeností do celé ČR	Nevyrovnanost platového ohodnocení sester v hospicové domácí péči vůči platovému ohodnocení sester v nemocnicích s ohledem na náročnost poskytování hospicové péče a nepřetržitost provozu
Poptávka ze strany pacientů	Čekací doba, pořadníky v ambulantní i lůžkové péči
Příležitosti	Hrozby
Zatraktivnění oboru paliativní medicíny, i v oblasti vzdělávání, spolupráce se zdravotnickými školami	Roztříštěnost legislativy a nepřehlednost úhrad
Zlepšení osvěty a medializace	Nedostatečné pokrytí nákladů úhradami z veřejného zdravotního pojištění

Provázání sociálních a zdravotních služeb v rámci systému financování	Nezájem o obor, stigma oboru
Zřízení paliativních lůžek v nemocnicích, LDN a v sociálních službách	Nedostatečný rozvoj odborného zdravotního personálu ve vzdělávání v paliativní péči
Legislativní úprava – nová legislativa, sjednocení k porozumění	Migrace personálu mimo obor z důvodu mzdového ohodnocení či burn-out syndromu
Vstup nových poskytovatelů služeb mobilní hospicové péče v kraji	
Podpora pro vznik dosud nedostatečného počtu konziliárních týmů v rámci nemocnice	
Zvýšení počtu ambulancí paliativní medicíny primárně v malých městech kraje	

Zdroj: vlastní zpracování.

Tab. 5 SWOT analýza – zřízení mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji – Krnov

Silné stránky	Slabé stránky
Podpora ze strany kraje – zájem o vznik služby v dle Konceptu paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020–2025	Nedostatek kvalifikovaného personálu (lékaři se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně, všeobecné sestry, zdravotničtí pracovníci nelékaři)
Dle NOZ poměrně jednoduché kroky pro založení zapsaného ústavu	Financování služby
Podpora ze strany města – v dle Strategického plánu města 2023–2030 a usnesení Zastupitelstva města	Úskalí pro registraci
Aktivita ze strany Charity Krnov	Zkušenosti s poskytováním služby
Příležitosti	Hrozby
Podpora jiných organizací – Salvator Krnov, Charita Krnov (sdílení dobré praxe), spolupráce s Městem Albrechtice, Střední zdravotnickou školou	Nedostatečné návazné služby
Kvalitní fundraising	Migrace zaměstnanců do jiných krajů s lepšími platovými podmínkami
Nabídka zaměstnání, vznik nových pracovních míst – spolupráce s REINTEGRA,	Absence smluv se zdravotními pojišťovnami

z. s. Krnov, Slezskou diakonií Krnov – Pod Cvilínem	
Zlepšení kvality péče o umírající a jejich rodiny	Konflikt sociálně – zdravotního pomezí
Soulad s národní i krajskou strategií péče	Nedostatek finančních prostředků na provoz
Vzdělávání neformálních pečujících – ČAPS: Edukační program pro neformální pečující, Svaz měst a obcí ČR – Kurzy dalšího vzdělávání zaměřené na podporu sociální práce s neformálními pečujícími	Omezené možnosti rozvoje
Přímé zapojení rodiny do péče o umírající osobu	
Služba není pro dané území dostupná	
Poptávka ze strany klientů, rodin, komunit i systému	

Zdroj: vlastní zpracování.

Pokud na problematiku zřízení mobilního hospice nahlížíme z praktického pohledu zřizovatelů či uchazečů o provoz tohoto zařízení, musíme vzít v potaz, že jako jedna z nejtěžších záležitostí se jeví výběrové řízení na krajském úřadě. Při tomto řízení jsou účastní zástupci kraje a zdravotních pojišťoven. Zřizovatel musí svůj záměr přednést a zdůvodnit, představit analýzu potřebnosti a snažit se tímto o získání souhlasu k provozu. Druhý nejtěžší krok je následná registrace služby, protože do toho spadá doložení personálního obsazení s konkrétní kvalifikací. Najít takto kvalifikovaný personál se jeví jako velký problém, s čímž souhlasili v rámci osobního rozhovoru např. zřizovatelé služeb Charity v Moravské Třebové a Mobilního hospice Ondrášek. Na trhu práce se bohužel nenachází dostatek kvalifikovaných všeobecných sester, což je převážně dáno tím, že před rokem 2018 vzdělávací systém nastavil, že střední odborné vzdělávání produkovalo zdravotnické asistenty. Tento systém se změnil v roce 2018, kdy střední školy již začaly vyučovat obor praktická sestra. Avšak i přesto pro fungování mobilního hospice je nutno mít kvalifikaci všeobecná sestra, tedy navazující vzdělání na vyšší odborné škole či vysoké škole. Což také potvrzuje v rozhovoru sociální pracovnice pečovatelské služby Charita Krnov (zmiňovaným dalším problémem je nízké mzdové ohodnocení této pozice v Charitě Krnov).

Dalším sdíleným problémem, se kterým se organizace hospicové péče setkávají, je financování služeb. Zdravotní oblast je hrazena ze zdravotního pojištění, dalším zdrojem jsou veřejné rozpočty, dotace ze státního rozpočtu, dotace z rozpočtů samosprávních celků, sponzorské dary, příjmy z vedlejší činnosti nebo ze zdrojů Evropské unie. Z praktického hlediska získávání dotací je nezbytné, aby organizace měla ve svém obsazení osobu kvalifikovaného fundraisera, která hlídá vypsané dotace a umí se v problematice orientovat. Dohlíží na termíny finalizace projektů a je kompetentní k tvorbě žádostí o dotace a k jejich vyúčtování, neboť tyto jsou velmi významnou příjmovou složkou služby mobilní hospicové péče.

Podíváme-li se na problémy při zakládání mobilních hospiců a dáme je do kontrastu s komunitním plánem kraje, vyvstává do popředí otázka, proč je tolik úskalí získat registraci, když je mobilní hospicová péče tak žádoucí? Poptávka je signifikantně od samotných klientů, rodin, skupin, komunit i systému patrná. Přesto, jako by systém neviděl jistou obtížnou dosažitelnost cílů, které si dává v komunitním plánu, či do vládních strategiích v této oblasti. Ač je služba žádoucí, tak zřízení a provoz je komplikovaný, náročný a někdy se i přes veškeré úsilí nepodaří stanoveného cíle dosáhnout.

Mobilní hospicová péče musí být nejen v Moravskoslezském kraji časově, finančně a odborně (personálním vybavením) dostupná. Důležitým krokem koncepce je vymezení financování pro všechny druhy poskytované paliativní péče s časovou dostupností, včetně využívání dotačních programů a individuálních dotací s podporou kraje, Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších. Významné je jasné vymezení spolupráce ošetřujícího lékaře s poskytovateli paliativní péče.

Za příležitosti pro podporu hospicové péče v Moravskoslezském kraji lze považovat zejména: změnu legislativy, větší finanční podporu z veřejného zdravotního pojištění, změnu financování konkrétní péče, změnu úhradové vyhlášky, posílení lidských zdrojů, akcent na neformální pečující a doprovázející osoby, vzdělávání v oboru paliativní medicíny a péče, a rovněž vzdělávání v oblasti doprovázení umírajících. Ze strany Moravskoslezského kraje je podporu možno spatřit v oblastech:

- zřízení jednotné databáze propojující zdravotní a sociální služby,
- zpracování edukativních materiálů k paliativní péči, určené pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky,
- participace praktických lékařů a nemocnic na zvýšení informovanosti,
- rozšíření sítě ambulancí paliativní medicíny, paliativních týmů v nemocnicích a terénu, podpůrné péče a poraden paliativní péče,

- zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní, hospicové péče a dostatečného vybavení vozidel pro poskytovatele,
- zajištění dostatečného objemu investičních prostředků, určené pro vytvoření vhodného prostředí a zázemí pro umírající a jejich rodiny i doprovázející osoby,
- péče o pozůstalé (spolková činnost, pravidelné setkávání, programy pro pozůstalé děti)
- podpory vzájemné komunikace a spolupráce pobytových sociálních služeb a paliativních týmů.

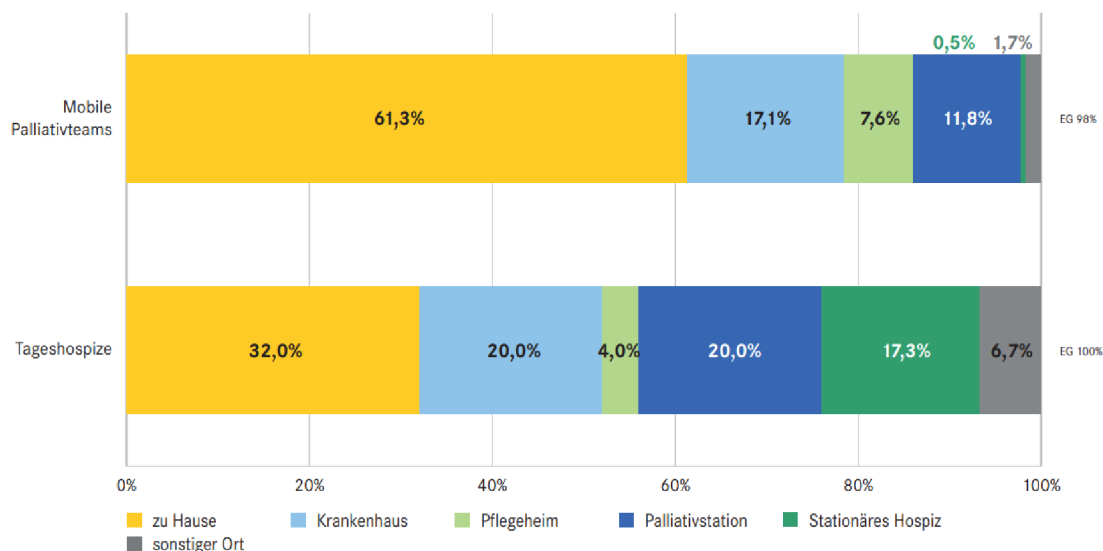
5.5 Příklady řešení dané problematiky v Rakousku

Ze zahraničí je možné inspirovat se zemí, jejíž historie hospicové péče počíná ve stejném období jako v České republice – Rakouskem. Systematické ukotvení hospicové a paliativní péče v rakouském systému zdravotní péče proběhlo poprvé v roce 1999. Od roku 2001 bylo dohodnuto a konkrétně plánováno celostátní zřízení a rozšíření jednotek paliativní péče v nemocnicích akutní péče mezi federální vládou a všemi spolkovými zeměmi (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021). Jednalo se o první krok směrem ke koncepci hospicové a paliativní péče v Rakousku, která zahrnuje všechny oblasti péče. Od roku 2005 existuje mezi spolkovou vládou a všemi spolkovými zeměmi v rámci aktuálně platné *Dohody podle článku 15 a spolkové ústavy o organizaci a financování systému zdravotní péče* ujednání, že prioritou je rozšíření rovnocenné celostátní odstupňované péče v paliativním a hospicovém sektoru v celém Rakousku (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021). O rok dříve pak definovala skupina odborníků pověřená rakouským Ministerstvem zdravotnictví šest typů specializovaných pečovatelských služeb v ambulantním a lůžkovém sektoru, včetně plánovacích doporučení a strukturálních kritérií kvality, které se vzájemně doplňují. Koncept odstupňované hospicové péče v Rakousku, resp. koncepce mobilní hospicové péče, zejména rozsah jejích služeb, je uveden v Příloze 2 této práce. V základu tvoří prioritu mobilní hospicové péče v Rakousku 24/7 poradenství a vedení v oblasti léčby bolesti, kontroly symptomů, holistické péče a psychosociální podpora, poradenství a podpora v sociální oblasti, týkající se příspěvku na péči a hospicové dovolené, pomoc psychosociálního charakteru pro umírající osoby a jejich příbuzné, jakož i zajištění pastorační podpory, telefonického poradenství, interních a externích vzdělávacích aktivit, či podpora dobrovolnictví a networking (Bundesministerium für Gesundheit, 2014, s. 35).

Důležitost mobilní hospicové péče v Rakousku, v kontextu přání zemřít doma, je explicitně patrná i z níže uvedeného Obr. 6. Tento ukazuje, že osoby, o něž pečovaly rakouské mobilní

paliativní týmy, mohly zemřít ve více než 61 % doma; 7,6 % pak zemřelo ve svém sociálním prostředí v domově pro seniory či v domově s pečovatelskou službou. Naproti tomu osoby, o něž bylo pečováno v lůžkovém hospici, zemřely ve více než 57 % v nemocničním zařízení nebo v zařízení obdobného typu; tedy pouze každá třetí osoba zemřela v domácím prostředí.

Obr. 6 Místo úmrtí klientů mobilní hospicové péče x lůžkových hospiců v Rakousku (2021)



Zdroj: Hospiz Österreich, 2021, s. 21.

