

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Hospicová péče poskytovaná  
Hospicem sv. Jana N. Neumanna a její potenciály**

bakalářská práce

Autor práce: Iveta Sixlová  
Studijní program: Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě  
Vedoucí práce: Mgr. Alena Kajanová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 2.5.2013

# Abstrakt

## Hospicová péče poskytovaná Hospicem sv.Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích a její potenciály

V teoretické části se vyskytuje obecná charakteristika hospicové péče, součástí je i historický exkurz, který se týká jak vývoje forem péče o těžce nemocné umírající a tak i vývoje samotného hospicového hnutí. Další kapitola se věnuje vybraným etickým aspektům hospicové péče zahrnující také problematiku eutanazických tendencí i informovaného souhlasu. Následuje kapitola obecně shrnující diagnostické a indikační skupiny klientů, pro které je hospicová péče vhodná. Nezbytná část je věnována také paliativní medicíně jako jednomu z hlavních principů hospicové péče. Další kapitola pojednává o jednotlivých formách hospicové péče, následující o multidisciplinárním týmu v hospicové péči a poslední kapitola se věnuje přímo Hospici sv.Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích.

Hospicová péče je specializovaná forma odborné péče o pacienty v terminální fázi onemocnění, zaměřuje se na zajišťování všech bio-psycho-socio-spirituálních potřeb pacientů i na podporu jejich rodin a blízkých. Vychází z úcty k člověku jako neopakovatelné bytosti, důrazně trvá na zachování lidské důstojnosti a co nejvyšší možné kvalitě života pacientů.

Historicky se vyvíjela už od středověku z různých forem charitativní péče o staré a nemocné lidi, později bylo v souvislosti s rychlým rozvojem kurativní medicíny třeba hledat alternativy péče o pacienty, kterým léčba už nemohla pomoci. V současné podobě je hospicová péče považována za plnohodnotnou formou specifické odborné péče o umírající.

V hospicové péči jsou uplatňována etická pravidla, práva pacientů jsou striktně respektována, důraz je kladen na přiměřenou informovanost. Důležitou roli v této oblasti hraje i pojetí smrti a utrpení, význam pastorace a také otázky související s eutanazií.

Základním principem hospicové péče je paliativní medicína, která ale může být aplikována i mimo hospice.

Formy hospicové péče představuje lůžková hospicová péče, domácí hospicová péče, respitní formy péče a také ambulantní formy a různé typy stacionářů. Poslední dvě jmenované formy nejsou v současnosti v České republice příliš využívány, ze zahraničních zkušeností ale vyplývá, že jsou přínosem.

V hospici je důležitá také spolupráce v multidisciplinárním týmu, jehož součástí jsou odborníci z různých oborů ale také dobrovolníci.

Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích poskytuje specializovanou péči na 30 lůžcích, zajišťuje odborné sociální poradenství, jehož součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek. Poskytování domácí hospicové péče je v současné době pozastaveno, funguje ale pečovatelská služba. Hospic se věnuje také vzdělávání odborníků i laických pečujících.

Cílem práce je zmapovat současný stav poskytované péče a vytvořit návrh jejího rozvoje/zkvalitnění.

V této práci je uplatněn kvalitativní výzkum. Zkoumaným objektem je Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích zastoupený pro potřeby tohoto výzkumu vedoucí Vzdělávacího centra, odbornou sociální poradkyní Mgr. Evou Předotovou, zdravotní sestrou zajišťující dříve domácí a dnes lůžkovou hospicovou péči Kateřinou Stropkovou. Na základě těchto polostrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentů jsem vytvořila pracovní SWOT analýzu a z té jsem vypracovala návrh plánu rozvoje služeb. Tento návrh jsem posléze konzultovala s ředitelem hospice panem PhDr. Robertem Hunešem.

Z výzkumu vyplynulo, že velké obtíže představuje hlavně malá informovanost lékařů a jejich neochota k doporučení hospicové péče svým pacientů. To může být také důvodem nízkého počtu klientů a zkracování doby pobytu v hospici. Tyto dva fenomény jsou momentálně považovány za největší problém. Negativní dopad má také finanční nejistota a nevyhovující legislativní zakončení.

Práce by mohla sloužit pro samotný Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna jako podklad pro plánování dalšího rozvoje poskytovaných služeb.

# Abstract

## Hospice care provided by Hospice of St. John Nepomuk Neumann in Prachatice and its potentials

In theoretical part there is general characteristic of hospice care and also historical excursion, which involves development of forms of the care about heavily ill and dying people and this part is also about development of the hospice itself. Next chapter is dedicated to the selected ethical aspects of hospice care, also involving problematic of the euthanatical tendencies and knowledgeable acceptance. Following chapter generally summarizes diagnostic and indicational groups of patients for whom is hospice care suitable. Necessary part is dedicated to palliative medicine as one of the major principals of hospice care. Next chapter revolves about individual forms of hospice care, next chapter about multidisciplinary team in hospice care and the last chapter is dedicated to the Hospice of St. John Nepomuk Neumann in Prachatice.

Hospice care is specialized form of the professional care about patients in terminal phase of sickness, it is focusing on providing all of the bio-psycho-socio-spiritual needs of the patients to support them and also to support their families and loved ones. Roots of this care come from the respect for human being as the beautiful creature, it insists on maintaining human dignity and the highest possible quality of life for patients.

The historical development starts in the middle ages from the different forms of charity care about old and sick people, later because of the fast development of curative medicine the crucial thing was to find alternative ways of patient care for the people that could not be helped. Current state of the hospice care is considered as the full form of specific professional care about dying people.

In hospice care there are certain ethical rules, rights of the patients are strictly respected, important thing is providing adequate informations. Important role in this area also plays the concept of life and death, significance of pastoration and also questions related to euthanasia.

Basic principle of hospice care is palliative medicine which can be applied even outside the hospices.

Forms of hospice care are: bed hospice care, home hospice care, respite forms of care and also ambulatory forms and different types of care centers. Last two forms are not actually used at this time in the Czech republic, but from the experiences from abroad results that they are useful.

Cooperation in the multidisciplinary team is also very important. That team consists of experts from different fields of expertise but also of the volunteers.

The Hospice of St. John Nepomuk Neumann in Prachatice provides specialized care on 30 beds, provides professional social counseling whose part are also loans of mobility aids. Providing services of home hospice care has been currently stopped, but the day care is fully functional. Hospice also trains both experts and ordinary people.

The goal of this paper is to chart current state of provided care and to create suggestion its development/improvement.

In this paper is used qualitative research. Examined object is Hospice of St, John Nepomuk Neumann in Prachatice for purposes of this reasearch represented by the leader of Education centre, expert social consultant Mgr. Eva Předotová and by the nurse formerly providing home care and now bed hospice care Kateřina Stropková. Based on these semi-structured interviews and analysis of documents I created occupational SWOT analysis and from that I created proposal of service development. This proposal was consulted with director of the hospice PhDr. Robert Huneš.

This research revealed that the big obstacle is little awareness about that by the doctors and their reluctance to recommend hospice care to the patients. That might be the reason for the lack of clients and shortening the period of stay in hospice. These two phenomenons are at the moment considered to be the biggest problem. Financial insecurity and insufficient legislative basis leads to negative impact.

This paper might serve for the Hospice of St. John Nepomuk Neumann as basics for planning next development of provided services.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne (datum)

2.5.2013

Iveta Sixlová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Aleně Kajanové, Ph.D. za poskytnutí cenných rad pro vypracování této bakalářské práce a také všem informantům za spolupráci na výzkumu.

# Obsah

ÚVOD .....	10
<b>1 SOUČASNÝ STAV .....</b>	<b>11</b>
1.1 HOSPICOVÁ PÉČE OBECNĚ .....	11
1.1.1 Právní dokumenty .....	12
1.1.2 Definice pojmu hospicové péče a paliativní medicíny dle obecně uznávaných organizací a institucí .....	13
Dle Světové zdravotnické organizace .....	13
Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky .....	13
Dle světové organizace domácí a hospicové péče .....	14
National Hospice Organisation Arlington, Virginia USA .....	14
1.1.3 Historický exkurz .....	14
Historické formy péče o umírající .....	14
Vývoj hospicového hnutí .....	16
1.2 ETICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE .....	18
1.2.1 Práva umírajících .....	18
Americká charta umírajících .....	18
Evropská Charta práv umírajících - O ochraně lidských práv (hodnot) nevléčitelně nemocných a umírajících .....	19
1.2.2 Otázka eutanazie .....	19
1.2.3 Sdělování pravdy .....	20
Informovaný souhlas .....	22
1.2.4 Pojetí smrti a umírání .....	22
1.2.5 Otázka po smyslu utrpení .....	23
1.2.6 Pastorační péče .....	24
1.3 DIAGNOSTICKÉ A INDIKAČNÍ SKUPINY KLIENTŮ HOSPICOVÉ PÉČE .....	26
1.4 PALIATIVNÍ MEDICINA JAKO JEDEN Z HLAVNÍCH PRINCIPŮ HOSPICOVÉ PÉČE .....	27
1.5 FORMY HOSPICOVÉ PÉČE .....	29
1.5.1 Domácí hospicová péče .....	29
1.5.2 Lůžkové hospice .....	31
1.5.3 Ambulantní formy péče, hospicové stacionáře .....	32
1.5.4 Respirační péče .....	32
1.6 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM V HOSPICOVÉ PÉČI .....	33
1.6.1 Dobrovolnická činnost a její význam v multidisciplinárním týmu .....	33
1.7 HOSPIC SV. JANA NEPOMUKA NEUMANNA .....	34
1.7.1 Úhrada za službu .....	34
1.7.2 Domácí hospicová péče .....	35
1.7.3 Poradna a půjčovna kompenzačních pomůcek .....	35
1.7.4 Vzdělávací centrum při Hospici sv. Jana N. Neumanna .....	36
<b>2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>38</b>
2.1 CÍL VÝZKUMU .....	38
2.2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA .....	38
<b>3 METODIKA .....</b>	<b>39</b>
3.1 POUŽITÉ METODY A TECHNIKY .....	39
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	40
3.3 VLASTNÍ REALIZACE VÝZKUMU .....	40
3.4 ZPŮSOB ANALÝZY DAT .....	41



<b>4</b>	<b>VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE</b>	<b>42</b>
4.1	VÝSLEDKY ROZHOVORŮ	42
4.2	VÝSLEDKY SWOT ANALÝZY	65
4.2.1	<i>Analýza vnitřních zdrojů:</i>	65
	<b>Silné stránky</b>	65
	<b>Slabé stránky</b>	66
4.2.2	<i>Analýza vnějších zdrojů</i>	67
	<b>Příležitosti</b>	67
	<b>Ohrožení</b>	67
4.2.3	<i>Analýza počtů klientů a průměrných dob pobytu</i>	69
4.2.3.1	Analýza počtu přijatých klientů	69
4.2.3.2	Vývoj stavu klientů k 31.12. v jednotlivých letech	70
4.2.3.3	Vývoj průměrné doby pobytu pacientů v jednotlivých letech	71
4.3	NÁVRH PLÁNU ROZVOJE HOSPICE SV. JANA NEPOMUKA NEUMANNA V PRACHATICÍCH	72
<b>5</b>	<b>DISKUZE</b>	<b>78</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR</b>	<b>83</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b>	<b>84</b>
<b>8</b>	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b>	<b>89</b>
<b>9</b>	<b>PŘÍLOHY</b>	<b>90</b>

## Úvod

V této bakalářské práci jsem se zabývala péčí, kterou nabízí Hospic sv. Jana N. Neumanna svým pacientům a možnostmi jejího dalšího rozvoje a zkvalitňování.

Problematiku hospicové péče jsem zvolila proto, že jsem v Hospici sv. Jana N. Neumanna pracovala dva roky jako dobrovolnice a celkově je mi filozofie hospicového přístupu blízká.

Hospicová péče je v současné době nezbytnou alternativou pro pacienty, jejichž nemoc jim brání v plnohodnotném prožívání života a u kterých zároveň dosavadní léčba již nepřináší odpovídající úlevu. Proto se stává důležitou formou péče, která je schopná zajistit jim adekvátní naplňování všech bio-psycho-socio-spirituálních potřeb, vychází z úcty k neopakovatelnosti lidské bytosti a její důstojnosti a trvá na udržení co nejvyšší možné kvality života.

Hospice v České republice se mohou dostávat do komplikovaných situací, způsobených postoji společnosti, ale také legislativní nejistotou a nižší finanční podporou ze strany státu.

Cílem mojí práce je proto vytvořit plán rozvoje služeb Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna.

Práce je rozdělená do dvou částí, teoretické a praktické

Teoretickou část budu zaměřovat jak na obecné informace o hospicové péči, tak i konkrétní péči poskytovanou v Hospici sv. Jana Nepomuka Neumanna a její různé formy.

V praktické části je zkoumaným objektem Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích zastoupený pro potřeby tohoto výzkumu vedoucí Vzdělávacího centra, odbornou sociální pracovnící Mgr. Evou Předotovou, zdravotní sestrou Kateřinou Stropkovou. Výsledky jsou následně zkontrolovány s ředitelem Hospicu sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. V práci je uplatněn kvalitativní výzkum, ve kterém dochází ke zjišťování informací pomocí polostrukturovaných rozhovorů, sekundární analýza výročních zpráv a SWOT analýza.

# 1 Současný stav

## 1.1 Hospicová péče obecně

Anglický pojem „hospice“ původně označoval útulek či útočiště, byl užíván už v období středověku pro tzv. domy odpočinku, které vyhledávali poutníci na dlouhé cestě do Palestiny k Božímu hrobu (Svatošová 2002a). Středověký hospic skýtal možnost naplnění v podstatě všech bio-psycho-socio-spirituálních potřeb (Misconiová, 1998)

Myšlenka hospiců v defacto současné podobě ožila ve 20. století ve vztahu k péči o vážně nemocné a umírající pacienty (Haškovcová, 2002 a). Vychází z ústy k životu a z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti (Svatošová, 2008).

Hospice jsou zvláštním typem zdravotnické péče. Je zaměřena na zkvalitnění konce života nemocnému, a to tak, že nemocný nebude tolik trpět bolestí, bude respektována jeho důstojnost a nebude v době umírání sám. Nejde o uzdravování a prodlužování života nemocného, nýbrž o tzv. paliativní péči, o zkvalitnění života umírajícího.

(Holeksová, 2002, s.87)

Myšlenku hospice lze za předpokladu splnění určitých podmínek uplatnit kdekoliv (Svatošová, 2008).

Péče se neorientuje pouze na nemocného ale i na jeho rodinu, která se nepouští ze zřetele ani po smrti nemocného (Svatošová, 2008).

Nikdo není vyloučen z možnosti ucházet se o přijetí do hospice (Haškovcová 2007), péče je určena pro všechny věkové kategorie a o přijetí rozhoduje vedení hospicu s lékaři na základě vyjádření ošetřujícího lékaře konkrétního pacienta (Nováková, 2011). Rozhodující je zdravotní stav a prognóza vývoje nemoci (Nováková, 2011). Zpravidla jsou přijímáni nemocní, jejichž smrt je očekávána v časovém horizontu šesti měsíců (Holeksová, 2002). Toto kritérium však nemusí být závazné.

Hospice mohou být výraznou pomocí pro určité skupin umírajících (Haškovcová, 2007), ale není v jejich možnostech převzít veškerou takovou péči (Haškovcová, 2002a). Ze zkušeností jsou hospicové programy vhodné především pro onkologicky nemocné a po pacienty s rozvinutou nemocí AIDS (Haškovcová, 2007).

Hospicové zařízení se většinou skládá z lůžkové části, stacionáře, jehož činnost je často kombinována i s poskytovanou domácí péčí a edukačního centra s poradnou, případně zázemím pro poskytování odborných kurzů (Haškovcová, 2007).

Hospic by se nikdy neměl stát místem, kam chodí lidé umírat, a proto je vhodné zabránit tomu včasným zařazením do hospicových programů, které zaručují, že se při zlepšení stavu mohl pacient vrátit zpět do domácího prostředí (Haškovcová, 2007).

Výrazně je akcentován také duchovní rozměr péče, přesto jsou nemocní přijímáni bez ohledu na své vyznání, pastorece je sice nabízena ale její odmítnutí je nutné důsledně respektovat (Haškovcová, 2007).

Hospicová péče je jednou z forem paliativní péče (Kasanová, 2009).

Péče je poskytována za účelem pomoci pacientům v jejich posledních dnech, ne tedy proto, aby byl život zkracován (Kastenbaum, 2009).

### 1.1.1 Právní dokumenty

Paliativní medicína a léčba bolesti byli za samostatný obor uznány až zákonem č.95/2004 Sb. (Haškovcová, 2007). Teprve během léta 2006 byl do Zákona o veřejném zdravotním pojištění doplněn §22a s názvem Zvláštní ústavní péče-péče paliativní lůžková-ve znění: Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (ECCE HOMO, 2006).

V rámci Evropské unie je významný hlavně dokument s názvem Ochrana lidských práv a hodnot(důstojnosti) nevyлéčitelně nemocných a umírajících, který schválila Rada Evropy v červnu roku 1999 (Haškovcová, 2002a).

### 1.1.2 Definice pojmu hospicové péče a paliativní medicíny dle obecně uznávaných organizací a institucí

Z definic různých uznávaných institucí a organizací vyplývá, že orientace hospicové péče směřuje k vytvoření takového programu služeb a péče o umírající a jejich blízké, kde je na prvním místě respekt k uspokojování individuálních potřeb umírajícího, akcent je kladen na integritu lidské bytosti a jejího vlastního sociálního prostředí (Haškovcová, 2007).

#### **Dle Světové zdravotnické organizace**

Hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických a věkových skupin u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře stanovena délka dalšího života v rozsahu 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče (Miscoiniová, 1998, s.28)

Paliativní medicína je léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin (Haškovcová, 2007, s. 37).

#### **Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky**

Hospicová péče je komplexní multidisciplinární paliativní péče, kterou tvoří souhrn odborných lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačních činností, poskytovaných terminálně a preterminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit

všechny potíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohlednit bio-psycho-sociální potřeby nemocného. (Misconiová, 1998, s.29)

### **Dle světové organizace domácí a hospicové péče**

Hospicová péče je centrálně řízený program paliativní péče-cíleně zaměřený na zmírnění symptomů nemoci u terminálně nemocných, kterým bylo prognosticky určeno pravděpodobné přežití v maximálním rozsahu do šesti měsíců. Filosofii hospicové péče je úcta k životu a umožnění maximální kvality života umírajícímu člověku, realizované poskytováním péče a podpory umírajícím a jejich rodinám. Život má být žit tak plně a bez zbytečného utrpení, jak jen to je možné. Smrt je vnímána jako nedílná součást života každého jedince. Hospicová péče smrt neoddaluje ani neurychluje. (Misconiová, 1998, s.29)

### **National Hospice Organisation Arlington, Virginia USA**

Hospicový program je koordinovaný program paliativních a podpůrných služeb prováděných doma i za hospitalizace, který zajišťuje léčbu a psychologickou, sociální a spirituální péči pro umírající osoby a jejich rodiny. Služby jsou zajišťovány lékařsky řízeným interdisciplinárním týmem profesionálů a dobrovolníků. Po smrti nemocného je k dispozici péče o pozůstalé. (Vorlíček, 1998, s. 19)

#### 1.1.3 Historický exkurz

##### **Historické formy péče o umírající**

Z dostupných historických zdrojů je možné předpokládat, že péči o nemocné a staré lidi zajišťovala tradičně a téměř bezvýhradně rodina a proto ležela tato péče často úplně

mimo horizont společenského dění, ve chvíli kdy rodina na péči nestačila nemohla nebo nechtěla pečovat, potřební se dostávali na okraj společnosti a stávali se břemenem, které vzhledem k vzrůstajícímu počtu nebylo možné přehlížet (Haškovcová, 2010).

Nutně se tedy museli začít rozvíjet charitativní formy pomoci a péče, iniciované bohatými lidmi, církevními i laickými snahami o zlepšování situace takto potřebných, problémem takové péče však byla značná nekonceptnost a proto byly postupně zakládány chudobince, později transformované na špitály, a chudobince, starobince a chorobince, jejichž provoz a vedení zajišťovali kláštery, později za podpory obecních a městských rad (Haškovcová, 2002b).

Péče v těchto zařízeních byla především laická, nezřídka si ji poskytovali také nemocní navzájem (Křivohlavý, 1991).

Dalším typem ústavní péče byly klášterní nemocnice, ty ovšem byli určeny pouze pro velmi omezený okruh nemocných, převážně z řad řeholníků a šlechtických rodin, které dotovali daný řád a úroveň péče ani tady nebyla nijak vysoká, ošetřování nemocných bylo vnímáno jako ponižující práce a pečující řeholníci věnovali většinu času náboženským úkonům (Křivohlavý, 1991). Specifickým typem takových nemocnic byla zařízení pro malomocné a osoby s různými infekčními chorobami. Ta však byla svým charakterem spíše azylová, především v období epidemií (Křivohlavý, 1991).

V popředí bylo zajišťování alespoň základních fyziologických potřeb, a poskytnutí zázemí, psychické aspekty umírání nebylo třeba příliš řešit, vzhledem k nízké tabuizaci smrti každý věděl jak se k umírajícímu chovat a co se od něj očekává, o sociálních podmínkách se neuvažovalo vůbec (Haškovcová, 2007).

Snahy o vytvoření systému péče, která by byla dostupná a zároveň funkční ilustruje postupné zapojování měst, obcí a šlechty, dá se říci, že snahy tuto péči institucionalizovat se objevují už od středověku (Haškovcová, 2007).

V 17. století se postupně začaly měnit i nemocnice směrem k dnešní terapeuticky pojímané péči, začínalo se více skutečně léčit a azylový charakter těchto zařízení se tak postupně vytrácel (Haškovcová, 2010).

Ve druhé polovině 20.století pak byly budovány jednotlivé systémy zdravotnické a sociální péče, tyto systémy byli radikálně oddělovány, následně se v průběhu času ukázalo, že takové rozdělení je spíše ke škodě (Haškovcová, 2002).

Socialistická éra důsledně odmítala nutnost specializace péče o umírající, v současné době se naopak objevují hlasy, které považují hospicovou péči za ideální a hlavně generální řešení problémů všech umírajících (Haškovcová, 2002a)

### **Vývoj hospicového hnutí**

První hospic- St.Joseph's Hospice byl založen v Londýně příslušnicemi Charity irských sester už v roce 1905 (Haškovcová, 2007).

S rozvojem vítězné medicíny ve druhé polovině 20.století se ukázalo, že potřeby umírajících jsou natolik specifické, že je pro vítěznou medicínu velmi obtížné je uspokojit a proto se znovu objevily myšlenky hospicového hnutí (Haškovcová, 2007). Hlavní protagonistkou byla Cicely Saundersová, která v roce 1967 stanula v čele prvního hospicu moderního typu St.Christopher's Hospice , který v současnosti poskytuje péči 2000 pacientů a jejich rodinám, v roce 1984 byla založena organizace Help the Hospices zastřešující hospicové hnutí jejíž prezidentkou se stala Cicely Saundersová a v roce 2002 zahájila svou činnost organizace nesoucí její jméno (Haškovcová, 2007).

V České republice je historie hospicové péče poněkud kratší, první oddělení paliativní péče bylo otevřeno až v listopadu 1992 v rámci nemocnice TRN v Babičích nad Svitavou nedaleko Brna(Haškovcová, 2007). O vznik samostatného lůžkového hospicu se zasloužila lékařka Marie Svatošová, zakladatelka občanského sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí „Ecce Homo“, jehož prvním počinem bylo zbudování Hospice Sv.Anežky České v Červeném Kostelci, jenž byl otevřen 8.prosince 1995, na tomto projektu spolupracovala také Diecézní charita v Hradci Králové(Haškovcová, 2007). Marie Svatošová je v současné době prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a je držitelkou státního vyznamenání Medaile za zásluhy (Haškovcová, 2007).



Den pro hospice byl poprvé slaven 8.října 2005 pod výstižným heslem: „Nezavírej oči!“ (Haškovcová, 2007).

V současné době nacházejí paliativní principy stále více příznivců a i poptávka po hospicové péči vzrůstá (Haškovcová, 2007). Je odhadováno, že v Británii je dnes asi 220 hospiců, ve světě více než 2000, pokud připočítáme i nejrůznější oddělení a jednotky paliativní péče v nemocnicích a další formy hospicových programů, je možné konstatovat, že hospicová péče je poskytována na 8000 místech 85 vyspělých zemí, kde je institucionální a vítězná medicína majoritním systémem zdravotní péče (Haškovcová, 2007).

V České republice je zatím nabídka paliativní péče poměrně nízká, navíc stále nejsou vytvořeny konkrétní modely organizace paliativní péče jako v zahraničí (schéma viz příloha č.1), pouze 3% umírajících tráví závěr svého života ve specializovaných zařízeních poskytujících hospicovou péči (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

## 1.2 Etické aspekty paliativní péče

### 1.2.1 Práva umírajících

Práva umírajících jsou zdůrazněním základních principů paliativní medicíny a jsou ve shodě s potřebami umírajících (Haškovcová, 2007).

#### **Americká charta umírajících**

1. mám právo na to, aby se se mnou až do mé smrti zacházelo jako s živým člověkem
2. mám právo udržovat si naději, ať už je zaměřená na cokoli
3. mám právo na poskytování péče lidmi, kteří dokáží udržovat moji naději, ať už se situace změní jakkoli
4. mám právo vyjádřit své city týkající se blížící se smrti, a to svým vlastním způsobem
5. mám právo zúčastnit se na rozhodnutích, která se týkají péče o mě samého
6. mám právo očekávat nepřetržitý lékařský a ošetrovatelský zájem o mě, i když se budou léčebné cíle nahrazovat cíly na udržení mé pohody
7. mám právo na to abych nezemřel osamocený
8. mám právo být osvobozen od bolesti
9. mám právo na čestné odpovědi na mé otázky
10. mám právo na to, aby mi nikdo nelhal
11. mám právo na to, aby mi ve chvíli, když si uvědomím hrozící smrt, pomohla moje rodina a pomoc byla poskytnuta i mým příbuzným
12. mám právo zemřít v klidu a důstojně
13. mám právo na svůj vlastní názor a nebýt souzen za svoje rozhodnutí, které mohou být v rozporu s názory jiných lidí

14. mám právo na duchovní podporu, bez ohledu na to, co znamená víra pro ostatní

15. mám právo očekávat, že neporušitelnost lidského těla bude respektována i po mé smrti

16. mám právo na to, aby se o mě starali citliví, starostlivý a zkušený lidé, kteří se budou snažit porozumět mým potřebám a kterým přinese jejich péče určité uspokojení

(Holeksová, 2002, s.74-75)

### **Evropská Charta práv umírajících - O ochraně lidských práv (hodnot) nevyléčitelně nemocných a umírajících**

Vzniku tohoto významného dokumentu byla iniciativa pod názve Rooming-In při umírání, formulovaná účastníky zasedání Umírání v Rakousku, která se stala výchozím materiálem pro Chartu práv umírajících-O ochraně lidských práv (hodnot) nevyléčitelně nemocných a umírajících, která byla schválena Radou Evropy (plný text uvedu v příloze č 2) (Haškovcová, 2007).

#### **1.2.2 Otázka eutanazie**

Možnost eutanazie je diskutována hlavně s ohledem na to, že realita umírání se zpravidla liší od přání většiny lidí zemřít v klidu, bez bolesti a nejlépe ve spánku, odborníci i laici se shodují v názoru, že je v případech nesnesitelné trýzně a bolesti je ukončení života činem humánním, současně je ale jen málo lidí ochotných takové milosrdenství vykonat (Haškovcová. 2002a).

Eutanazie je ve většině zemí postavená mimo zákon, nejčastěji z důvodu možného zneužití, některé legislativní systémy se o eutanazii vůbec nezmiňují (Haškovcová. 2002a). V České republice je eutanazie kvalifikována trestný čin (Haškovcová. 2007).

Názor zastánců eutanázie, že v zemích, kde není povolena stejně k urychlování smrti trpících lidí často dochází například podáváním vysokých dávek opioidů, je jistě podstatnou připomínkou, nicméně, takovým jednáním je docilováno pozitivních efektů, současně však dochází k projevům nežádoucích vlivů na pacienta, negativní efekt nebyl záměrem, vyplynul pouze jako nezamýšlený sekundární důsledek (Munzarová, 2005).

Žádný z pacientů hospiců nežádá o eutanazii, má-li uspokojeny všechny okruhy potřeb, taková žádost by tedy byla podnětem k sebereflexi, jestli poskytovaná péče je dostatečná (Svatošová, 1998).

Zároveň se pacienti v hospicích nepokoušejí o sebevraždy (Pavlíček, 2003)

### 1.2.3 Sdělování pravdy

V nedávné minulosti byl zcela zřetelný příklon k Pia fraus, v současnosti je evidentní posun k pravdě, jedním z důvodů může být i to, že pravdu je dnes velmi obtížné zatajit díky mnoha různým možnostem získávání informací (Haškovcová, 2007).

Na sdělování pravdy existují z hlediska etičnosti dva protichůdné pohledy. Sdělení pravdy může být činem etickým, neboť pravda osvobozuje, na druhou stranu, pravdivá slova mohou ublížit a z tohoto pohledu je sdělení pravdy neetické (Haškovcová, 2002a).

Dá se předpokládat, že většina nemocných o své nemoci pravdu ví, najdou se ovšem i ti, kteří si nepřejí hovořit o ní (Haškovcová, 2002a).

Lze říci, že každý dospělý a duševně zdravý a zralý člověk má právo chtít znát informace o svém stavu ale také může jejich sdělení odmítnout, složitější situace je v případech těžce nemocných dětí, adolescentů, duševně nemocných případně velmi starých lidí, jejichž situace by měla být speciálně projednávána a řešena individuálně (Haškovcová, 2002a).

Současná česká legislativa je nastavena tak, že lékař má jednoznačnou povinnost informovat, ale rozsah ani způsob takovýchto sdělení není přímo vymezen a to dovoluje reagovat na individuální situaci každého pacienta a jeho stav (Haškovcová, 2002a). Je tedy do jisté míry umožněno redukovat informace, zcela je zamlčet není možné, ovšem

ochota poskytovat informace zatím bohužel vyvěrá spíše z obavy před případnými právními dopady nesdělení než z vnímání psychické potřeby pacientů (Haškovcová, 2002a).

Platné zákony dále stanovují, že nejprve by měl dostat potřebné informace sám pacient, teprve s jeho souhlasem pak mohou být informováni příbuzní a další zástupci (Haškovcová, 2002a). Přání pacienta komu a v jakém rozsahu mají být informace sdělovány musí být důsledně respektováno (Haškovcová, 2007). Specifická je situace v případě informování zákonných zástupců a v případech, kdy zdravotní stav neumožňuje přímý kontakt s pacientem, zákonný zástupce (rodič, opatrovník) musí být informován vždy a teprve s jeho souhlasem je podmíněna možnost poskytnout informace dalším osobám (Haškovcová, 2002a).

Ovšem může dojít k tomu, že pacient má podezření na značnou redukci či modifikaci informací ze strany lékařů, není tedy ojedinělé naléhání na příbuzné za účelem potvrzení nebo vyvrácení dostupných informací případně vlastních domněnek, příbuzní mohou situaci komplikovat také v případech, kdy jsou přesvědčeni o tom, že je lepší, aby pacient nic nevěděl, a přistupují k němu, jako by bylo vše v pořádku (Haškovcová, 2002a).

Nesdělení podstatných informací o diagnóze a fázi rozvoje nemoci představuje paradoxně důležité sdělení, signál, že situace je vážná, nemocný totiž vždy o své nemoci ví a je logické, že pokud informace nedostane, vytváří si vlastní představu o jejím vzniku i o tom, jakým způsobem bude ovlivňovat jeho život (Haškovcová, 2002a). Každé zdržení informace je obvykle chápáno pacientem jako špatná zpráva (Křivohlavý, 2002). Samozřejmě, je důležité, v jaké fázi prožívání se pacient nachází, do jaké míry je vhodný čas diagnózu sdělovat (Haškovcová, 2002a).

Pokud se pacient nachází v terminálním stádiu, je nutné zajistit především péči a podporu, informovat jej pravdivě o tom, co ho čeká za hodinu, večer, zítra a co ze svých vlastních cílů a přání může ještě naplnit, s ohledem na svůj stav a možnosti (Haškovcová, 2007).

## **Informovaný souhlas**

Informovaný souhlas v písemné podobě stvrzuje, že pacient byl ústně v dostatečné míře poučen o svém stavu a možných variantách vývoje onemocnění a v dnešní medicíně se výrazně prosazuje, vzbuzuje však protichůdné reakce, od bezvýhradné přijetí s důrazem na svobodný charakter až po výslovné odmítání (Haškovcová, 2007).

Informování pouze prostřednictvím tohoto dokumentu však není přípustné, písemný informovaný souhlas nemůže nikdy nahradit ústní rozhovor s lékařem, který podpisu musí předcházet, vzhledem k tomu, že během něj má pacient možnost prostřednictvím otázek poskytnuté informace lépe pochopit. Je ovšem nepochybné, že písemný informovaný souhlas lékařům poskytuje určitou ochranu (Haškovcová, 2007).

Aspekt úplné informovanosti o všech alternativách navrhované léčby a jejích rizicích bývá důvodem demonizace významu informovaného souhlasu, námitka že takový rozsah informovanosti je nereálný, vzhledem k mnoha možným variantám reakcí nemoci na danou terapii a také existuje pravděpodobnost, že zúskostněný pacient nebude rozumět všemu je proto relevantní (Haškovcová, 2007).

Písemná verze informovaného souhlasu je nezbytnou podmínkou přijetí do hospicové péče (Haškovcová, 2007).

### **1.2.4 Pojetí smrti a umírání**

Současná doba je velmi charakteristická tabuizací smrti. Tento stav může představovat značnou komplikaci ve vnímání a řešení závažných situací týkajících se smrti a umírání (Haškovcová, 2002a). Tradiční model umírání v domácím prostředí už je spíše výjimkou a nový, zahrnující respekt ke změnám profesionální i lidské pomoci, ještě nevznikl, smrti byl jednoznačně upřen sociální charakter, a podle názorů odborníků člověk ještě nikdy v dějinách neumíral tak sám jako v této moderní době (Haškovcová, 2002a). Je tedy potřebné hledat nový, vhodný rituál přijatelný pro obě strany, doprovázející i doprovázené, který by kombinoval prvky domácího modelu umírání s formami moderní lékařské pomoci a ošetrovatelské péče (Haškovcová, 2002a). Každý

rituál zmírňuje emotivní napětí, protože základní scénář události je všem obecně znám předem (Haškovcová, 2007).

Smrt bývá medicínskou péčí stále odsouvána a tak dochází k situaci, kdy jsou mnozí přesvědčení že úmrtí je vždy předčasné a nevhodné (Haškovcová, 2007). Oddalování smrti je ve své podstatě určitě záslužné, nicméně konečnost lidského života je nepopíratelná danost a je proto značně neprofesionální nebrat ji na vědomí a to hned ze dvou důvodů, první spočívá v nutnosti včasné identifikace potřeb umírajícího tak, aby péče odpovídala, důležité je zahájit takové formy péče včas například zařazením do vhodného hospicového programu, druhou komplikaci může způsobovat trvání na zachování života za každou cenu, které neumožní pacientovi klidnou přípravu na smrt, protože je zbytečně zatěžován léčbou, jejíž vedlejší účinky jsou výraznější než prospěch, který přináší (Haškovcová, 2007). Tento stav bývá nazýván distanzií a medicína by si měla uvědomit svou úlohu, kterou není činit člověka nesmrtelným ale umožňovat prožití omezeného množství let tak zdravě, jak jen to je možné (Haškovcová, 2007).

Hovořit o umírání a smrti je do určité míry tabu, bohužel i ve zdravotnictví, paradoxem zůstává, že právě se zdravotníky potřebuje pacient o svém umírání a smrti hovořit otevřeně (Křivohlavý, 2002).

Mění se ale pohled na smrt jako takovou, která je postupně vnímána více jako proces, méně jako stav (Křivohlavý, 1991). V širším pohledu je možné umírání vidět jako vyvrcholení nemoci, případně jako další fázi života (Křivohlavý, 2002).

Proces umírání, který trvá relativně dlouhou dobu nese s sebou velkou řadu problémů, umožňuje sice relativně klidnou přípravu na smrt, přináší ovšem často zdánlivě nekonečné peripetie spojené s obtížemi, utrpením a bolestí (Křivohlavý, 1991)

### 1.2.5 Otázka po smyslu utrpení

Je nepopíratelným faktem, že utrpení patří k celému životu člověka, štěstí můžeme pocítit pouze za předpokladu, prožijeme-li také utrpení, nebo o něm alespoň víme.

Vyrovňávání se s ním je vysoce individuální, musí jím však projít pomáhající profese i případní dobrovolníci v zájmu vlastní psychohygieny, protože existují neprožité promeškané a ztracené skutečnosti, které vyžadují zpracování zkušeností ztráty, což můžeme chápat jako klíčový postoj při doprovázení umírajících (Student, Mühlum a Student, 2006)

Z pohledu křesťanské kultury je možné i vnímání utrpení jako účasti na utrpení Krista, nebo utrpení jako oběť i naději, že umírání je bránou k životu po smrti (Student, Mühlum a Student, 2006).

### 1.2.6 Pastorece její význam

Zakladateli všech českých hospiců jsou církevní organizace případně občanské iniciativy založené křesťany, přesto však hospicová zařízení nemají výhradně církevní ráz, nemocní jsou přijímáni bez ohledu na vyznání a i ošetřující personál je složen z odborníků různých vyznání (Haškovcová, 2007). Přesto je nepochybné, že duchovní rozměr hraje v hospicové péči velkou roli. Někde se o umírající starají také řádové sestry, v budově hospice může být modlitebna nebo kaple (Haškovcová, 2007).

Duchovní potřeby byly v minulosti opomínané, dnes je jim poskytována větší míra pozornosti, týkají se jak věřících, tak i nevěřících, kteří v závěru života hledají odpovědi na otázky po smyslu a významu vlastního života (Kasalová, 2009).

Doprovázení duchovní péčí u lůžka nemocného by mělo vést k přijetí sebe samotnému a vzbudit tak důvěru v sebe i v lidi kolem a také v Boha (Pera a Weinert, 1996).

Pastorece je citlivě nabídnuta každému, případné odmítnutí musí být respektováno, stejně jako přání pacienta, aby se řádové sestry na jeho péči nepodíleli (Haškovcová, 2007).

Pastorační péčí rozumíme respekt k člověku v jeho jedinečnosti a doprovázení v nemoci, utrpení a umírání, pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí situace na jeho dostupné úrovni víry, prakticky to znamená těšení povzbuzování a trvalý zájem o



umírajícího, i spirituální potřeby nevěřících nebo vlažně věřících musí být brány v potaz (Haškovcová, 2007). Lze předpokládat, že v závěru života zejména by většina pacientů uvítala kvalifikovaný rozhovor o tématech transcendence, smyslu života a podobně. Každý pastor (případně kněz, kazatel, farář) by tedy měl být dobrým psychologem a nabízet pomoc i nevěřícím (Haškovcová, 2007).

### 1.3 Diagnostické a indikační skupiny klientů hospicové péče

Hospicová péče je vhodná pro klienty s aktivním progredujícím, pokročilým onemocněním, jejichž délka života je omezena a cílem péče je udržení a zlepšení kvality života, mimo největší skupinu klientů s onkologickým onemocněním se jedná především o klienty s pokročilým degenerativním onemocněním svalů nebo nervů, těžkými stavy po poranění míchy, klienty se souborem symptomů doprovázejících rozvinutý AIDS, či stavy po mozkových mrtvicích (Haškovcová, 2007).

Mnoha lékařů má problém s nutností potvrdit, že pacientův život nebude delší než šest měsíců (Kastenbaum, 2009).

## 1.4 Paliativní medicína jako jeden z hlavních principů hospicové péče

Původ výrazu paliativní je možno hledat v latině, kde slovo pallium označuje zakrytí pláštěm nebo také masku, podstatou paliativní péče je „maskovat“ těžkosti spojené s neléčitelnou nemocí a „zakrýt pláštěm“ umírající, kteří nemohou být ponecháni v chladu, jimž nepomáhá dosavadní kurativní léčení (Munzarová, 2005).

Paliativní péči je vhodné pojímat jako filozofii, kterou můžeme aplikovat jak v prostředí hospiců tak i v nejrůznějších zařízeních nemocničního typu a samozřejmě také v domácím prostředí (Munzarová, 2005).

Nováková konstatuje, že paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná pacientům, kteří nevléčitelnou, smrtelnou nemocí, v pokročilém nebo terminálním stadiu (Nováková, 2011, s.184). Determinanty kvality života nevléčitelně nemocných v terminální fázi jejich onemocnění uvádím v příloze č. 3.

Pokud dosavadní léčba a péče nepřináší zlepšení, nastupuje paliativní péče, která slouží především lidem s nádorovým onemocněním, Alzheimerovou chorobou, AIDS, onemocněním srdce, jater, dýchacích cest, ledvin nebo jakýmkoli jiným nevléčitelným onemocněním v závěrečné fázi, uzdravení tedy není a už ani nemůže být cílem léčby, opatření jsou proto orientovaná na včasnou identifikaci a mírnění utrpení, zajištění co největší kvality života nemocného a také poskytování útěchy a pomoci rodině nemocného (Nováková, 2011).

Paliativní péče by měla být aplikována nejen v hospicích, ale na všech místech, kde se umírající nacházejí, protože je jedinou reálnou alternativou k silícím eutanazickým tendencím (Haškovcová, 2002a). Je tedy nutné ji integrovat do stávajícího systému klasické medicíny, tak aby měl každý obor zpracovánu svou vlastní strategii paliativní péče, protože žádný z oborů se nemůže vyhnout péči o umírající (Haškovcová, 2007).

Důležitá je koncepční návaznost služeb, vysoká je potřeba po psychologické, sociální a duchovní podpoře (Haškovcová, 2007)

Všechny aktivity a iniciativy koordinuje odborný lékař (Haškovcová, 2007).

V České republice je poskytována kvalitní a profesionální paliativní péče, problém je v menším množství pacientů, kteří k ní mají přístup než by ji potřebovalo (Student, Mühlum a Student, 2006).

## 1.5 Formy hospicové péče

V české republice je poskytována především domácí a lůžková péče, v globálním pohledu odlišujeme ještě ambulantní formy péče například denní stacionáře. Specifické jsou respitní pobyty klientů v hospici (Misconiová, 1998).

Volba formy péče pro konkrétního klienta by měla být pečlivá, argumenty by měli být zváženy objektivně tak, aby rozhodnutí bylo prospěšné pro zlepšení kvality života klienta, základním kritériem by měla být jeho svobodná preference dané formy péče (Misconiová, 1998).

### 1.5.1 Domácí hospicová péče

Domácí péče reprezentuje přijatelnou a žádoucí formu zdravotnické odborné péče i pečovatelské služby, jejíž rozsah určuje lékař společně se sociálním pracovníkem tak, aby byla rodina i pacient soustavně motivováni k aktivní spolupráci a uplatňování svépomoci (Haškovcová, 2007).

Péče rodiny o nemocného člena je pojímána v celospolečenském pohledu jako nezbytnost, často ale působí jako obtíže samotným rodinám, tedy na individuální úrovni (Haškovcová, 2010)

Závěr života je vnímán rodinou i samotným nemocným jako obtížně překonatelná krize (Haškovcová, 2007). Pokud je péče pouze dočasná, nepůsobí většinou tak značné obtíže jako dlouhodobá nebo dokonce trvalá péče (Haškovcová, 2002b).

Podmínkou domácí péče je, že rodina musí chtít, umět a moci (Haškovcová, 2002b). Většina lidí chce, takže se také naučí základní úkony ošetřování a dokáží péči zorganizovat., problém může ale nastat, pokud nejsou podmínky optimální, ať už se jedná o nevyhovující bytové podmínky spojené se ztrátou soukromí, ekonomické důvody a často je překážkou pro pečujícího i to, vytvořit si prostor pro skloubení dlouhodobé péče a dalších povinností (Haškovcová 2002b). Hlavně pokud se týká

placeného zaměstnání, často opravdu nemůže být poskytování péče realizováno (Student, Mühlum a Student, 2006).

Jen málo rodin v České republice oplývá dostatkem odvahy pro poskytování péče nemocnému blízkému až do konce jeho dní (Misconiová, 1998). Menší část z nich zvládá péči o umírajícího samostatně, pouze s minimální podporou zdravotníků, ve většině případů je ale dlouhodobá spolupráce odborných služeb potřebná, takovým pečujícím je třeba poskytovat odbornou ale i faktickou pomoc a podporu (Haškovcová, 2007). Ošetřovatelský tým dochází do domova nemocného a pomáhá s péčí, tvoří jej zdravotničtí i nezdravotničtí pracovníci, kteří zajišťují kontinuální dostupnost odborné péče tak, aby nemocný i jeho rodina trpěli pacientovou nemocí co nejméně (Nováková, 2011). Žádná rodina by neměla zůstat bez odpovídající podpory (Haškovcová, 2007).

Ovšem většina agentur poskytujících domácí péči není schopna naplňovat potřeby nevyčísitelně nemocných v domácím prostředí z objektivních důvodů, jako je například maximální možný časový rozsah poskytované péče podle zákonných norem (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011)

Cílem komplexní domácí hospicové péče je podpora svépomoci ale i samotného klienta ve všech oblastech životních aktivit, které jsou omezeny zdravotním stavem klienta (Hakl, 1998).

O přijetí do domácí péče rozhoduje ošetřující lékař svým doporučením, se kterým musí pacient souhlasit prostřednictvím informovaného souhlasu a současně musí být zajištěna osoba z okruhu blízkých pacienta, která bude zodpovědná za kontinuální péči 24 hodin denně (Haškovcová, 2007).

V odborné literatuře je rozlišována domácí pečovatelská péče prováděná laiky (home help) a domácí ošetřovatelská péče prováděná profesionály (home care) (Haškovcová, 2007, s.59).

Žádat o péči může sám nemocný, jeho rodina nebo nemocnice, vždy však na doporučení ošetřujícího lékaře, který je objektivně schopen indikovat její rozsah a délku (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

V České republice bohužel zatím není stanoven formální statut domácí hospicové péče, dalším rizikem je potřeba ochoty ošetřujícího praktického lékaře k aktivní

spolupráci, k domácím návštěvám pacienta, důležitá je i jeho znalost problematiky paliativní péče (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011). Nedostatky ve zmíněných oblastech mohou vést k selhávání domácí hospicové péče a v podstatě zbytečné hospitalizaci pacienta (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011).

Až 65% pacientů s rakovinou v Anglii, kteří umírají v nemocnici, by raději zemřeli doma, v anketách se ukazuje, že až 99% zdravotnických profesionálů jim tuto péči chce umožnit ( Macmillan Cancer Support, 2013).

### 1.5.2 Lůžkové hospice

Je-li péče o umírajícího natolik náročná, že ji rodina nemůže, nechce nebo nedokáže zvládnout, nastupuje varianta umístění klienta do lůžkového zařízení (Holeksová, 2002). Přes všechny klady lůžkové péče však tento typ nemůže být univerzálním řešením pro všechny umírající, je tedy jednoznačně vítaným, přesto však pouze doplňkovým typem služeb (Haškovcová, 2002).

Hospice mají v rámci zdravotnického systému statut nestátního zdravotnického zařízení (Student, Mühlum a Student, 2006).

Přijetí nemocného do hospicového zařízení předpokládá, že dle prognózy se neočekává život delší než 6 měsíců a také to, že klient je schopen (a ochoten) podepsat informovaný souhlas (Holeksová, 2002).

Zaměstnanci tvoří multidisciplinární tým speciálně školených profesionálů zajišťující kontinuální péči o umírající a jejich rodiny (Holeksová, 2002).

Režim dne v hospicovém zařízení se liší od zvyklostí většiny nemocnic taj, že je kompletně přizpůsoben nemocnému a jeho individuálním potřebám (Svatošová, 1998). Návštěvy mohou probíhat nepřetržitě v jakoukoli denní i noční dobu, dokonce je možné, aby se rodinný příslušník v hospici ubytoval, případně podílel také na péči (Nováková, 2011). Jediným omezením pacienta je jeho stav, pokud je příznivý, nemocný má možnost kdykoli opustit budovu hospice, také imobilní klienti mohou za hezkého počasí trávit čas například v hospicovém parku (Svatošová 1998).

### 1.5.3 Ambulantní formy péče, hospicové stacionáře

Těžiště veškeré hospicové péče hlavně v zahraničí spočívá v ambulantní sféře, protože takové formy péče umožňují návraty klientů do domácí péče (Student, Mühlum a Student, 2006). Obvykle je taková péče poskytována při lůžkových zařízeních (Haškovcová, 2007).

Tato péče je poskytována umírajícím, jimž dočasně nahrazuje jejich vlastní sociální prostředí, délka pobytu závisí na prováděných úkonech a pohybuje se od rozsahu několika hodin až po několik dní (Haškovcová, 2007).

Je určena klientům, jejichž aktuální podmínky neumožňují poskytování péče bez ohrožení či snížení kvality života umírajícího klienta ale i jeho rodiny, případně pokud klienti z důvodu onemocnění vyžadují takovou léčebnou péči, kterou nelze v domácím prostředí aplikovat (Haškovcová, 2007).

Neopominutelnou předností tohoto typu péče je také to, že umožňuje klientům vytrženým z běžných sociálních interakcí kontakt s dalšími lidmi v podobné situaci, zároveň jsou poskytovány i konkrétní rady, pomoc a podpora ale také příležitosti pro aktivizaci a rozvíjení vlastních momentálních schopností, další část služeb může mít rehabilitační charakter (Student, Mühlum a Student, 2006).

Přes dočasný menší zájem se dá do budoucna předpokládat rozšiřování těchto forem péče i v České republice (Haškovcová, 2007).

### 1.5.4 Respitní péče

Pokud je péče rodiny o umírajícího dlouhodobá, po čase se může vyskytnout oboustranná potřeba péči dočasně přerušit, ať už jsou k tomu důvody jakékoli, od únavy, případných zdravotních problémů pečujících, v takové situaci je vhodné využít nabídky respitní (odlehčující) péče poskytované většinou lůžkových hospiců (Haškovcová, 2002a).



## 1.6 Multidisciplinární tým v hospicové péči

Hospicová péče nemůže být prováděna individuálně různými odborníky ale předpokládá se jejich spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu (Student, Mühlum a Student, 2006). Hranice mezi náplní práce nejsou přesné a některé činnosti mohou vykonávat různí zaměstnanci, podstatná je také spolupráce s dobrovolníky (Dostálová, Šiklová, 1998). Optimální péče vyžaduje věnování pozornosti všem aspektům pacientova utrpení a jeho potřebám (Student, Mühlum a Student, 2006).

Multidisciplinární tým obvykle tvoří lékaři různých specializací, zdravotní sestry, nutriční terapeut, sociální pracovník, rehabilitační pracovník, psycholog, psychiatr, duchovní, další pracovníci dle potřeby, rodina klienta, přátelé a dobrovolníci (Student, Mühlum a Student, 2006).

### 1.6.1 Dobrovolnická činnost a její význam v multidisciplinárním týmu

V hospicovém týmu hrají dobrovolníci roli odborníků na všední záležitosti (Student, Mühlum a Student, 2006) a jsou jeho plnohodnotnými členy (Svatošová, 1998).

Aktivity spočívající v řadě činností u lůžka nemocného a také v budově hospice, dobrovolníci mohou zpříjemňovat pobyt klienta osobním rozhovorem, četbou, případně dopomocí při různých aktivitách, možnosti uplatnění ale skýtá i recepce, případně různé drobné opravy, péče o květiny ale například v Rakousku je obvyklé, že dobrovolníci zajišťují i propagaci hospice a získávání různých finančních zdrojů (Haškovcová 2007).

Dobrovolníkem se může stát každý, ti kteří se dostávají do přímého kontaktu s klienty jsou zpravidla školeni v krátkých kurzech (Haškovcová, 2007).

Někteří lidé by rádi pomohli, mají však obavy z osobní konfrontace s klienty, existují však další možnosti pomoci, například je možné hospic podpořit nákupem charitativního zboží, účastí na charitativních akcích a případně finančními příspěvky (Haškovcová, 2007).

## 1.7 Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna

Zřizovatelem tohoto zařízení je občanské sdružení Hospic sv. Jana N. Neumanna založené v roce 2000, služby jsou poskytovány od 1. listopadu 2005 (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Lůžková část nabízí klientům 30 odborně specializovaných lůžek ve 22 jednolůžkových a 4 dvoulůžkových pokojích s možností přistýlek pro doprovázející.

Hospic Sv. Jana N. Neumanna poskytuje také půjčování pomůcek včetně odborného sociálního poradenství, nabízí možnost respitních pobytů v rámci odlehčovacích služeb a zajišťuje také domácí hospicovou péči a domácí pečovatelskou službu. Občanské sdružení je také zřizovatelem domova Matky Vojtěch pro klienty s Alzheimerovou chorobou. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

### 1.7.1 Úhrada za služby

Vzhledem ke statusu hospice jako zdravotnického zařízení klienti hradí regulační poplatek 100 Kč za každý den hospitalizace, zdravotnická péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, zbytek finančních zdrojů je třeba získávat prostřednictvím sponzorských darů (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Úhrady pacientů, zajišťující nezdravotnickou péči a nadstandardní služby se vypočítávají podle příjmu klientů. Přesné částky uvedu v tabulce v příloze č 4. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

V případech, kdyby vzhledem k obtížné sociální situaci, byl poplatek jedinou překážkou přijetí, poplatek lze ve výjimečných případech snížit nebo zcela prominout. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Doprovázející osoba hradí za ubytování v pokoji s klientem 50 Kč za noc. Stravování je možné zajistit, případně si ji doprovázející může zajišťovat z vlastních zdrojů (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

### 1.7.2 Domácí hospicová péče

Podmínkou poskytování je pacientova choroba v pokročilém stádiu, která nevyžaduje pobyt v nemocnici. O přijetí může požádat ošetřující lékař, lékař při hospitalizaci pacienta v nemocnici, ambulantní specialista, pacient nebo jeho rodina. Zdravotní péče je zajišťována registrovanými zdravotními sestrami ve spolupráci s praktickými nebo jinými ošetřujícími lékaři. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Péče je poskytována formou domluvených návštěv, v pracovních dnech od 7 do 16:30 hodin, v ostatních dnech od 8 do 16 hodin. Mimo tuto dobu jsou zajištěny telefonické konzultace, v akutních případech i návštěva. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Součástí služby je i poskytování informací o dalších možnostech péče vhodné pro pacienta, sociální a psychologické poradenství, zprostředkování návštěvy duchovního, zapůjčení kompenzačních pomůcek, pomoc rodině při péči o zemřelého i návštěvy pozůstalých. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Úhrada se liší podle zdravotní pojišťovny klienta. Pro pojištěnce Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra, Oborové zdravotní pojišťovny je péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění, tedy pro klienty nepředstavuje další náklad. Pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny a menších pojišťoven platí ceny uvedené v ceníku (viz. Příloha č 5), které jsou sníženy díky pomoci nadací, dárců a sponzorů, dále je nutné uhradit příspěvek na dopravu, který činí 6 Kč za kilometr, na území města Prachatice doprava hrazena není. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Nabídka této služby je dočasně pozastavena. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

### 1.7.3 Poradna a půjčovna kompenzačních pomůcek

V rámci odborného sociálního poradenství je nabízena pomoc klientům, kteří se ocitli v situaci, kdy jejich nemoc nereaguje na kurativní léčbu, je nevléčitelná a tak se

prohlubuje jeho závislost na pomoci ostatních lidí a také rodině, která ztrácí nebo ztratila svého člena (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013).

Cílem poradenství je nabízet usnadnění života nemocnému a pomoc a podporu také jeho rodině a blízkým, kteří se rozhodli zajišťovat o něj péči doma. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Poradenské služby jsou poskytovány bezplatně, půjčovné se řídí dle platného ceníku (uveďu v příloze č 6). Služba je poskytována v souladu s platnými právními předpisy České republiky, zejména podle zákona č.108/2006 Sb. O sociálních službách a vyhlášky 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Služba je poskytována telefonicky, formou osobního rozhovoru v poradně, během osobní návštěvy v domácnosti a prostřednictvím emailové nebo poštovní korespondence. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

#### 1.7.4 Vzdělávací centrum při Hospici sv. Jana N. Neumanna

Cílem vzdělávacího centra je prosazování ideálu hospicové péče prostřednictvím vzdělávání odborné i laické veřejnosti. Žádoucí je změna postojů a přístupu k těžce nemocným a umírajícím pacientům a také k péči o ně. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Nabízené semináře a kurzy se zaměřují na širokou sociální a zdravotní problematiku, prohlubují znalosti v daných oblastech. Každý rok je pořádána také odborná konference věnující se fenoménům hospicové péče do hloubky. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

K dispozici je nový přednáškový sál, vybavený moderní technikou s kapacitou 30-35 osob, konference jsou pořádány ve spolupráci s Městským divadlem v Prachaticích. (Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Významná část činnosti je zaměřena na stážisty a studenty. (Hospic sv. jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Nabízena je také možnost exkurze s přednáškou po předchozí domluvě. (Hospic sv. jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

Výtěžek z aktivit vzdělávacího centra je určen na úhradu nákladů, zkvalitňování služeb vzdělávacího centra a také péče v hospici. (Hospic sv. jana N. Neumanna Prachatice, 2013)

## **2 Cíl práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu v mé bakalářské práci je vytvořit plán rozvoje služeb Hospice sv.Jana Nepomuka Neumanna.

Pro dosažení tohoto aplikovaného cíle jsem si stanovila ještě jeden a to zmapovat názory zaměstnanců na možnosti rozvoje tohoto zařízení.

### **2.2 Výzkumná otázka**

Výzkumná otázka vychází z cíle bakalářské práce a zní: Jaké jsou možnosti rozvoje a zkvalitnění péče poskytované Hospicem sv.Jana Nepomuka Neumanna?

## 3 Metodika

### 3.1 Použité metody a techniky

Pro dosažení stanoveného cíle jsem zvolila kvalitativní výzkum, jako metodu jsem využila dotazování. Výzkum probíhal pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovor by zvolen jako nejvýhodnější metoda získávání kvalitativních dat (Miovský, 2006). Zvolila jsem techniku rozhovoru podle návodu, vzhledem k potřebě využít co nejefektivněji omezený čas vymezený pro jednotlivé rozhovory (Hendl, 2008). Návod k rozhovoru uvedený v příloze představuje výčet otázek, které jsem se v průběhu rozhovorů snažila probrat (Hendl, 2008). Otázky obsažené v tomto návodu jsem potřebovala pro zjištění skutečného stavu a tím také možných oblastí, ve kterých by bylo možné poskytování služeb rozvíjet a zkvalitňovat.

Polostrukturovaný rozhovor navíc nabízí dostatek prostoru pro práci s konkrétními informacemi jejich upřesňováním, vysvětlováním údajů získaných od informatek a informanta. To dovoluje ověřovat si správnost pochopení a interpretace dat, klást doplňující otázky a tím rozpracovávat jednotlivá témata do hloubky vzhledem k cíli práce (Miovský, 2006).

Prostřednictvím rozhovorů byly zjištěny konkrétní informace potřebné pro sestavení SWOT analýzy a vytvoření návrhu plánu rozvoje.

SWOT analýza je metoda, jejímž prostřednictvím jsem identifikovala silné a slabé stránky samotného zařízení ale také možné příležitosti a ohrožení z vnějších zdrojů (MBA Centre Praha, 2011).