Od přelomu tisíciletí Ministerstvo zdravotnictví a systémoví partneři spolkového, státního a sociálního pojištění v rámci Spolkové agentury pro zdraví proto průběžně realizují aktivity na podporu rozvoje a rozšiřování hospicové a paliativní péče v Rakousku. Důraz je kladen zejména na tvorbu a schvalování celorepublikových koncepcí, plánování a kritérií kvality. Kromě toho jsou iniciovány a financovány aktivity na doprovod, kontrolu, propojení a podporu rozvoje a expanze ve formě informačních materiálů, poradenství, networkingových setkání, diskusních fór a monitorování vývoje (Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021). Rovněž byla do rozšíření fondu péče, o kterém rozhodla Národní rada na začátku července 2013, zahrnuta mobilní péče hospicových a paliativních týmů, a dětská hospicová a paliativní péče byla stanovena jako priorita při zavádění inovativních opatření. S novelou zákona o fondu péče, která vstoupila v platnost v roce 2017, jsou každoročně k dispozici další finanční prostředky na rozšíření služeb hospicové a paliativní péče na období let 2020–2030.

Česká mobilní hospicová péče by mohla následovat rakouského modelu, významného zejména velkým objemem finančních prostředků z veřejných rozpočtů státu a regionů, důrazem na propojení kvality péče a zvýšení povědomí o možnostech využívání mobilní hospicové péče,

jakož i iniciováním pravidelných networkingových setkání a průběžné kontroly efektivity a dostupnosti služby, zejména ve výše uvedených oblastech.

Klíčovou se bude jevit podpora regionálního a zejména národního charakteru při alokaci veřejných prostředků na podporu rozvoje mobilní hospicové péče, jakož i na edukaci personálu, působícího na pozemí zdravotně – sociálních služeb. Stěžejní úlohu budou hrát rovněž pojišťovny, jako nezbytný partner financování péče, a iniciativa ze strany představitelů Vlády České republiky, při prosazování záměrů a cílů hospicové a paliativní péče, obdobně, jako je tomu právě v rakouském modelu péče o umírající osoby.

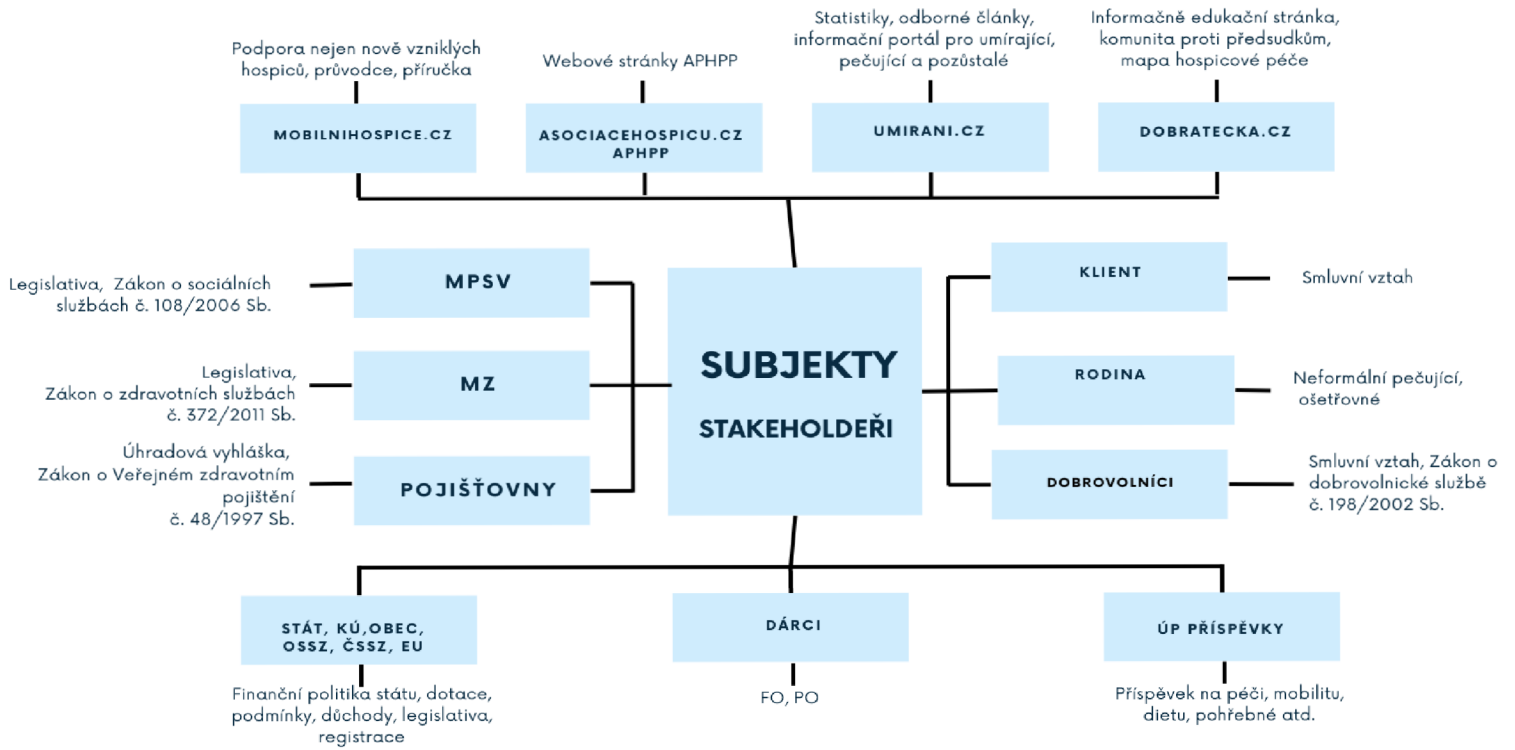
5.6 Specifikace stakeholderů a forma jejich zapojení

Na obecné rovině tvoří základní skupinu tzv. klíčoví stakeholderi, v daném případě domácnosti, ať již rodinní příslušníci či neformální pečující. K dalším zainteresovaným aktérům budou (nikoliv taxativně) patřit:

- ministerstva – Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (sociální oblast, regionální úroveň), Ministerstvo zdravotnictví ČR (zdravotní oblast), Ministerstvo financí (rozpočtová pravidla, dotace), Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (vzdělávání v rámci SŠ a VŠ pro budoucí uplatnění v oboru),
- zdravotní pojišťovny – za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění a poskytování hrazených služeb pojištěncům,
- zdravotnická zařízení a personál – ambulantní služby, léčebny, služby domácí péče,
- asociace – Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, Asociace mobilních hospiců, Asociace poradců pro pozůstalé, Asociace poskytovatelů sociálních služeb,
- kraje a obce (jako zřizovatelé a poskytovatelé služeb sociální péče) - partneři centrálních institucí při přípravě a realizaci národní strategie politiky v oblasti péče (dle z. č. 108/2006 Sb.),
- neziskové organizace (jako poskytovatelé služeb sociální prevence) a odborné organizace (REINTEGRA, EUROTOPIA CZ, Lexikona – občanská poradna, ONKO NIKÉ),
- charity, diakonie – sdílení dobré praxe, poradenství (Charita Krnov, Slezská diakonie),
- farnosti, duchovní představitelé – saturace duchovních potřeb umírajících a jejich rodin,
- firemní a soukromí dárci – zajištění financování mimo veřejné zdroje a dotační programy,
- Úřad práce ČR, Česká správa sociálního zabezpečení, Okresní správa sociálního zabezpečení – sociální ochrana, postavená na třech pilířích,
- supervizoři – podpora pro zaměstnance mobilní hospicové péče,

- mediální aktéři (Televizní studio Ostrava, Ostravský deník, informační centrum Ostrava)
- zajištění propagace služby, edukace veřejnosti, detabuizace tématu.

Obr. 7 Základní myšlenková mapa stakeholderů



Zdroj: vlastní zpracování.

5.7 Závěry analýzy potřebnosti

Analýza potřebnosti představila základní okruhy, týkající se problematiky zřízení mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji, a z nich pramenící možnosti pro zvýšení její dostupnosti. Potřebnost mobilní hospicové péče je dána nejen přirozeným stárnutím obyvatelstva, ale zejména poptávkou po službách, umožňujících zemřít nevléčitelně nemocným osobám v terminálním stadiu onemocnění ve vlastním sociálním prostředí. Tato poptávka však v Moravskoslezském kraji může značně převyšovat nabídku, když na jeden mobilní hospic v Moravskoslezském kraji připadá potenciálních 148.750 klientů. Přestože Moravskoslezský kraj disponuje ambulancemi paliativní medicíny či agenturami domácí péče, není území kraje stále dostatečně pokryto právě službou mobilní hospicové péče, obzvláště na severu a severovýchodě daného území. Dobrá síť poskytovatelů hospicové péče v kraji, podpora ze strany Moravskoslezského kraje a dobrovolníků v oblasti hospicové péče je však velmi hodnotným vstupním bodem pro zřízení mobilního hospice na území Krnovska, přestože se toto území v současnosti potýká s nedostatkem kvalifikovaného personálu. Tento nedostatek by však mohla zhojit nejen legislativní úprava a zpřehlednění systému financování zdravotně – sociálních služeb, nýbrž i podpora města v díkci Strategického plánu města pro jeho rozvoj v období let 2023–2030.

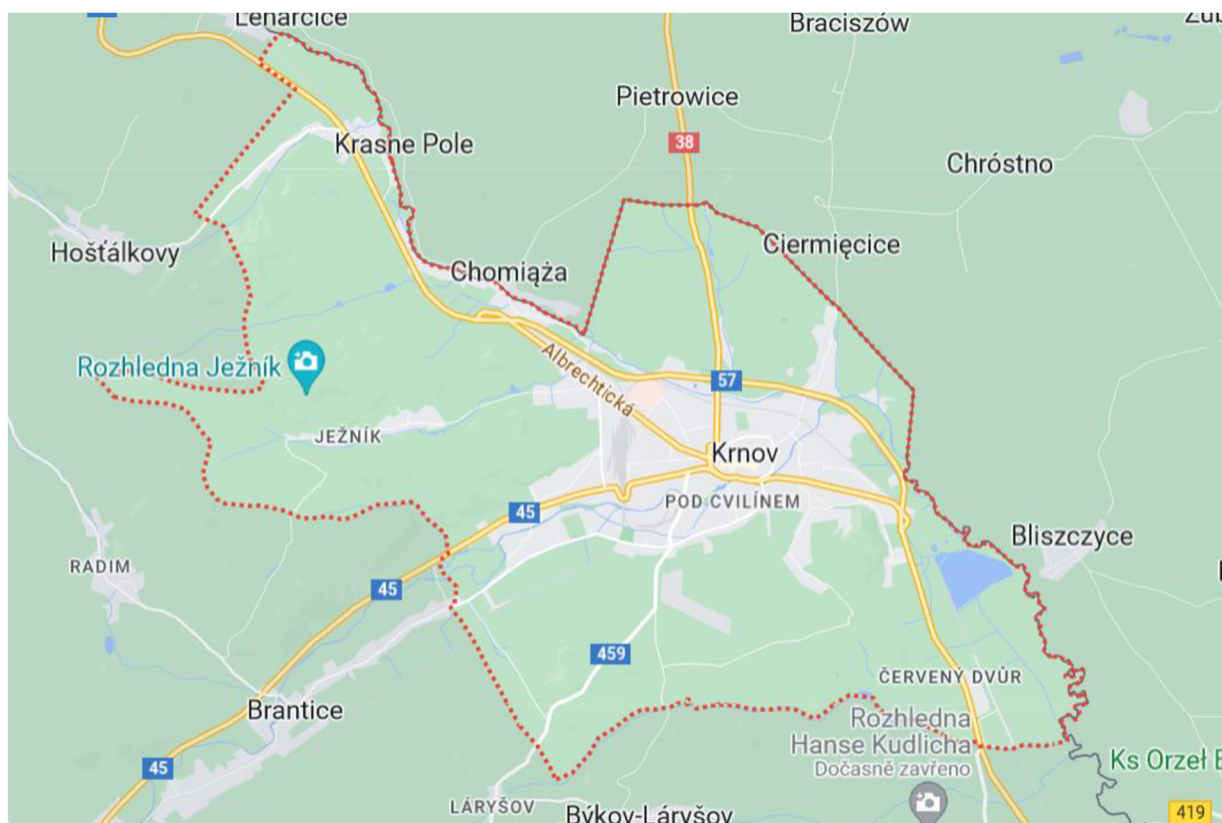
6 Cíle projektu

Cílem projektu je popsat, jak poskytnout na území Moravskoslezského kraje ve městě Krnov novou službu poskytující hospicovou službu s paliativní péčí zřízenou pod organizací Charita Krnov. Územní struktura Charity kopíruje správní členění římskokatolické církve: tvoří ji osm (arci)diecézních Charit, které dále zřizují Charity oblastní a městské, Charity vznikají také při farách – farní. Provozní doba domácí hospicové služby 24 hodin denně.