Výsledná SWOT analýza a plán byl konzultován s ředitelem Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

Dále jsem provedla analýzu výročních zpráv Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Z tohoto zdroje jsem čerpala údaje o počtech přijatých pacientů, srovnala jsem počty pacientů ke stejnému datu v jednotlivých letech a dále jsem porovnávala délku pobytu v jednotlivých letech. Tyto údaje jsou kvantifikovány, přesto jsou analyzovány pro účely kvalitativního výzkumu (Strauss, Corbinová, 1999).

## 3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna jsem zvolila pro svůj výzkum z toho důvodu, že je jediným zařízením tohoto typu v jižních Čechách a zároveň mám s prostředím této organizace osobní zkušenost na základě dvou let dobrovolnické činnosti v tomto hospici.

Výzkumný soubor vznikl na základě možností daných specifickou problematikou péče poskytované v hospici. Aby nedošlo k narušování nebo omezování poskytovaných služeb, na základě dohody s vedoucí vzdělávacího centra jsem vybrala jako komunikační partnerky vedoucí vzdělávacího centra odbornou sociální pracovníci a pak také zdravotní sestru která dříve zajišťovala domácí hospicovou péči a v současnosti působí na lůžkové části Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Největší roli hrála dostupnost komunikačních partnerů ochotných k rozhovoru. Využila jsem tedy metodu záměrného výběru vzorku, protože jsem měla v úmyslu zařadit do výzkumu zdravotnický i nezdravotnický personál Hospice sv. Jana N. Neumanna (Hendl, 2006).

Dalším potenciálním komunikačním partnerem měl být původně ředitel Hospicu sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, z nedostatku časových možností mi nabídl alespoň konzultaci získaných výsledků a výstupu výzkumu.

## 3.3 Vlastní realizace výzkumu

Výzkum probíhal v dubnu 2013. Jednotlivé rozhovory i konzultace výsledků byli naplánovány vzhledem k možnostem informantek a informanta. První dva rozhovory se týkaly témat uvedených v návodu k rozhovoru, který uvádím v příloze.

První rozhovor proběhl doma u zdravotní sestry z důvodu, aby během její pracovní doby nedošlo k omezení péče o klienty. Rozhovor trval přibližně 30 minut. Na začátku



jsem informantce sdělila, jak mám výzkum vymyšlený, jak bude probíhat. Informantka souhlasila s pořízením audio záznamu, přepis uvádím v příloze.

Druhý rozhovor probíhal v kanceláři sociální pracovníce ve vzdělávacím centru a trval přibližně 45 minut. Na začátku jsem informantce sdělila, jak výzkum probíhá, jaké budou předpokládané výstupy. Informantka souhlasila s pořízením audio záznamu, přepis uvádím v příloze.

Následně jsem zpracovala SWOT analýzu a návrh plánu rozvoje, které jsem konzultovala s ředitelem Hospice sv. Jana N. Neumanna v rámci třetího rozhovoru.

Rozhovor s ředitelem zařízení proběhl v jeho kanceláři, trval zhruba 1 hodinu. Informant měl k dispozici pracovní verzi SWOT analýzy a návrhu rozvoje, ke kterým informant sděloval své připomínky a u některých témat doplňoval další informace. Přepis rozhovoru uvádím v příloze.

Konečnou verzi SWOT analýzy jsem doplnila ještě o výsledky srovnání počtu klientů a průměrných dob pobytu v hospici za roky 2005-2011.

### 3.4 Způsob analýzy dat

Data získaná z rozhovorů jsem analyzovala pomocí kódování, kdy jsem si stanovila jednotlivé kategorie informací, které se v rámci rozhovorů opakovaly. Vytvořené kategorie jsem posléze seskupovala podle vztažnosti ke stejnému jevu (Strauss, Corbinová, 1999). Na základě tohoto postupu pak vznikla jednotlivá témata. Získaná data jsem pak postupně zařazovala do adekvátních kategorií.

Analýza výročních zpráv probíhala na základě cíleného výběru informací (Hendl, 2008), kdy jsem využila data potřebná pro analýzu, kterými jsou počty přijatých pacientů v jednotlivých letech, stavy pacientů k 31.12. v jednotlivých letech a délka průměrné doby pobytu v jednotlivých letech.

## 4 Výsledky a jejich interpretace

### 4.1 Výsledky rozhovorů

Nejprve jsem stanovila tato základní témata:

- Nedostatek klientů
- Problematická spolupráce se zdravotními pojišťovnami
- Spolupráce s dalšími organizacemi a institucemi
- Finanční ohrožení
- Nevyhovující legislativa
- Spolupráce s rodinou
- Informovanost a kontakt s nejbližším okolím
- Přínosy spolupráce se řádovými sestrami
- Adekvátní personální zabezpečení
- Problematika domácí hospicové péče

V rámci těchto témat jsem v průběhu rozhovorů identifikovala jednotlivé kategorie. Pro lepší názornost uvádím i konkrétní výroky informantek a informanta, z nichž byly kategorie identifikovány.

#### **Téma: Nedostatek klientů**

##### **Kategorie:**

- ❖ Volná lůžka
- ❖ Zkracování doby pobytu
- ❖ Problematika včasného sdělení pravdy

V kategorii volná lůžka informantky uváděly, že tato skutečnost pro ně představuje velký problém, vzhledem k tomu, že se jedná o dlouhodobý stav. Stav klientů se pohybuje na úrovni roku 2005, kdy se hospic otvíral. Celkově informantka považuje počet klientů za závažně nízký.

*„...stav klientů je stejný jako na začátku v roce 2005, kdy se hospic rozjížděl...“ (2)*

*„... SWOT analýza je hodně dobrá, já doufám že nám to pomůže právě k tomu, abysme nějakým způsobem nabrali ty klienty, abysme se zaplnili, protože ty stavy poslední dobou jsou závažný...“ (2)*

Důvodů, proč je počet klientů nízký se vzájemně ovlivňují. Zásadní význam má v tomto směru problematika nízké informovanosti klientů o možnostech poskytované péče.

*„...já si myslím že je to jenom o tom, aby ti lidé věděli přesně, co prostě můžeme, jaké jsou naše možnosti a jejich...“ (1)*

Celkově postoj společnosti k hospicové péči obecně je velmi nejednoznačný, informantka uvažuje nad přetrváváním společenských tabu ohledně hospicové péče a umírání.

*„...jestli pořád nám vlastně ve veřejnosti nějak zůstává taková ta tabuizace té hospicové péče a hlavně té smrti...“ (2)*

Velkým problémem je neochota lékařů hospicovou péči pacientům vhodným způsobem doporučovat nebo neschopnost správně vyhodnotit situaci pacienta. Informantka to považuje za obvyklou záležitost. Informant vidí příčinu spíše v neschopnosti dobré komunikace s pacientem ze strany lékaře.

*„...to asi není žádná novinka, že lékaři pacienty neposílají, že špatně vyhodnotí, jaká je situace...“ (1)*

*„...Tohle není nevěle ale tohle to je neschopnost dobré komunikace...“ (3)*

V kategorii zkracování doby pobytu se objevují informace o tom, že délka pobytu je individuální, často je zkrácena z důvodu, že pacient přichází do hospicu ve velmi vážném zdravotní stavu.

*„...bývá to měsíc až, ale je to fakt průměr, za celý rok...“ (2)*

*„...ti lidé přicházejí opravdu ve vážném zdravotním stavu...“ (2)*

Svou roli hraje i postoj k hospicové péči obecně a snaha oddálit myšlenky na blížící se konec života.

*„...ti lidi, aniž by, oni se snaží, drží se do poslední chvíle toho, že se to nějakým způsobemlepší...“ (2)*

Kategorie včasné sdělení pravdy hraje velkou roli, také ovlivňuje délku pobytu pacienta v hospici. Záleží na postojích lékaře, jeho informovanosti i ochotě pacientovi nabídnout vhodnou formu péče, která odpovídá jeho zdravotnímu stavu a dostupným možnostem.

*„...prapodstata této potíže je v tom, že zase není sdělená pacientovi dostatečně dobře a včas a šetrně pravda a ani té rodině...“ (3)*

Pacient má potom k dispozici méně času na to, aby se s nepříznivou situací vyrovnal a mohl se v klidu připravit na dobu konce svého života.

*„...lidem, protože nejsou správně a dobře informováni, je ukraden zbývající čas...“ (3)*

### **Téma: Problematická spolupráce se zdravotními pojišťovkami**

#### **Kategorie:**

- ❖ Péče je nákladná
- ❖ Možnosti motivace lékařů k doporučení hospicové péče
- ❖ Neochota zdravotních pojišťoven k jednáním

V kategorii péče je nákladná jsem zjistila, že představa o vysokých nákladech na poskytování hospicové péče je mylná, náklady jsou oproti jiným formám lůžkové péče naopak nízké.

*„... obsazené lůžko, pro zdravotní pojišťovnu v hospici stojí přibližně 380 000,- na rok. Běžné lůžko v nemocnici okresního typu stojí kolem půl milionu. Krajská nemocnice, to je kolem milionu. A Ústav hematologie a krevní transfuze v Praze, ten je na tom tak, že víc jak 10 000 000 korun stojí to lůžko...“ (3)*

Cestou, jak navázat lepší spolupráci se zdravotními pojišťovnami je poukázat na možnost úspory nákladů zdravotní pojišťovny vynakládaných na péči.

*„...jediná cesta je přesvědčit je, že ušetří..“ (3)*

V kategorii možnosti motivace lékařů k doporučování hospicové péče se ukazuje, že ačkoli si je pojišťovna vědoma jasně vyšších nákladů, nemotivuje lékaře k nabízení levnější hospicové péče.

*„...nalézt jaksi motivaci pro to, aby české zdravotnictví dříve, včas a pohodlně nabídli ústup od kurativní léčby k té paliativní...“ (3)*

Zároveň informant poukazuje na to, že zdravotní pojišťovna disponuje vhodnými nástroji motivace lékařů, protože je výhradním finančním zdrojem úhrad za jejich péči a je v jejím zájmu ušetřit prostředky.

*„...když budou nutit ty lékaře, motivovat je nějakými nástroji, a oni ty nástroje mají nejvíc, protože drží pokladnu...“ (3)*

Co se týče kategorie neochota zdravotních pojišťoven k jednáním, vyvstala otázka, jestli je to vůbec na určité úrovni užitečné.

*„...je otázka, na jaké bázi se dá se zdravotníma pojišťovnami, ať jsem korektní a mluvím v množném čísle, komunikovat...“ (2)*

Jistý prostor ale pro taková jednání zůstává, bohužel nepostupují tak rychle, jak by bylo pro hospice potřebné.

*„...jinak bychom tu práci nemohli dělat, kdybychom tu naději neměli a asi to půjde pomaleji než bychom chtěli...“ (3)*

### **Téma: Problematická spolupráce s lékaři**

#### **Kategorie:**

- ❖ Dostatečná informovanost lékařů
- ❖ Ochota a dovednosti informovat pacienta o nepříznivé prognóze a možnosti hospicové paliativní péče
- ❖ Nižší motivace lékařů k ustoupení od kurativní léčby
- ❖ Nabídka odborných stáží
- ❖ Problematika předepisování opioidních analgetik

V kategorii dostatečná informovanost lékařů se výpovědi jednotlivých informantek rozcházejí.

Jenda z nich si myslí, že lékaři mají informací málo.

*„...Myslím že si nedovedou moc ani představit, co jsme schopni nabízet ...“ (1)*

*„...že si neumějí vlastně ani představit, co my jsme schopní doma s těma lidma dělat, že si myslí, že můžeme tak akorát píchnout injekci, nebo nevím, co si myslí, že děláme, že nejsou informovaní ani oni sami...“ (1)*

Druhá v tom zásadní nedostatek neshledává, problém vidí někde jinde, neví ale kde.

*„...nemyslím si, že by doktoři nebyli dostatečně informovaní, tam nevím kde je ten zádrhel...“ (2)*

V kategorii ochota a dovednosti informovat pacienta o nepříznivé prognóze a možnosti hospicové paliativní péče je patrné, že má ochota a schopnost informovat pacienty velký význam, někteří lékaři mají však v této oblasti nedostatky.

*„...někteří lékaři nejsou ochotni, ačkoli jsou informováni...“ (3)*

*„...ti praktičtí lékaři, že nedávají ty informace...“ (1)*

*„...Lékaři nemají vůli, anebo dovednosti...“ (3)*

*„...čeští lékaři, na to existují výzkumy, nejsou komunikačně vybaveni, osmdesát zhruba procent z nich přiznává, že neumí vhodně komunikovat s pacientem a jeho rodinou o jeho nepříznivé prognóze...“ (3)*

Informanta se zmiňuje i o konkrétních oblastech informování, ke kterým je potřeba lékaře motivovat. Jednak je potřebné aby pacientům předávali informace o službách, které hospic nabízí a zároveň by bylo přínosné, kdyby informovali své pacienty i o možnosti využití zapůjčení kompenzační pomůcky.

*„...abychom...je podporovali v tom, aby vlastně naše služby doporučovali, aby měli dobrý povědomí o hospicové péči, ale i třeba mám tady půjčovnu pomůcek, takže aby i doporučovali půjčovnu pomůcek, aby usnadnili tu domácí péči...“ (2)*

V kategorii nižší motivace lékařů k ustoupení od kurativní léčby informant poukazoval na potřebu identifikovat správný okamžik, od kterého kurativní léčba nepřináší mnoho užítku a naopak by bylo vhodnější přejít na léčbu paliativní.

*„...odstoupení od marné léčby je lege artis postup, který je v těchto případech vhodný, správný, účelný...“ (3)*

*„...Ti lékaři to vědí, ne že to nevědí, prostě to vědí. A přesto, místo aby ustoupili od kurativní léčby, která je drahá a nic nepřinese v tu chvíli, oni to vědí, že to nic nepřinese, a vhodně mu nabídli paliativní léčbu, ať už v domácím prostředí, v hospici, to je jedno, která je vhodnější a levnější. Tak mnohdy, ne vždy, ale velmi často bývají motivováni, no tak ještě zkusíme chemoterapii, zkusíme radioterapii, protáhneme ho CTčkem, tam není všechno vidět, protáhnem ho magnetickou rezonancí....je to hodně drahé ta léčba těch lidí a je to úplně zbytečné, a navíc je to kontraproduktivní, protože to zhoršuje kvalitu jeho života...“ (3)*

*„...to je odpovědnost toho lékaře, aby včas odstoupil a uměl se postavit tváří v tvář tomu, že tohle je to nejlepší řešení...“ (3)*

*„...kdy je rodina a doktor schopná říct, teď je ten čas, kdy už je potřeba převézt. Pak už se dostáváme k tomu, že ty lidi přicházejí pozdě...“ (2)*

Zároveň se informant zmiňuje také o tom, že je pro lékaře často jednodušší pokračovat v léčbě, protože v těchto případech může mít důvodnou obavu, že ho rodina nemocného obviní z nedostatečné snahy o léčení.

*„...je to do značné míry také spoludáno strachem lékařů z toho, no aby mě ta rodina nenařkla, že jsem se nesnažil, neléčil...“ (3)*

*„...je mnohem jednodušší pro toho lékaře, lhát skutky. Neříct, jo, tatínek vám zhruba za 14 dní zemře, za tři neděle, za týden, ale v rádech týdnů zemře a ta léčba nemá smysl. Víte, zkusíme ještě tohle. Ten lékař vypadá jako větší hrdina...“ (3)*

V kategorii nabídka odborných stáží je patrné, že by informantky uvítaly možnost odborných stáží lékařů, během kterých by lékař získal představu a zkušenosti s hospicovou péčí.

*„...myslíte, že by to bylo přínosné? Asi jo...“ (1)*

*„...osobně by se mi líbilo, kdyby ten lékař měl nějakou zkušenost s hospicem, s hospicovou péčí. Asi bych přivítala, kdyby ti lékaři chodili na nějaké stáže. Nevím jak to mají pořešené tohleto lékařské fakulty, jestli musí doktor jít i na hospicová, paliativní lůžka, ale určitě tohleto by bylo přínosem...“ (2)*

Informant sdělil, že nabídka už existuje, ale není ze strany lékařů využívána, tuto možnost ale často ji využívají střední zdravotničtí pracovníci z jiných zařízení a organizací.



*„...nabídka odborných stáží tady je, ale nevyužívána. Střední zdravotnický personál, ten to využije, třeba z jiných zařízení tady na stáže jsou, z Charity z Budějovic, z LDNek nebo domovů důchodců, to ano, ale lékaři, pomínou-li mediky, že by se snížili k tomu, že by se snad šli přiučít něco do hospice...“ (3)*

*„...možnost stáží je, my jsme to dřív nabízeli hodně, teď jako pasivně, že to je k dispozici pořád, zájem prakticky nula...“ (3)*

V kategorii problematika předepisování analgetik informant zdůraznil, že problémy může způsobovat nutnost velkého množství administrativy ohledně receptů na opioidní analgetika. Bez těchto léků se většinou u terminálně nemocných nelze obejít.

*„...u takhle nemocných lidí se v těch finálních fázích téměř nikdy neobejdeme bez opioidních analgetik. Jenomže na to, aby praktický lékař mohl předepisovat opiátová analgetika, tak potřebuje zvláštní recepty, žádanky s modrým pruhem se tomu říká. A je to zvlášť hlídané. To je obrovská spousta administrativy. A je to hlídané a kontrolované a krajský úřad a trezor musí mít a zápisy a potvrzení a tak dál. A řada praktických lékařů vůbec tyhle ty žádanky s modrým pruhem nemá a když je nemá, tak vůbec nemůže předepisovat silné léky na bolest...“ (3)*

Pro domácí hospicovou péči je tomto ohledu spolupráce praktického lékaře nutná, protože i když je poskytována domácí hospicová péče zdravotní sestrou, léky předepisuje pacientovi jeho praktický lékař

*„...a když by domácí péče byla jaksi k užítku, ale to je sesterská péče, tak stejně ty opiáty předepisuje ten praktik. A když nesmí, pokud nemá ty žádanky, tak stejně...“ (3)*

### **Téma: Spolupráce s dalšími organizacemi a institucemi**

#### **Kategorie:**

- ❖ Snahy o spolupráci poradnami, městskými úřady, sociálními pracovníky jiných zařízení, s úřady práce
- ❖ Spolupráce s odděleními LDN a odděleními následné péče v nemocnicích
- ❖ Spolupráce s domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem

V kategorii snahy o spolupráci jsme s respondenty mluvily o tom, že navazování takové spolupráce je pro hospic náročné. Nejčastěji navazuje hospic spolupráci s poradnami, domovy pro seniory a odděleními se zvláštním režimem a také s lékaři.

*„... už je to trošku problematictější. Takže nejčastěji poradny, snažíme se s domovy seniorů.... s odděleními zvláštní péče.... a samozřejmě s lékaři...“ (1)*

Navíc není jisté, zda mají například pečovatelské služby nebo jiní poskytovatelé sociálních služeb konkrétní informace o poskytované péči v Hospici sv. Jana N. Neumanna.

*„...informace o konkrétně naší péči, to si nejsem moc jistá...“ (1)*

Dobré zkušenosti naopak přináší spolupráce se sociálními pracovníky jiných zařízení.

*„...docela dobrou zkušenost já osobně mám se spoluprací třeba se sociální pracovníci v jiném zařízení, kdy člověk se nahlásí do domova pro seniory, že by něco potřeboval, sociální pracovnice dojdou na šetření a řeknou: víte, no my bysme vás vzali, ale k nám to není, my doporučujeme tohle, nebo my tohleto službu neposkytujeme, zkuste se obrátit támhle...“ (2)*

Možnost spolupráce se sociálními odbory městských úřadů je podle informantky reálnější spíše na menších městech, podobná situace je u zaměstnanců Úřadu práce.

*„...je to možná spíš otázka menších měst, kdy Trhové Sviny už jsou poměrně malinký, Prachatice, ne že bysme byli nějaké velkoměsto, ale přece jenom, už je to větší, už je ten rádius větší a ta sociální pracovnice neví, za kým jde...“ (2)*

*„...možná tak jako ještě bych viděla úřad práce, i když si nejsem úplně jistá, jestli pani z úřadu práce, která přichází na šetření z důvodu příspěvku na péči, by byla ochotná vlastně rodině takhle ještě doporučit nějaký návazný zařízení...“ (2)*

V kategorii spolupráce s odděleními LDN a odděleními následné péče v nemocnicích byli rozdílné názory na to, jestli spolupráce vůbec funguje.

Informantka uvedla, že jsou v kontaktu se sociální pracovníci LDN v Nemocnici Prachatice.

*„...v Prachaticích v nemocnici na LDN pracuje sociální pracovníce, s tou jsme v kontaktu...“  
(1)*

Informant uvedl, že spolupráce prakticky nefunguje.

*„...tenhle bod o spolupráci s LDN, to v podstatě neplatí, ta spolupráce je velmi mizerná, respektive z jejich strany nespolupráce...“ (3)*

Jedním z motivů nespolupráce těchto oddělení může být také jistota finančního příjmu pro tato oddělení na základě dlouhodobé hospitalizace pacienta.

*„...drží si vlastně člověka, mají z toho jistý příjem, a to oni nedoporučí, nebo nepřevedou toho člověka dál. Ač máme lepší prostředí i si myslím, že můžeme jim nabídnout víc péče...“ (2)*

Informant jako důvod nespolupráce těchto oddělení vidí preferenci finančního zisku pro zdravotnické zařízení.

*„...peníze jsou pro ně na prvním místě, v některých případech, já netvrdím ve všech...to je důvod proč ty LDNky nedávají pacienty, a když tak na poslední chvíli...“ (3)*

V kategorii spolupráce s domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem bylo zjištěno, že spolupráce s domovy pro seniory není ideální.

*„...domovy pro seniory ve smyslu, že by klienti, kteří mají onkologickou diagnózu v terminální fázi, k nám od nich chodili, to se vůbec neděje...“ (3)*

Přesuny klientů z jejich přirozeného prostředí na pár posledních dnů pokládá informantka za zbytečné.

*„...na druhou stranu chápu, že je zbytečný toho člověka potom na konci života vytrhnout z toho jeho domácího prostředí a stěhovat ho někam jinam...“ (2)*

Možnost informovat klienty, kteří se do takového zařízení hlásí o vhodnosti hospicové péče vidí informantka reálně, podle informanta je tato možnost spíše teoretická.

*„...kdy člověk se nahlásí do domova pro seniory , že by něco potřeboval, sociální pracovníce dojdou na šetření a řeknou: víte, no my bysme vás vzali, ale k nám to není, my doporučujeme tohle, nebo my tohleto službu neposkytujeme, zkuste se obrátit támhle...“ (2)*

*„...ale fakticky se to neděje. Teoreticky by to tak být mělo...“ (3)*

Spolupráci s domovy se zvláštním režimem je už ve své podstatě sporná. Otázkou zůstává, zda budeme považovat Domov Matky Vojtěchy za součást Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna či nikoli.

*„...na základě toho vznikl taky tady Domov Matky Vojtěchy. Ty lidi, dost často se nám stává, že k nám přichází člověk, u kterého se projevuje i demence. Pokud je tam to onemocnění pouze jenom to, tak je to pro nás hodně velkým problémem...“ (2)*

*„...věcně se nás domovy se zvláštním režimem, mluvím o hospici, netýkají...“ (3)*

### **Téma: Finanční ohrožení**

#### **Kategorie:**

- ❖ Nominální hodnota úhrady zdravotních pojišťoven
- ❖ Dotace ze státního rozpočtu

V kategorii nominální hodnota úhrady zdravotních pojišťoven informant zdůrazňuje, že hodnota úhrad zůstala stejná, přestože se zvýšili ceny všech vstupů a zároveň vnímá potřebu vyrovnávat celkové zdražování zvýšením platů.

*„...od roku 2009 zůstala nominální úhrada zdravotní pojišťovny stejná. Čili 4 roky stejná, do toho inflace, do toho zdražení nebo zvýšení DPH, tím zdražení veškerých vstupů - potravin, energií a tak dál, tlaky na mzdy a prostě je to 4 roky nominálně úplně stejné...“ (3)*

V kategorii dotace ze státního rozpočtu se informant vyjadřuje velmi stroze.

*„...no ty jsou ještě horší...“ (3)*

### **Téma: Legislativa**

#### **Kategorie:**

- ❖ Propojení zdravotní a sociální legislativy
- ❖ Legislativní postavení domácí hospicové péče
- ❖ Složitější podmínky pro změnu zdravotní pojišťovny
- ❖ Problematika úhradových vyhlášek
- ❖ Možnost úlev ze zaměstnání pro pečujícího člena rodiny

V kategorii propojení zdravotní a sociální legislativy informant a informantka zmiňují důležitost takové provázanosti a její potřebu pro správné a pohodlné fungování hospice. Absenci takového propojení vnímají informant i informantka jako problém.

*„...je to strašně moc důležitý, ta provázanost...“ (2)*

*„...máme trošku problém, že není vlastně už na tom samotném základě, neexistuje u nás něco jako ministerstvo zdravotně sociálních věcí...“ (2)*

*„...neexistuje to propojení zdravotnické legislativy a sociální, hospic se pohybuje v obou dvou a trošku se nám to tam tluče...“ (2)*

*„...to je alfa a omega. Zatím nás legislativa nutí, buď buďte pouze zdravotnické zařízení nebo pouze sociální. Tady máme zdravotně sociální plány měst, zdravotně sociální fakulty, zdravotně sociální plán střednědobého rozvoje služeb v kraji, my máme všechno zdravotně sociální, kromě těch konkrétních zařízení...“ (3)*

V kategorii legislativní postavení domácí hospicové péče se ukazuje, že tento typ péče není přesně specifikován, což může jejímu poskytovateli způsobovat problémy ve financování.

*„...myslím si, že tam je prostě hospicová péče. A je pro zákony asi irelevantní, jakou formou je hospicová péče poskytována a právě narážíme na těch pojišťovnách, že oni to nechtějí proplácet, to je ten důvod proč to nefunguje...“ (2)*

Kategorie složitější podmínky pro změnu zdravotní pojišťovny se týká především situací, kdy byla nabízena domácí hospicová péče a pacient měl zdravotní pojišťovnu, která tuto péči nehradila, řešením by byla právě změna zdravotní pojišťovny. V současné době se ale taková změna stává nerealizovatelnou v případě nevyčlepnutelně nemocných, jejichž život se počítá v řádech měsíců.

*„...ten roční interval je hroznej a opravdu tam už to asi nejde...“ (2)*

*„...ted' je to navíc tak nastavené, že zdravotní pojišťovnu můžeme měnit jen k 1.1. a žádost musí být podaná půl roku předem, a to je pro potenciálního klienta hospicové péče není reálné...., (1)*

V kategorii možnost úlev ze zaměstnání pro pečujícího člena rodiny informant mluvil o možnostech, které má pečující člen už nyní. Záleží ale hlavně na vůli zaměstnavatele a volno, které si pečující případně vezme, je neplacené.

*„...pokud je tam vůle zaměstnavatele, tak třeba člověk si může vzít neplacené volno, a tím pádem má nárok být pečující osobou a zůstává mu příspěvek na péči...“ (3)*

Zároveň by také souhlasil s mým návrhem na možnost placeného uvolnění ze zaměstnání pro člena rodiny pečujícího o umírajícího člověka.

*„...samozřejmě by bylo úžasné, kdyby pečující člen rodiny měl ze zákona nárok na placené volno od zaměstnavatele, na těžce nemocného ve fázi umírání...“ (3)*

## **Téma: Spolupráce s rodinou**

### **Kategorie:**

- ❖ Postoj rodiny nemocného k hospicové péči

V kategorii postoj rodiny nemocného k hospicové péči se objevují informace o tom, že se rodina může někdy snažit nepřipouštět si vážnost situace a oddalovat možný nástup nemocného do hospice

*„...dost často to bývá, nebo z mého pohledu je to, dost často to, že si to ani rodina sama nechce připustit. Ještě se do poslední chvíle drží prostě nějaké léčby, i když jí doktor nedoporučuje...“  
(2)*

*„...pro rodinu si myslím že je kolikrát i lepší, když řeknou: my máme babičku v nemocnici v LDNce, než my máme babičku v hospicu. Furt to vypadá pro veřejnost, prostě pani je nemocná, ale uzdraví se, nebo pani je nemocná a už se neuzdraví...“ (2)*

Po přijetí pacienta bývá spolupráce s rodinou většinou dobrá, rodiny využívají i možnost společného pobytu, kde se většinou zapojují i do péče o nemocného a poskytovanou péči ze strany personálu vnímají s vděčností.

*„...můžou tam být 24 denně vlastně.... to je různé, zase jak kdo, člověk od člověka, asi většinou se ale starají, když tam s nimi jsou...“ (1)*

*„...vnímají to dobře, protože jsou hrozně vděční za každou pomoc...“ (1)*

## **Téma: Informovanost veřejnosti a kontakt hospicu s okolím**

### **Kategorie:**

- ❖ Obecný postoj k hospicům, mediální přitažlivost
- ❖ Informace a jejich šíření

V kategorii obecný postoj k hospicům se objevuje opět problematika tabuizace hospiců i smrti a nezájmu o hospicovou problematiku.

*„...nejsem si úplně jistá, jestli pořád nám vlastně ve veřejnosti nějak zůstává taková ta tabuizace té hospicové péče a hlavně té smrti. Možná i tohleto vlastně by bylo přínosem pro hospicovou péči jako takovou...“ (2)*

Ve společnosti zdravých lidí, kteří hospic zatím nepotřebují o tuto problematiku ani není zájem.

*„... přiznejme si, normální zdravý člověk se asi o hospic moc zajímat nebude, dokud mu něco není, dokud ho nepotřebuje, tak se o to nezajímá...“ (2)*

V kategorii informace a jejich šíření mají informantka uvádí, že propagace je dobrá, informant vidí prostor pro rozšíření.

*„...myslím si, že je docela dobrá propagace hospicu, ta se v posledních letech rozjíždí...“ (2)*

*„...zlepšování povědomí o hospicové péči, to určitě, toho není nikdy dost...“ (3)*

Informant dále uvádí, že téma umírání není zajímavé ani pro média.