Charita Krnov poskytuje následující služby:

1. Charitní pečovatelská služba
2. Charitní ošetrovatelská služba
3. Půjčovna kompenzačních pomůcek
4. Denní stacionář
5. Charitní šatník
6. Dům dobré vůle Žáry
7. Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež (<https://krnov.charita.cz>)

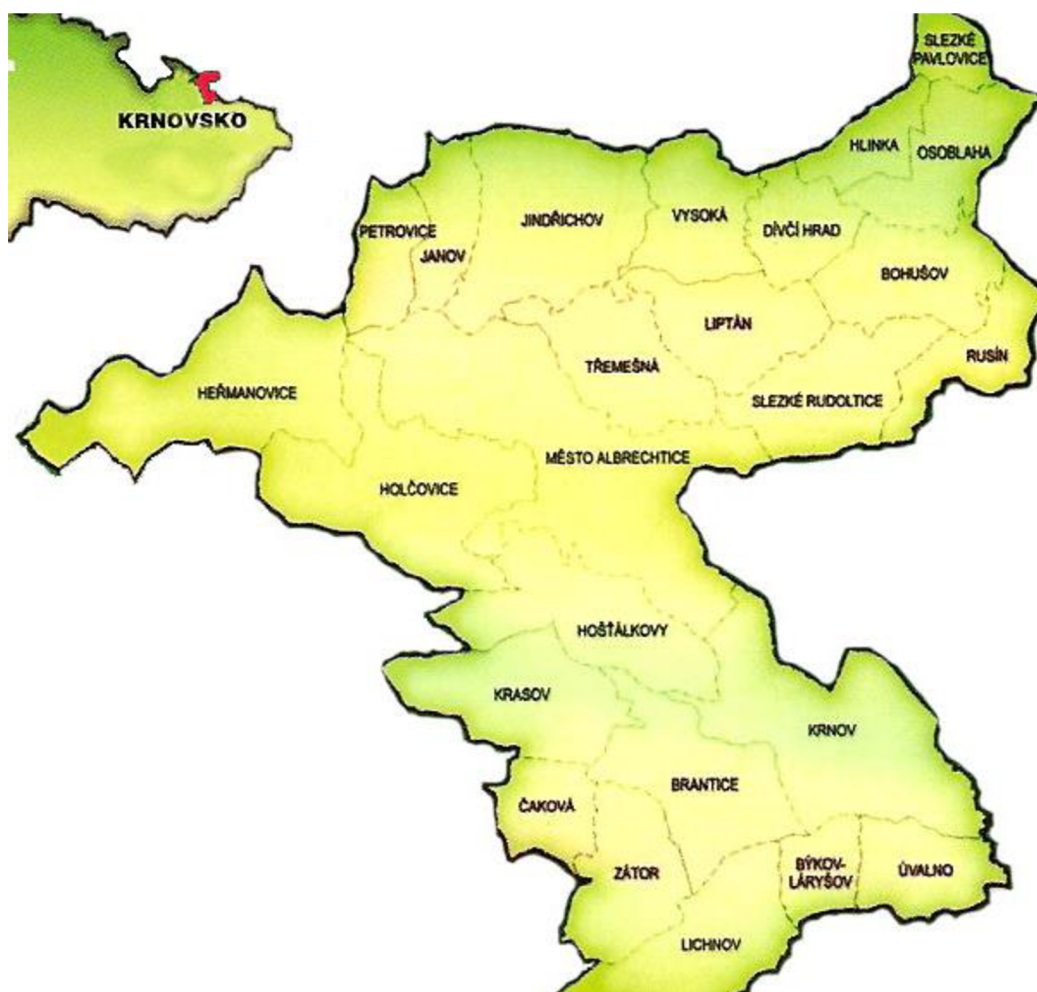
Obrázek 8 Mapa Krnov, zdroj google, 2023



6.1 Území a spádové území zamýšleného projektu

Území a spádové území Krnovska je o rozloze 57 425 ha a počtu obyvatel 42 858 obyvatel, plus přílehlá větší města jako je Jeseník, Opava, Vrbno pod Pradědem a Karlovice viz. příloha č. 3 a 4 (<https://www.krnov.cz/spadove-obce-orp-pou/ms-1388>). Ve větších městech jako je např. Opava službou mobilního hospice disponují, však pro Krnovsko je tato služba ne zcela pokryta, jak bylo zjištěno analýzou potřebnosti viz. kapitola 5.3.

Obrázek 9 Mapa spádového území Krnovsko, zdroj mikroregion Krnovsko, 2023



6.2 Klíčové aktivity mobilního hospice, popis kroků a činností k jeho založení.

Klíčové aktivity mobilního hospice cílí na zajištění samotného provozu, komplexní péče, pohodlí, bezpečí a podporu klientům v terminální fázi života, také pro jejich rodiny v sociálním zázemí domácího prostředí.

Pro cíl projektu a realizaci byly stanoveny klíčové aktivity, které jsou rozfázovány. Jednotlivé fáze jsou časovány v Gantově diagramu a jejich úspěšnost bude hodnocena, případně budou přijata opatření z důvodu dílčích neúspěchů. S jednotlivými neúspěchy „na první pokus“ je nutno počítat, a projekt – jednotlivé fáze řídit s dostatečným předstihem. Strukturované představení intervenční logiky projektu je užitečným nástrojem pro jasnou komunikaci cílů, výstupů a aktivit projektu a jejich vzájemných vztahů. Pomáhá týmu a stakeholderům lépe porozumět projektu a zajišťuje, že všechny části projektu jsou propojeny a směřují k dosažení požadovaného cíle a výsledku.

1. Klíčová aktivita – Zřízení mobilního hospice a personální zajištění

Pro správný chod služby mobilního hospice a poskytování přímé péče klientům bude vytvořen tým odborníků. Tento tým se bude skládat z vrchní sestry a čtyř dalších zdravotních sester specializujících se na všeobecnou péči. Dále bude tým zahrnovat lékaře s atestací v paliativní medicíně, který bude mít úvazek 1,2. Kromě toho bude jeden sociální pracovník a další členové multidisciplinárního týmu. Tento tým bude hrát klíčovou roli při poskytování komplexní péče, která zahrnuje lékařskou péči, ošetrovatelskou péči a psychosociální podporu pro klienty a jejich rodiny. Společně budou pracovat na dosažení nejlepší kvality života pro naše klienty v jejich domácím prostředí.

V rámci zahájení služby bude nezbytné zajistit financování, zejména ve vztahu k zdravotním pojišťovnám (smlouvy s pojišťovnami) a účastnit se výběrového řízení pro získání odbornosti, a další potřebné kroky jako jsou registrace, získání oprávnění k poskytování zdravotnických služeb.

Tabulka č. 6 Přehled odborností (Fórum mobilních hospiců, 2022)

Odbornost	Garant odbornosti
925	všeobecná sestra, uvedená v oprávnění jako odborný zástupce
925 péče v režimu 06349	všeobecná sestra, uvedená v oprávnění jako odborný zástupce
926	lékař, uvedený v oprávnění jako odborný zástupce pro obor paliativní medicína

Vydání oprávnění k poskytování zdravotních služeb krajským úřadem

Podmínky podání žádosti nalezneme v § 18 zákona o zdravotních službách.

Nutno doložit:

- Vlastní žádosti o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb
- Ustanovení odborného zástupce
- Uzavření smlouvy pro kontaktní pracoviště
- Vytvoření provozního řádu a materiální vybavení kontaktního pracoviště

Pokud se na problematiku zřízení mobilního hospice podíváme z praktického pohledu zřizovatelů či uchazečů o provoz tohoto zařízení, musíme podotknout, že jako jedna z nejtěžších záležitostí se jim jeví výběrové řízení na krajském úřadě. Při tomto řízení jsou účastni zástupci kraje a zdravotních pojišťoven. Musí svůj záměr přednést a zdůvodnit, představit analýzu potřebnosti a snažit se tímto o získání souhlasu k provozu. Druhý nejtěžší krok je pro ně registrace, protože do toho spadá doložení personálního obsazení s konkrétní kvalifikací. Najít takto kvalifikovaný personál se jeví jako velký problém. Tyto informace byly získány z rozhovorů se zřizovateli služeb Charity v Moravské Třebové, Mobilního hospice Ondrášek. (Husovská, Dostálová, 2023). Východiskem pro řešení tohoto problému může být spolupráce s odbornými školami a vysokými školami, které jsou vzdělavateli ve zdravotnických oborech. Dále nabídnout atraktivní platové ohodnocení, flexibilní pracovní dobu a možnost dalšího vzdělávání a osobního rozvoje. Motivací je také poskytovat smysluplnou a naplňující práci.

Personální standardy pro mobilní hospic s aktuální kapacitou 15 a více klientů s dojezdovou vzdáleností do 30 minut jsou:

- Lékař 1,2 úvazků, z toho vedoucí lékař nebo lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti nebo dle vyhlášky s minimálním úvazkem 0,2; další lékaři pro zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře 24 hodin denně 7 dnů v týdnu.
- Nelékařské profese:
- všeobecná sestra, zdravotničtí pracovníci nelékaři způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti - 5,0 úvazků,
- sociální pracovník - 1,0 úvazek,
- duchovní, kaplan nebo pastorační asistent.

Doporučené profese:

- pracovník v sociálních službách,
- psycholog/psychoterapeut (Česko, 2011).

2. Klíčová aktivita – Propagace služby

Výsledkem této aktivity bude viditelná propagační prezentace služby, která využívá všech možností, nebojí se sociálních sítí cílených na mladé, produktivní občany a donátory. Sdílí propagační projekty jiných institucí (MZD, KÚ atd.), kteří vytvářejí podpůrné PR projekty s touto tematikou, jako např. Konkrétně bude organizováno 5 akcí, s podporou mobilního hospice – podporované závody a kulturní akce. Do ordinací lékařů rozneseny letáky s informací o službě a zveřejněno 5 tiskových zpráv v městských periodikách.

3. Klíčová aktivita – Provoz

- Hodnocení a plánování péče: Multidisciplinární tým provádí komplexní hodnocení potřeb klientů a jejich rodin a vytváří individuální plán péče.
- Kontinuální hodnocení a úprava plánu péče: Pravidelné hodnocení a aktualizace individuálního plánu péče, aby se zohlednily aktuální potřeby pacienta a jeho rodiny.
- Lékařská a ošetrovatelská péče: Poskytování lékařské péče, monitorování stavu pacienta, analyzování příznaků a bolesti, ošetřování ran a zajišťování komfortní péče.
- Hospicová péče: Zajištění paliativní péče, která se zaměřuje na zlepšování kvality života pacientů a jejich rodin, poskytování pohodlí a psychosociální podpory ve

fyzickém, emocionálním, sociálním a duchovním smyslu. Poskytování emocionální podpory a poradenství pacientům, pomáhání s duševním zvládnutím a navazování sociálních kontaktů, facilitátorství případně mediace v rámci rodiny.

- Koordinace péče: networking – spolupráce s dalšími zdravotnickými profesionály a poskytovateli služeb, jako je domácí zdravotní péče, CDZ, tak aby se zajišťovala komplexní péče a koordinace služeb.
- Edukace a školení: Poskytování vzdělávání a školení pro klienty, rodiny, zdravotnický personál a komunitu ohledně paliativní a hospicové péče, symptomů a léčebných možností. Vytváření praktických pracovišť pro zajištění praxí pro zdravotní sestry a sociální obory – snaha o zvýšení zájmů o tento obor (viz. teoretická část kapitola 3.1.).
- Přeprava a logistika: Zajišťování přepravy a dostupnosti mobilního hospice, aby byl tým schopen reagovat na potřeby pacientů v domácím prostředí.
- Poskytnutí prostoru pro dobrovolníky a práce v dobrovolnické komunitě – zapojení se do projektu Dobrometr (<https://www.dobrometr.cz>). Využití projektu Sanitka přání – spoluzakladatel Igor Kytka (<https://www.sanitkaprani.cz/#project>).
- Zajištění finančních zdrojů – Cílem je optimalizace zdrojů financování, aby bylo zajištěno ekonomické udržitelnost služby. Důraz nelze klást pouze na financování zdravotními pojišťovnami, je nezbytné vyhledávat podporu projektu i v alternativních zdrojích. Pro efektivní hledání a péči o tyto zdroje je nezbytné začlenit do týmu zaměstnance s rolí fundraisera.
- Zajištění materiálního a technického vybavení – implementací bude dosaženo optimalizace vozového parku pro zajištění potřebného počtu vozidel pro provoz služby. Dále bude zajištěno vybavení a materiál pro novou službu Charity Krnov, včetně provozního vybavení a zdravotnických pomůcek.
- Sepsání Metodiky – výsledkem této aktivity bude dosaženo metodického provozu služby v souladu s legislativními požadavky, což umožní pravidelnou kontrolu a dosažení požadované úrovně kvality.
- Zahájení služby – počátečním bodem bude zahájení mobilní hospicové služby, která bude poskytovat domácí ošetrovatelskou a paliativní péči a bude tímto dostupná v regionu, kde je tato služba nedostatečně pokryta, viz. kapitola – Závěry analýzy potřeby kapitola 5.7.