*„...pokud ty sdělovací prostředky o to nebudou mít zájem, a nebude to mediálně sexy, což téma umírání je sexy zřídka, tak je to obecně problém..... senzacechtivost za každou cenu...“ (3)*

### **Téma: Spolupráce s řádovými sestrami**

#### **Kategorie:**

- ❖ Pozitiva
- ❖ Podíl na péči

V kategorii pozitiva je považován kontakt s řádovými sestrami ze strany klientů za vítaný, odmítnutí je velmi ojedinělé.

*„...i ti co jsou nevěřící tak si rádi s nimi promluví...“ (1)*



*„...Stává se někdy, že by klient odmítl kontakt přímo s řádovou sestrou?..Stává, málo, ale stává...“ (1)*

*„...já osobně jsem se s tím ještě nesetkala, že by jako „fuj, jeptiška“, ne...“ (2)*

Kontakt s řádovou sestrou se už na začátku pobytu snaží dojednat s pacientem a rodinou sociální pracovnice. S odmítnutím se nesetkává často.

*„...jestli klientům nevadí, že vlastně s nima nějakým způsobem komunikuje jeptiška. Většinou ne. Já když se mi podaří a jsem vlastně přítomna přijetí klienta, tak se snažím vlastně s tou rodinou vlastně už nějak vyjednat. Ale většinou to těm lidem nevadí. Pokud nejsou vyloženě nějak jako hodně ateisticky zaměřený, což většinou nejsou, tak to těm lidem nevadí...“ (2)*

Informantka uvádí, že řádové sestry které u nich působí nenavazují pouze na víru a běžně si s pacienty popovídají.

*„...popovídat si potom s tím člověkem, když vlastně sestřička nenavazuje nějak na víru, a oni jsou docela rozumný, oni to těm lidem nějak nenutí...“ (2)*

V kategorii podíl na péči informantka uvádí, že se podílejí řádové sestry jak na pastorační tak i na přímé péči. Zároveň v Domově Matky Vojtěchy zajišťují i aktivizační činnosti a jedna ze sester je tamtéž vrchní sestra. Celkově se řádové sestry, které zajišťují pastorační snaží naplňovat volný čas pacientů i jinými tématy než je víra.

*„...dvě řádové sestřičky jsou jako pastorační asistentky, sestra Sebastiana a sestra Ester, a co se týče nějaké té přímé péče tak dojíždí nám každé pondělí dvě sestřičky z Lomce, na šest hodin jenom péče, a potom se nám tady pohybuje občas jedna sestřička taky vlastně tady z kláštera na výpomoc, to taky bývá kolem osmi hodin. Oni mají ještě své povinnosti v klášteře. Když zase zavedu mírně řeč tady vedle na Domov Matky Vojtěchy, což je součást hospice, i když s jiným zaměřením, tak tam je vrchní sestra řádová sestra a v současné době ještě jedna aktivizační pracovnice je řádová sestra. Ale nejvíc je tam opravdu asi ty pastorační asistentky, který tak jako se snaží vyplňovat ten volnej čas nejenom tou vírou...“ (2)*

## **Téma: Dobré personální zabezpečení**

### **Kategorie:**

- ❖ Stabilní tým
- ❖ Podpora ze strany vedení
- ❖ Supervize

V kategorii stabilní tým informantka považuje za pozitivní, že hlavní personál se nemění, má tak potřebné zkušenosti s pacienty, jejich obtížemi a také dokáže předpokládat, jakým způsobem se bude zdravotní stav vyvíjet. Další důležité zkušenosti personál získal v komunikaci s pacientem i jeho rodinou.

*„...já si myslím, že vlastně to uspořádání toho hospicu je hodně dobrý. Je v tom systém, kterej je zavedenej, kterej funguje už 8 let a strašně moc se mi líbí, že ten personál, ten hlavní personál se nemění. Takže opravdu sestřičky tady fungujou 8 let, naprosto normálně a nějakým způsobem jsou s tím sžitý, v jakým prostředí pracujou a funguje to. A mají i k těm lidem už nějaký vztah, už dokážou odhadnout, jak se ten zdravotní stav těch lidí bude vyvíjet, jak reagovat při komunikaci s rodinou. Na tohle to všechno fakt klobouk dolu, fakt jsou šikovný, úžasný...“ (2)*

. Personál je považován za dobře vybraný.

*„...já myslím že je personál určitě dobře vybraný...“ (1)*

V kategorii podpora ze strany vedení vyplynulo, že vedení je vnímáno pozitivně, jako podporující a stmelující prvek.

*„...já myslím, že jsem lepší vedení neměla, vedení dělá určitě všechno proto aby nám všem bylo dobře a i mezi sebou jako s personálem i klienty...“ (1)*

*„...vedení, všechna čest, jako fakt, je tady ze strany vedení obrovská podpora, hlavně ošetrujícího personálu, kterej dělá hospic hospicem. Kolem nás ostatních kancelářskejch krys, na nás ten hospic nestojí, stojí na těch ošetrovatelích a zdravotnickým personálu, takže tam si*

*myslím, že vedení se snaží je hodně podporovat, což je jedině dobře. Snaží se vlastně ten kolektiv stmelit..., (2)*

Z kategorie supervize vyplynulo, že přátelská a otevřená atmosféra umožňuje přímé sdílení.

*„...ač se u nás moc jako nevedou supervize, (což ve škole moc neříkejte), tak jsou tady nejrůznější rekondiční pobyty pro zaměstnance a tak dále a tak dále. Takže si myslím, že je to i hodně dobrá prevence vlastně i syndromu vyhoření. Je tady v hospici hodně takovej ten přátelskej duch, ta atmosféra. Ta dělá hodně jak pro ty zaměstnance samotný, tak i samozřejmě pro klienty...“ (2)*

Dále se ukázalo, že supervize je sice preferována, ale v hospici s ní nejsou dobré zkušenosti.

*„...tady, co mám z doslechu, tak taky asi supervizor byl takovej trošku přísnější, takže to muselo prostě podle Ballintona bejt, ono se to potom trošičku jo... Náš zdravotnickej a ošetrovateľskej personál není zvyklý na to, aby bylo přesně striktně něco řečenýho. Mají nějaké postupy, mají nějaký doporučený vlastně přístupy k těm lidem a podle toho oni si jedou. A je tu tak otevřená atmosféra, že si myslím, že není třeba nějaká uzavřená skupinka, kdy se najednou řekne a vyhlásíme hurá akci a pojděte a začneme vytahovat, kde nám co nejde. Podle mě oni si po obědě kolem jedny sednou všichni do té sesterny, a tam to začnou rozebírat. Takže tam snad existuje nějaká takováhle interní neoficiální supervize. Ta oficiální, nesetkalo se to s nějakým velkým úspěchem. Už ani u těch zaměstnanců, ne že by snad u zaměstnavatele, takže supervize určitě preferujeme, určitě snad i jako budeme realizovat, ale není to nic, co bysme jakoby vyloženě hodně často...“ (2)*

### **Téma: Domácí hospicová péče**

#### **Kategorie:**

- ❖ Důvody pozastavení péče
- ❖ Úhrady od zdravotních pojišťoven
- ❖ Náročnost domácí hospicové péče pro zdravotnický personál

- ❖ Rizika spojená s domácí hospicovou péčí
- ❖ Možnost obnovení domácí hospicové péče

Z kategorie důvody pozastavení péče vyplívá, že jednak byl o domácí hospicovou péči malý zájem a vyskytly se obtíže s financováním. S malým zájmem souvisí i informování pacientů ze strany lékařů.

*„... Pro nás byla problém ta nízká informovanost a to, že ošetřující lékaři pacientům péči nenabízeli...“ (1)*

*„...malý zájem, obtíže s financováním, všechno jde ruku v ruce...“ (2)*

Svou roli podle informantky hrála i religionizita obyvatelstva, informant s tím nesouhlasí.

*„...já si myslím, že třeba je třeba vnímat v tomhle tom zase trošku rozdělení vlastně obyvatelstva v naší republice, kdy tady ti lidé nejsou až tak věřící. Takže věřím tomu, že na té moravě, kde je ta populace daleko víc věřící, tak tam asi ti lidé i mají větší zájem o to doprovázet toho člověka doma, v domácím prostředí. Jinak tady se to řeší spíš formou těch pobytů té rodiny tady, u toho klienta, než opačně...“ (2)*

*„...jestli tam tahle přímá úměra platí, co se týče zájmu o domácí hospicovou péči...obyvatelstvo je méně věřící, než třeba na Moravě, ale v rámci Čech je naopak asi spíš nadprůměrně zbožný region...“ (3)*

Co se týče kategorie úhrady od zdravotních pojišťoven, některé z pojišťoven byly ochotny hradit domácí hospicovou péči kompletně, jiné pouze z části a některé vůbec.

*„...některé zdravotní pojišťovny ji hradí, ale ne se všechny...“ (1)*

*„...je pravda, že jsme měli smlouvy s malými pojišťovnami ale dominantní hráč na zdravotnickém trhu VZP smlouvu neuzavřela...“ (3)*

*„...určitě některá pojišťovna je, nebo byla ochotná nám proplácet vlastně téměř všechny výkony....některá byla ochotná platit nám jenom nějakou částecnej podíl, takže my jsme museli dohledávat ty peníze jinde a tam potom pochopitelně bychom rádi měli i příplatek vlastně od klienta ...“ (2)*

Tato skutečnost mohla způsobit, že klienti péči odmítli, protože by si ji museli hradit sami. Prakticky to ale nebyl jediný důvod nízkého zájmu o domácí hospicovou péči.

*„...hodně klientů mi i volalo domlouvali jsme se a když jsem se zeptala na pojišťovnu a zjistili, že by si péči museli hradit sami, tak už se neozvali. A to byli třeba tady z okolí...“ (1)*

*„...že bychom měli nával pacientů, kteří potom odmítli naši péči, protože to je drahé, tak to ne...“ (3)*

Kategorie náročnost domácí hospicové péče objasňuje, že je domácí hospicová péče pro zdravotnický personál náročnější než péče v lůžkovém hospici, protože v domácnostech pacientů se vyskytují různé bariéry, chybí vybavení dostupné v hospici a navíc je třeba, aby sestra mezi pacienty přejížděla. Pro zdravotní sestru je podstatné také zázemí a možnost poradit se s kolegy.

*„...já si osobně myslím že jako náročnější je ta domácí forma. Už jenom proto, že i když těm lidem půjčíme postel, i když jim půjčíme já nevím veškerý zdravotnický vybavení, tak pořád to není ideální prostředí. Pořád je tam jenom vana, kde není bezbariérový přístup, pořád tam jsou nejrůznější rohy, úzký futra, problémy s vytápěním, s větráním, s přístupama a tak dál. Krom toho, vlastně ta sestřička musí přejíždět, tady přeci jenom přejde z pokoje do pokoje. Další věc jsou zvedáky třeba, tady má sestra vlastně zvedák...ale to je normální v každé terénní péči vždycky se s tímhle tím setkávají...“ (2)*

*„...náročnější je to asi v tom domácím, protože tam jsem vlastně sama a v prostředí klientů. V hospici je prostředí přirozenější pro personál, mám tam nějaké zázemí. V domácím prostředí se s pacienty musí pracovat víc, v tu danou chvíli je možné spoléhat se pouze sama na sebe, není možnost odběhnout si na sesternu a někoho se zeptat nebo podobně...“ (1)*

V kategorii rizika spojená s domácí hospicovou péčí informant a informantky shrnuli různá omezená daná charakterem péče a také rizikové oblasti, které mohou zapříčinit selhání.

Zásadní problém představuje předpoklad, že s nemocným někdo zůstane doma. Problém může být ve finanční oblasti, v etickém pohledu.

*„...ať je ta domácí hospicová péče sebelepší, tak vždycky je tam potřeba, aby s tím člověkem byl ještě někdo z rodiny doma. Ne vždycky je k tomu rodina prostě schopná, ať už z finanční stránky, z nějakýho etickýho hlediska, ne vždycky je to možné. Potom asi ten člověk volí snáz hospicovou péči lůžkovou...“ (2)*

Informant by uvítal také možnost, aby pečující měl nárok na placené uvolnění ze zaměstnání, v současnosti je uvolnění ze neplacené a závisí na vůli konkrétního zaměstnavatele.

*„...možnost úlev v zaměstnání, pokud je tam vůle zaměstnavatele, tak třeba člověk si může vzít neplacené volno....ta možnost je, byť je nesnadná. Když bude zaměstnavatel cynik, no tak těch možností moc není, když je zaměstnavatel rozumný, tak je možností spousta...“ (3)*

*„...samozřejmě by bylo úžasné, kdyby pečující člen rodiny měl ze zákona nárok na placené volno od zaměstnavatele, na těžce nemocného ve fázi umírání...“ (3)*

Problémy mohou souviset také s charakterem bydliště rodiny, ve městech je zpravidla jednodušší domácí hospicovou péči poskytovat, na venkově jsou tradičnější modely chování a je pro rodinu snazší péči zajišťovat.

*„...Domácí hospicová péče funguje prakticky jenom ve velkoměstech, kde je vysoká koncentrace lidí na malém prostoru, čili není velká dojezdová vzdálenost a velkoměstské aglomerace jsou výrazně bohatšími regiony z hlediska příjmové stránky obyvatel, než venkovské regiony...“ (3)*

*„...venkovský region má tradičnější způsoby chování z hlediska vztahu k rodině a jsou více schopni se postarat o toho svého nemocného doma...“ (3)*

*„...v těch městských aglomeracích kde si vezmeme panelový byt a člověka, který dojíždí do práce, tak je pro něj mnohem horší se starat o nemocného doma, než když na venkově máte chalupu prostorově větší a jste soukromý zemědělec, který v areálu té své chalupy pracuje. Je mnohem snazší pečovat doma...“ (3)*

Kategorie možnost obnovení domácí hospicové péče představuje předpoklady možného obnovení a jeho reálnosti. Za reálné považují obnovení obě informantky i informant.

*„...tak reálné to je, samozřejmě, ale jak daleko k tomu je, to nevím..“ (3)*

Zdravotní sestra si myslí, že obnovení závisí na zájmu klientů

*„...no a kdyby bylo víc takových dotazů, tak si myslím, že určitě pan ředitel bude uvažovat o obnovení...“ (1)*

Sociální pracovnice vidí podmínku obnovení spíše v rozšíření zdravotních pojišťoven, které by péči svým pojištěncům hradili. Na druhou stranu pokud by byl dostatečný zájem ze strany pacientů, s jejichž zdravotními pojišťovnami už jsou smlouvy uzavřené, pravděpodobně by došlo k obnovení domácí hospicové péče i v tomto případě.

*„...já si myslím že tam to bohužel nezáleží až tak na těch klientech, ale spíš na těch pojišťovnách. Jako možná že kdyby najednou bylo pět, šest lidí, kteří by opravdu řekli a my chceme doma, a my máme tu pojišťovnu, která nám to proplatí, tak asi jo. Určitě, byli bysme jedině rádi. Ale v současné době to prostě není...“ (2)*

#### **Téma: Ambulantní forma péče,**

Ambulantní formu péče si informantky a informant neumí pro hospicové klienty představit. Jako důvody uvádějí komplikovanou dopravu pacientů a s tím související stres pro pacienty.

*„...já myslím že pro ty hospicové spíš ne, ale možná by to bylo vhodné pro klienty Domova Matky Vojtěchy. Pro pacienty s Alzheimerovou chorobou by to mělo větší význam...“ (1)*

*„...Já si nedokážu představit, jak těžce nemocného člověka každý den převážíme tady do hospicu, a každý večer ho zase převážíme domů. Už jenom to, že málokdo má doma byt, dům uspořádaný proto, aby byla možná tahle ta péče, aniž by docházelo k nějakým docela závažným stresům...“ (2)*

Dále potom informant uvedl, že vzhledem k počtu obyvatel Prachatic by klientů, kteří jsou ochotni a schopni takovou službu využívat by bylo příliš málo a tak by nastal problém, z jakých zdrojů péči financovat.

*„...i u těch stacionářů, no pojd'me o tom mluvit ve velkoměstech, ale když Prachatice mají 12 000 obyvatel, a statisticky je tady, a to se můžeme dopočítat, velmi málo těch, kteří jsou ochotni a schopni čerpat tuhleto službu toho stacionáře, z dvanáctitisícových Prachatic, že budou tři klienti, vymyslím si, tak to pro nás jako poskytovatele není ufinancovatelné...“ (3)*

O stacionáři pro Domov matky Vojtěchy se uvažovalo, není k tomu ale prostorové zázemí.

*„...my jsme z toho vycouvali, ne že bychom o tom nepřemýšleli, ale asi prostorově to není možné...“ (3)*



## 4.2 Výsledky SWOT analýzy

### 4.2.1 Analýza vnitřních zdrojů:

#### **Silné stránky**

- stabilní tým klíčových zaměstnanců se zkušenostmi
- individuální přístup ke klientům, jejich potřebám a rodinám ze strany všech zaměstnanců
- stabilní a podporující zázemí pro personál
- nadstandardní péče, nadstandardní zázemí
- možnost společných pobytů pro blízké osoby
- možnost podílet se na péči o nemocného v zázemí hospice
- efektivní personální zajištění péče a fungování hospice
- prostorové podmínky, materiální zázemí, využívání systémů pro odstraňování bariér
- možnost výběru z jednolůžkových a dvoulůžkových pokojů
- zajišťování pečovatelské služby
- návaznost mezi pečovatelskou službou a lůžkovou péčí hospice
- adekvátní využívání práce dobrovolníků
- zajišťování volnočasových a aktivizačních činností pro klienty
- dostatečná kapacita
- spokojenost personálu s vedením, vnímání podpory ze strany vedení
- operativní využívání příležitostí a dostupných zdrojů
- spolupráce se sociálními pracovníky jiných institucí
- zajištění poradenství, půjčování kompenzačních pomůcek
- snaha o zlepšování spolupráce s ošetřujícími lékaři
- otevřená a přátelská atmosféra, prostor pro autosupervizi personálu, prevence syndromu vyhoření

- nabídka rekondičních pobytů pro zaměstnance
- zajištění péče i o pacienty s demencí-Domov Matky Vojtěchy
- spolupráce s řádovými sestrami
- zajištění duchovní podpory
- dobrá propagace
- spolupráce s ostatními hospici v České republice
- péče je ve srovnání s jinými lůžkovými zařízeními v České republice relativně levnější
- pacienti v domácí hospicové péči neplatili poplatek (pokud jim jejich zdravotní pojišťovna hradila péči)
- nabídka péče o pozůstalé
- navazování kontaktů s komunitou
- vzdělávací centrum

### **Slabé stránky**

- velké množství nevyužitých lůžek, závažně nízký stav klientů
- horší spolupráce s ošetřujícími lékaři – tj. praktickými lékaři a lékaři v nemocnicích
- hospic nedisponuje vlastním sanitním vozidlem pro přepravu klientů
- potenciální klienti nejsou adekvátně informováni
- smlouvy na úhradu domácí hospicové péče pouze s některými pojišťovnami

## 4.2.2 Analýza vnějších zdrojů

### **Příležitosti**

- větší informovanost lékařů
- větší informovanost potenciálních klientů i celé společnosti
- aktivnější nabídka odborné stáže pro lékaře, aby se osobně seznámili s péčí o pacienty a získali o ní lepší představu
- vytvoření ambulantní služby nebo stacionáře pro cílovou skupinu klientů Domova matky Vojtěchy
- podpora hospice od veřejně známé osobnosti
- obnovení domácí hospicové péče - závisí i na ochotě zdravotních pojišťoven
- navazování kontaktů se sociálními odbory městských úřadů
- nabídka supervize pro personál

### **Ohrožení**

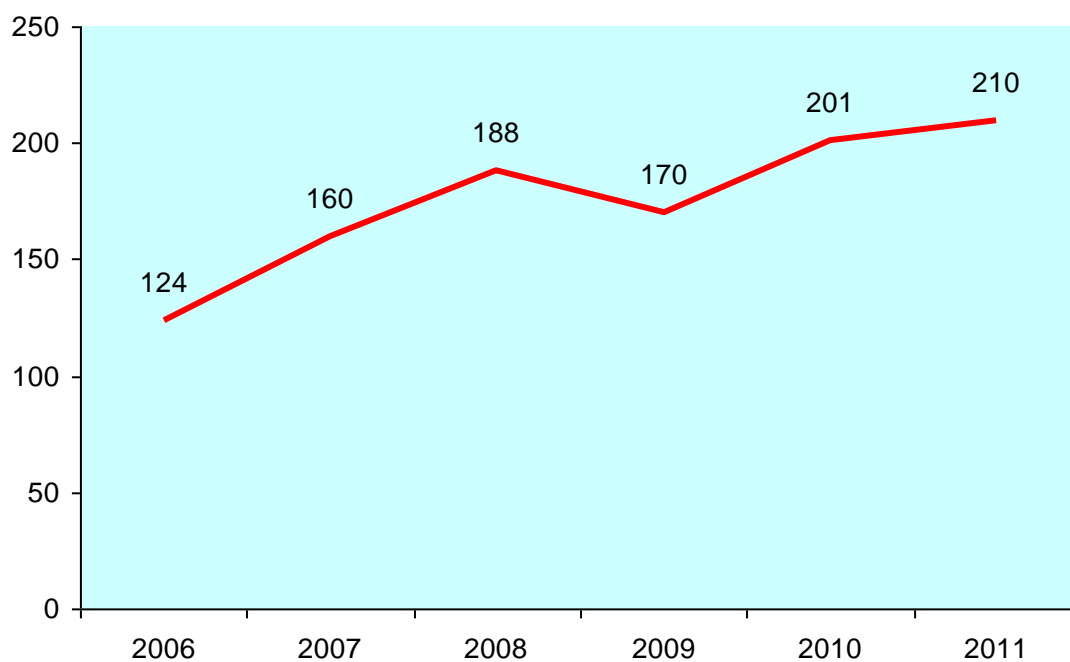
- lékaři nemají vůli anebo dovednosti informovat pacienty, neumí si představit, co hospic nabízí, mají s hospicovou péčí málo zkušeností
- hospicová péče a umírání obecně zůstávají stále společenskými tabu, „zdraví“ lidé se o hospic nezajímají”
- nevyhovující legislativní zabezpečení - potřeba propojování sociální služby a zdravotnické péče
- nevyhovující úhradové vyhlášky zdravotních pojišťoven – nominální hodnota úhrad je od roku 2009 stejná
- domácí hospicová péče není legislativně ošetřena vůbec
- neexistuje zákonná úprava péče o člena rodiny, například možnost úlev v zaměstnání
- doba pobytu v hospici se zkracuje – z mnoha objektivních důvodů, velmi teoreticky může i vyvstat mylný dojem, že úroveň péče není dostatečná

- obtíže s financováním domácí hospicové péče
- závislost hospice na finančních zdrojích zvenčí, ekonomická nejistota

## 4.2.3 Analýza počtů klientů a průměrných dob pobytu

### 4.2.3.1 Analýza počtu přijatých klientů

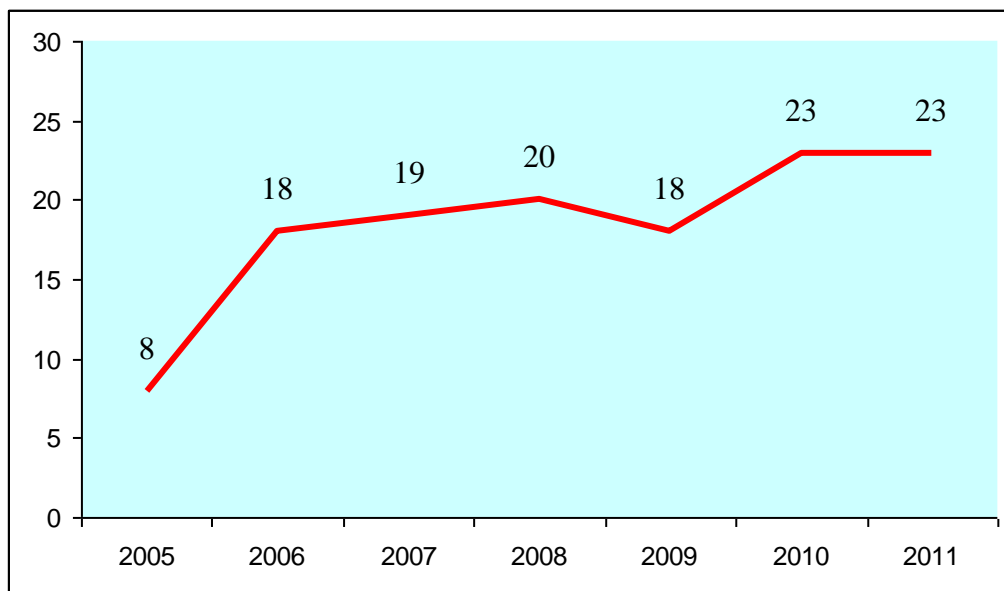
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
20	124	160	188	170	201	210



Údaj z roku 2005 není v grafu zahrnut, v toto roce byl zahajován provoz Hospice sv.Jana N.Neumanna. Údaj je tedy pouze za období 1.11.-31.12.2005 a proto nemá význam pro srovnávání s ostatními údaji, které jsou za období celého roku.

#### 4.2.3.2 Vývoj stavu klientů k 31.12. v jednotlivých letech

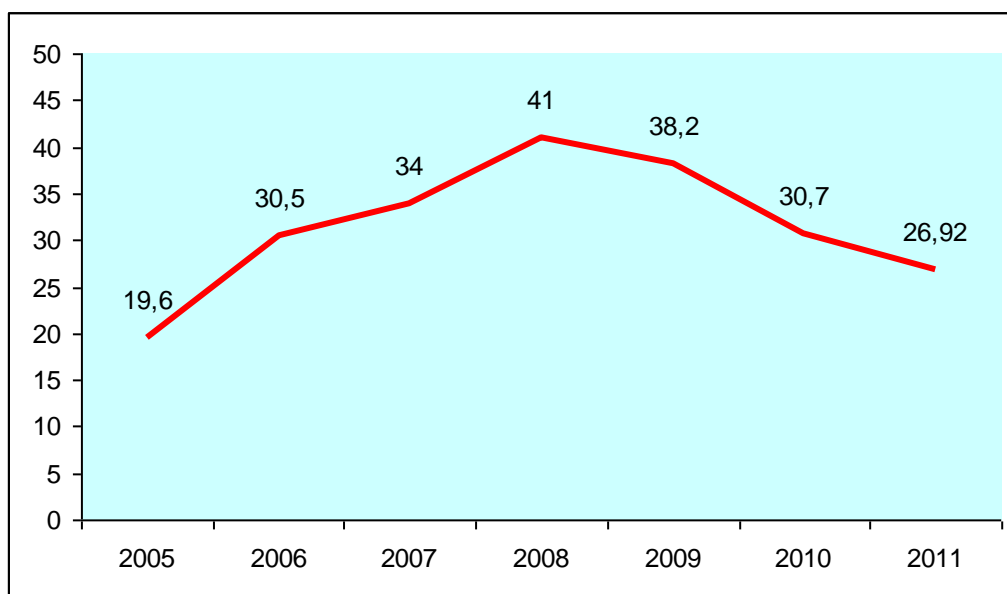
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
8	18	19	20	18	23	23



#### 4.2.3.3 Vývoj průměrné doby pobytu pacientů v jednotlivých letech

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
19,6	30,5	34	41	38,2	30,7	26,92

Průměrná doba pobytu je uváděna ve dnech



## 4.3 Návrh plánu rozvoje Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích

### Zajištění informovanosti potenciálních klientů

Důležitá je v tomto ohledu spolupráce s ošetřujícími lékaři, nemocnicemi, poskytovateli sociálních služeb s hospicem. Při volbě adekvátní formy péče je nutné, aby měl pacient dostatečné a vhodně sdělené informace k dispozici včas, aby nedocházelo ke zmatečným rozhodnutím.

Informace je možné zprostředkovávat i přes zaměstnance sociálních odborů městských úřadů, kteří jsou s potenciálními klienty hospice v kontaktu a v ideálním případě mají dostatek podkladů pro posouzení situace konkrétního člověka

Podstatné je samozřejmě i celkové zlepšování povědomí o hospicové péči v rámci široké veřejnosti a odbourávání tabu, která komplikují situaci hospiců obecně.

### Lepší informovanost a ochota ke spolupráci ze strany ošetřujících lékařů

Ošetřující lékaři jsou zpravidla schopni informovat své pacienty, je otázka, do jaké míry jsou ochotni informace o hospicové péči poskytovat. Často forma informování není vhodná, natož empatická. To může u pacientů a jejich rodin vyvolat nezájem připustit si vhodnost hospicové péče.

Prioritní by tedy měla být cílená propagace pomocí propagačních materiálů a jejich šíření k praktickým lékařům a dále aktivní nabízení odborných stáží pro lékaře, které v současnosti nejsou mnoho využívány. Cesta by mohla být také v zařazení těchto aktivit do programů celoživotního vzdělávání lékařů a v nabídce akreditovaných vzdělávacích aktivit, což ale závisí na spolupráci mezi Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče a Českou lékařskou komorou.

### Podpora hospicové myšlenky, odbourávání společenských tabu



Oblast podpory přívětivého pohledu společnosti na hospicovou péči je obecně dosud nevyčerpaná. Konkrétním způsobem může být příprava informačních materiálů, které budou pro širokou veřejnost zajímavé. Přínosná může být také nabídka osobních návštěv hospice, kde by se veřejnost osobně dozvěděla přímo jak hospicová péče probíhá.

Důležitá je v tomto ohledu také podpora rodin, kteří se rozhodnou pro hospicovou péči o svého člena, je nutné, aby taková volba nebyla odsuzována pro představu, že nechtějí pečovat. Důležité je informovat o tom, že má-li být péče kvalitní, je posléze velmi náročná pro pečujícího po fyzické, psychické a často i sociální stránce.

Prostor je také v informování o hospicové péči a myšlence prostřednictvím sdělovacích prostředků. I když je témata mediálně méně přitažlivé, je třeba hledat způsoby, jak je možné informace touto cestou šířit.

Přínosná by byla také asi podpora ze strany veřejně známé osobnosti.