4. Klíčová aktivita – Evaluce projektu

Na základě evaluace projektu budou analyzovány jeho výsledky, přínosy a identifikovány úkoly a aktivity pro další období. Bude provedena identifikace osvědčených postupů (dobré praxe) a potenciálních rizik pro budoucnost projektu. Cílem evaluace je získat komplexní pohled na vývoj projektu a jeho dlouhodobé perspektivy, aby bylo možné plánovat a přijímat opatření pro jeho úspěšný pokračující průběh. Evaluaci bude prováděna externími hodnotiteli, kteří posoudí nastavení standardů kvality a jejich dodržování, efektivitu procesů. Bude proveden také personální audit, tak aby bylo zjištěno, zda náplň práce a její množství je pro zaměstnance a organizaci efektivní. Finanční audit zhodnotí, jak bylo s prostředky nakládáno a ukáže, jak nastavit finanční zdraví služby.

	Výsledek	Výstup	Indikátor
Zřízení mobilního hospice a personální zajištění	vznik organizace	pracovní smlouvy a dohody	8 pracovních smluv, 2 dohody DPP, 5 dohod dobrovolníci
		registrace a oprávnění	1 registrace, 1 oprávnění
		smlouvy s pojišťovny	7 smluv s pojišťovny
		vícezdrojové financování	90 dotačních žádostí a žádostí o dary
Propagace služby	nastavená propagační prezentace	marketingová strategie	1 marketingová strategie (5 akcí)
		tiskové zprávy	5 tiskových zpráv
		distribuce letáků	500 letáků
Provoz	vybavení	vozový park	5 vozů
		materiál + vybavení	42 vybavení
	metodika	metodický dokument	1 metodický dokument
	funkční služba	zahájení a provoz služby	190 klientů/rok

Evaluace projektu	zhodnocení a evaluace	evaluace projektu	1 evaluační zpráva
		finanční audit	1 audit a výrok auditora
		funkční tým	1 personální audit

Tabulka č. 7 Výsledky, výstupy, indikátory (vlastní zpracování)

Tabulka č. 8 Logframe rozpracování kroků a činností projektu (vlastní zpracování), zkratky: PŘ – Provozní řád, KHS – Krajská hygienická stanice, KÚ – Krajský úřad

Klíčová aktivita, činnosti a kroky	Cíl	Výstup	Indikátor	Zdroj ověření	Předpoklady
Zajištění personálu	Funkční multidisciplinární tým	Struktura organizace Uzavřené pracovní smlouvy Dohody s externisty Dobrovolníci	Prac. mlouvy Dohody Kontaktní síť	Uzavřené smlouvy	
Registrace, oprávnění a smlouvy se zdravotními pojišťovnami	Vznik organizace	Zpracovaný záměr Stanovisko Rady Charity Výběrové řízení na KÚ Registrace zdrav. služby Smlouvy s pojišťovnami	Plán Rozhodnutí Smlouvy	Smlouvy Stanoviska	Forma stanoviska a (ne)získání smluv
Finanční zajištění	Vícezdrojovost	Fundraising	Aktivita fundraisingu	Účetní příjem z fundraisingu	Zdroj financí
Vybavení a zázemí	Vybavení	Vozový park, vybavení, zdravotnický materiál	Vybavení a materiál	Fakturace, darovací a leasingové smlouvy	Finanční zdroje
Metodika	Zprac. metodika a provozní řád	Metodika a Standardy, prov. řád	Metodika a schválený PŘ KÚ a KHS	Dokument metodiky, stanoviska institucí	Aplikace metodiky, provozní řád
Zahájení a provoz	Funkční služba	Zahájení služby ke dni registrace	Provoz služby	Příjem klientů – smlouvy	Klienti
Propagace	Funkční PR	Marketingová strategie, tiskové zprávy	Marketingová a „obchodní“ strategie	Strategický dokument	Zájem klientů a dárců
Evaluace	Zhodnocení projektu	Evaluace, Finanční audit, supervize	Zprávy z auditu a evaluace	Zprávy z auditu a evaluace	Fungující tým a finanční zdraví

6.2 Popis přidané hodnoty

Domov – Mobilní hospicová péče na území Krnovska je významnou aktivitou zaměřenou na poskytování specializované paliativní péče. Tato aktivita přináší mnoho vrstevnatých benefitů, které přispívají ke zlepšení celkové kvality života pacientů trpících nevyhlášenými onemocněními a jejich rodin. Hlavním přínosem mobilního hospice je udržení kontinuity péče v domácím prostředí, což umožňuje pacientům zůstat v prostředí, které je jim známé a pohodlné. Tento způsob péče přináší komfort, důvěrnost a pocit bezpečí, což má pozitivní vliv na duševní stav pacientů a jejich schopnost zvládat nemoc a symptomy. Tímto způsobem je zajištěno celkové zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin v obtížných časech nemoci a v konečné fázi života, zejména v oblastech s omezeným dostupným zdravotním zázemím.

Charita – tato služba, bude propojena díky realizátorovi Charita Krnov s Charitou ČR a s mnoha dalšími církevními subjekty. Charita ČR disponuje bohatou charitní sítí, která vzájemně sdílí zkušenosti dobré praxe. Týmu mobilního hospice budou umožněny stáže, kolegia, zaškolování a další vzdělávání. Dobrovolnictví má v Charitě ČR již svou tradici a bude podporováno i zde v Krnově. Základem Charity Krnov, která je součástí Římskokatolické církve může být pro klienty benefitem, že bude kladen nenásilný důraz na křesťanské hodnoty.

Hospicový tým – Jedním z klíčových prvků mobilního hospice je multidisciplinární tým odborníků, složený z lékařů specializujících se na paliativní medicínu, zdravotních sester s pokročilými znalostmi v oblasti paliativní péče, sociálních pracovníků a dalších specialistů. Tento tým spolupracuje na poskytování komplexní péče, která zahrnuje léčbu symptomatických projevů, psychosociální podporu a spirituální péči. Díky této multidisciplinární spolupráci je zajištěna individualizovaná péče, která respektuje potřeby a preference každého pacienta.

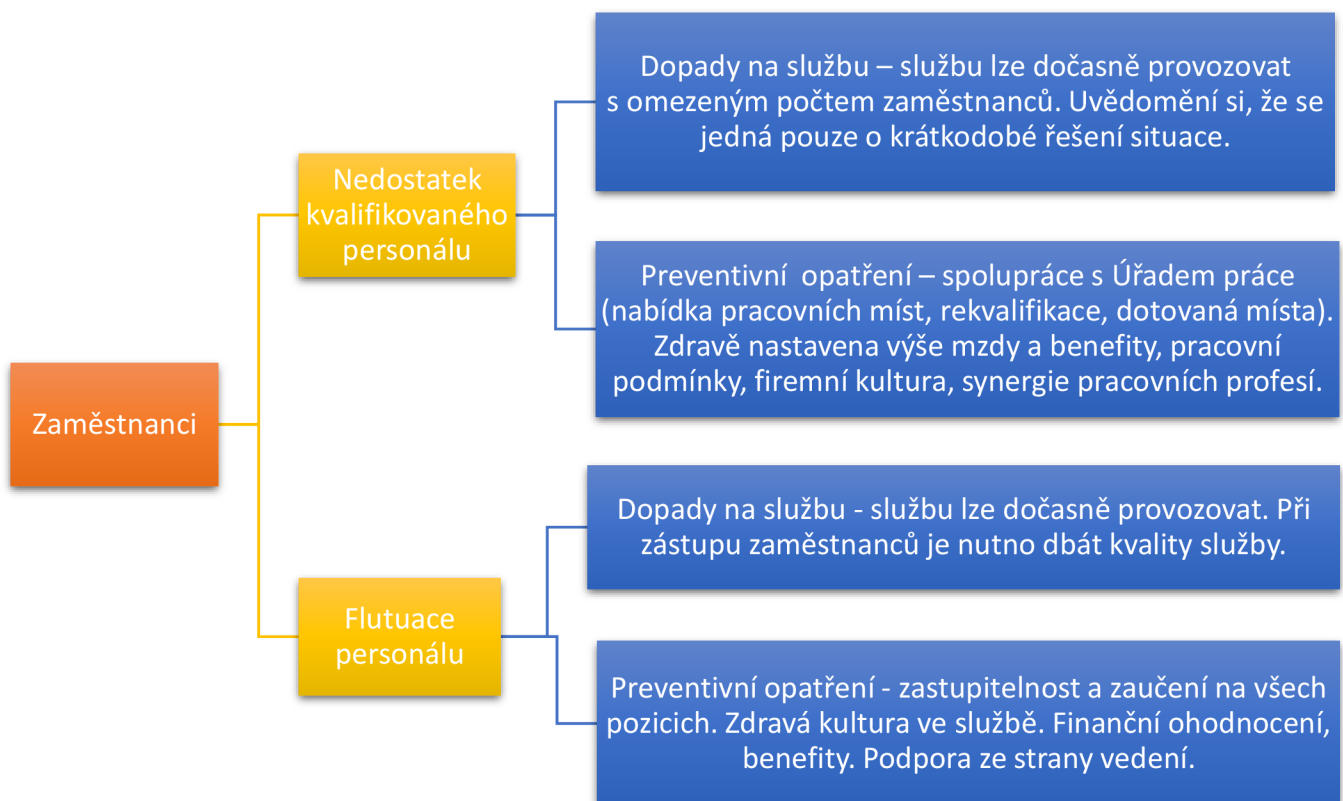
Podpora a vzdělávání pečujících – Mobilní hospicová péče rovněž přináší významnou podporu rodinám pacientů, kteří čelí náročným výzvám péče a emocionální zátěži. Multidisciplinární tým mobilního hospice poskytuje rodinným příslušníkům psychosociální podporu, poradenství a edukaci, aby lépe porozuměli procesu paliativní péče. Tímto způsobem je rodinám poskytnuta pomoc při péči o nemocného člena rodiny, pomáhá se zvládnutím emocionálních a praktických výzev a přispívá k celkovému zlepšení jejich pohody.

6.3 Management rizik

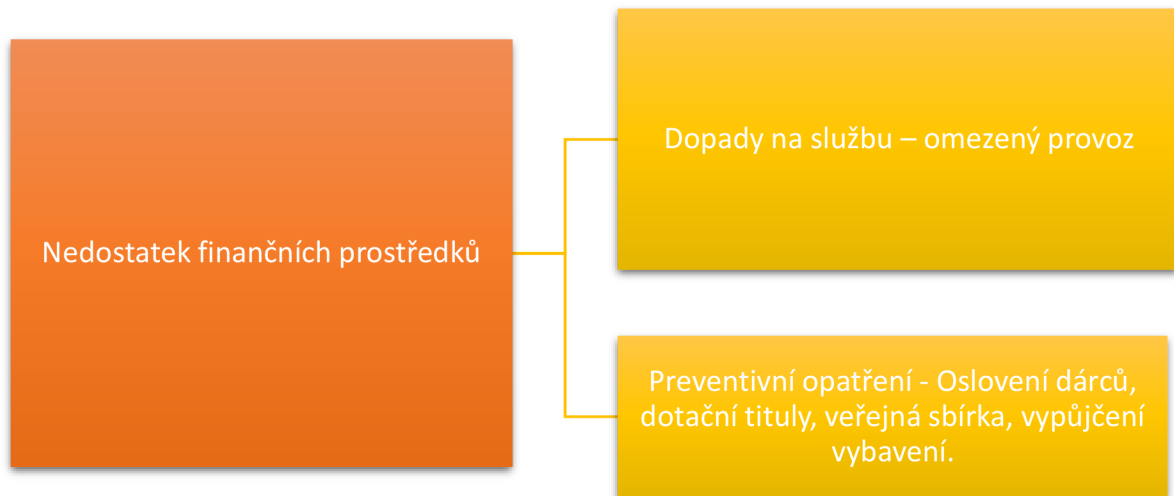
Management rizik je zpracován, aby se zaměřil na identifikaci, hodnocení, monitoring a řízení rizik, která mohou vyvstat při zavedení projektu mobilní hospic. Pohled na rizika skrz jejich management je prevencí před riziky a případným neúspěchem. Management rizik se skládá z několika kroků:

- Identifikace rizik. Rizika jsou interní a externí.
- Hodnocení rizik. Pravděpodobnost výskytu, dopadu na službu.
- Plánování řízení rizik, vytvoření strategie a akčního plánu – opatření, odpovědnost, monitoring a záložní plán.
- Monitorování a kontrola rizik.