Za důležité považuji zachování stávajícího kontaktu s komunitou, která Hospic sv.Jana Nepomuka Neumanna obklopuje. Takové kontakty jsou vítané z hlediska získávání představy lidí o hospicové péči a její otevřenosti. V rámci komunity je také možnost motivace potenciálních sponzorů a dárců a v neposlední řadě příležitost pro nábor dobrovolníků.

### Zlepšování spolupráce se zdravotními pojišťovkami

Je potřeba motivovat spolupráci se zdravotními pojišťovkami tím, že ušetří. Náklady na hospitalizaci pacienta v hospici jsou daleko nižší v porovnání s hospitalizací v nemocnici nebo jiném lůžkovém zařízení. Z toho vyplývá, že je v zájmu pojišťoven motivovat lékaře k větší podpoře hospicové péče a jejímu nabízení. V této oblasti jsou totiž reálně možnosti vysokých úspor pro zdravotní pojišťovnu samotnou.

Cestou ke společné dohodě bude také hledání ompromisů a oboustranně přijatelných dohod.

### Aktivizace možných sponzorů, donátorů

V ekonomické situaci, ve které se nyní hospic nachází je nutné vyhledávat a využívat další zdroje financování.

Konkrétně se může obrátit s žádostí o finanční podporu například na firmy a podnikatele v okolí.

Další možností je využívat různé typy charitativních aukcí, ať už výrobků klientů nebo podporovatelů hospice.

Konkrétní prostor vidím například ve využívání sociálních sítí k pořádání různých dražeb, které v současnosti už fungují v rámci projektů jiných organizací. Konkrétně to může být například aukce šperků, kdy úspěšný dražitel zašle výslednou částku na bankovní účet zařízení a tvůrce šperku mu jej zašle.

Další možností je uspořádání veřejné sbírky nebo umístění schránek na příspěvky v místech s velkou koncentrací lidí, jako jsou například nákupní centra. Důležité jsou jistě i benefiční aukce, možná by stálo za úvahu v tomto směru zkusit spolupráci s Nadací Divoké husy.

### Zachování a rozvoj stávající lůžkové péče

Pro zachování a rozvoj stávající péče je podstatný dostatečný počet pacientů, který je do značné míry závislý na spolupráci s lékaři a jejich ochotě pacienty informovat.

Dalším důležitým bodem podpora společných pobytů rodinných příslušníků a podpora respitní péče, které pomáhají pacientům lépe se adaptovat na prostředí hospice a rodina je samozřejmě potřebná jako opora pro pacienta v těžkých chvílích. V tomto ohledu je nutné zajišťovat i nadále péči také o rodinné příslušníky.

Péče je do značné míry závislá i na kvalitě personálu. Cílem je tedy podpora všech zaměstnanců v rámci dostupných možností, podpora dobrých vztahů. Důležitá je

v tomto směru i prevence syndromu vyhoření, vhodná by v tomto směru byly také nabídky možnosti supervize.

Pro hospic je také nutné, aby se pokusil dále zlepšovat povědomí o poskytované péči prostřednictvím propagačních materiálů a dalších způsobů komunikace s veřejností, ať už se jedná o vlastní webové stránky tak například i sdělovací prostředky. Další možností je zachování kulturních a sportovních akcí jako je Prachatická hospiová desítka a Ples pro hospic, které pomáhají prohlubovat vztahy s komunitou a přispívají tak k odbourávání tabu o hospicích a umírání ve společnosti.

Přínosné by bylo také podporovat nové dobrovolníky a samozřejmě i těm současným nabízet podporující zázemí.

#### Zvyšování počtu klientů lůžkové péče

Zvyšování počtu klientů nezávisí asi přímo na činnosti hospice, potřebná je v tomto směru součinnost s lékaři. Tu je možné podpořit nabídkou většího množství informací a podporou, pokud je ze strany lékaře snaha hospicovou péči podporovat.

Velký význam má také celkové povědomí společnosti o nabízené péči, tak jak už je uvedeno výše.

#### Pokus o zlepšování legislativní situace hospiců

Legislativní situace je ovlivnitelná hlavně ze strany poslanců, vlády a krajských zastupitelstev, kteří mohou podávat návrhy zákonů.

Nutně je potřeba upozorňovat na konkrétní problematické oblasti, jak jsou nevyhovující legislativní opatření v oblasti propojení zdravotnické a sociální legislativy, které by bylo pro hospicovou péči velkým přínosem. Přínosné by bylo také vymezení jednotlivých forem hospicové péče v rámci zákonů, které by usnadnilo například proplácení péče zdravotními pojišťovnami.

Vyřešit by se měla také otázka problematického financování, která může ovlivnit samotnou možnost poskytování péče. Přínosná by jistě byla i větší stabilita v rámci výše poskytovaných státních dotací a vyrovnávání vzrůstajících nákladů v rámci úhradových vyhlášek zdravotních pojišťoven.

Přínosná by byla možnost úlev pro pečující členy rodiny umírajících pacientů. Vhodná by byla například možnost analogické formy Ošetřování člena rodiny, kdy by měl pečující ze zákona nárok na placené uvolnění ze zaměstnání. Mnohé rodiny by taková možnost motivovala k péči o nemocného doma.

### Zachování pečovatelské služby

Pečovatelská služba má v současnosti velký význam, protože zajišťuje alespoň část péče o klienty, kteří by možná využívali domácí hospicovou péči, pokud by byla dostupná, takto je zajištěna alespoň odborná pečovatelská péče, na kterou lůžková hospicová péče může v případě potřeby navázat, pokud se zdravotní stav pacienta zhorší. Je třeba tímto směrem také podporovat rodiny, aby umožnili co nejdéle pobyt nemocného doma, důležité je tedy i odborné sociální poradenství a nabídka zapůjčení kompenzační pomůcky.

### Obnova domácí hospicové péče

Obnova bude úspěšná pouze v případě, že budou mít klienti dostatek informací o nabízené péči což souvisí i s ochotou lékařů jim potřebné informace předávat vhodným způsobem. V neposlední řadě je nutné také dořešit otázku financování, ať už bude jeho zdroj ze zdravotního pojištění nebo jiných forem úhrad.

### Podpora personálu, prevence syndromu vyhoření

Důležitá je také atmosféra, která je přátelská a otevřená, což podporuje sdílení vzájemné pocitů mezi zaměstnanci, ať už se týká pozitivních i negativních. Důležitý je i pozitivní přístup vedení a podpora personálu v náročných situacích. Vhodné by bylo zajistit supervizi.

## 5 Diskuze

Předmětem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou možnosti rozvoje a zkvalitnění péče poskytované Hospicem sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích.

V praktické části jsem se proto zabývala těmito možnostmi. Během vedení rozhovorů s komunikačními partnerkami a partnerem jsem ještě nevěděla, jaké informace z nich vyplynou. Z toho důvodu mohou být některé informace zjištěné během výzkumu pro můj cíl nevyužitelné, ale je možné je zpracovat v rámci jiných výzkumů. Týká se to především části různých kasuistik apod. Přesto se dá říci, že všechna získaná data měla na výsledky výzkumu vliv, protože doplňovala nastínění celkové situace zařízení i jeho konkrétních problémů.

Výzkumný soubor tvořily dvě zaměstnankyně Hospicu sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a ředitel tohoto zařízení. Konkrétně jsem vybrala jako zástupkyni zdravotnického personálu zdravotní sestru, která zajišťovala domácí hospicovou péči a nyní pracuje na lůžkovém oddělení hospice a vedoucí vzdělávacího centra, která je odbornou sociální pracovnící jako zástupkyni nezdravotnického personálu. S ředitelem hospice jsem posléze konzultovala SWOT analýzu a návrh plánu rozvoje.

Techniku sběru dat jsem zvolila z toho důvodu, že rozhovor je považován za nejvýhodnější metodu získávání kvalitativních dat (Miovský, 2006). SWOT analýzu jsem vybrala protože je často využívána právě při přípravě strategie rozvoje. Navíc nabízí komplexní přehled o různých aspektech dané organizace nebo projektu (MBA Centre, 2011). Tuto analýzu jsem ještě doplnila o grafické srovnání počtů klientů a průměrných dob pobytu v jednotlivých letech, protože z výzkumu vyplynulo, že informantky a informant považují nízký stav klientů a zkracování průměrné doby pobytu za ohrožující.

Polostrukturované rozhovory jsem vedla na základě stanoveného návodu, který uvádím v příloze číslo 7. Jejich pořadí nebylo striktně dodržováno.

Z výzkumů vyplynulo, že největším problémem je nedostatečné množství klientů. Paradoxně tento fenomén v dostupné literatuře popsán není. Z analýzy počtů pacientů vyplynulo, že počet přijatých klientů meziročně roste, stav klientů k 31.12. byl v letech

2010 a 2011 stejný, nejvyšší za zkoumané roky. Situace je podobná i v Hospici sv.Lazara v Plzni, kde je kapacita 30 lůžek (stejná jako v prachatickém hospici) je naplněna asi z 80 % (Langer, 2009). Dále se také ukázalo, že průměrná délka doby pobytu pacientů v tomto zařízení od roku 2008 opravdu klesá, stejně jako v již zmiňovaném Hospici sv.lazara v Plzni (Langer, 2009).

S nízkým počtem klientů je spjata neochota lékařů informovat své pacienty. Z výzkumu vyplynulo, že legislativně je tato povinnost ošetřena jen okrajově. Ochota pravdivě informovat zatím stále vyvěrá z obavy při nedodržení těchto opatření (Haškovcová, 2002b). Proto není pravda sdělována v dostatečném rozsahu. Problémem zůstává také včasnost sdělení podstatných informací. To souvisí podle výzkumu s možností zorganizovat si konec svého života. Každé zdržení podstatné informace je často pacienty vnímáno také jako známka nepříznivého stavu (Haškovcová, 2007). Oddalovat smrt je jistě vysoce ušlechtilý čin, nebrat na vědomí konečnost lidského života je ale výrazem osobní i profesionální neodpovědnosti (Holeksová, 2002, 32).

Dalším tématem, které vyplynulo z rozhovorů byla problematická spolupráce s pojišťovnami, kde informant poukazoval na možnost úspory pro zdravotní pojišťovnu. Pojišťovny se údajně domnívají, že o klienty je dostatečně postaráno prostřednictvím agentur domácí péče, které smlouvy se zdravotními pojišťovnami uzavřené mají, podle pojišťoven je péče o umírající pacienty už zajištěna dostatečně a tak nevidí důvod pro uzavírání smluv s dalšími poskytovateli (Tůmová, 2012). Kategorii motivace lékařů ke spolupráci s tématem spolupráce se zdravotními pojišťovnami souvisí podle informanta v tom smyslu, že v zájmu úspory svých finančních by bylo logické, aby pojišťovny motivovali lékaře k doporučení hospicové péče. S touto problematikou souvisí i fakt, že dnešní medicína dovoluje lidem věřit v zázraky (Holeksová, 2002).

O využívání odborných stáží lékaři také neexistují v dostupných zdrojích podrobnější informace. Překvapilo mě, že obě informantky by nabídku takových stáží lékařům uvítali, ani jedna z nich se ale nezmínila, že tyto stáže jsou k dispozici už nyní.

Značný problém ve spolupráci s lékaři v rámci domácí hospicové péče vidí informant také ve složité administrativě spojené s předepisováním opioidních analgetik, která jsou nezbytná pro léčbu těžkých bolestí. Mnoho lékařů si speciální recepty

potřebné pro předepisování těchto léčiv vůbec na zdravotních pojišťovnách nevyzvedává, pokud se lékař rozhodne poskytovat tuto léčbu, často se uže stát že překročí povolený limit předepsaných silných analgetik a je pak nucen platit zdravotní pojišťovně za toto překročení pokutu (Petrášová, 2009).

Lékaři se taková léčiva předepisovat také bojí z důvodu zafixovaného respektu před těmito léky jako drogami a to znamená, že mnoho lidí umírá ve velkých bolestech, protože se lékaři obávají vzniku závislosti u takových pacientů (Petrášová, 2009).

Co se týče témat souvisejících se spoluprací s jinými organizacemi a institucemi mě překvapilo, že jednotlivými komunikačními partnerkami a partnerem v rámci rozhovorů je tato spolupráce vnímána rozdílně. Informanty mluvily o charitě, odděleních v nemocnicích ale i dalších organizacích, se kterými je Hospic sv. Jana N. Neumanna v kontaktu, Informant je přesvědčený o tom, že spolupráce v podstatě nefunguje.

Dalším palčivým tématem je finanční ohrožení. Informant se k tomuto tématu vyjádřil velice stručně, jeho postoj ke snížení dotací od ministerstva je jednoznačně negativní. Informantky nemají o ekonomických aspektech podle svých slov velký přehled, přesto o tomto snížení příjmů zařízení vědí. Hospic je letos nucen vyjít s dotací o zhruba dva a půl milionu nižší, než v loňském roce, což představuje snížení o 75 %. V současnosti tak hrozí dokonce varianta uzavření, kterou se snad díky pomoci sponzorů, nadačních fondů a dalších dárců podaří odvrátit (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2013).

Další problém způsobuje Hospici také nominální hodnota úhrady pojišťoven, která setrvává na stejné úrovni už 4 roky, přestože veškeré vstupní náklady rostou.

Legislativní postavení je závislé na tom, že na oblast paliativní péče není stále ještě českými zákonodárci pohlíženo jako na svébytnou oblast péče u níž je vyžadován koncepční přístup, dosud vážnou i jednání ohledně Strategii rozvoje paliativní péče v ČR (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013)

V rámci hospicové péče je kladen velký důraz také na péči o rodinu nemocného (Student, Mühlum, Studentt, 2006). Z výzkumu vyplynulo, že rodiny spolupracují obvykle poměrně dobře a využívají možností, které jim hospic nabízí, včetně péče po úmrtí blízkého. Někteří pozůstalí rodinní příslušníci zemřelých klientů se podílejí i na



dobrovolnické činnosti. Závěr života vnímají dnešní umírající i jejich rodiny jako krizi, kterou je obtížné překonat (Haškovcová, 2007, 29).

Informovanost veřejnosti a její postoj k hospicové péči je dán do jisté míry i přetrvávající tabuizací smrti. Dlouhodobá tabuizace smrti neusnadňuje nikomu řešení závažné situace ať již osobně prožívané nebo zprostředkované konečnosti lidského osudu (Haškovcová, 2007, 202).

S tím může souviset také nižší zájem o hospicovou problematiku ze strany médií. Nadační fond Umění doprovázet se proto pomocí kampaně snaží podpořit informovanost veřejnosti o hospicích a hospicovém hnutí v ČR, v rámci které vznikla také netypická putovní výstava fotografií z hospicového prostředí s názvem Nevšední tvář radosti (Umění doprovázet, 2009).

Spolupráce s řádovými sestrami je považována za přínosnou. O umírající se v hospicích starají též řádové sestry (Haškovcová, 2007).

Domácí péče jako forma základní zdravotní a sociální péče reprezentuje přijatelnou a žádoucí formu zdravotnické odborné péče a pečovatelské služby (Haškovcová, 2007, 59). Přes její nesporné výhody by o ni menší zájem, značné obtíže způsobovala i problematické financování. Z těchto důvodů byla domácí hospicová péče pozastavena, její obnovení je však reálné.

Přestože je ambulantní péče považována za těžiště veškeré hospicové práce (Misconiová, 1996), nepovažují ji informantky ani informant za reálnou v podmínkách daných geografickou polohou hospice a také v závislosti na nižším množství klientů, kteří by byli reálně schopni a ochotni takovou péči využívat.

V samotném návrhu plánů rozvoje jsem se zaměřila na základní oblasti, ve kterých by bylo možné Hospic sv. Jana Nepomuna Neumanna a jím poskytované služby rozvíjet. Zvolila jsem tyto: Zajištění informovanosti potenciálních klientů, Lepší informovanost a ochota ke spolupráci ze strany ošetřujících lékařů, Podpora hospicové myšlenky, odbourávání společenských tabu, Zlepšování spolupráce se zdravotními pojišťovnami, Aktivizace možných sponzorů, donátorů, Zachování a rozvoj stávající lůžkové péče, Zvyšování počtu klientů lůžkové péče, Pokus o zlepšování legislativní

situace hospiců, Zachování pečovatelské služby, Obnova domácí hospicové péče, Podpora personálu, prevence syndromu vyhoření.

Tento rozsah oblastí rozvoje se ve své podstatě shoduje s Koncepcí paliativní péče v ČR, kterou vydalo občanské sdružení Cesta domů v roce 2004. Nezabývala jsem se však možnostmi rozvoje paliativní péče v zařízeních jiného typu než hospic a také jsem v rámci výzkumu nezjišťovala, jaký bude předpokládaný vývoj demografické struktury.

## 6 Závěr

Tato práce se zabývá vytvořením návrhu plánu rozvoje služeb pro hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích a vytvořením SWOT analýzy pro toto zařízení.

Zaměřila jsem se ale také obecnou charakteristiku hospicové péče a různé formy jejího poskytování.

Současná ekonomická a legislativní situace není pro hospice obecně příznivá, chybí prostor pro poskytování zdravotní péče a sociálních služeb v rámci jednoho zařízení. Tento stav vnímám jako neuspokojivý a složitý.

V praktické části jsem se zaměřila konkrétně na hospicovou péči poskytovanou Hospicem sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích. Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní strategii. Položené rozhovory byly podkladem pro SWOT analýzu a následně návrh plánu rozvoje. Celkově z výzkumu vyplynulo, že největší obtíže jsou ve spolupráci s lékaři a zdravotními pojišťovnami, ale komplikující může být také postoj společnosti k hospicové péči obecně, dále vyplynulo, že velký problém představuje malé množství klientů, kteří služeb a péče Hospice sv. Jana N. Neumanna využívají. V některých otázkách se informantky i informant shodovali, v jiných docházelo k mírným diferencím.

Nejvíce překvapující pro mě byla nízká motivace zdravotního pojišťoven pro spolupráci ve chvíli, kdy je jasné, že mohou velmi ušetřit, pokud budou více motivovat lékaře, aby doporučovali pacientům hospicovou péči, pokud je pro ně vhodná. Osobně se také domnívám, že ekonomická podpora ze strany státu není ideální, například letos došlo k více než 75 % poklesu dotací od ministerstva zdravotnictví, což může znamenat pro takovéto existenční problém (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2013).

Z mého pohledu by dalším možným řešením tématu mohlo být zpracování výzkumu týkajícího se postojů pacientů a jejich rodin ke kvalitě a rozsahu poskytované péče.

Práce by mohla být jedním z podkladů plánování rozvoje Hospice sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích i dalších zařízení podobného typu.

## 7 Seznam použitých zdrojů

- 1 BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2005. 325 s. ISBN 80-702-1797-9.
- 2 Domácí péče. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/domaci-hospicova-pece>
- 3 DOSTÁLOVÁ, Olga a Jiřina ŠIKLOVÁ. Sociální práce v paliativní medicíně. In: VORLÍČEK Jiří a Adam ZDENĚK (ed.) *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. s. 415-436. ISBN 80-7169-437-1.
- 4 HAKL, Lubomír. Domácí péče. In: VORLÍČEK Jiří a Adam ZDENĚK (ed.) *Paliativní medicína*. 1. Vyd. Praha: Grada, 1998. s. 437-447. ISBN 80-7169-437-1.
- 5 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9
- 6 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002 a. 272 s. ISBN 80-726-2132-7.
- 7 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002 b. 72 s. ISBN 80-701-3363-5.
- 8 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2. přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 987-80-7262-471-3.
- 9 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
- 10 HENNEZEL, Marie de. *Smrt zblízka: umírající nás učí žít*. 1. vyd. Praha: ETC Publishing, 1997. 134 s. ISBN 80-860-0615-8
- 11 Historie. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/vznik-hospice>

- 12 HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního člověka a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.
- 13 JAKOUBKOVÁ, Jaroslava. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 125 s. ISBN 80-858-2478-7.
- 14 KASANOVÁ, Anna. *Starostlivosť o zomierajúcich*. 1.vyd. Univerzita Konštanína Filozofa: Nitra, 2009. 100 s. ISBN 978-80-8094-527-5.
- 15 KASTENBAUM, Robert J. *Death, Society and Human Experience*. 10.vyd. Boston: Pearson Education, 2009. 544 s. ISBN 978-0-205-63776-8
- 16 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 122 s. ISBN neuvedeno
- 17 KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 18 LANGER, Jiří. Na kraji představili odborníci fungování hospiců v jiných regionech. *Liberecký kraj* [online]. 2009 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.kraj-lbc.cz/aktuality/id:64782>
- 19 Legislativa. ECCE HOMO. *Hospice: O důstojném životě terminálně nemocných* [online]. 2005-2011 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/legislativa/>
- 20 Mediální kampaň ke zlepšení povědomí o hospicích. UMĚNÍ DOPROVÁZET. *Umění doprovázet* [online]. 2009 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.umenidoprovazet.cz/cs/Medialni-kampan-ke-zlepseni-povedomi-o-hospicich-18.htm>
- 21 MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
- 22 MISCONIOVÁ, Blanka. *Péče o umírající - hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky, 1998. 96 s. ISBN 978-802-3919-158.
- 23 MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

- 24 NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 2. sv. 208 s. ISBN 978-80-247-3709-62.
- 25 O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
- 26 Paliativní péče v ČR v roce 2013: perspektiva České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav a Martina ŠPINKOVÁ. *Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2013 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>
- 27 PAVLÍČEK, Ján. Umenie povedať pravdu. In: *Hospicová a paliatívna starostlivosť: Zborník z II.ročníka Medzinárodnej konferencie hospicovej a paliatívnej starostlivosti, Trnava 2004*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2004. s. 103-115. ISBN 80-89104-56-8.
- 28 PERA, Heinrich a Bernd WEINERT. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. 199 s. ISBN 80-702-1152-0.
- 29 PETRÁŠOVÁ, Lenka. Lékaři se bojí předepisovat morfium. Zbytečně. *Vitalia.cz: Chytře na život* [online]. 2009 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/lekari-se-boji-predepisovat-morfium-zbytecne/>
- 30 PORADNA - Hospic sv. Jana N. Neumanna: odborné sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradna-pujcovna-pomucek>
- 31 Poskytované služby. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poskytovane-sluzby>
- 32 Rozvoj paliativní péče v ČR. HOSPICOVÉ OBČANSKÉ SDRUŽENÍ CESTA DOMŮ. *Cesta domů* [online]. 2004 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/rozvoj-paliativni-pece-v-cr.html>
- 33 SLÁMA Ondřej, KABELKA Ladislav a Jiří VORLÍČER. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0

- 34 STRAUSS, Anselm L. a Juliet. COBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. 1. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X
- 35 STUDENT Johann, MÜHLUM Albert a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Praha: Nakladatelství H&H Vyšehradská s.r.o., 2006. 161 s. ISBN 80-731-9059-1
- 36 SVATOŠOVÁ, Marie. Hospicové hnutí ve světě i u nás. In: VORLÍČEK Jiří a Adam ZDENĚK (ed.) *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. s. 449-457. ISBN 80-7169-437-1.
- 37 SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 6. dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
- 38 SWOT analýza. MBA CENTRE, Praha. *MBA Centre: Váš profesionální partner při studiu MBA a LLM* [online]. 2011 [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: <http://www.mba-centre.cz/encyklopedie-pojmu/swot-analyza/>
- 39 THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 241 s. ISBN 978-808-7029-244.
- 40 TŮMOVÁ, Štěpánka. Pomáhají zemřít důstojně, ale hospice narážejí u pojišťoven. *Medical tribune: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 2012 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/28469-pomahaji-zemrit-dustojne-ale-hospice-narazeji-u-pojistoven>
- 41 Two In Three Cancer Patients Who Died In Hospital Wanted To Die At Home. MACMILLAN CANCER SUPPORT. *Medical News Today* [online]. 20.3.2013 [cit. 2013-04-17]. Dostupné z: <http://www.medicalnewstoday.com/releases/257873.php#>
- 42 Úhrada pobytu. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/uhrada-pobytu>
- 43 VORLÍČEK, Jiří. Úvod do problematiky paliativní medicíny. In: VORLÍČEK Jiří a Adam ZDENĚK (ed.) *Paliativní medicína*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998. s. 17-24. ISBN 80-7169-437-1.

- 44 Výroční zprávy. HOSPIC SV. JANA N.NEUMANNA. *Hospic sv. Jana N.Neumanna Prachatice* [online]. 2005-2012 [cit. 2013-04-30]. Dostupné z:  
<http://www.hospicpt.cz/prachatice/vyrocnizpravy>
- 45 Vzdělávací centrum při Hospici sv. Jana N. Neumanna. *Hospic sv. Jana N.Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z:  
<http://www.hospicpt.cz/prachatice/vdelavaci-centrum-o-nas>
- 46 Vzdělávání. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. Česká lékařská komora: Camera medica bohemica [online]. 2011 [cit. 2013-04-20]. Dostupné z:  
<http://www.lkcr.cz/zakladni-informace-203.html>



## **8 Klíčová slova**

hospicová péče

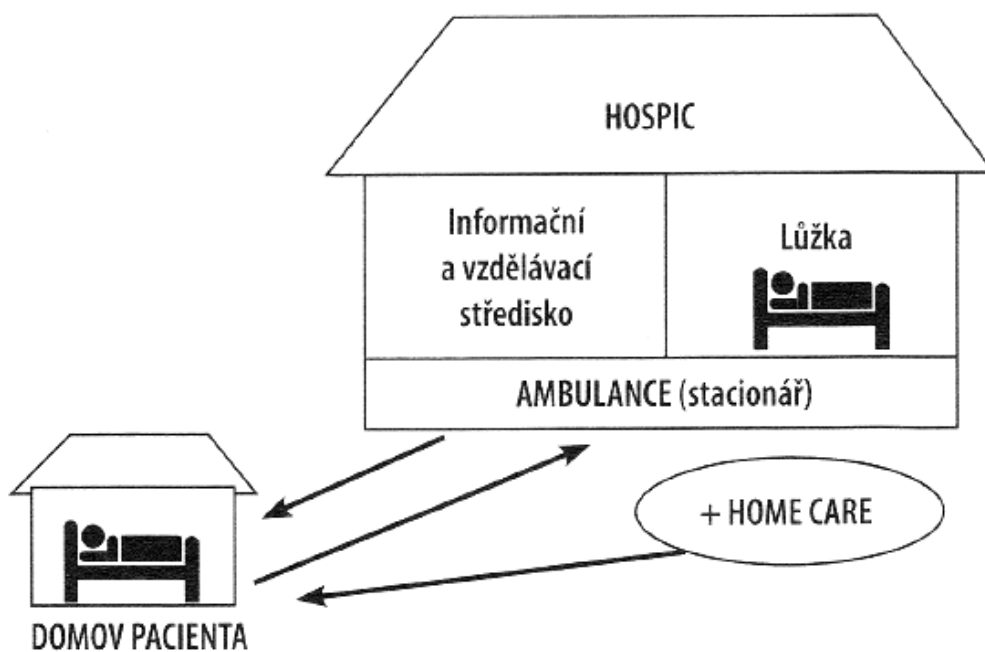
SWOT analýza

Hospic sv.Jana N.Neumanna

## 9 Přílohy

- Příloha č.1 - Schéma poskytování hospicové péče v zahraničí
- Příloha č.2 - Evropská charta práv umírajících
- Příloha č.3 - Determinanty kvality života nevléčitelně nemocných v terminální fázi jejich onemocnění
- Příloha č.4 - Tabulka úhrad klientů za služby nezdravotního charakteru v Hospici sv.Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích
- Příloha č.5 - Ceník domácí hospicové péče
- Příloha č.6 - Ceník půjčovního kompenzačních pomůcek
- Příloha č.7 - Návrh témat rozhovoru
- Příloha č.8 - Přepis rozhovoru č.1
- Příloha č.9 - Přepis rozhovoru č.2
- Příloha č.10 - Přepis rozhovoru č.3

Příloha č.11 - Schéma poskytování hospicové péče v zahraničí



Zdroj:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2.přeprac.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 987-80-7262-471-3.

### **Charta práv umírajících**

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 »O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.«

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodloužování života lidského jedince a odsouzení okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, »že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.« Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že »prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.«
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
  - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
  - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychické, sociální a spirituální potřeby
  - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
  - Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
  - Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
  - Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
  - Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
  - Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
  - Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti
8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:
  - Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)
  - Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
  - Umírání o samotě a v zanedbání
  - Umírání se strachem, že jsou sociální zátěží
  - Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů

- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících
9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
  - aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
  - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
  - aby ustavily ambulanti týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
  - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
  - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
  - aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
  - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
  - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
  - aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny
- b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
  - aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
  - aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,
  - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v »pořizení« nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních

schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
  - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že »nikdo nemá být úmyslně zbaven života«
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
  - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

*Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.*

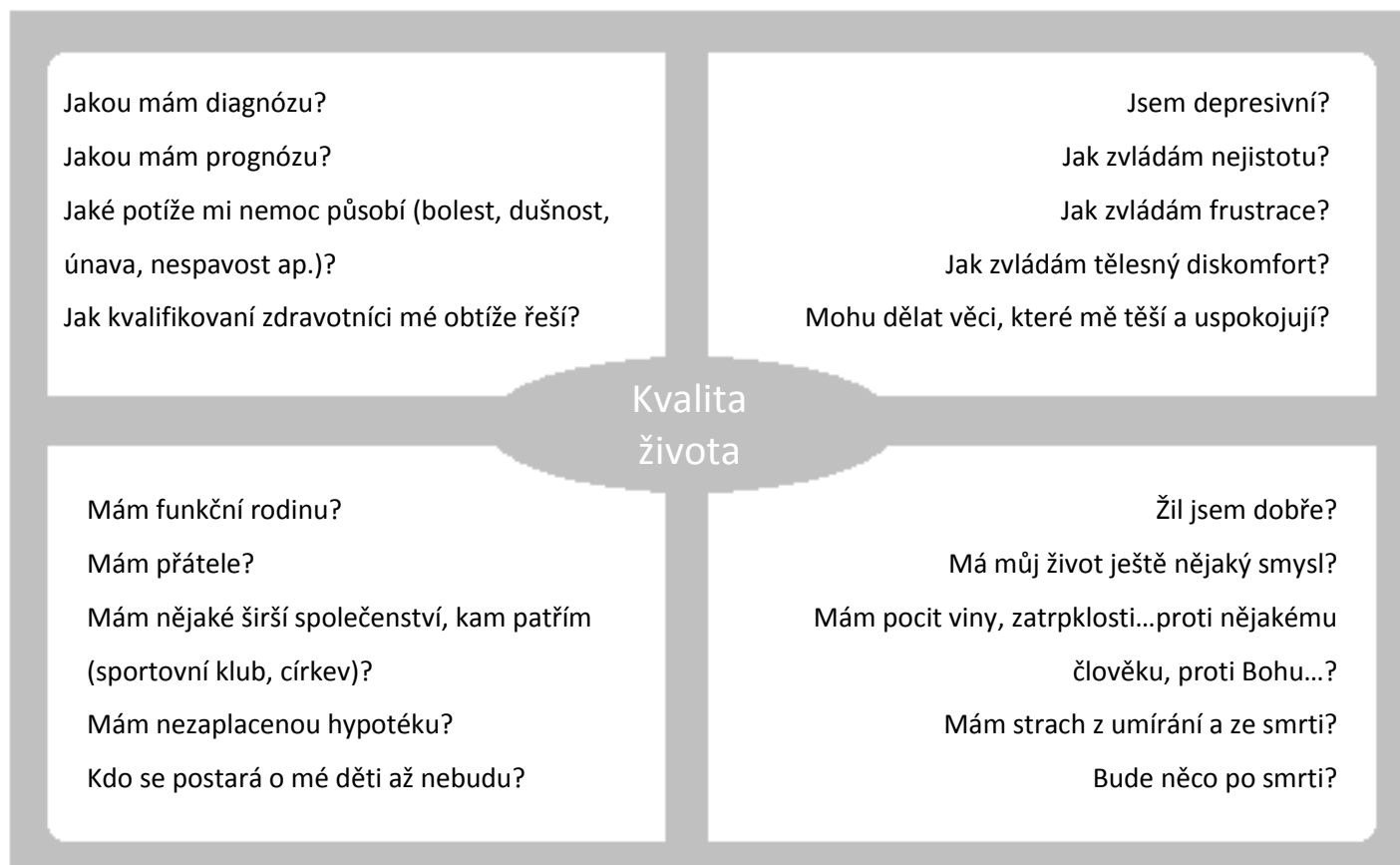
Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický  
© Cesta domů

Zdroj:

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti*. 2.přepřac.vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 987-80-7262-471-3.



Příloha č.2: Determinanty kvality života nevléčitelně nemocných v terminální fázi jejich onemocnění



SLÁMA Ondřej, KABELKA Ladislav a Jiří VORLÍČER. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha:Galén 2011. 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0

Příloha č.3: Tabulka úhrad klientů za služby nezdravotního charakteru  
v Hospici sv.Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích

<u>Měsíční příjem pacienta</u>	<u>Denní sazba</u>	<u>tj. za měsíc (30 dní)</u>
do 8 000 Kč	100 Kč	3 000 Kč
do 9 000 Kč	130 Kč	3 900 Kč
do 10 000 Kč	160 Kč	4 800 Kč
do 11 000 Kč	190 Kč	5 700 Kč
do 12 000 Kč	220 Kč	6 600 Kč
do 13 000 Kč	250 Kč	7 500 Kč
do 14 000 Kč	280 Kč	8 400 Kč
nad 14 000 Kč	310 Kč	9 300 Kč

Zdroj:

Úhrada pobytu. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/uhrada-pobytu>

Příloha č.4: Ceník domácí hospicové péče

*neplatí pro pojištěnce ZPMV, OZP a VoZP*

1. návštěva sestry - seznámení s péčí	Zdarma
Zavedení, ukončení domácí hospicové péče - jednorázově	100 Kč
Výkon sestry (za každou započatou hodinu)	150 Kč/hod.
Výkon sestry v době pracovního volna nebo klidu	+100 Kč/hod.
Výkon sestry v době 22.00 – 6.00 hod	+100 Kč/hod.
Materiál použitý při péči (stříkačky, jehly, hadičky atd.)	+dle pořizovací ceny

Příspěvek na dopravu:

- v Prachaticích zdarma
- mimo území města Prachatice 6,- Kč/km (neplatí pro pojištěnce ZPMV, OZP a VoZP)

Zdroj:

Domácí péče. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/domaci-hospicova-pece>

Příloha č.5: Ceník půjčovního kompenzačních pomůcek

<b><u>Kompenzační pomůcka</u></b>	<b><u>Vratná záloha</u></b>	<b><u>Poplatek za den</u></b>
Polohovací lůžko elektrické	5 000 Kč	40 Kč
Závěsná sedačka do vany	500 Kč	12 Kč
Antidekubitní matrace s kompresorem	2 000 Kč	20 Kč
Chodítko nízké	200 Kč	10 Kč
Chodítko pojízdné vysoké	1 000 Kč	15 Kč
Chodítko pojízdné nízké	500 Kč	10 Kč
Francouzské hole 1-2 ks	100 Kč	10 Kč
Toaletní židle	500 Kč	10 Kč
Toaletní vozík	1 000 Kč	10 Kč
Nástavec na WC	200 Kč	10 Kč
Invalidní vozík	2 000 Kč	20 Kč
Servírovací stůlek	100 Kč	10 Kč
Koncentrátor kyslíku	6 000 Kč	40 Kč
Kontinuální dávkovač	5 000 Kč	30 Kč
Lékovka na celý týden	100 Kč	50 Kč za měsíc

Zdroj:

PORADNA - Hospic sv. Jana N. Neumanna: odborné sociální poradenství, půjčovna kompenzačních pomůcek. *Hospic sv. Jana N. Neumanna Prachatice* [online]. 2005 - 2013 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradna-pujcovna-pomucek>

## Příloha č.6: Návrh témat rozhovoru

Co by hospici pomohlo zlepšit služby?

Jaká je úloha dobrovolníků v hospicové péči? Je jejich působení pro klienty přínosné?

S jakými organizacemi hospic spolupracuje?

Má veřejnost dostatek informací o hospicové péči?

Jaká je finanční náročnost poskytované péče?

Co ovlivňovalo rozhodnutí klientů pro konkrétní formu péče?

Jsou rodiny ochotné spolupracovat?

Jaké forma péče je náročnější pro zaměstnance?

Proč byla domácí hospicová péče pozastavena?

Existuje alternativa za pozastavenou domácí hospicovou péči?

Proč jinde domácí hospicová péče funguje?

Je kapacita lůžkového hospicu dostatečná?

Byla by přínosná ambulantní forma péče nebo stacionář?

Je legislativní zabezpečení hospicové péče dostatečné a vyhovující?

Je péče personálně dobře zajištěna?

Jak vnímají zaměstnanci vedení?

Jaké jsou silné stránky poskytované péče?

Jaké jsou slabé stránky poskytované péče?

Jaké jsou příležitosti, které by mohl hospic využít?

Co může péči hospice ohrožovat?

Co by pomohlo hospici zlepšit služby?

Příloha č.7: Přepis rozhovoru č.1

- Můj výzkum bude probíhat tak, že udělám rozhovor s Vámi a sociální pracovnící vedoucí vzdělávacího centra s tím, že potom na základě těchto rozhovorů udělám SWOT analýzu, která zhodnotí silné a slabé stránky poskytované péče ale také její příležitosti a možná ohrožení a z toho pak vypracuji plán rozvoje a zkvalitnění, který budu konzultovat s panem ředitelem

- ❖ dobře, to jsem sama zvědavá, co Vám navrhne, protože my jsme vlastně nic nevymysleli aby se ta domácí hospicová péče znovu rozjela

- No, já už nějakou svojí představu mám, ale teď potřebuji konkrétní informace, aby ten návrh měl smysl. Tak, abychom začali. Vy tedy pracujete pro hospic 2 roky?

- ❖ ano

- A domácí hospicová péče byla celkově poskytovaná jak dlouho?

- ❖ Taky vlastně dva roky, s tím že domácí hospicová péče byla poskytovaná už před tím, než jsem nastoupila, já jsem se na ní podílela asi rok a půl.

- A v současnosti tedy pracujete v lůžkové části.

- ❖ Ano

- A jaká forma péče vám připadá lepší? Dá se to vůbec takhle pojmout?

- ❖ To záleží hodně na zázemí toho konkrétního pacienta, na rodině. Nejlepší je samozřejmě , každý by chtěl asi samozřejmě co nejdéle zůstat doma, ale někdy nejsou ani v té rodině tak nastavené vztahy které by to dovolovali, ani někde to prostě nejde hlavně z různých důvodů finančních, pracovních....

- Takže se dá říct, že je to spíš otázka vztahů než třeba bytového zázemí?

- ❖ Tak to taky určitě hraje svou roli, ale spíš je to otázka těch vztahů, protože když ti lidé opravdu chtějí a fungují, tak to ostatní už se zařídí.

- A vlastně, domácí hospicovou péči si klienti VZP hradí...

- ❖ No, některé zdravotní pojišťovny ji hradí, ale ne se všechny

- Já jsem právě uvažovala o tom, že u VZP je asi pojištěna velká část potenciálních klientů, hrála třeba taky tato skutečnost svou roli při zajišťování péče u některých klientů?

❖ To určitě, hodně klientů mi i volalo domlouvali jsme se a když jsem se zeptala na pojišťovnu a zjistili, že by si péči museli hradit sami, tak už se neozvali. A to byli třeba tady z okolí. Teď je to navíc tak nastavené, že zdravotní pojišťovnu můžeme měnit jen k 1.1. a žádost musí být podaná půl roku předem, a to je pro potenciálního klienta hospicové péče není reálné.

• No já jsem právě uvažovala o tom, že i ta finanční stránka může být pro hodně lidí důležitá

❖ To ano

• A myslíte že potom třeba část těch lidí žádala o hospicovou péči klasicky v lůžkové části konkrétně v Hospicu v Prachaticích?

❖ To netuším, protože takhle zpětně se to nezkoumalo.

• Ptám se proto, že to vnímám taky jako alternativu protože hospicová péče poskytovaná na lůžku nějakým způsobem hrazená ze zdravotního pojištění je, i když si pacienti přispívají, ale hlavní část těch nákladů asi hradí zdravotní pojišťovna. A ze strany hospicu je finančně náročnější lůžková nebo domácí hospicová péče?

❖ No, jelikož se ta domácí hospicová péče vlastně nerozjela, tak byla prodělečná. Ale jinak jdou finance mimo mě, domácí hospicová péče by byla samozřejmě lepší, ale ani já jako sestra domácí hospicové péče bych si vlastně takhle nevydělala sama na sebe.

• Což je asi docela problém, protože si myslím, že i ty další náklady na péči jako je zdravotnický materiál, doprava a podobně nejsou zanedbatelné položky.

• Když jste vlastně jezdili za klienty, bylo nějak omezené jak daleko se jezdí? Nebo takové omezení dané nebylo?

❖ No měli jsme maximálně 20 kilometrů jako dáno, ale to bylo jen formálně, kvůli standartům a tak, ale jinak se všechno řešilo individuálně dle potřeb klientů. Takže jsem prakticky jezdila třeba taky za klienty do Písku, což je dál.

• Myslíte, že lidé mají dostatek informací o tom, že takovéhle služby vůbec existují?

❖ Určitě ne, protože se je mohou dozvědět hlavně od lékařů.

❖ My jsme se snažili informace dávat všude možně, třeba taky do různých obecních zpravodajů, protože je často čtou i lidé, kteří si klasický denní tisk nekupují a ani tak se

nepodařilo ty informace rozšířit. Ale hlavně by se to měli dozvědět od ošetřujícího lékaře a to si myslím že je problém.

- Jako že ti lékaři nemají přehled o té péči nebo nechtějí svým pacientům takovou péči zprostředkovávat?

- ❖ Myslím,, že si nedovedou moc ani představit, co jsme schopni nabízet, takže to neumí ani interpretovat dál.

- A třeba nějací sociální pracovníci nebo pracovníci z pečovatelských služeb nějakou informaci o té domácí hospicové péči mají?

- ❖ O konkrétně naší péči, to si nejsem moc jistá ale i jiné organizace nabízejí podobné formy péče, jako třeba charita, ale je to vlastně pečovatelská služba

- Já jak jsem si právě zjišťovala informace, tak domácí hospicovou péči zajišťují ještě v Táboře...

- ❖ Tam je domácí hospic Jordán

- Mě to přijde docela daleko, z tábora sem dojíždět

- ❖ No, sem by nejezdili určitě. Je to škoda určitě teda, že to tady není

- Když se k tomu vrátíme, když byla pro klienty možnost volby domácí i lůžkové hospicové péče. Co myslíte, že bylo rozhodující pro výběr typu té péče, podle čeho myslíte, se rozhodovali?

- ❖ To nevím

- Jestli bylo určující něco...

- ❖ No já nevím co bylo určující, ale myslím si, že už někdo to má tak nastavené, že o tom ani nepřemýšlel, že věděl že prostě svého příbuzného chce mít doma a že to prostě nějak zvládne a hledal si nějaké informace nebo volal rovnou do hospice.

- Takže je to asi o hodnotách a postojích?

- ❖ To asi ano

- Když teď pracujete na lůžkové části, jaká forma Vám osobně připadá náročnější?

- ❖ Náročnější je to asi v tom domácím, protože tam jsem vlastně sama a v prostředí klientů. V hospici je prostředí přirozenější pro personál, mám tam nějaké zázemí. V domácím prostředí se s pacienty musí pracovat víc, v tu danou chvíli je možné spoléhat



se pouze sama na sebe, není možnost odběhnout si na sesternu a někoho se zeptat nebo podobně.

- Takže pro Vás osobně je snazší, když máte k dispozici zázemí ostatních kolegů.
- Když se ještě vrátím k té domácí hospicové péči, proč si myslíte, že o ni byl tak malý zájem?
  - ❖ Pro nás byla problém ta nízká informovanost a to, že ošetřující lékaři pacientům péči nenabízeli.
- Takže potenciální pacienti o té možnosti nevěděli.
- Myslíte, že by bylo přínosné pro hospic jako takový kdyby byla zřízená nějaká ambulantní nebo stacionární forma služby?
  - ❖ Pro ty hospicové pacienty asi moc ne, neumím si to představit,
- Ptám se proto, že podle literatury se v zahraničí takové formy péče hodně používají
  - ❖ Já myslím že pro ty hospicové spíš ne, ale možná by to bylo vhodné pro klienty Domova Matky Vojtěchy. Pro pacienty s alzheimerovou chorobou by to mělo větší význam.
- A tak to v podstatě je taky zařízení v rámci hospice, takže to může mít návaznost, ta péče se může nějakým způsobem doplňovat.
- Spolupracovali jste nějak nebo spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi? Když se třeba zrušila ta domácí hospicová péče, předávali jste klienty nějaké jiné organizaci?
  - ❖ Tak vlastně ty co jsme měli, tak ty jsme si dopatřili a pořád je nabízená pečovatelská služba, a ty pečovatelky, když potřebují zjistit něco sesterského tak volají nám. A nebo má ty klienty většinou na starosti charita po té zdravotnické stránce.
- Takže s charitou nějakým způsobem spolupracujete, jste v kontaktu
- Myslíte si, že je nějaká alternativa v tuto chvíli k té zrušené domácí hospicové péči? Že to dokážou třeba ty pečovatelky nahradit?
  - ❖ Pečovatelky určitě ne, protože nejsou zdravotnice, ale po té pečovatelské stránce určitě, i u hospicových klientů, ale jinak jediné ta charita a to nevím, nebyla jsem, nevím jak to provádějí
- Ale že by přímo hospic věděl o někom ...

- ❖ ...kdo to nabízí místo nás, to ne.
- Takže část zajišťuje charita, část vaše pečovatelky a zbytek se řeší jak?
- ❖ Asi po nemocnicích.
- V té domácí péči, využívali se i dobrovolníci?
- ❖ U nás ne.
- A v lůžkové?
- ❖ Tam to pořád funguje.
- Ta činnost dobrovolníků, změnilo se to nějakým způsobem? Co tam v tuhle chvíli dobrovolníci dělají za činnosti?
- ❖ Já myslím že je to pořád stejné, hlavně si chodí přímo povídat s pacienty, vyvezou je ven, to se asi nezměnilo
- Ze Střední pedagogické školy tam ještě dobrovolnické skupiny chodí?
- ❖ Ty vlastně chodí každé úterý zpívat.
- Připadá vám to přínosné pro ty klienty?
- ❖ Já myslím že ano.
- A můžete mi říct v čem konkrétně?
- ❖ Asi jakoby v rozptýlení a i v tom, že vlastně to neberou jako že tady jsou, i když to ty lidi vlastně ví, že jsou u konce života, tak že to neberou tak, že tu teď opravdu jen čekají na smrt. To co my chceme je vlastně dopřát umožnit jim žít až do konce se vším všudy
- A kapacita hospice Vám připadá dostatečná? Je hospic schopen poskytnout tu péči všem kteří potřebují, nebo jsou klienti odmítáni?
- ❖ Tak teď zrovna máme dost lůžek, já si myslím že vždycky bylo dost. Jako kdyby opravdu všichni co k nám do hospice patří měli danou žádost, tak to asi nestačí, na to, kolik pacientů nám lékaři posílají, tak to stačí.
- Takže jsme zase zpátky u té informovanosti. V tuhle chvíli tedy pro ty, kdo podávají žádost tak místo je?
- ❖ To ano
- Tak a teď vám položím možná zvláštní otázku, jak se díváte na to, jak funguje personál hospice, jak třeba vnímáte vedení jestli máte osobně dostatek podpory?

❖ No já myslím, že jsem lepší vedení neměla, vedení dělá určitě všechno proto aby nám všem bylo dobře a i mezi sebou jako s personálem i klienty, já myslím že je personál určitě dobře vybraný.

• Dobře, když se ještě vrátím zpátky k té domácí péči, tak ta rodina, jak vnímá péči?

❖ Vnímají to dobře, protože jsou hrozně vděční za každou pomoc.

• Aha, já jsem spíš měla na mysli jak vnímají to, že oni osobně jsou pečující.

❖ Většinou je to tak, že ti co si je berou domů, tak to berou jako samozřejmost.

• Takže to není otázka nějakých povinností, nebo vděčnosti, spíš jako samozřejmost.

• Ten domácí hospic funguje po republice na různých místech. Proč si myslíte, že jinde to funguje a v Prachaticích o to byl tak malý zájem?

❖ To vážně nevím, jestli je to tím, že Prachatice jsou docela malé ...

• Tak asi v tom to myslím nebude, pokud stejně za těmi klienty dojíždíte domů

❖ No nevím, proč to tady nejde, prostě asi na to lidé nejsou zvyklí, každá novota se těžko prosazuje.

• Tak a teď abychom se dostaly k té SWOT analýze, tak vezmeme asi nejdřív tu lůžkovou péči:

• Jaké silné stránky vidíte?

❖ Tak určitě ten personál, úroveň péče, která je teda nadstandartní narozdíl od jiných zařízení a já nevím co ještě, určitě možnosti léků, léčby, individuální přístup k pacientům se vším všudy od sester, ošetřovatelek i lékařů.

• A slabé stránky, něco co jsou slabiny té samotné organizace...

❖ To nevím, to mě asi nic nenapadá, možná ty peníze, ale to je spíš z vnějšku, ale funguje to tak, že se musí pořád shánět peníze

• K tomu se myslím ještě dostaneme, a nějaké příležitosti, které by se třeba dali ještě využít?

❖ Asi něco o čem ještě nevíme, protože když se něco zjistí nebo tak, tak se nad tím okamžitě sejdou, probere se to, a jakmile je to možné, tak to začne fungovat

• To může být asi taky silná stránka jako operativní využívání těch vnějších zdrojů.

• A ta ohrožení? To jsme říkali tedy ty finanční..

- ❖ Finanční určitě, pan ředitel dostal míň peněz na provoz a na všecko a pak samozřejmě taky ta spolupráce s ošetřujícími lékaři, kteří mají pacienty na starosti.
- Buď tedy v nemocnici nebo praktičtí lékaři s tím, že tedy v těch nemocnicích fungují taky sociální pracovníci...
- ❖ No v Prachaticích v nemocnici na LDN pracuje sociální pracovnice, s tou jsme v kontaktu
- Ještě teda k té domácí hospicové péči ty silné stránky
- ❖ Tak určitě, že ten člověk může být až do konce doma, mezi svými ve svém známém prostředí, že když je doma tak má zabezpečené úplně všechno, po zdravotní stránce, jako by byl v lůžkovém hospici, ještě mě napadlo, u těch co jim domácí hospicovou péči hradí pojišťovny tak ta finanční stránka.... Tam je nejdůležitější to, že jsou prostě doma.
- A slabé stránky? Je něco na čem ta péče ztroskotává?
- ❖ Ty pojišťovny, ale tak to není z naší strany, nevím, já myslím že jsme se vždycky snažili, aby to fungovalo tak jak má.
- Mě k tomu jen napadá, jestli třeba nějakým způsobem nebylo potřeba informace mezi lidmi nějak víc dostávat.
- ❖ No, asi bylo, ale už nás nenapadlo jak, protože jsme opravdu vyčerpaly různé dostupné možnosti.
- A příležitosti nějaké ještě vidíte? Aby třeba se znovu mohla začít poskytovat, aby fungovala lépe, když by se obnovila?
- ❖ Určitě zlepšit informovanost těch doktorů a určitě i to, aby se pacienti ozývali, i když teď zrovna nefungujeme, možná by pomohla podpora někoho známého.
- Jako od nějaké nějaké veřejně známé osobnosti?
- ❖ Ano
- A aby se ozývali teď, když ten domácí hospic nefunguje, teď když vás kontaktují, respektive sociální pracovníci hospice...
- ❖ No a kdyby bylo víc takových dotazů, tak si myslím, že určitě pan ředitel bude uvažovat o obnovení.

- Dobře, a když takový pacienti se ozvou jeden nebo dva, tak poradenství asi dostanou, na koho se případně obrátit a podobně.
- ❖ Poradenství určitě, poradna funguje při hospici pořád, nebo by jim poradila vlastně jakákoli sestřička.
- A ohrožení?
- ❖ Pojišťovny a ty finance, ti praktičtí lékaři, že nedávají ty informace, že si neumějí vlastně ani představit, co my jsme schopní doma s těma lidma dělat, že si myslí že můžeme tak akorát píchnout injekci, nebo nevím, co si myslí že děláme, že nejsou informovaní ani oni sami
- No, já mám takový nápad. Kdyby byla možnost nabízet lékařům, že můžou s vámi strávit den při péči o pacienty, myslíte, že by to bylo přínosné?
- ❖ Asi jo.
- Že by třeba pak byl schopen, ty informace jako lépe poskytovat...
- ❖ Určitě, já myslím, že jednomu třeba stačilo, že když nám vlastně jeden z klientů doma zemřel a lékař pak přišel k ohledání, tak klient už byl vlastně omytý, oblečený, tak že byl docela v šoku, že se divil, protože lidé opravdu neví, co my děláme.
- Aha, takže prostě když oni sami neví, tak nepodávají ty informace dál... Jinak napadá vás ještě něco, co by například pomohlo hospici?
- ❖ Jedině fakt ta informovanost, já si myslím že je to jenom o tom, aby ti lidé věděli přesně, co prostě můžeme, jaké jsou naše možnosti a jejich.
- A myslíte, že kdyby se třeba, kdyby VZP začala tu domácí hospicovou péči hradit, že by se to nějak změnilo?
- ❖ No, je to možné, teď nevím, teď by to bylo asi těžší, ale když jsme fungovali tak určitě. V té době, kdybychom měli smlouvu s pojišťovnou, tak by to bylo určitě lepší.
- A na lůžkovou péči jsou smlouvy se všemi pojišťovnami?
- ❖ Ano
- Tam tedy asi v tomhle není žádný takový problém...
- V té lůžkové, rodinní příslušníci se mohou podílet na péči o klienta nějakým způsobem?

❖ Můžou, můžou tam být 24 denně vlastně, můžou ale nemusí, i když tam jsou, nemusí, když nechtějí pacienta ošetřovat, my jsme tam pro ně, a když chtějí, tak jim v tom nebráníme.

- Využívají téhle možnosti?

❖ Teď docela ano, teď poslední dobou.

- A je to spíš o tom že jsou na tom společném pobytu, nebo se opravdu podílejí na té péči?

❖ To je různé, zase jak kdo, člověk od člověka, asi většinou se ale starají, když tam s nimi jsou, někteří vlastně už je měli předtím doma, takže už jsou zvyklý fakt dělat všechno.

- Já teď přemýšlím, co bych se ještě zeptala, napadá mě, jestli Vám připadá přínosné to, že se podílejí na péči řádové sestry, vítají to pacienti?

❖ Určitě, i ti co jsou nevěřící tak si rádi s nimi promluví.

- Stává se někdy, že by klient odmítl kontakt přímo s řádovou sestrou?

❖ Stává, málo, ale stává

- Spíš je to tedy ojedinělé ?

❖ Ano

- Napadá Vás ještě něco, co byste ráda doplnila?

❖ Teď je třeba i v lůžkové málo klientů, ono to tak ale bývá, jakoby ve vlnách, to asi není žádná novinka, že lékaři pacienty neposílají, že špatně vyhodnotí, jaká je situace.

Příloha č.8: Přepis rozhovoru č.2

- Co myslíte, že by pomohlo služby nějakým způsobem zlepšit nebo co by přispělo k rozvoji ?

- ❖ Vůbec kolem toho, co by pomohlo hospici jako takovému, tak by to určitě bylo lepší spolupráce s lékaři, jak s lékaři praktiky tak ale i potom s nemocnicemi, nejvíc LDN, interní oddělení, neurologie, onkologie. Tam je ta spolupráce obtížná, nevím, nedokážu v tuhle chvíli posoudit, jestli je to úplně chybou naší, nebo kde je ten zádrhel. Takže to je ten jeden rozvoj. Myslím si, že je docela dobrá propagace hospicu, ta se v posledních letech rozjíždí, nejsem si úplně jistá, jestli pořád nám vlastně ve veřejnosti nějak zůstává taková ta tabuizace té hospicové péče a hlavně té smrti. Možná i tohleto vlastně by bylo přínosem pro hospicovou péči jako takovou.

- Takže nějakým způsobem teda odbourávat ta tabu v té společnosti a aby ti lékaři více s vámi spolupracovali.

- ❖ Určitě.

- My už jsme se o těch lékařích hodně bavili i se zdravotní sestrou Katkou Stropkovou, tak se chci jenom zeptat, jestli máte třeba nějaký nápad, jak by se ta spolupráce dala zlepšit. Jestli by pomohlo například aby měli více informací nebo ...

- ❖ Rozumím vám, nemyslím si, že by doktoři nebyli dostatečně informovaní, tam nevím kde je ten zádrhel, možná, osobně bych třeba, osobně by se mi líbilo, kdyby ten lékař měl nějakou zkušenost s hospicem, s hospicovou péčí. Asi bych přivítala, kdyby ti lékaři chodili na nějaké stáže. Nevím jak to mají pořešené tohleto lékařské fakulty, jestli musí doktor jít i na hospicová, paliativní lůžka, ale určitě tohleto by bylo přínosem. Potom i možná nějaká proinformovanost tím, jak je to financovaný, ty naše služby. Ten lékař podle mě ví, jak je profinancovaná třeba LDNka, ale to jakým způsobem to probíhá v hospici, to už asi je trošku problém a oni potom vlastně si myslím že nejsou schopní podat těm lidem dostačující informace.

- My jsme se třeba bavili s Katkou o možnosti, kdyby lékaři měli možnost strávit nějaký den v hospicu, kdyby viděli jak ta péče probíhá, myslíte si, že by to bylo přínosné?

❖ Myslím si že ano, určitě. Alespoň proto, aby věděli, do čeho jejich pacienti, pokud už se k tomu rozhodnou, do čeho jdou.

• Hospicová péče je nějakým způsobem legislativně zakotvena. Myslíte si, že to je dostatečné, vyhovující, ta legislativní úprava tak jak teď je?

❖ Máme trošku problém, že není vlastně už na tom samotném základě, neexistuje u nás něco jako ministerstvo zdravotně sociálních věcí. Vy sama jste ze zdravotně sociální fakulty, takže víte, jak je to strašně moc důležitý, ta provázanost. My jak u nás neexistuje to propojení zdravotnické legislativy a sociální, hospic se pohybuje v obou dvou a trošku se nám to tam tluče. Takže by bylo dobré, kdyby se to provázalo. A určitě financování, možná trošku takový ty úhradový vyhlášky se zdravotními pojišťovny. Jakoby ty lidi, který by uvítali pomoc hospicu, ale my vlastně na základě úhradových vyhlášek můžeme poskytovat péči jenom lidem s určitou diagnostikou. Myslím si, že bychom tam uvítali nějaké rozšíření.

• A vlastně ta domácí hospicová péče tak tam v podstatě to není ošetřené legislativně, řekla bych nijak...

❖ Mám takový neblahý pocit že vůbec, teď se přiznám, že nevím úplně v těch nových zdravotnických zákonech, ale myslím si, že tam je prostě hospicová péče. A je pro zákony asi irelevantní, jakou formou je hospicová péče poskytována a právě narážíme na těch pojišťovnách, že oni to nechtějí proplácet, to je ten důvod proč to nefunguje.

• Tak tam je možná taky prostor v té komunikaci a v tom jednání s těmi pojišťovny. Já vím že třeba ne asi úplně z Vaší strany, ale jakoby všeobecně je tam prostor. Možná že kdyby se vyřešila i tahle stránka, myslím si že pro spoustu klientů by to třeba bylo i rozhodující v tom začít využívat domácí hospicovou péči.

❖ Mám úplně stejný názor, je otázka, na jaké bázi se dá se zdravotníma pojišťovny, ať jsem korektní a mluvím v množném čísle, komunikovat.