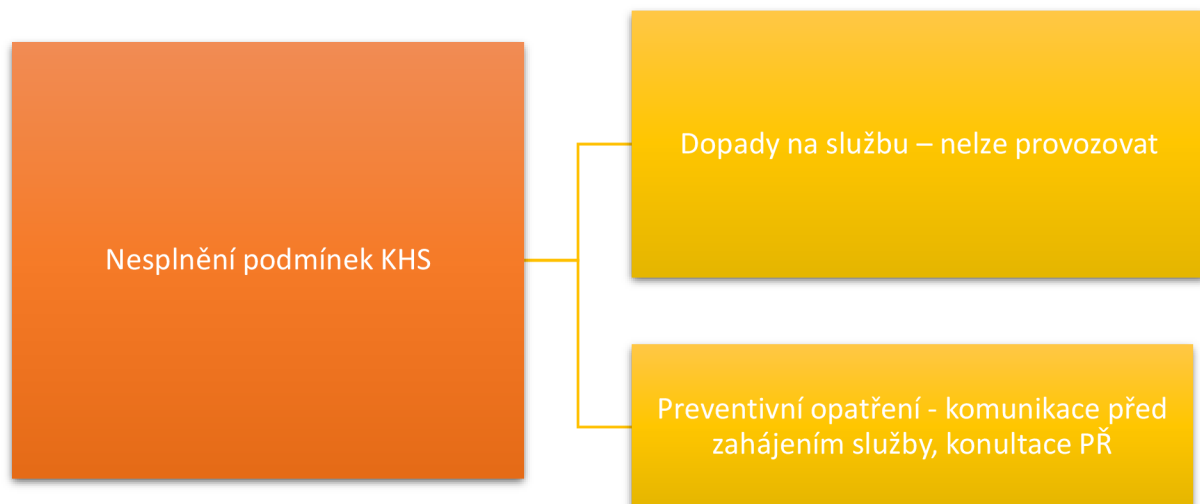
Riziko – Zaměstnanci



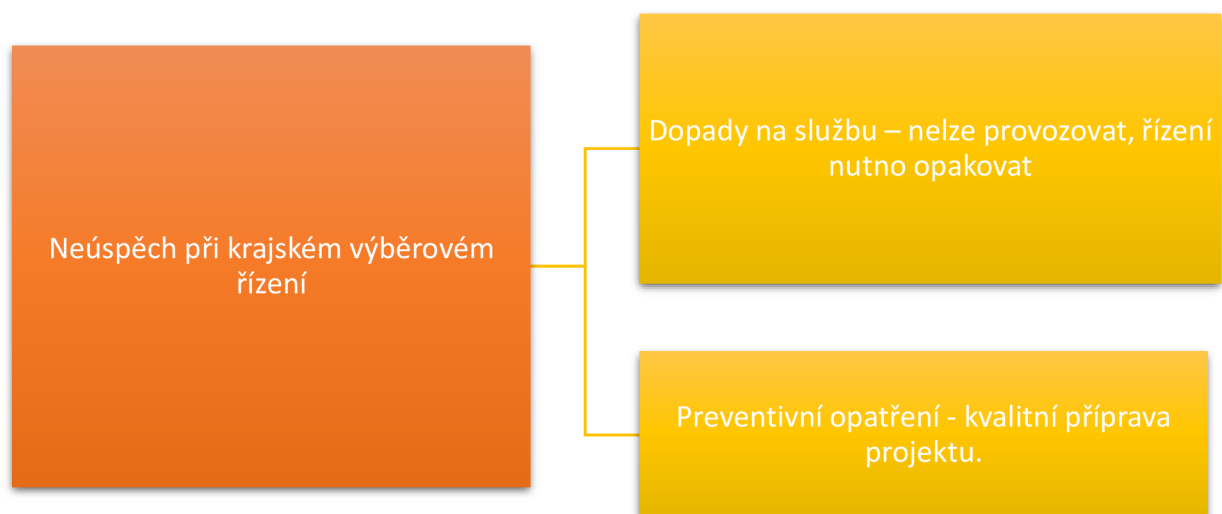
Riziko – nedostatek finančních prostředků na technické vybavení, zdravotnického vybavení a materiálu



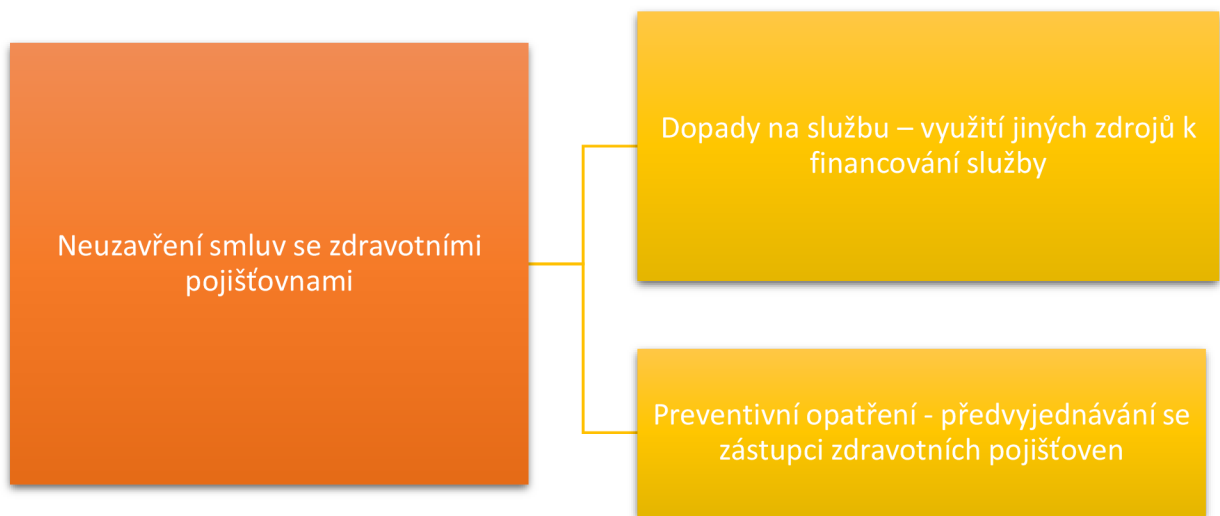
Riziko – nesplnění podmínek krajské hygienické stanice – provozní řád



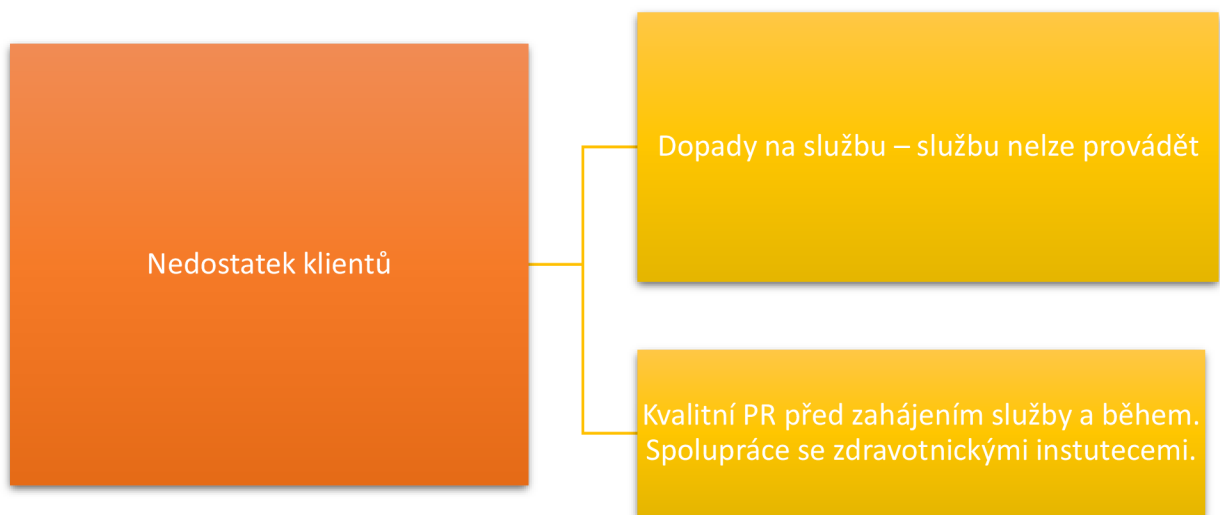
Riziko – neúspěch při krajském výběrovém řízení



Riziko – neuzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami



Riziko – malý zájem klientů



6.4 Harmonogram – Ganttův diagram

Na základě definovaných klíčových aktivit byl vytvořen časový plán, který popisuje průběh a dokončení jednotlivých aktivit během čtyřletého období realizace projektu a páté období již provozu. Časový harmonogram je znázorněn v diagramu č. 8, kde jsou významné aktivity označeny modrou barvou jako plánované v rámci vždy 12 měsíců. Diagram není sestaven na jednotlivé měsíce, protože nám není známo rozpracování v rámci koncepce města Krnova a místní organizace Charity Krnov.

Diagram č. 9 Ganttův diagram – realizace klíčových aktivit projektu

Klíčová aktivity – činnosti a kroky	Počet měsíců	2024	2025	2026	2027	2028
Zajištění personálu	12					
Registrace, oprávnění a smlouvy se zdravotními pojišťovny	24					
Finanční zajištění	trvale					
Vybavení a zázemí	12					
Metodika	12					
Zahájení a provoz	trvale					
Propagace	trvale					
Evaluace	trvale					

6.5 Rozpočet

Při sestavování účetního rozpočtu mobilního hospice je nutno zohlednit různé účetní kategorie a položky, které odrážejí všechny náklady a příjmy spojené s provozem hospice. Rozpočet pro obmyslený projekt je sestavován viz. příloha č. 4 pro první rok provozu.

Příjmy:

1. Příjmy od zdravotních pojišťoven: Tato položka zahrnuje platby od zdravotních pojišťoven za poskytované zdravotnické služby. Jedná se o jeden hlavní zdroj příjmů pro mobilní hospic.
2. Státní dotace: Mobilní hospic může obdržet státní dotace nebo granty pro podporu své činnosti.
3. Darování a příspěvky: Tato položka zahrnuje finanční příspěvky, dary od jednotlivců, firem, nadací a dalších podporovatelů mobilního hospice.
4. Fundraisingové akce: Mobilní hospic může pořádat fundraisingové akce, jako jsou charitativní běhy, aukce, veřejné sbírky apod.

Náklady:

1. Mzdy a odměny zaměstnanců: Tato položka zahrnuje náklady na mzdy a odměny pro zaměstnance mobilního hospice, včetně lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků a dalšího personálu.
2. Náklady na provoz vozidel: Tato položka zahrnuje náklady na palivo, údržbu, pojištění a opravy vozidel používaných mobilním hospicem.
3. Léky a zdravotnický materiál: Tato položka zahrnuje náklady na nákup léků, pomůcek a dalšího zdravotnického materiálu potřebného pro poskytování péče klientům mobilního hospice.
4. Administrativní náklady: Tato položka zahrnuje náklady na kancelářské prostory, technologii, telekomunikační služby, software, poštovné a další administrativní zdroje.
5. Školení a vzdělávání: Tato položka zahrnuje náklady na školení a vzdělávání zaměstnanců mobilního hospice, aby byli dostatečně vyškoleni pro poskytování péče v paliativní medicíně.
6. Marketing a propagace: Tato položka zahrnuje náklady na propagaci mobilního hospice, včetně tištěných materiálů, webového designu, online reklamy a dalších marketingových aktivit.
7. Další účetní kategorie mohou zahrnovat náklady na pojištění, spotřební materiál, účetní služby, právní a poradenské služby, výdaje na dobrovolníky a další specifické náklady spojené s provozem.

Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala tématu mobilní hospicové péče. Kladla si za cíl shrnout teoretické a praktické poznatky o problematice smrti a umírání v kontextu přání umírajících osob zemřít v jejich přirozeném prostředí, propojit tyto poznatky s potřebou a dostupností současné mobilní hospicové péče v České republice, a rovněž provést analýzu potřebnosti, zaměřenou na zmapování situace v oblasti mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji, s cílem shromáždit argumenty pro potřebnost zřízení mobilního hospice ve městě Krnov. Také vytvořit pro město Krnov stručný časový a rozpočtový plán, včetně popsání rizik a možností. Propojení tématu se sociální politikou, legislativní ukotvení problematiky a pohled optikou teorií a metod sociální práce, byly pro kompilaci této práce rovněž velmi důležité a tvoří její nedílnou součást.

Sociální pracovník, jako nepostradatelný člen hospicového týmu, není pouze administrativní pracovník, poskytující výlučně poradenskou činnost, ale významně se podílí na doprovázení umírajícího a je podporou pro jeho rodinné příslušníky. Potřeby umírajících jsou velmi rozmanité a je nutné je vnímat holisticky, tedy v rovině bio-psycho-socio-spirituální; neméně důležité jsou však i potřeby jejich rodinných příslušníků. Sociální pracovník nabývá vzděláním téměř všechny kompetence pro práci v hospicové péči. Sociální práce svým specifickým postojem, profesionalitou, odbornými znalostmi, metodami a postupy práce je nenahraditelná jinou specializací.

Potřebnost mobilní hospicové péče na území Moravskoslezského kraje byla v bakalářské práci jednoznačně prokázána. Součástí kraje je velké množství oblastí (malých měst, vesnic), kde v současné době není zajištěna tato forma hospicové a paliativní péče pro osoby v terminálním stadiu nemoci; demografické prognózy však jasně ukazují, že v budoucnu se bude Česká republika potýkat s problematikou stárnutí a (nejen) s ní navázaným tématem důstojného umírání. Rozšíří-li se počet mobilních hospiců v kraji, lze předpokládat vysokou poptávku ze strany umírajících a jejich rodin, kterým tato služba přinese potřebnou oporu a úlevu.