• Když vlastně už se ti klienti nějakým způsobem rozhodnou, že využijí nějakou formu hospicové péče, co si myslíte, že ovlivňuje to jejich rozhodnutí? Když tedy byla možnost že byla poskytována i ta domácí hospicová péče i klasická lůžková hospicová péče, tak na základě čeho se třeba rozhodují, co je hlavní...?



❖ Přiznejme si, ať je ta domácí hospicová péče sebelepší, tak vždycky je tam potřeba, aby s tím člověkem byl ještě někdo z rodiny doma. Ne vždycky je k tomu rodina prostě schopná, ať už z finanční stránky, z nějakýho etickýho hlediska, ne vždycky je to možné. Potom asi ten člověk volí snáz hospicovou péči lůžkovou. Na druhou stranu vím že ta domácí péče je i fyzicky náročná, takže potom asi ta rodina to ani moc nezvládá. Určitě je velkou otázkou, jak vůbec ty vztahy kdy fungovali v rodině, když se rodiče nechovali dobře k dětem, tak potom předpokládám, že se děti nebudou moc dobře chovat k rodičům, ale s tím, že si myslím, že pokud je rodič v hospici a ne někde bůhví kde, tak i tam ta rodina funguje nějakým způsobem poměrně dobře. Většinou, alespoň v poslední době nám klienti přicházejí, když už ten jejich zdravotní stav je hodně vážný. Vlastně doba pobytu se zkracuje, ti lidé přicházejí opravdu ve vážném zdravotním stavu, takže i tohle si myslím že je jedním z důvodů, ta vážnost zdravotního stavu.

- Já když jsem tady v hospicu byla jako dobrovolnice, to bylo někdy v letech 2008, 2009, tak vím, že se mluvilo o tom, že průměrná doba pobytu byla někde, myslím 14 dní, jestli se nepletu....

❖ Bývá to měsíc až, ale je to fakt průměr, za celý rok.

- Ale dlouhodobě se to tedy nijak nezkoumá.

❖ V poslední době dokonce jsou to dny, občas i hodiny, takže nevím, zase tak ten týden, čtrnáct dní, samozřejmě existují výjimky.

- Může to být třeba i tím, že ten lékař, který nějakým způsobem tomu pacientovi navrhuje tu hospicovou péči, může to být způsobené i tím, že třeba ne úplně dobře vyhodnotí tu situaci, ten stav toho pacienta? Nebo je to spíš postojem těch pacientů, že si to nechtějí připouštět, snaží se oddálit?

❖ Dost často to bývá, nebo z mého pohledu je to, dost často to, že si to ani rodina sama nechce připustit. Ještě se do poslední chvíle drží prostě nějaké léčby, i když jí doktor nedoporučuje už. Měli jsme případ pacientky, která přicházela, nebo rodina k nám podala žádost, ale paní stále ještě docházela na dialýzu. Ač už lékaři u ní konstatovali, že vlastně dialýzu nedoporučují, že pro její léčbu to není nijak přínosný, tak ona docházela na dialýzu a my, pokud ten člověk takhle ještě aktivně působí na léčbě, tak nám by vlastně pojišťovna tu naši péči neproplatila. Takže my jsme paní přijmout

nemuseli, lépe řečeno nemohli. No, dopadlo to tak, jak to dopadlo, že paní jsme bohužel nepřijali, paní během pár dní zemřela. Je to opravdu tím, že se ti lidi, aniž by, oni se snaží, drží se do poslední chvíle toho, že se to nějakým způsobem zlepší. Ani ne tak kolikrát ten nemocnej, jako ta rodina. Potom je tady otázka toho, co mají takové ty léčebny dlouhodobě nemocných, oddělení následných péčí na tom, že u nich ten člověk je dlouhodobě. Oni, podle dnešní legislativy, mohou mít 3 měsíce člověka na lékařský pobyt, na té LDNce dejme tomu, a potom ho vlastně jakoby převedou na lůžko sociální. Tím pádem si drží vlastně člověka, mají z toho jistý příjem, a to oni nedoporučí, nebo nepřeveďou toho člověka dál. Ač máme lepší prostředí i si myslím, že můžeme jim nabídnout víc péče, tak prostě pro ně... A ti lidi furt, zase se dostávám k rodině, pro rodinu si myslím že je kolikrát i lepší, když řeknou: my máme babičku v nemocnici v LDNce, než my máme babičku v hospicu. Furt to vypadá pro veřejnost, prostě paní je nemocná, ale uzdraví se, nebo paní je nemocná a už se neuzdraví.

- Tak na těch LDNkách se to tak asi někdy nepředpokládá, ale je pravda, že ve společnosti asi pořád vůči těm hospicům takový dvojnáčný postoj panuje, asi je to individuální hodně, ale myslím si že ve velké většině tam je prostě problém v tom, jak to vlastně vnímají.

- Jinak vy tedy nějakým způsobem spolupracujete s nějakými dalšími organizacemi, institucemi?

- ❖ Určitě, hospice, je nás jenom 14, 15, takže spolupracujeme mezi sebou. Snažíme se i spolupracovat s dalšíma organizacema, ale tam už je to trošku problematičtější. Takže nejčastěji poradny, snažíme se s domovy seniorů, ale oni vlastně, na druhou stranu chápu, že je zbytečný toho člověka potom na konci života vytrhnout z toho jeho domácího prostředí a stěhovat ho někam jinam. Snažíme se spolupracovat vlastně s odděleními zvláštní péče, na základě toho vznikl taky tady Domov Matky Vojtěchy. Ty lidi, dost často se nám stává, že k nám přichází člověk, u kterého se projevuje i demence. Pokud je tam to onemocnění pouze jenom to, tak je to pro nás hodně velkým problémem, hlavně když je ten člověk ještě aktivní, když nám odchází, chodí do jiných pokojů a tak dál, takže i takhle vlastně s domovama se zvláštním režimem se snažíme spolupracovat. Jinak určitě poradny a samozřejmě lékaři. Většinou praktici, ať už to,

abychom je podporovali v tom, aby vlastně naše služby doporučovali, aby měli dobrý povědomí o hospicové péči, ale i třeba mám tady půjčovnu pomůcek, takže aby i doporučovali půjčovnu pomůcek, aby usnadnili tu domácí péči, byť ne zrovna profesionální.

- Když se ukončilo poskytování té domácí hospicové péče tak, ty klienty už vím že teda nějakým způsobem tak se doopatřili, ale v tuhle chvíli, když by se objevil prostě člověk, který by měl o tu domácí hospicovou péči zájem, tak obrátíte se třeba vy na nějaké pečovatelské služby, vlastně, tu máte vlastní, zajišťuje se to nějakým způsobem takhle?

- ❖ Pokud by tam byla potřeba jenom prostě té pečovatelské služby, tak určitě takhle. Jsme schopný aby byla návaznost mezi pečovatelskou službou doma a místním hospicem. Takže pokud ten zdravotní stav se začne měnit, tak se snažíme zase v rámci nějakých pravidel, který nám jsou daný, aby to bylo návazný na sebe. Nedokážu si představit, jak by to vypadalo, kdyby pacient nebo klient domácí terénní péče chtěl, aby k němu přijela zdravotní sestra. Tam bychom vlastně neměli z čeho tu sestřičku zaplatit. Možná by otázka byla, kdyby to byl movitý klient a řekl nám, jako jsem schopnej si to celý zaplatit sám. Ale ta péče je tak drahá, že asi nepředpokládám, že by to někdo řekl.

- Když už jsme u té domácí, tak ta péče přestala fungovat proto, že o ní byl malý zájem?

- ❖ Malý zájem, obtíže s financováním, všechno jde ruku v ruce, nelze určit jeden jediný důvod.

- Proč si myslíte, že v jiných hospicích je ta situace lepší v tomhle směru? Máte o tom nějakou představu, nebo když jste v kontaktu tak třeba máte nějakou informaci....

- ❖ Buďto, vlastně co se týče toho financování, tak to jsou na tom všichni kolegové stejně, takže buďto skomírají na několika pojišťovnách, které jsou ochotný to proplácet, a nebo, myslím že v Brně, ty shání peníze jinejma cestama. Takže žádají o nejrůznější granty, dotace, dary a tak dále. Co se týče toho zájmu, já si myslím, že třeba je třeba vnímat v tomhle tom zase trošku rozdělení vlastně obyvatelstva v naší republice, kdy tady ti lidé nejsou až tak věřící. Takže věřím tomu, že na té moravě, kde je ta populace daleko víc věřící, tak tam asi ti lidé i mají větší zájem o to doprovázet toho člověka

doma, v domácím prostředí. Jinak tady se to řeší spíš formou těch pobytů té rodiny tady, u toho klienta, než opačně.

- Tak ono asi pro tu rodinu je to snazší.....

- ❖ Je to trošku snazší, určitě.

- .....než zajišťovat tu kontinuální péči.

- Myslíte si, že by v tuhle chvíli byla přínosná nějaká forma ambulantní nebo stacionářové péče?

- ❖ Já si nedokážu představit, jak těžce nemocného člověka každý den převážíme tady do hospicu, a každý večer ho zase převážíme domů. Už jenom to, že málokdo má doma byt, dům uspořádaný proto, aby byla možná tahle ta péče, aniž by docházelo k nějakým docela závažným stresům. Druhá věc, už jenom ten převoz je docela náročný, nota bene nákladný, protože nelze takového člověka potom převézt v normálním autě, musí na to být sanitka. My sanitku nemáme, a ta co je v nemocnici, tak ta nejezdí zadarmo.

- Já právě se ptám proto, že v zahraniční literatuře různé se o těch ambulantních službách hodně mluví, že to je jakoby základ a ty ostatní jsou jenom doplňkové, ale tady v České republice taky mě právě nenapadlo úplně jakým způsobem to realizovat.

- ❖ Nevím jak tohle mají vyřešený opravdu v Anglii, možná, že jo, možná, že když tam mají v každé vesničce něco takového, tak to je dobrý, ale u nás, opravdu na těch lidech, když už je přivezeme sem, tak je na nich vidět jak jsou vyčerpaný a srovnají se tak během dvou dnů až. Takže tohleto převážení, já si to nedovedu představit.

- Kapacita lůžek v hospicu je v tuhle chvíli asi dostatečná vůči tomu zájmu, nebo....

- ❖ Máme přebytky, máme volná lůžka v současné době, neřeknu úplně aktuální stav, ale asi 16-17 lidí, kapacita je 30. Takže jako naopak, potřebujeme klienty, budeme za ně jedině rádi. U sociální pracovníce leží velký balík žádostí, které jsou „co kdyby“. Určitě, zase, jsme rádi, pokud ten člověk je schopnej nějakým způsobem fungovat doma, je to pro něj přirozený prostředí. Na druhou stranu, nevím do jaké míry potom je potřeba, kdy je rodina a doktor schopná říct, teď je ten čas, kdy už je potřeba převézt. Pak už se dostáváme k tomu, že ty lidi přicházejí pozdě.

- Myslíte si že teda ty klienti mají dostatek informací?

❖ Docela zajímavější dotaz, já si osobně myslím že ne. Nevím na čí straně je chyba, je možný že na naší, spíš bych to viděla na tom, že opravdu od těch doktorů dostávají málo informací a asi ani jako, přiznejme si, normální zdravý člověk se asi o hospic moc zajímat nebude, dokud mu něco není, dokud ho nepotřebuje, tak se o to nezajímá.

• Ty informace mohou dostat od těch doktorů, pak možná od nějakých sociálních pracovníků, pracovníků...

❖ No od sociálních pracovníků možná tak jako ještě bych viděla úřad práce, i když si nejsem úplně jistá, jestli paní z úřadu práce, která přichází na šetření z důvodu příspěvku na péči, by byla ochotná vlastně rodině takhle ještě doporučit nějaký návazný zařízení,

• Já teda, ze svojí zkušenosti, co jsem byla na studijní praxi, tak na ta šetření většinou chodí ve spolupráci s městským úřadem nebo magistrátem. A tam, aspoň co já jsem měla zkušenost z Městského úřadu v Trhových Svinech, tak tam sociální pracovníci terénní nosí sebou různé materiály ohledně různých služeb, které by pro toho daného klienta mohli být aktuální, tak možná v tomhle je taky nějaká cesta...

❖ Taky, já si myslím že je to možná spíš otázka menších měst, kdy Trhové Sviny už jsou poměrně malinký, Prachatice, ne že bysme byli nějaké velkoměsto, ale přece jenom, už je to větší, už je ten rádius větší a ta sociální pracovníci neví, za kým jde. Nebo ví to podle doporučení lékaře, ale prostě furt si myslím, že jim to nedoporučí. A když už, tak je to spíš takový, že ten člověk se může rozhodnout, rozhoduje se rodina. No, nejsem si úplně jistá, možná, potom docela dobrou zkušenost já osobně mám se spoluprací třeba se sociální pracovníci v jiném zařízení, kdy člověk se nahlásí do domova pro seniory, že by něco potřeboval, sociální pracovníci dojdou na šetření a řeknou: víte, no my bysme vás vzali, ale k nám to není, my doporučujeme tohle, nebo my tohleto službu neposkytujeme, zkuste se obrátit támhle. Ale opravdu ty úřady jako takový, nechci je nějak podceňovat ale myslím si že moc ne.

• Když bychom vzali ty oba typy té péče, tak jaká ta forma je, podle Vás, náročnější pro ty zaměstnance, pro ty zdravotní sestry?

❖ Já si osobně myslím že jako náročnější je ta domácí forma. Už jenom proto, že i když těm lidem půjčíme postel, i když jim půjčíme já nevím veškerý zdravotnický

vybavení, tak pořád to není ideální prostředí. Pořád je tam jenom vana, kde není bezbariérový přístup, pořád tam jsou nejrůznější rohy, úzký futra, problémy s vytápěním, s větráním, s přístupama a tak dál. Krom toho, vlastně ta sestřička musí přejíždět, tady přeci jenom přejde z pokoje do pokoje. Další věc jsou zvedáky třeba, tady má sestra vlastně zvedák, což jste asi viděla, takový ty síťový zvedáky...

- Viděla jsem ho ale ne přímo v provozu
- ❖ ...ne v akci... ale i to je pro ně přínosnější. Ale to je normální v každé terénní péči vždycky se s tímhle tím setkávají. Další otázka je, zase tady v Prachaticích, jsme na okraji, nemáme takový problém s dopravou, že když řekneme, že někde budeme v devět, tak pokud se nedostaneme k nějaké velké havárii, tak jsme tam v devět. Ale může se stát třeba v Budějovicích ve špičce, prostě ty lidi přijížděj s hodinovým zpožděním, protože prostě nemohli projet město. Takže i to je potom spíš problém zase pro toho člověka. Kdy nedostane svojí příslušnou dávku analgetik, trpí bolestí, je to pro něj hodně problémový.
- A když bychom vzali finanční stránku, tak vlastně z pohledu hospice....
- ❖ .... co je pro nás ekonomicky výnosnější, když to řeknu hodně hnusně. No, tak to nevím, to by byla otázka spíš na pana ředitele. Zase myslím si, že je přínosnější ekonomicky ten lůžkový hospic s tím zase, že stačí jedna sestřička na jedno patro, kde je v maximální možné míře asi 12 pacientů. Takhle zavolají 2, 3 lidi a musí prostě být 2,3 sestry. Může jet ošetřovatelka, samozřejmě, ne vždycky je nutná zdravotní sestra, ale nikdy nevíte, co vás tam čeká. Takže pak dojíždí za ošetřovatelkou zdravotní sestra, je to problematictější, jsou tam vyšší náklady na dopravu, který nám zase pojišťovna proplácí do 5 kilometrů, dál ne, takže myslím že i finančně náročnější pro zřizovatele je domácí péče, ale opravdu ekonomická stránka není moje parketa.
- A pro ty rodiny?
- ❖ Pro ty rodiny, to je hodně velká otázka....
- Tak vlastně, když si to shrneme, tak tady platí úhradu za dobu hospitalizace, ...
- ❖ ... a poplatek, za ubytování, vlastně takovej jakoby nadstandart v uvozovkách.
- To je ten co se vypočítává z výše důchodu?

❖ Tak, to je ten co se vypočítává z důchodu. Teoreticky, nebo v ideálním případě by ten člověk v domácí péči nic platit neměl, protože zase z jeho nákladů jde vytápění, nájem a tak dále, a tak dále. Nejsou tam spojené náklady s budovou. Na druhou stranu je to financování hodně velkej problém, že my jsme vždycky rádi, když nám ten člověk nějakým způsobem přispívá. Myslím si že v důsledku snad tam ani neplatili pacienti v domácí hospicové péči, původní záměr co vím, ještě ze své bakalářské práce, tak byl asi 50 korun na den, což je vlastně polovina nejnižší částky, kterou u nás platí. Ale při součtu toho, co se zase vyloží na to vytápění, kdy ten člověk, kterej je nemocnej, je většinou zimomřivější, takže je potřeba vytápět na vyšší teplotu, tak nevím..

• A asi v tomhle pohledu záleží na tom, u jaké zdravotní pojišťovny má pojištění.

❖ To samozřejmě. Určitě některá pojišťovna je, nebo byla ochotná nám proplácet vlastně téměř všechny výkony, s čímž se vlastně spláchne i to, že ten člověk nemusel platit nic. Některá byla ochotná platit nám jenom nějakej částečnej podíl, takže my jsme museli dohledávat ty peníze jinde a tam potom pochopitelně bychom rádi měli i příplatek vlastně od klienta.

• V situaci, kdy teda měl nějakou zdravotní pojišťovnu, která tu péči nehradí, ta bylo tam nějaké řešení pro ně? Protože změna té pojišťovny je asi dost nereálná v téhle situaci, jaká teď asi je....

❖ Jasně, ono naštěstí nám tyhle věci vyvstaly ještě před tím novým zákonem, takže v té době byla ještě ta změna pojišťovny trochu snazší. Bylo to myslím ke každému pololetí, takže to, anebo čtvrtletí dokonce?

• Já si myslím že čtvrtletí

❖ Teď ten roční interval je hroznej a opravdu tam už to asi nejde. Takže, tenkrát ještě v těch dobách jsme buďto změnu pojišťovny, jinak to vlastně nešlo. No a potom prostě podporu rodiny a toho klienta samotnýho.

• Ještě mě napadá, využívání dobrovolníků a dobrovolnické činnosti: v domácím hospici tam se asi nepoužívali vůbec?

❖ Nepoužívali se, od kolegyně, která tohleto zkoumala na Moravě, tak vím že se občas využívají, ale není to až tak častý. Přeci jenom už těm lidem narušujete víc soukromí, když k nim vcházíte domů. Tam by možná byl vítanej dobrovolník už takovej částečně

profesionál, kterej by byl schopnej třeba nějakým způsobem tý rodině zajistit i, když to řeknu hodně hnusně, tak hlídání. Že by třeba, když manželka potřebuje si odskočit nakoupit a k holiči, tak by tam po tu dobu dvou hodin s tím človíčkem byl ještě dobrovolník. Podle mě by musel ten dobrovolník bejt potom trošku už zběhlejší v těch zdravotnických věcech, nebo aspoň v ošetrovatelství, kdyby náhodou se něco stalo. Druhá strana potom dobrovolníků je potom donášení jídla, přípravy jídla a tak, což už zase zvládne každej, už by to asi nebylo jenom takovou tou formou přijít si popovídat, jít na procházku a za dvě za tři hodky zase jít.

- A v lůžkové hospici tam je to asi pořád stejné?
- ❖ Tam to funguje stejně, jako si to pamatujete, takže opravdu takový to popovídání.
- A ze SPgŠ ještě chodí takové ty skupinky?
- ❖ Děvčata chodí hrát, určitě, občas se nám tady objeví vlastně studenti z gymnázia, občas studenti tady z vošky, což už nebývá tak často, teďkon vlastně jsou velkou pomocí už potom dospělí, kdy třeba máme tady dobrovolnici, která tady měla před několika lety maminku, teďkon nám sem chodí pomáhat, nebo vlastně rodinní příslušníci našich zaměstnanců, takže i tohle to, vyjímečně jsou to potom studenti z vysokých škol. Pokud si pamatuju, tak jsem tu byla snad akorát já.
- Tak on je asi v tomhle pohledu problém i s dojížděním.
- ❖ Hm, ono už je to problém zkombinovat, no já vím, já jsem taky chodila jenom o prázdninách vždycky.
- Když už jsme u těch dobrovolníků, tak tady máte vlastně dobrý kontakt s těmi řádovými sestrami, ty teda se podílejí na nějakých činnostech?
- ❖ Dvě řádový sestřičky jsou jako pastorační asistentky, sestra Sebastiana a sestra Ester, a co se týče nějaké té přímé péče tak dojíždí nám každé pondělí dvě sestřičky z Lomce, na šest hodin jenom péče, a potom se nám tady pohybuje občas jedna sestřička taky vlastně tady z kláštera na výpomoc, to taky bývá kolem osmi hodin. Oni mají ještě své povinnosti v klášteře. Když zase zavedu mírně řeč tady vedle na Domov Matky Vojtěchy, což je součást hospice, i když s jiným zaměřením, tak tam je vrchní sestra řádová sestra a v současné době ještě jedna aktivizační pracovnice je řádová sestra. Ale



nejvíc je tam opravdu asi ty pastorační asistentky, který tak jako se snaží vyplňovat ten volnej čas nejenom tou vírou.

- A z pohledu klientů, je to nějakým způsobem vítaný ten kontakt? I když to není třeba přímo v rámci té pastorage, ale v rámci té péče. Jaké s tím máte zkušenosti?

- ❖ Jestli klientům nevadí, že vlastně s nima nějakým způsobem komunikuje jeptiška. Většinou ne. Já když se mi podaří a jsem vlastně přítomna přijetí klienta, tak se snažím vlastně s tou rodinou vlastně už nějak vyjednat. Ale většinou to těm lidem nevadí. Pokud nejsou vyloženě nějak jako hodně ateisticky zaměřený, což většinou nejsou, tak to těm lidem nevadí. Ptáme se vždycky, jestli je ten člověk věřící, jestli chce chodit na mše, dost často ti lidé ani nebývají věřící, ale tak ono popovídat si potom s tím člověkem, když vlastně sestřička nenavazuje nějak na víru, a oni jsou docela rozumný, oni to těm lidem nějak nenutí.

- Setkali jste se třeba s tím, že by klient přímo to nějakým způsobem odmítnul ten kontakt s řádovou sestrou?

- ❖ Mě teď napadla taková úsměvná historka ale to je z Domova matky Vojtěchy, ne, já osobně jsem se s tím ještě nesetkala, že by jako „fuj, jeptiška“, ne.

- A v Domově matky Vojtěchy?

- ❖ Tam se právě sestra Sebastiana setkala s pánem, hned na začátku, ale vzhledem k tomu, že to byl člověk s demencí tak tam trošku je třeba brát s rezervou. Kdy tedy klient řekl sestře, že ona radila Hitlerovi, a tak, ať jde do háje. A to jsem slušná, to ho nereprodukuju úplně přesně. Ale opravdu tam je třeba ty lidičky brát trošku s rezervou a nebrat si jejich slovo úplně důsledně.

- To samozřejmě.

- A jak se vy osobně díváte tady na to, jaký je tady personální složení, jak je tady ta péče zajištěna. Jakým způsobem třeba vnímáte vedení ?

- ❖ A s tím půjdete k panu řediteli? (smích) Ne dělám si srandu. Já si myslím, že vlastně to uspořádání toho hospicu je hodně dobrý. Je v tom systém, kterej je zavedenej, kterej funguje už 8 let a strašně moc se mi líbí, že ten personál, ten hlavní personál se nemění. Takže opravdu sestřičky tady fungujou 8 let, naprosto normálně a nějakým způsobem jsou s tím sžitý, v jakým prostředí pracujou a funguje to. A mají i k těm lidem už nějaký

vztah, už dokážou odhadnout, jak se ten zdravotní stav těch lidí bude vyvíjet, jak reagovat při komunikaci s rodinou. Na tohle to všechno fakt klobouk dolu, fakt jsou šikovný, úžasný. Vedení, všechna čest, jako fakt, je tady ze strany vedení obrovská podpora, hlavně ošetřujícího personálu, kterej dělá hospic hospicem. Kolem nás ostatních kancelářskejch kryš, na nás ten hospic nestojí, stojí na těch ošetřovatelích a zdravotnickým personálu, takže tam si myslím, že vedení se snaží je hodně podporovat, což je jediné dobře. Snaží se vlastně ten kolektiv stmelit, takže ač se u nás moc jako nevedou supervize, (což ve škole moc neříkejte), tak jsou tady nejrůznější rekondiční pobyty pro zaměstnance a tak dále a tak dále. Takže si myslím, že je to i hodně dobrá prevence vlastně i syndromu vyhoření. Je tady v hospicu hodně takovej ten přátelskej duch, ta atmosféra. Ta dělá hodně jak pro ty zaměstnance samotný, tak i samozřejmě pro klienty.

- To je hodně znát, i když člověk jenom vejde. Ty supervize, já třeba vím, že můžou být dobré a horší... Nicméně, myslím si, že když je ta supervize dělaná dobře, tak si myslím, že to může být velký přínos.

- ❖ Já jsem tu supervizi taky nezažila, já jí znám taky jenom ze školy, kdy mám zkušenost, že jednou ta supervize byla zvláštní, druhou když byla hodně dobrá, ale byla vedená tak jako trochu benevolentněji. Tady, co mám z doslechu, tak taky asi supervizor byl takovej trošku přísnější, takže to muselo prostě podle Ballintona bejt, ono se to potom trošičku jo... Náš zdravotnickej a ošetřovatelskej personál není zvyklej na to, aby bylo přesně striktně něco řečenýho. Mají nějaké postupy, mají nějaký doporučený vlastně přístupy k těm lidem a podle toho oni si jedou. A je tu tak otevřená atmosféra, že si myslím, že není třeba nějaká uzavřená skupinka, kdy se najednou řekne a vyhlásíme hurá akci a pojd'te a začneme vytahovat, kde nám co nejde. Podle mě oni si po obědě kolem jedny sednou všichni do té sesterny, a tam to začnou rozebírat. Takže tam snad existuje nějaká takováhle interní neoficiální supervize. Ta oficiální, nesetkalo se to s nějakým velkým úspěchem. Už ani u těch zaměstnanců, ne že by snad u zaměstnavatele, takže supervize určitě preferujeme, určitě snad i jako budeme realizovat, ale není to nic, co bysme jakoby vyloženě hodně často.

- Napadá Vás ještě něco, co třeba v průběhu toho rozhovoru Vás napadlo?

❖ Ne, nic mě teď nenapadá. Myslím, že máte hodně zajímavý téma, SWOT analýza je hodně dobrá, já doufám že nám to pomůže právě k tomu, abysme nějakým způsobem nabrali ty klienty, abysme se zaplnili, protože ty stavy poslední dobou jsou závažný. Stav klientů je stejnej, jako byl na začátku, když se hospic v roce 2005 rozjížděl, takže opravdu jako snad něco takovýhleho by nám pomohlo. Možná že děláme chybu my, možná že je chyba někde jinde, já doufám že se to změní.

• Těď v tuhle chvíli je teda cíl, aby tady bylo víc klientů. Pokud by byl dostatek klientů myslíte si, že je reálné, aby se ještě ta domácí hospicová péče rozjela?

❖ Já si myslím že tam to bohužel nezáleží až tak na těch klientech, ale spíš na těch pojišťovnách. Jako možná že kdyby najednou bylo pět, šest lidí, kteří by opravdu řekli a my chceme doma, a my máme tu pojišťovnu, která nám to proplatí, tak asi jo. Určitě, byli bysme jedinej rádi. Ale v současné době to prostě není.

• Myslíte si, že třeba já osobně bych pro to mohla něco udělat? S tím, že bych třeba té zdravotní pojišťovně zprostředkovala nějaké výsledky téhle práce, nebo to spíš vůbec není reálný?

❖ Já vám nechci brát ideály, já si myslím, že asi, s odpuštěním, když jim tam nějaká studentka támhle z Budějovic pošle nějakou svojí práci, tak je to sice hezký, možná si to nějaká paní někde na odboru ráda přečte, ale pana ředitele té pojišťovny to asi neobměkčí.

• Tak je to tak jak jsem si myslela, jenom mě napadlo, jestli tímhle směrem nějakým způsobem bych mohla nějak pomoci.

❖ Tak zkusit to určitě můžete, za jeden email s velkou přílohou se nic nedá.

## Příloha č.9: Přepis rozhovoru č.3

- Mám už v tuhle chvíli připravenou SWOT analýzu a návrh některých oblastí, ve kterých by se hospic mohl rozvíjet. Vás bych chtěla poprosit, jestli bychom se na tyhle materiály mohli společně podívat, kdybyste mi řekl, co z toho vidíte reálně, co je v oblasti uskutečnitelných plánů. Já jsem to záměrně nechala zatím v bodech, právě proto abychom měli lepší přehled.
- Tady je nějakým způsobem ta SWOT analýza. Z mého pohledu (na základě předchozích rozhovorů) je asi největší problém nedostatek klientů?
  - ❖ Přesně tak.
  - ❖ Pokud se na to podívám, tak tenhle bod o spolupráci s LDN, to v podstatě neplatí, ta spolupráce je velmi mizerná, respektive z jejich strany nespolečná.
- Aha, tuhle informaci mám z rozhovoru se zdravotní sestrou s tím, že se spolupracuje s tamní sociální pracovnící, že jsou nějak v kontaktu.
  - ❖ Tohle dohromady taky ne, protože věcně se nás domovy se zvláštním režimem, mluvím o hospici, netýkají.
- Tam jde asi spíš o Domov Matky Vojtěchy.
  - ❖ Takhle. A domovy pro seniory ve smyslu, že by klienti, kteří mají onkologickou diagnózu v terminální fázi, k nám od nich chodili, to se vůbec neděje. Což moc nechápu, protože statisticky je nemožné, aby tam takové neměli a asi je prostě vozí do nemocnic.
- To bylo myšlené spíš tak, když klient podá žádost, sociální pracovníci k němu přijdou na šetření, tak můžou například podat informaci, že pro klienta existuje lepší alternativa péče, než domov pro seniory.
  - ❖ To jo, ale fakticky se to neděje. Teoreticky by to tak být mělo.
  - ❖ U spolupráce s ošetřujícími lékaři je asi dobré specifikovat, na jedné straně jsou to praktici a ošetřující může být i lékař v nemocnici, takže plus nemocnice, zejména tedy LDNky, ta akutní lůžka spolupracují obvykle trochu lépe, byť ne ideálně tak trochu lépe, než nulově.