Není pravdivá častá domněnka ze strany společnosti, že by se rodiny nechtěly o své nemocné členy postarat; jen mnohdy nemají dostatečné množství informací, podmínky, či prostředky, jak tuto péči realizovat a zvládat. I proto má mobilní hospicová péče v českém zdravotnicko – sociálním systému své nezastupitelné místo; vezme-li si příklad ze zemí západní Evropy (potažmo z rakouského systému péče), vybuduje-li kvalitní síť mobilních hospiců a předně zpřehlední legislativní a finanční stránku poskytování služby, lze predikovat vysokou poptávku ze strany umírajících osob a jejich rodin odejít ze světa doma, v kruhu svých nejbližších

a rovněž snížení nákladů státu, vynaložených na péči o umírající osoby ve zdravotnických zařízeních či zařízeních obdobného, lůžkového, typu.

Myšlenka zřízení mobilního hospice vyvstala z vlastní zkušenosti autorky práce, a skrze tento cíl se snaží změnit svou cestu profesním životem. Autorka práce si však plně uvědomuje, že se jedná o dlouhou a složitou cestu, k níž je zapotřebí dalších informací a znalostí dané problematiky.

Bakalářská práce nabízí informace, jež je možné využít jako studijní materiál pro laickou veřejnost, ke zvýšení informovanosti o tématu mobilní hospicové péče, jakož i k dalšímu uvažování nad problematikou smrti a umírání. Její přidanou hodnotou však může být i skutečnost, že by mohla sloužit jako podklad pro zpracovávání zamýšlených projektů mobilní hospicové péče na území České republiky.

Seznam literatury

1. *Aktualizovaný seznam paliativních služeb dostupných na území ČR a v Praze, sdružených a řazených podle lokality* [online]. Umírání.cz, 2023 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z: https://www.umirani.cz/adresar-sluzeb/seznam?field_dis_type_value=domaci_hospic.
2. ALTILIO, Terry a Shirley OTIS-GREEN. *Oxford textbook of palliative social work*. Oxford New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-973911-0.
3. Ambrožová, Jana a spol. 2019. Cesta Domů. [Online] 2019. [Citace: 3. 3 2024.] https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf.
4. *Ask-Tell-Ask: Simple Technique Can Help Hospitalists Communicate Difficult Messages* [online]. The Hospitalist, 2013 [cit. 2023-07-25]. Dostupné z: <https://www.the-hospitalist.org/hospitalist/article/125126/qi-initiatives/ask-tell-ask-simple-technique-can-help-hospitalists>.
5. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku* [online]. APHPP, 2017 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/wp-content/uploads/Koncepce-hospicov%C3%A9-pe%C3%A9-pro-%C4%8De-pro-%C4%8CR.pdf>.
6. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT. *Abgestufte Hospiz - und Palliativversorgung für Erwachsene* [online]. 2014 [cit. 2023-08-16]. Dostupné z: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html>
7. BUNDESMINISTERIUM SOZIALES, GESUNDHEIT, PFLEGE UND KONSUMENTENSCHUTZ. *Hospiz - und Palliativversorgung in Österreich* [online]. 2021 [cit. 2023-08-16]. Dostupné z: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Hospiz--und-Palliativversorgung-in-Oesterreich.html>.
8. BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905867-0-3.
9. CESTA DOMŮ. *Výroční zpráva za rok 2022* [online]. Cesta domů, 2023 [cit. 2023-08-10]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/dokumenty>

10. CESTA DOMŮ [online]. Cesta domů, 2023 [cit. 2023-08-10]. Dostupné z:
https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/2018_standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final_0.pdf
11. *Co je to hospicová péče?* [online]. Osobní asistence, 2021 [cit. 2023-08-04]. Dostupné z:
<https://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>.
12. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Životní situace - dlouhodobé ošetřovné* [online]. 2023 [cit. 2023-08-10]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/dlouhodobе-osetrovne>.
13. ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Životní situace – vdovský/vdovecký důchod, sirotčí důchod* [online]. 2023 [cit. 2023-08-10]. Dostupné z:
<https://www.cssz.cz/web/cz/vdovsky-vdovecky-duchod-sirotci-duchod>.
14. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Porovnání krajů ČR dle počtu obyvatelstva (stav ke dni 31. 12. 2022)* [online]. ČSÚ, 2023 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/csu/czso/porovnani-kraju-poradi-kraju>.
15. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva v krajích [online]*. 2023 [cit. 2023-08-11]. Dostupné z:
<https://www.czso.cz/documents/10180/20538390/4025rrb.pdf/b9a04648-4c09-4faf-95d9-343882f26fae?version=1.0>
16. DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.
17. DUNOVSKÁ, Kateřina. *Metodika rodinných konferencí* [online]. Amalthea o.s., 2012 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: <https://www.knihovnanrp.cz/wp-content/uploads/2017/03/publikace-2.pdf>
18. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Systemický přístup a jeho uplatnění v sociální práci se skupinou* [online]. Sociální novinky, 2018 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z:
<http://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/547-systemicky-pristup>
19. EDWARDS, Erika. *More people are choosing to die at home, instead of in a hospital* [online]. NBC News, 2019 [cit. 2023-07-24]. Dostupné z:
<https://www.nbcnews.com/health/aging/more-people-are-choosing-die-home-instead-hospital-n1099571>.
20. COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION. *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying* [online]. Doc. 8421, 1999 [cit. 2023-08-06]. Dostupné z:
<https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/X2H-Xref-ViewHTML.asp?FileID=7990&lang=EN>

21. FABIÁN, Petr. *Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN 9788075603685.
22. FARMER, Natalia. *Analysing Community Work: Theory and Practice*, 2nd edition [online]. The British Journal of Social Work, 48 (2), 2018 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw176>
23. FISCHER, Stacy a kol. *Where do you want to spend your last days of life? Low concordance between preferred and actual site of death among hospitalized adults* [online]. National Library of Medicine, 2013 [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23440934/>.
24. HOSPIZ ÖSTERREICH. *Hospiz und Palliative Care in Österreich* [online]. 2021 [cit. 2023-08-16]. Dostupné z: https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2023/07/Datenbericht_DVHospizOesterreich_2021_v1_WEB.pdf
25. INDROVÁ, Monika. *Revoluce v péči. Česko plánuje propojení sociálních a zdravotních služeb* [online]. Idnes, 2022 [cit. 2023-08-10]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/socialni-a-zdravotni-sluzby-mpsv-valek-jurecka-zakon-pomoc-lidem-zmena-terenni-sluzby.A220905_092409_domaci_lre
26. JAN PAVEL II. *Christifideles laici: apoštolský list o povolání a poslání laiků v církvi a ve světě*. 2. vyd. Praha : Zvon, 1996. ISBN 80-7113-162-8.
27. JANEBOVÁ, Radka. *Kritická sociální práce* [online]. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce, 2014 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/filozoficka-fakulta/studium/janebova_-_kriticka_socialni_prace.pdf
28. JANOUŠKOVÁ, Klára a Dana NEDĚLNÍKOVÁ. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní sociální pracovníky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008. ISBN 978-80-7368-504-1.
29. KABELKA a kol.. *Hospicová péče v praxi*. Diecézní charita Brno, Oblastní charita Rajhrad, 2010. ISBN 978-80-254-6594-3.
30. KALVACH, Zdeněk. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Diakonie Českobratrské církve evangelické, 2014. ISBN 978-80-87953-08-2.
31. KISVETROVÁ, Helena. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. ISBN 978-80-7345-496-8.
32. *Koncepce paliativní péče v Moravskoslezském kraji 2020 - 2025* [online]. Moravskoslezský kraj, 2019 [cit. 2023-08-10]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/temata/zdravotnictvi/01_koncepce_paliativni_pece_1.pdf

33. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 7. vydání. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1227-0.
34. KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*. 6.vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a.s., 2015. ISBN 978-80-7478-921-2.
35. KUBA, František. *Jak se umírá v Krnově? Město podporuje vizi mobilního hospice* [online]. Bruntálský deník, 2022 [cit. 2023-08-23]. Dostupné z: https://bruntalsky.denik.cz/zpravy_region/charita-krnov-hospic.html?fbclid=IwAR1YdPJCK9Wc2U9jJew6ppaoaTBzYtHz4lHe90gbvq7MgwiiPTiT2Rj2Mts.
36. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.
37. KYSELÁ, Iva. *Jak připravit dítě na smrt v rodině* [online]. Maminka, 2017 [cit. 2023-07-30]. Dostupné z: <https://www.maminka.cz/clanek/jak-pripravit-dite-na-smrt-v-rodine>
38. MACKOVÁ, Marie. *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*. Brno: Marie Macková, 2015. ISBN 978-80-260-8949-0.
39. MARKOVÁ, Alžběta a kol.. *Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.
40. MÁTEL, Andrej. *Systematický postup řešení etických dilemat v sociální práci (Systematic approach of ethical dilemma solving in social work)* [online]. Scribd, 2010 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://www.scribd.com/doc/28870182/Systematick%C3%BD-postup-%C5%99e%C5%A1eni-etick%C3%BDch-dilemat-v-socialni-praci-Systematic-approach-of-ethical-dilemma-solving-in-social-work#>
41. MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.
42. MATOUŠEK, Oldřich a kol.. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 978-80-262-0366-7.
43. MATOUŠEK, Oldřich. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1952-1.
44. MĚSTO KRNOV. *Strategický plán města Krnova 2030. Analytická část* [online]. Krnov, 2022 [cit. 2023-08-21]. Dostupné z: https://www.krnov.cz/assets/File.ashx?id_org=7455&id_dokumenty=44889
45. MĚSTO KRNOV. *Spádové obce* [online]. Krnov, 2024 [cit. 2024-01-21]. Dostupné z: (<https://www.krnov.cz/spadove-obce-orp-pou/ms-1388>)

46. *Metodické doporučení MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů sociálně-právní ochrany dětí při případové konferenci* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/9086/Methodika_pripadove_konference.pdf.%20ze%20odne%2017.9
47. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče* [online]. Věstník č. 13, 2017 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/14605/36101/V%C4%9Bstn%C3%ADk%20MZ%20%C4%8CR%2013-2017.pdf>
48. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Odůvodnění k úhradové vyhlášce 2023* [online]. 2022 [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/11/Oduvodneni-k-UV-2023.pdf>
49. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030* [online]. 2019 [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
50. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 - analytická studie* [online]. 2019 [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>
51. MIKROREGION KRNOVSKO. Úvod. Charakteristika Mikroregionu Krnovsko [online]. 2024 [cit. 2024-04-1]. Dostupné z: <https://www.mikroregionkrnovsko.cz/wp-content/uploads/2016/08/mapa.jpg>
52. MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
53. MUSILOVÁ, Zuzana. *Dětské trauma* [online]. Pro terapie, 2020 [cit. 2023-07-30]. Dostupné z: <http://www.proterapie.cz/wp-content/uploads/2020/02/D%C4%9Btsk%C3%A9-trauma-informa%C4%8Dn%C3%ADk-Pro-Terapie-z.s.pdf>
54. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
55. NYSAETER, Toril Merete a kol. *Preferences for home care to enable home death among adult patients with cancer in late palliative phase – a grounded theory study* [online].

- BMC Palliativcare, 2022 [cit. 2023-07-24]. Dostupné z: <https://bmc-palliativcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-00939-y>.
56. *O mobilních hospicích* [online]. Fórum mobilních hospiců, 2023 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z: <https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich>.
57. *O nás. Ani na nejtěžších poutích nemusíte být sami* [online]. Domácí hospic Antoníněk, 2023 [cit. 2023-08-05]. Dostupné z: <https://www.hospicantoninek.cz/o-nas/>.
58. PAJMOVÁ, Martina a Markéta ELICHOVÁ. *Role osobnosti a edukace pro kompetence sociálních pracovníků* [online]. Sociální práce, 2014, 14(4), ISSN 1213-6204 [cit. 2023-07-25]. Dostupné z: <https://bit.ly/2TCndsB>.
59. PAVLÍKOVÁ, Pavla. *Systemický přístup* [online]. Innergy Pavla Pavlíková, 2023 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://www.innergy.cz/systemicky-pristup/>
60. REAMER, Frederic. *Social Work Values and Ethics*. 4th edition. Columbia University Press, 2013. ISBN 978-0-231-53534-2
61. REICH, Kersten. *Systemisch-konstruktivistische Pädagogik*. 6. vydání. Bindeart: Broschiert, 2010. ISBN 978-3-407-25535-8.
62. REVÍRNÍ BRATRSKÁ POJIŠŤOVNA. *Náklady českého zdravotnictví vloni činily 407 miliard korun* [online]. 2022 [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: <https://www.rbp213.cz/cs/naklady-ceskeho-zdravotnictvi-vloni-cinily-407-miliard-korun/a-1826/#:~:text=N%C3%A1klady%20%C4%8Desk%C3%A9ho%20zdravotnictv%C3%AD%20vloni%20%C4%8Dinily%20407%20miliard%20korun,rostly%20o%20celkem%2013%20%25%2C%20tedy%20%C4%8Dty%C5%99ikr%C3%A1t%20rychleji>.
63. ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0597-5.
64. SEDLÁROVÁ, Katarína. *Case management a sociální práce v paliativní péči* [online]. Sociální novinky, 2020 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <http://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/581-case-management-a-socialni-prace-v-paliativni-peci-mgr-katarina-sedlarova-phd>
65. SHUBER, Charlotte a Adrian KOK. *Hospice Photography's Effects on Patients, Families and Social Work Practice* [online]. Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care (16), 2020 [cit. 2023-08-01]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1703876>.
66. SLÁMA, Ondřej. *Paliativní péče v ČR (možnosti, limity, výzvy)* [online]. Česká společnost paliativní medicíny, 2. regionální konference paliativní péče Brno, 2018 [cit.