❖ Kdyby u lékařů šlo jen o informovanost, tak by to bylo dobré. Ale tam ještě škrtnout to in. Formovatelnosti, v tom smyslu, že někteří lékaři nejsou ochotni, ačkoli jsou informováni. Jinak nabídka odborných stáží tady je, ale nevyužívaná. Střední zdravotnický personál, ten to využije, třeba z jiných zařízení tady na stáže jsou, z Charity z Budějovic, z LDNek nebo domovů důchodců, to ano, ale lékaři, pominu-li mediky, že by se snížili k tomu, že by se snad šli přiučít něco do hospice....

❖ Lékaři nemají vůli, anebo dovednosti. Leckdy by i vůli měli a nemají tohle. Jindy mají dovednosti, a naopak.

• Já si úplně neumím představit, co myslíte pod těmi dovednostmi.

❖ Minulý týden mi přišlo do mailu svědectví manžela těžce nemocné pacientky, která mu umírala, a v nemocnici řekli: No, už vám jí dáme domu, nemůžeme pro ni na onkologii nic udělat, tak prostě se musíte dostarat doma. Jestli chcete, tak tady máte leták do hospice. A hodili to po něm. Tohle není nevěle ale tohle to je neschopnost dobré komunikace. A nebo jinak, empatie vůči křehkému člověku v obtížné životní situaci.

• O tom já v teoretické části nějaké informace i mám.

❖ Pokud chcete faktická data, od roku 2009 zůstala nominální úhrada zdravotní pojišťovny stejná. Čili 4 roky stejná, do toho inflace, do toho zdražení nebo zvýšení DPH, tím zdražení veškerých vstupů - potravin, energií a tak dál, tlaky na mzdy a prostě je to 4 roky nominálně úplně stejné.

• A vlastně i dotace od ministerstva se teď snížili.

❖ No ty jsou ještě horší.

❖ Tady pak nemáte úplně pravdu, možnost úlev v zaměstnání, pokud je tam vůle zaměstnavatele, tak třeba člověk si může vzít neplacené volno, a tím pádem má nárok být pečující osobou a zůstává mu příspěvek na péči. Čili, ten nemocný dostane příspěvek na péči, dejme tomu těch 8 000 nebo 12 000, když už je zcela ležící, a je povinen ho využít ve prospěch péče o sebe. A buď si tu službu nakoupí u nějaké domácí služby navštěvující, nebo půjde do ústavního zařízení a tam jim to zaplatí a nebo si zaplatí svojí vlastní manželku nebo sourozence, který to prostě zajistí.

• Ale je to pořád na vůli toho zaměstnavatele, není to upraveno v zákoně.

❖ Že zaměstnanec oznámí...To by pak byla anarchie zase, to je pravda. Ale ta možnost je, být je nesnadná. Když bude zaměstnavatel cynik, no tak těch možností moc není, když je zaměstnavatel rozumný, tak je možností spousta.

• Tahle myšlenka, s tím mylným dojmem mě napadla při opětovném poslechu předchozích rozhovorů. I když vím, že to tak není, nicméně, myslím si, že teoreticky...

❖ Hodně teoreticky to tak být může, reálné to je tím, že jsou zdravotnická zařízení motivována držet si ty klienty co nejdéle, protože peníze jsou pro ně na prvním místě, v některých případech, já netvrdím ve všech. Je to konglomerát důvodů, ale peníze na prvním místě, a on regulační poplatek 100 korun za den v nemocnici + úhrada za obsazené lůžko... A to je důvod proč ty LDNky nedávají pacienti, a když tak na poslední chvíli. Mnohem relevantnější jsou třeba ty peníze. Pak předpokládám, že relevantnějším argumentem je, že čeští lékaři, na to existují výzkumy, nejsou komunikačně vybaveni, osmdesát zhruba procent z nich přiznává, že neumí vhodně komunikovat s pacientem a jeho rodinou o jeho nepříznivé prognóze. Takže jakkoli tohle teoreticky může platit, tak je to hodně hypoteticky bych řekl, rozumím, relevantní, pravdivější jsou spíš ty jiné důvody.

❖ Péče je velmi nákladná. To není pravda, obsazené lůžko, pro zdravotní pojišťovnu v hospici stojí přibližně 380 000 ,- na rok. Běžné lůžko v nemocnici okresního typu stojí kolem půl milionu. Krajská nemocnice, to je kolem milionu. A Ústav hematologie a krevní transfuze v Praze, ten je na tom tak, že víc jak 10 000 000 korun stojí to lůžko. Čili, je to drahé, ale není to drahé. Jsou to konkrétní čísla. Netahám do toho tu sociální složku péče. To do toho netahám, ale pokud se bavíme o zdravotnictví, tak je to takhle, samozřejmě že je, a to je potřeba říkat nahlas, protože podezírám pojišťovny, že se jim to v hlavách honí, eutanazie je levnější. Když bychom byli cynici a uvažovali bychom takhle, tak když to brutálně řeknu, tak pořít pistoli a nábojnici do pistole vyjde jistě levněji, než dlouhodobě pečovat o křehkého slabého umírajícího člověka. V tomto ohledu je to drahé, ale v ohledu k ostatnímu spektru českého zdravotnictví, to není drahé. Je to naopak levná péče.

• Já tím že studuji sociální práci tak o těchto zdravotnických zařízeních nemám moc přehled.

❖ Něco jiného je ta přidaná hodnota toho sociálního rozměru péče, která činí hospic hospicem. To to trošičku prodražuje. Ale kdy jindy si člověk zaslouží péči, než ve chvíli, kdy je nejslabší, když umírá, a nikdy už nebude šance na to, to vrátit? Umírá se jenom jednou v životě. Takže, že je velmi nákladná je relativní.

❖ To je otázka, jestli tam tahle přímá úměra platí, co se týče zájmu o domácí hospicovou péči.

• Je to napsané tak, jak jsem to slyšela od sociální pracovnice.

❖ Obyvatelstvo je méně věřící, než třeba na Moravě, ale v rámci Čech je naopak asi spíš nadprůměrně zbožný region.

• Já jsem se jí právě ptala na názor, proč jinde ta domácí hospicová péče může fungovat.

❖ Domácí hospicová péče funguje prakticky jenom ve velkoměstech, kde je vysoká koncentrace lidí na malém prostoru, čili není velká dojezdová vzdálenost a velkoměstské aglomerace jsou výrazně bohatšími regiony z hlediska příjmové stránky obyvatel, než venkovské regiony. Tam si myslím, že je jádro pudla a ještě třetí argument, venkovský region má tradičnější způsoby chování z hlediska vztahu k rodině a jsou více schopni se postarat o toho svého nemocného doma. Kdežto v těch městských aglomeracích kde si vezmeme panelový byt a člověka, který dojíždí do práce, tak je pro něj mnohem horší se starat o nemocného doma, než když na venkově máte chalupu prostorově větší a jste soukromý zemědělec, který v areálu té své chalupy pracuje. Je mnohem snazší pečovat doma. A nemyslím si, že platí, že to souvisí s tou vírou. Hypoteticky by to platilo, ale už na úrovni teorie se to dá vyvrátit.

• Potom, ještě jsem uvažovala o nějakých oblastech, ve kterých by se hospic mohl rozvíjet, to je tady. Zase je otázka, co z toho je reálné a co z toho je jenom nějaká představa.

❖ Tadyhle, jak jsem říkal o tom, že to není drahé, ale že to je spíš levné. Jádro pudla je v tom, že ve zdravotnictví nehraje, k mé smutné lítosti, hlavní roli blaho pacienta ale peníze. A pokud by se našel nástroj, aby zdravotní pojišťovny, které platí lékařům, je motivovali, aby víc využívali hospicovou péči, ne je zbytečně tahali po nemocnicích, no tak to zafunguje. Já můžu mít mravně stokrát pravdu, ale nemám nástroj na to, to

ovlivnit. Pokud uvažuje ten zdravotnický subjekt výhradně ekonomicky. Příklad: pacient, vymyslím si, měsíc před smrtí. Nebo 14 dní před úmrtím, nebo týden před úmrtím. Máme tyhle zkušenosti. Ti lékaři to vědí, ne že to nevědí, prostě to vědí. A přesto, místo aby ustoupili od kurativní léčby, která je drahá a nic nepřinese v tu chvíli, oni to vědí, že to nic nepřinese, a vhodně mu nabídli paliativní léčbu, ať už v domácím prostředí, v hospici, to je jedno, která je vhodnější a levnější. Tak mnohdy, ne vždy, ale velmi často bývají motivováni, no tak ještě zkusíme chemoterapii, zkusíme radioterapii, protáhneme ho CTčkem, tam není všechno vidět, protáhnem ho magnetickou rezonancí, to jsou desetitisíce, statisíce korun. No a aby se neřeklo a rodiny na nás nebyli naštvány, tak nasadíme biologickou léčbu. To jsou statisíce. Jsou případy, kdy týden před smrtí, a člověku to vůbec nepomohlo, mu dali krevní konzervy, vyměnili třeba krev. A chci tím říct, že opravdu je to hodně drahé ta léčba těch lidí a je to úplně zbytečné, a navíc je to kontraproduktivní, protože to zhoršuje kvalitu jeho života. Taková chemoterapie, z toho jsou horečky, vypadají z toho vlasy, člověk má komplex, jak vypadá, cítí fyzický diskomfort. Je to drahé, on spokojen není a pojišťovně je to jako by jedno, nebo nevím proč to dělají. Čili, nalézt jaksi motivaci pro to, aby české zdravotnictví dříve, včas a pohodlně nabídlo ústup od kurativní léčby k té paliativní. A tam se osobně domnívám, že je jádro pudla.

- Myslíte si, že je ještě nějaký prostor v odpovědnosti těch lékařů? Pokud tedy tímhle způsobem nějak se snaží pacientova léčit tou kurativní metodou, tak není nějaký způsob, jak by za to třeba mohli být zodpovědní? Že pro toho pacienta by bylo lepší, kdyby byl v nějakém specializovaném zařízení, kde by nebyl stresovaný tady tou zbytečnou léčbou?

- ❖ Najděte si usnesení České lékařské komory č.1 z roku 2010 nebo 2011, kde jasně vyzívají, že odstoupení od marné léčby je lege artis postup, který je v těchto případech vhodný, správný, účelný. Vyzívají k tomu lékařskou veřejnost, stejně se to mnoho neděje a podle mého je to do značné míry také spoludáno strachem lékařů z toho, no aby mě ta rodina nenařkla, že jsem se nesnažil, neléčil... No přece to je odpovědnost toho lékaře, aby včas odstoupil a uměl se postavit tváří v tvář tomu, že tohle je to nejlepší řešení! A on řekne: no abych neměl problémy od rodiny, no tak dáme



chemoterapii. Chápu, že to je těžké, protože je tady nějaká zvyklost dřívější a že to do značné míry je i o odvaze zariskovat soud. A pak ho úspěšně vyhrát. Kdyby nějaká zlá rodina, která nedůvěřuje, tak když je to vždycky správně indikováno to včasné odstoupení od marné, zbytečné, zatěžující léčby v tu chvíli. A je mnohem jednodušší pro toho lékaře, lhát skutky. Neříct, jo, tatínek vám zhruba za 14 dní zemře, za tři neděle, za týden, ale v řádech týdnů zemře a ta léčba nemá smysl. Víte, zkusíme ještě tohle. Ten lékař vypadá jako větší hrdina. Takže jak finanční motiv, tak řekněme nějaký existenciální motiv těch lékařů, nedostatek odvahy, nestatečnost, tady někde vidím příčiny.

- ❖ Zlepšování povědomí o hospicové péči, to určitě, toho není nikdy dost,
- ❖ Ta možnost stáží je, my jsme to dřív nabízeli hodně, teď jako pasivně, že to je k dispizici pořád, zájem prakticky nula.
- Já jsem narazila náhodou na leták od Asociace poskytovatelů hospicové péče přímo určený pro praktické lékaře, tam nějaké informace jsou, ale v tuhle chvíli tam asi není zmíněné konkrétní zařízení. Jestli by třeba ještě tudy nějakým způsobem nevedla cesta.
- ❖ No, zpřesňovat to jde vždycky, to asi je pravda. My máme, to není ani měsíc možná, tenhle nový leták, to je jakoby vylepšená verze toho od asociace, napasovaná na naše míry.
- To je právě to co jsem myslela. Konkrétní informace o konkrétním zařízení přímo určená pro ty odborníky. A šlo by nějakým způsobem zapojit stáže, které nabízíte, do programů celoživotního vzdělávání lékařů?
- ❖ Jo, ale jak?
- Takže už jste nějakým způsobem zkoušeli tu Českou lékařskou komoru kontaktovat?
- ❖ To má na starost Česká společnost paliativní medicíny. Na jejich stránkách si najdete víc, to se musí pak už opravdu po odborné stránce, nikoli po profesní, protože tohle to si dělá Česká lékařská komora. A nebo Česká společnost Jana Evangelisty Purkyně, ta to zajišťuje jako po odborné stránce a oni jsou jeho součástí. To tak když tak pak jako najdete, když budete chtít.
- ❖ Zviditelňování ve vzdělávacích prostředcích. Pokud ty sdělovací prostředky o to nebudou mít zájem, a nebude to mediálně sexy, což téma umírání je sexy zřídka, tak je

to obecně problém. Na jednom internetovém serveru například vyšel článek, kdy zemřela paní, které bylo asi 37 let, měla osm dětí a tomu nejmenšímu byl rok, když jsme ho taky křtili a paní umírala, tak to bylo takové zajímavé a ten článek byl myslím nazván tuším: Místo, kde vám před smrtí nabídnou štamprli. Takže člověk tady, když má chuť na konci života si dát štamrli, nějaká mlsná babička štample vaječného koňaku, no tak proč bychom jí to upírali, když jí to udělá radost na konci dní? A článek pak palcovými titulky: Místo, kde vám před smrtí nabídnou štamprli, no, senzacechtivost za každou cenu.

- Já se přiznám že se s podobným přístupem často setkávám i takhle, pracovala jsem tady u Vás dva roky jako dobrovolnice a vím že ten přístup je někdy hodně zvláštní, ze strany toho okolí.

- ❖ Tak to víte sama no.

- ❖ Jasně, i když si myslím že veřejných akcí snad děláme hodně, není sil, to dělat víc už.

- ❖ Zlepšování spolupráce s pojišťovnami-jediná cesta je přesvědčit je, že ušetří. Oni si myslí že neušetří, když to budou podporovat a nutit tu vítěznou medicínu včas přecházet na tu paliativní. Zatím k tomu mentálně pojišťovny nedospěly. Protože si, a já to mám spočítané, my v hospicích to máme spočítané, zatím nezvnitřnili to, že to je pro ně levnější. To až pochopí, tak všechny mravní naše řeči budou naplněné, ale skrze ty peníze.

- K těm charitativním aukcím, já mám třeba úplně konkrétní nápad, protože například existují různé projekty, kdy tvůrci, například šperků, nabídnou k dražbě na facebooku svůj výrobek s tím, že se vzdávají nároku na zisk a berou na sebe náklady na poštovné na dopravu k vítězi dané aukce. Ten člověk který to vydraží pouze pošle peníze na účet té organizace a tvůrce mu zašle ten šperk. Víم že tohle nějakým způsobem funguje, i když je pravda, že se to často týká rodin nemocných dětí.

- ❖ Na ty děti se vydělá poměrně snadno. Tam jako ten vyděračský emoční potenciál je vysoký. Ale je to asi možnost, to jsme asi nikdy ještě nedělali.

- Mě právě to napadlo v souvislosti s tím, že sama vyrábím nějakou bižuterii a na různých fórech na internetu se s tím setkávám. Klidně si myslím že to můžeme nějakým způsobem zkusit realizovat.

- ❖ Dobře, to stojí za zvážení.

- Ještě se zeptám, když hospicová péče je v tuhle chvíli pozastavena, myslíte si, že je reálné, aby se ty služby obnovili?

- ❖ Tak reálné to je, samozřejmě, ale jak daleko k tomu je, to nevím. Na jednu stranu je pravda, že jsme měli smlouvy s malými pojišťovnami ale dominantní hráč na zdravotnickém trhu VZP smlouvu neuzavřela. Čili by si to museli ti pacienti platit. Na druhé straně zase, že bychom měli nával pacientů, kteří potom odmítli naši péči, protože to je drahé, tak to ne. Takže ona je to asi jenom část pravdy, že to pojišťovna nehradila a část pravdy je, že z nějakých důvodů nebyla poptávka. A teď jestli to je na straně rodin a nebo na straně praktických lékařů, kteří předepisují tu domácí péči, to já nevím. Asi to bude od obojího trochu, protože stále existuje takový špatně, ale přece jen standardizovaný postup, když je člověk doma a teď se mu hodně přitíží, tak do nemocnice. Proč? Když má praktický lékař pacienta, kterému se krátí svíčka života, dohořívá, tak v určitou chvíli ho mohl nějakým způsobem edukovat, jeho i tu rodinu, že pak, kdyby se ještě přitížilo, že nejvhodnějším způsobem léčby je třeba povolat tu domácí hospicovou péči a nebo překlad do lůžkového hospice, to už je jedno, ale standardem je nemocnice. Proč? Vždyť není vůbec důvod. Je to drahé, je to stresující pro pacienta ale je to asi nejjednodušší pro toho lékaře. Když je onkologický pacient doma a tak nějak se to zvládá doma, pak přijdou průlomové bolesti, tak místo toho, aby to bylo kontrolně hlídáno domácí hospicovou péčí, kteří si vědí rady s tím, a nebo aby byl člověk přeložen do hospice, no tak ho veze sanitka do nemocnice. No tak tam je den na interně, zjistí, že mu nemůžou nijak pomoci, tak ho lupnou na LDNku za plentu a je to začarovaný kruh. Další díl pravdy, který v tom taky hraje roli, u takhle nemocných lidí se v těch finálních fázích téměř nikdy neobejdeme bez opioidních analgetik. Jenomže na to, aby praktický lékař mohl předepisovat opiátová analgetika, tak potřebuje zvláštní recepty, žádanky s modrým pruhem se tomu říká. A je to zvlášť hlídané. To je obrovská spousta administrativy. A je to hlídané a kontrované a krajský úřad a trezor

musí mít a zápisy a potvrzení a tak dál. A řada praktických lékařů vůbec tyhle ty žádanky s modrým pruhem nemá a když je nemá, tak vůbec nemůže předepisovat silné léky na bolest. Čili z povahy věci vůbec nemůže doma léčit spousta praktických lékařů své pacienty, kteří mají těžké bolesti. Maximálně zvládnou střední bolest, když to velmi zjednoduším. Tady je taky něco shnilýho. Jak může nemít přístup k opioidním analgetikům lékař? Jak to, že to pojišťovně nevádí? A ve chvíli, kdy nastane potřeba těchto léků, a relativně pohodlně by to s těmi léky ten lékař praktický zvládl u toho pacienta doma, lup, do nemocnice. To je další z důvodů, který to asi limituje. A když by domácí péče byla jaksi k užitku, ale to je sesterská péče, tak stejně ty opiáty předepisuje ten praktik. A když nesmí, pokud nemá ty žádanky, tak stejně... je to víc důvodů.

- Je tedy otázka, jestli tyto záležitosti je vůbec nějaká možnost ovlivnit.
- ❖ Je, jinak bychom tu práci nemohli dělat, kdybychom tu naději neměli a asi to půjde pomaleji než bychom chtěli. Takže i díky tomu, že se tomu věnujete, přiložíte polínko do toho společného ohýnku, který se snad díky tomu víc rozhoří.
- My jsme se s paní Mgr. Předotovou bavili o tom, že bych pak ty svoje výsledky třeba i zprostředkovala té zdravotní pojišťovně. Je otázka, jestli se tam tím bude vůbec někdo zabývat.
- ❖ Ale ta naděje tam je.
- Já s tím v podstatě nebudu mít žádné větší náklady, takže určitě to mám v plánu, až to bude v nějaké finální verzi.
- ❖ Bezva. Když budete mít možnost tu práci pak i nám hotovou a obhájenou nám dát k dispozici, budu rád.
- S tím samozřejmě počítám.
- ❖ Ještě mě napadlo, dost často je situace taková, když k nám lidé přijdou, tak i jejich příbuzní říkají, no to kdybychom věděli, tak už jsme u vás dávno. Ale prapodstata této potíže je v tom, že zase není sdělená pacientovi dostatečně dobře a včas a šetrně pravda a ani té rodině. Jsou voděni za nos a pak se to zmatečně řeší na poslední chvíli. Ale když se to řeší na poslední chvíli, tak to pro ty lidi je šok, je to těžké odmítnout tu myšlenku hospicu. Kdyby se s tím pracovalo třeba i měsíce předem, podívejte a kdyby

se situace zhoršila, ona nemusí, ale kdyby se zhoršila, když ten lékař řekne, tak to může vypadat takhle ten zdravotní stav, ale mám pro vás dobrou zprávu, že existuje hospic, zkuste třeba o té myšlence přemítat, nebo si něco zjistit a ten človíček je lépe připravený a využije třeba i možnost v mezičase té respitní péče, nastaví se tu ta léčba, pak jde ten člověk domů a je to zase to, co jsem řekl na začátku. Že svým způsobem lékaři lžou. A ne třeba tím, že bezprostředně lžou do očí, že říkají nepravdu. Ale že nabízejí zavádějící řešení a to je forma lži. Že těm lidem, protože nejsou správně a dobře informováni je ukraden zbývající čas. Protože kdyby jim nebyl ukraden tou falešnou informací, zavádějící, která jim dává myslím falešnou naději, že se uzdraví, že se jim prodlouží život a tak dál, což se nestane, tak si ten svůj život, kdyby tu skutečnou pravdu věděli zařídí jinak.

- V literatuře se mluví také o aspektu plné informovanosti, kterému se tedy lékaři brání, což je asi pochopitelné, protože je asi logické, že nikdy nemůžou vědět přesně, nemůžou předem znát přesný průběh toho vývoje nemoci a zdravotního stavu. Nicméně myslím si, že pokud tedy má ta informovanost být co nejkompexnější, tak by tam tyhle informace neměli chybět.

- ❖ Ale žádná právní norma nenařizuje, dejme tomu onkologovi v nemocnici, získat od pacienta, kterého léčí, papír, kde podepíše, že byl úplně o všem informován a že ví přesně, jak na tom je.

- Já jsem se právě s nutností takový dokument podepsat setkala osobně.

- ❖ To je zvláštní. Tenhle papír je vyžadován tehdy, když jdete na operaci a tam vám popíší všechna rizika, a kdyby to člověk četl do důsledku, tak to radši ani nepodepíše, protože se tam zříká veškerých práv, ale to pomímám. Rizika, když jdete na náročnou operaci, nebo když jdete do hospice, tak podepisujete, že víte, co to hospic je a že víte do čeho jdete. Zhruba takhle. A prostý fakt informace, nechat si podepsat, to se přiznám, že slyším od vás poprvé.

- ❖ Tady mám zkušenost, brutálně řečeno, u těch poslanců, zastupitelů, ministrů a tohohle by bylo úplně nejlepší, kdyby jim někdo z rodiny těžce onemocněl, ne že bych jim to přál, ale když už jim onemocní, aby je osud zavál do některého z hospiců, aby

pochopili, jak kvalitní je to péče, za jak málo peněz a jak stojí za to, za ně bojovat. To by bylo úplně nejlepší.

- Aby tedy měli nějakou osobní zkušenost.

- ❖ Nad to není.

- ❖ Tohle to, to je alfa a omega. Zatím nás legislativa nutí, buď buďte pouze zdravotnické zařízení nebo pouze sociální. Tady máme zdravotně sociální plány měst, zdravotně sociální fakulty, zdravotně sociální plán střednědobého rozvoje služeb v kraji, my máme všechno zdravotně sociální, kromě těch konkrétních zařízení. No tak to už není normální, ne? Tak doufejme že už se to vyřeší.

- ❖ Možnost úlev pro pečující členy rodin, jakou máte představu, že by mohli být úlevy. v zahraničí to někde je a je to dost daleko.

- Já jsem právě uvažovala o nějakých úlevách ze zaměstnání, mám představu o analogii s ošetřováním člena rodiny, placené uvolnění ze zaměstnání za účelem péče.

- ❖ No samozřejmě by bylo úžasné, kdyby pečující člen rodiny měl ze zákona nárok na placené volno od zaměstnavatele, na těžce nemocného ve fázi umírání.

- Takovou představu jsem právě měla, bylo by pro rodiny asi snazší.

- ❖ Bezva, klidně to pracovním můžeme pracovním nazvat ošetřování umírajícího člena rodiny. To do té práce můžete klidně takhle naznačit. V řadě západních zemí, tuším že ve Francii jsou v tomhle dohledu daleko.

Zajištění podpory ze strany zdravotních pojišťoven.

- ❖ Jak no, přesvědčit je, že ušetří. Když budou nutit ty lékaře, motivovat je nějakými nástroji, a oni ty nástroje mají nejvíc, protože drží pokladnu.

- Mě docela překvapuje, když pro ně to představuje takhle velkou finanční úsporu, co je ještě překážka.

- ❖ Zjednodušeně řečeno, vždyť mi jsme to kalkulovali, já jsem jednal s vrcholnými představiteli VZP v Praze, vždyť já ta čísla mám. Ten pacient v domácím prostředí, by mohl stát zhruba 900 na den. Pacient v lůžkovém zařízení stojí minimálně 1 200 na den a víc. Minimálně. A pak už může stát i násobně víc. Podle toho, v jakém je zařízení. Jestli je v okresní LDNce tak může stát, já nevím, těch 1 200, jestli bude tentýž pacient, který by mohl v pohodě být při dobré domácí péči doma, ten onkologický finální, jestli

leží někde na interně a dělají s ním psí kusy s biologickou zbytečnou léčbou a tahají ho magnetickou rezonancí, tak stojí až i desetitisíce. a tohle pojišťovna platí, úplně nesmyslně. To je hrozný.

- To je hrozně zvláštní.

- ❖ Hrozný, hrozně zvláštní, to je zkalkulované, my to máme do koruny spočítané a pojišťovna to ví, ty materiály od nás má.

- Mě právě není jasné, proč tady dobrovolně vynakládají tak obrovské náklady, když by se to dalo vyřešit lépe a ještě levněji.

- ❖ To se musíte zeptat jinde.

stacionář v rámci Domova Matky Vojtěchy.

- ❖ My jsme z toho vycouvali, ne že bychom o tom nepřemýšleli, ale asi prostorově to není možné.

- To právě zase vychází z těch rozhovorů, protože v literatuře se mluví o tom, že v zahraničí fungují i ambulantní formy hospicové péče. Už jsme tedy dospěli k tomu, že ta přeprava a tak, že to je prostě docela nereálné.

- ❖ Je to o tradici, je to otázka tradice, někde jsou preferované ty domácí způsoby péče, někde jsou ty lůžkové. Je potřeba říct, že to, co je u nás, ta síť hospiců, to je špičková světová úroveň z hlediska kvality i geografické dostupnosti. V tom nám řada zemí západní Evropy upřímně může závidět. Jsme daleko před nimi, to je potřeba říct. Je spousta hospiců lůžkových v Anglii, která je naším vzorem, kde to tlačíme nějakým tímhle směrem, naopak třeba v Rakousku lůžkové hospice dohromady nemají. Ale já si myslím, že my jsme na tom lépe. jako není samospasitelná jenom domácí hospicová péče. Ano, jsou to dvě plíce jednoho organismu. Jedna bez druhé nemůže dobře fungovat. Ideální je, když fungují obě. Ano, tady funguje velmi dobře, kvalitně lůžková péče, oč by mohla fungovat lépe, kdyby byla víc využívána, protože je levná, ale vůbec nefunguje domácí. A když, tak ve velkoměstech z nějakých důvodů. Že to lze i beze smluv nějak dobře ufinancovat. Že tam je bohatší společnost. Nemusí se tolik jezdit a tak dál. Ale ve venkovském prostředí, narozdíl třeba od těch západních zemí to je pravda tolik nefunguje. A nejsme v Austrálii, kde existuje létající společnost těch australských lékařů, kteří mají pilotní zkoušky, naskočí do letadla a letí několik set

kilometrů. To je nesouměřitelné a nehledět na to, jako na samospasitelnou věc. Když jsme v celé řadě věcí dál, než celá slavná západní Evropa. To znamená ale i u těch stacionářů, no pojďme o tom mluvit ve velkoměstech, ale když Prachatice mají 12 000 obyvatel, a statisticky je tady, a to se můžeme dopočítat, velmi málo těch, kteří jsou ochotni a schopni čerpat tuhle službu toho stacionáře, z dvanáctitisícových Prachatic, že budou tři klienti, vymyslím si, tak to pro nás jako poskytovatele není ufinancovatelné, zatím co když to bude v Českých Budějovicích, kde naložej dědečka, kterého mají doma a ráno, když jedou do práce, a odvezou ho do stacionáře, když jedou z práce, tak si ho vyzvednou, tak ve stotisícových Budějovicích to bude úplně něco jiného, protože stotisícový spád do Prachatic znamená dojezdovou vzdálenost 50 kilometrů. A kdo se bude vozit 50 kilometrů někoho, nebo dejme tomu z Vimperka, když pracuje ve Vimperku. Tam a zpátky do Prachatic to prostě je časově i finančně dost nemožné a nelze srovnávat a v maloměstech je to velký problém ten stacionář takhle provozovat. Je to mnohem reálnější ve velkoměstech. Z těchto pragmatických důvodů.

- My jsme se právě o tom bavili s paní sociální pracovnící i o těch stresech během přepravy, což možná může být pro toho klienta strašně zatěžující.
- ❖ To s tím souvisí, ano.