- 2023-08-08]. Dostupné z: https://paliativnipece.info/wp-content/uploads/2018/10/Paliativn%c3%ad-p%c3%a9%c4%8de-v-%c4%8cR_Brno_10_2018.pdf
67. STANKOVÁ, Zuzana a kol. *Sociální práce s komunitou. Studijní opora* [online]. Ostravská univerzita, fakulta sociálních studií, 2022 [cit. 2023-07-31]. Dostupné z: <https://dokumenty.osu.cz/fss/publikace/socialni-prace-s-komunitou.pdf>
 68. STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 8073190591.
 69. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-1740-1
 70. ŠPINKOVÁ, Martina. *Jak být nablízku: provázení posledními týdny a dny života*. 7. vydání. Praha: Cesta domů, 2018. ISBN 978-80-88126-46-1.
 71. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. ISBN 978-80-7195-580-1.
 72. ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 3. vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-36-9.
 73. VESELSKÝ, Pavel. *Hodnoty, normy a etická dilemata sociálních pracovníků*. Studijní text. Olomouc: CARITAS - Vyšší odborná škola sociální, 2019.
 74. WORDEN, William J. *Grief counseling and Grief therapy*. New York: Springer Publishing Company, 2018. ISBN 9780826134745.
 75. World Health Organisation. *Frequently Asked Questions About Hospice Care* [online]. National Institute on Aging, 2020 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/frequently-asked-questions-about-hospice-care>
 76. ZACHAROVÁ, Eva. *Úvod do studia zdravotnické psychologie*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 2003. ISBN 80-7042-333-1.
 77. ZATLOUKAL, Leoš. *Jak odehnat slony: terapie zaměřená na řešení* [online]. Psychologie dnes 17 (5), 2011 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes/85573/jak-odehnat-slony>.
 78. ZICHOVÁ, Kateřina. *Dostupnost péče o vážně nemocné se v Česku zlepšuje, i díky dotacím z EU* [online]. Euractiv, 2020 [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <https://euractiv.cz/section/evropske-finance/news/dostupnost-pece-o-vazne-nemocne-se-v-cesku-zlepsuje-i-diky-dotacim-z-eu/>

Seznam obrázků, tabulek, grafů a příloh

Obr. 1 Výsledky průzkumu STEM/MARK a Cesty domů na otázku: Mluví se v rámci společnosti dostatečně o konci života a umírání?	11
Obr. 2 Výsledky průzkumu STEM/MARK a Cesty domů na otázku: Co si představíte pod pojmem dobré nebo důstojné umírání?	13
Obr. 3 Rozložení služeb mobilního hospice v Moravskoslezském kraji	36
Obr. 4 Očekávaná procentní struktura obyvatelstva podle hlavních věkových skupin a index stáří	48
Obr. 5 Geografické rozložení služeb hospicové péče v Moravskoslezském kraji	51
Obr. 6 Místo úmrtí klientů mobilní hospicové péče x lůžkových hospiců v Rakousku.....	57
Obr. 7 Základní myšlenková mapa stakeholderů	59
Obr. 8 Mapa Krnov	61
Obr. 9 Mapa spádového území Krnovsko	62
Tab. 1 Standardy mobilní specializované paliativní péče.....	32
Tab. 2 Mobilní/domácí hospicová péče v České republice podle krajů	35
Tab. 3 Přehled služeb hospicové péče v Moravskoslezském kraji (k 1. 1. 2023).....	50
Tab. 4 SWOT analýza – mobilní hospicová péče v Moravskoslezském kraji.....	52
Tab. 5 SWOT analýza - zřízení mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji – Krnov	53
Tab. 6 Přehled odborností (Fórum mobilních hospiců, 2022).....	64
Tab. 7 Výsledky, výstupy, indikátory	67
Tab. 8 Logframe rozpracování kroků a činností projektu.....	69
Tab. 9 Ganttův diagram – realizace klíčových aktivit.....	74
Graf 1 Kde umírají pacienti s potřebou paliativní péče v ČR (2018).....	49
Příloha 1 Prisma Flow Diagram	88
Příloha 2 Kvalitativní kritéria mobilní hospicové péče v Rakousku.....	89
Příloha 3 Přehled spádových obcí Krnov	90
Příloha 4 Rozpočet	91
Příloha 5 Sběru informací pro SWOT analýzu	95

Anotace

Cílem bakalářské práce je shrnout teoretické a praktické poznatky o problematice smrti a umírání v kontextu přání umírajících osob zemřít v jejich přirozeném prostředí, propojit tyto poznatky s potřebou a dostupností mobilní hospicové péče v České republice, a rovněž provést analýzu potřebnosti, zaměřenou na zmapování situace v oblasti mobilní hospicové péče v Moravskoslezském kraji, s cílem shromáždit argumenty pro potřebnost zřízení mobilního hospice v daném kraji.

Z analýzy sekundárních dat vyplývá, že počet mobilních hospiců se v České republice sice přibližuje jejich optimálnímu potřebnému počtu, avšak velmi problematická je jejich dostupnost pro obyvatele menších měst a vesnic, přičemž tento problém se týká každého ze čtrnácti krajů ČR, Moravskoslezského tedy nevyjímaje. Zároveň však narůstá počet osob, které zmírají v lůžkových zařízeních zdravotní péče, ačkoliv by si přáli odejít doma, obklopeni svými nejbližšími. Tato skutečnost může být dána jednak demografickým vývojem obyvatelstva, a tedy nárůstem počtu umírajících osob.

Důležitým zjištěním je i skutečnost, že legislativa v oblasti paliativní péče vykazuje roztržitost a může tak být pro laickou veřejnost obtížné se v této zorientovat a vnímat možnosti, které český systém pro umírající osoby a jejich rodiny nabízí.

Klíčová slova: smrt, umírání, hospic, rodina, paliativní péče, důstojnost, analýza potřebnosti.

Annotation

The aim of the graduate thesis is to summarize the theoretical and practical knowledge about the issue of death and dying in the context of the wishes of dying persons to die in their natural environment, to link this knowledge with the need and availability of mobile hospice care in the Czech Republic, and also to conduct a needs analysis, aimed at mapping the situation in the field of mobile hospice care in the Moravian-Silesian Region, with the aim of gathering arguments for the necessity of establishing a mobile hospice in that region.

The analysis of secondary data shows that the number of mobile hospices in the Czech Republic is close to the optimal number of hospices needed, but their availability for the inhabitants of smaller towns and villages is very problematic, and this problem concerns each of the fourteen regions of the Czech Republic, including the Moravian-Silesian region. At the same time, however, the number of people dying in inpatient healthcare facilities is increasing, even though

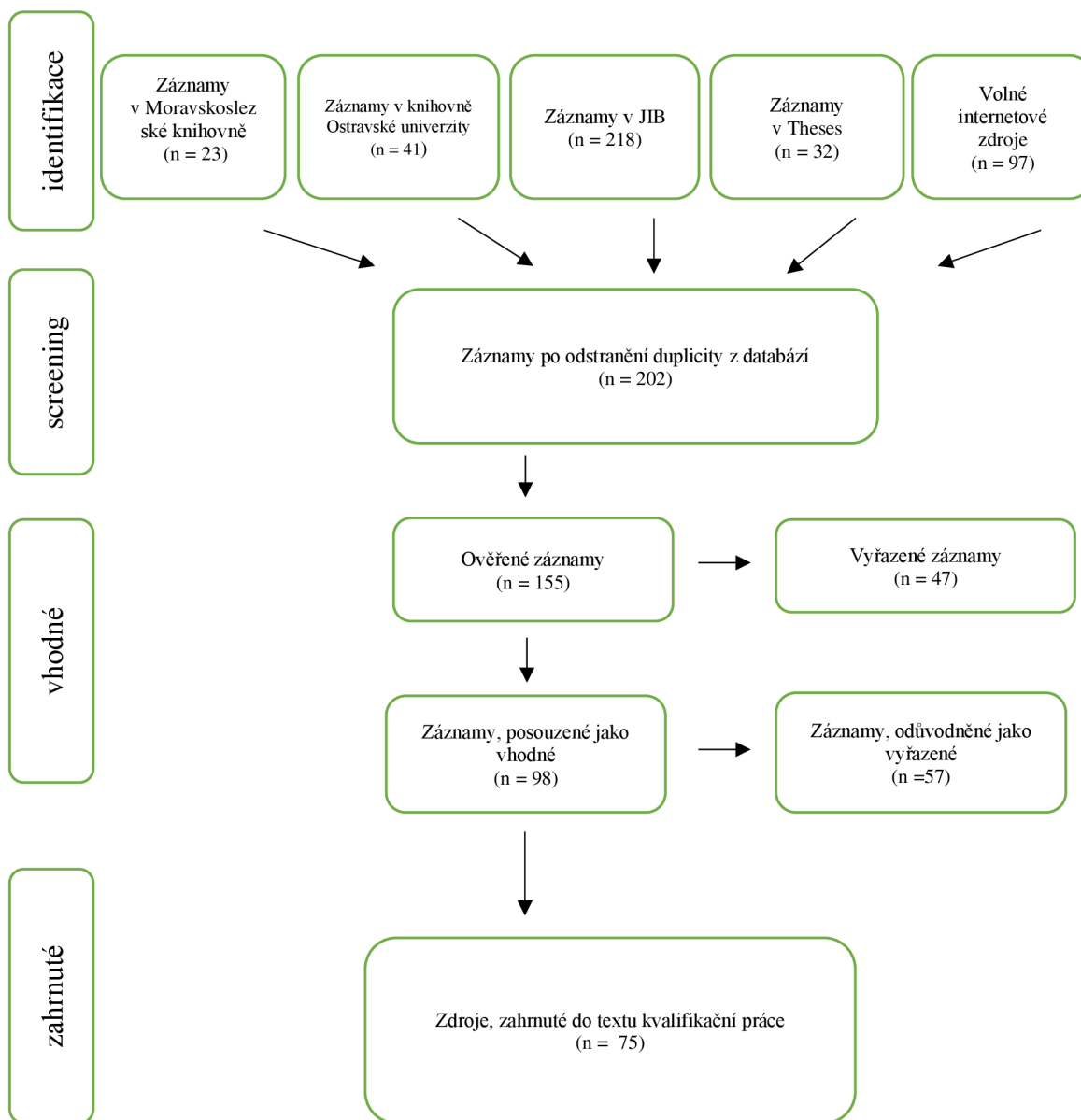
they would prefer to go home, surrounded by their loved ones. This fact is due both to the demographic development of the population, and therefore to the increase in the number of dying persons.

Another important finding is the fact that the legislation in the field of palliative care is fragmented and it may be difficult for the general public to navigate and perceive the possibilities that the Czech system offers for dying persons and their families.

Keywords: death, dying, hospice, family, palliative care, dignity, needs analysis

Přílohy

Příloha č. 1 - Prisma Flow Diagram



Qualitätskriterien Mobiles Palliativteam

Leistungsangebot

- » Möglichst 24 Stunden telefonische Erreichbarkeit
- » Beraten und Anleiten in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, ganzheitlicher Pflege und psychosozialer Begleitung
- » Erstellen eines Betreuungskonzeptes in Zusammenarbeit mit den Primärbetreuern/-betreuerinnen (Konsilium vor Ort)
- » Unterstützung in der Entscheidungsfindung bei ethischen Fragestellungen
- » Beratung in Bezug auf eine Entlassung von Patientinnen/Patienten aus der Akutabteilung im Krankenhaus
- » Beratung und Unterstützung im Sozialbereich (Pflegegeld, Hospizkarenz, Pflegebett, ...)
- » Hilfestellung in komplexen Betreuungssituationen
- » Hilfestellung bei der psychosozialen Betreuung der Patientinnen/Patienten und deren An- und Zugehöriger
- » In Absprache mit den Primärbetreuenden Durchführung von medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und/oder sozialen Maßnahmen bei Erkrankten
- » Indikationsstellung und Vermitteln von Patientinnen/Patienten in eine Palliativstation oder ein Stationäres Hospiz
- » Miteinbeziehen und Mitbetreuen der An- und Zugehörigen
- » Vermitteln von Hospizteams
- » Vermitteln von seelsorgerischer Begleitung
- » Telefonische Beratung
- » Unterstützung und Organisation des Managements an den Übergängen/Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung (Brückenfunktion)
- » Anleiten und Einschulen von pflegenden An- und Zugehörigen
- » Ggf. Trauergespräch und Vermittlung von Trauerbegleitung
- » Anleiten und Schulen von Praktikantinnen und Praktikanten
- » Interne und externe Bildungstätigkeit
- » Vernetzung mit anderen betreuenden Einrichtungen

Zdroj: Bundesministerium für Gesundheit (2014, s. 35).

KRNOVSKO – PŘEHLED OBCÍ

OPEC	Rozloha v ha	Počet obyvatel
KRNOVSKO	57 425	42 858
BOHUŠOV	2 069	446
BRANTICE	2 671	1 291
BÝKOV – LÁRYŠOV	908	147
ČAKOVÁ	1 194	314
DÍVČÍ HRAD	1 199	286
HEŘMANOVICE	4 282	391
HLINKA	877	233
HOLČOVICE	4 060	730
HOŠŤÁLKOVY	2 779	567
JANOV	1 102	331
JINDŘICHOV	3 471	1 468
KRASOV	2 579	339
KRNOV	4 430	25 392
LICHNOV	2 728	1 075
LIPTAŇ	2 024	472
MĚSTO ALBRECHTICE	6 527	3 634
OSOBLAHA	1 816	1 134
PETROVICE	1 106	130
RUSÍN	1 428	144
SLEZSKÉ PAVLOVICE	664	203
SLEZSKÉ RUDOLTICE	2 320	633
TŘEMEŠNÁ	2 094	925
ÚVALNO	1 476	976
VYSOKÁ	1 712	355
ZÁTOR	1 909	1 222

Zdroj, Krnov 2023

Větší města

OPEC	Rozloha v ha	Počet obyvatel
BRUNTÁL	29,34 km ²	15415
Karlovice	21,63 km ²	1012
Vrbno p/Pradědem	68,91 km ²	4798
OPAVA	90,61 km ²	55512
JESENÍK	38,23 km ²	10665

Zdroj, Krnov 2023 a googl 2023 (sloupec počet obyvatel – doplněn autorkou.)

Příjmy

Pronájem přístroje a vybavení	Kus	Cena/ den	Měsíc (30 dní)	Rok (365 dní)
Lineární dávkovač	4	85	10 200 Kč	124 100 Kč
Infúzní pumpa	4	85	10 200 Kč	124 100 Kč
Pulsní oxymetr	5	7	1 050 Kč	12 775 Kč
Antidekubitární matrace	10	4	1 200 Kč	14 600 Kč
Odsávačka	6	7	1 260 Kč	15 330 Kč
WC židle	10	7	2 100 Kč	25 550 Kč
Polohovací lůžko	6	17	3 060 Kč	37 230 Kč
Kyslíkový koncentrátor	1	40	1 200 Kč	14 600 Kč
Přenosný dýchací přístroj	5	40	6 000 Kč	73 000 Kč
Příspěvek na péči od zdravotní pojišťovny	min. počet	Cena/ den	Měsíc	Rok
Pacienti	10	1 500	450 000	5 400 000 Kč
Dotace od kraje a z rozpočtu města, dary, sbírky	min. počet	Cena/den	Měsíc	Rok
Pacienti	10	1400	510 000	5 040 000 Kč
Celkové příjmy	10 881 285 Kč			

Pro první rok provozu počítáno s nižší kapacitou klientů – souvisí s délkou využívání služby.

Variabilní náklady

			Mzda	Měsíčně	Roční náklad
Osobní náklady/ mzda	úvazky	Mzda	(s odvody)	(u mezd včetně odvodů)	(u mezd včetně odvodů)
Všeobecná sestra (45000 Kč. zakl. mzda + 5000 Kč. příplatky)	5	50 000	65 000	325 000	3 900 000 Kč
Příplatek za vedení vrchní sestra	1	2 000	2 600	2 600	31 200 Kč
Lékař atestovaný v PM	1	85 000	110 500	110 500	1 326 000 Kč
DPP lékař pohotovost	1	64 400	64 400	64 400	772 800 Kč
Sociální pracovník, psycholog (2 x DPP – částečně sloučeno již existujícími pozicemi či dohodami)	1	30 000	45 000	45 000	540 000 Kč
Vedoucí org. složky + fundraising	1	40 000	52 000	52 000	624 000 Kč
Opravy a energie	m 2	Kč/m 2		Měsíc	Rok
Energie a služby	66	121		7 986	95 832 Kč
Opravy a údržba prostor	66	20		1 320	15 840 Kč
Amortizace vybavení prostor				416,6	4 999 Kč
Vybavení prostor k činnosti	66	750			49 500 Kč
Služby	počet	(Kč/ den)		Měsíc	Rok
OOPP pro zaměstnance	7			250	1 750 Kč
Stravné (21 prac.dní)	9	80		15 120	181 440 Kč
Pohonné hmoty	1			4 500	54 000 Kč
Telefony paušál, internet	9	600		5 400	64 800 Kč
Mobilní telefon	9	8 500			76 500 Kč
Počítač + tiskárna	4	30 000			120 000 Kč
Roční revize zdravotnických přístrojů	1	10 000			10 000 Kč
Likvidace infekčního odpadu	1			300	3 600 Kč
Účetnictví a mzdy/externí	1	12 000		12 000	144 000 Kč
Spotřební materiál	počet	jedn. Cena		Měsíc	Rok
spotřební materiál	soubor	6 000		6 000	72 000 Kč
zdravotnický materiál	soubor	12 000		12 000	144 000 Kč
Náklady na pacienta	počet	jedn. cena		Měsíc	Rok
doplatky léky	soubor	300		30 000	360 000 Kč
Pleny+ podložky+obvazy	soubor	130		19 500	234 000 Kč

Cestovné – 20 km/pacient/den/1,6 Kč km	5	160		4 800	57 600 Kč
Souhrn					8 883 861 Kč

Fixní náklady

Nájemné	m 2	Kč/m 2		Měsíc	Rok
Kancelářská/pobytová místnost pro sestry	Vlastní prostory Charity				0 Kč
Kancelář vedení a administrativy					0 Kč
Sklad kompenzačních pomůcek					0 Kč
Doprava	počet	jedn. Cena		Měsíc	Rok
Leasing automobilu včetně pojištění	5	6 500		32 500	390 000 Kč

Náklady na pořízené vybavení

Přístroje a vybavení	kusů	Cena pořízení bez Dph	Rok
Lineární dávkovač	4	28 700	114 800 Kč
Infúzní pumpa	4	23 426	93 680 Kč
Pulsní oxymetr	5	1 050	5 251 Kč
Brašna zdravotnická pro sestry a lékaře	3	6 186	18 559 Kč
Antidekubitní matrace	10	1 852	18 521 Kč
Odsávačka	6	3 427	20 559 Kč
WC židle	10	1 780	17 800 Kč
Polohovací lůžko	6	13 490	80 940 Kč
Kyslíkový koncentrátor	1	31 008	31 008 Kč
Dýchací přístroj přenosný	5	5 340	26 700 Kč
Souhrn			427 818 Kč

Celkové náklady

Variabilní náklad	8 883 861 Kč
Fixní náklad	390 000 Kč
Celkové náklady	9 273 861 Kč Kč

Zdroj: vlastní výpočty ve spolupráci s účetní firmou fa Vojkůvka, Petřvald, 2024. Jedná se o předpokladané ceny bez DPH

Dále byl rozpočet konzultován s MH Ondrášek Ostrava a ekonomickým oddělením fa Sportplex ve F-M

Ceny k 26.2.2024 - přístroje

<https://www.asker.cz/injekcni-davkovace-leku/linearni-davkovac-onyx/?variantId=14928>

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?volumetricka-pumpa-kellymed-pumpkln>

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?prstovy-oxymetr-oxypst2>

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?zachranarska-brasna-resbrav>

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?antidekubitni-matrace-timago-antitimago2>

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?odsavacka-hlenu-armoline-asparmo>

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?toaletni-kreslo-repotoal>

<https://www.invira.cz/>

[p/luzko-s-krizovym-podvozkem-3fx?gclid=CjwKCAiAivGuBhBEEiwAWiFmYcHc6kO0EpWCOmsKGXc6jGqpzA8tjQpL4X2_4L9iVDIKkXqbN-HYXxoCyGgQAvD_BwE](https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?kyslikovy-konzentrator-krober-o2konc1)

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?kyslikovy-konzentrator-krober-o2konc1>

<https://www.szo.cz/cs/lekarske-pristroje/?prenosny-kyslikovy-pristroj-rv5go>

Ceny k 26.2.2004 - Půjčovné

<https://charitafm.cz/nase-sluzby/pro-seniory/pujcovna-pomucek/>

Sběru informací pro SWOT analýzu

Forma získání informací pro SWOT analýzu byla kombinací deskripce zákonů a vyhlášek a obsahová analýza vládních dokumentů (Zdraví 2030 a navazující analýza), zpráv krajů a strategických dokumentů. Bylo využito dostupných internetových informací, výzkumných šetření Cesty Domů a STEM/MARK, údajů Českého statistického úřadu. Cenným zdrojem byly také odborné články z časopisů Sociální práce/Sociálna práca a Sociální novinky. Byly začleněny poznatky ze studijní praxe v mobilním hospici Strom Života, osobní zkušenosti a informace získané rozhovorem s hospicovou sestrou, která se zabývá nyní hlavně doprovázením klientů, byla však u zrodu několika hospiců (Hospic Frýdek-Místek, Strom Života, nyní Adra Havířov, lektorka – Andrea Radomská). Využity byly rovněž informace, získané formou rozhovorů od zřizovatelů či zakladatelů mobilních hospiců (Mobilní hospic Ondrášek a Charita Moravská Třebová – Ludmila Dostálová) také s vedoucí sociální pracovnící pečovatelské služby Charita Krnov.

V části SWOT analýzy – Silné stránky byly informace získány z mapy poskytovatelů, rozhovorů s provozovateli jako např. ADRA Havířov, kde se připravuje kurz pro dobrovolníky v oblasti „doprovázení umírajících a pozůstalých“. Dále studiem např. <https://www.dobrometr.cz/zprava.pdf>. Pro informaci o podpoře paliativní péče MSK byly využity informace o vypisovaných dotačních titulech v minulých letech, kdy podpora je zřetelná. Dále informace o dětské paliativní péči v domácím prostředí, vyčerpání – velké poptávce, pořadníky a síle týmů pramení z osobního rozhovoru s paní ředitelkou Mobilního hospice Ondrášek.

V části SWOT analýzy – Slabé stránky byly informace zakomponovány deskripcí úhradové vyhlášky, konzultace s účetní v mobilním hospici Strom Života a Charita Moravská Třebová. Nedostatečné pokrytí v okrajových částech MSK byly zjištěny z analýzy potřebnosti této bakalářské práce. Platová nevyrovnanost zdravotních pracovníků byla zjištěna rozhovory s hospicovými sestrami v hospici sv. Lukáše v Ostravě Výškovicích a pracovníky v Městské nemocnici Ostrava Fifejdy. Vědomí o nedostatku dětských paliativních sester pramení z četnosti vypisování inzerátů pro toto pracovní zařazení apriori mobilní hospic Ondrášek.

V části SWOT analýzy – Příležitosti do této části byly zařazeny informace pramenící z rozhovoru s dcerou autorky, která prošla praxí v hospici jako zdravotní všeobecná sestra prvním ročníku VOŠ. Práce se jí natolik líbila, že si ji vybrala pro své další působení již pracovním procesem po studiích. Souhlasí s tím, že by mělo být zviditelněno, jak je tato práce

krásná, že není důvod se jí bát a trpět stigmatem – v tomto směru je důležité osobnostní nastavení jedince. Doporučuje tuto praxi zařadit jako povinnou již do osnov středních zdravotnických škol, nejen jako praxi volitelnou na VOŠ a VŠ. Z toho pramení také příležitost medializace a osvěta na mladé generace. Následné informace o provázanosti služeb, zřízení hospicových lůžek domovech pro seniory vychází z povědomí o tom, že tato zařízení jsou právě domácím sociálním zařízením pro osoby, které potřebují hospicovou péči. Dále se informace také opírají opět o analýzu potřebnosti uvedenou v mé AP.

V části SWOT analýzy – Hrozby do této oblasti byly implementovány poznatky, které vplynuly z rozhovorů se zaměstnanci hospic Frýdek-Místek a také s provozovateli dalších hospiců. Taktéž informace plynoucí ze Zákoníku Práce, kdy ani novela NZP ke konci roku 2023 nepřinesla změnu co se týče dlouhodobého ošetřovného. Zejména v oblasti schvalování, kdy zaměstnavatel může ošetřovné zaměstnanci znemožnit, ale také kdo může být tímto ošetřovatelem, v tuto chvíli to může být pouze příbuzný v přímé linii. Jsou však situace, kdy ten, kdo může poskytnout péči není přímý příbuzný např. neteř – vlastní zkušenost. Na nedostatečné finanční pokrytí péče ukazuje také fakt, že mobilní hospic Ondrášek ročně žádá o 80-90 dotací a darů a 53 žádostem bylo v roce 2023 vyhověno (informace z Fb Mobilního hospic Ondrášek, příspěvek leden 2024)