

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

Rozvoj domácí hospicové péče v jihočeském regionu

Bakalářská práce

Autor: Eva Předotová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

7. 5. 2010

Abstract

Hospices provide palliative medical care to patients in the terminal stage of their disease. The idea of hospice care is based on the respect for a human being as a unique and unreproducible entity. This approach ensures that a person does not stay alone in the last moments of his or her life, does not suffer unbearable pain and, last but not least, is guaranteed that his or her human dignity will be preserved and respected in all circumstances.

This thesis focuses especially on providing hospice care in clients' homes. The goal of hospice care is to enable a person suffering from a serious disease to spend the last moments of his or her life at home with his or her family. It emphasises both a quality care of a dying person and support of the nursing family.

The bachelor thesis is entitled: The Development of Hospice Care in the South Bohemian Region. It aims to determine the need for providing field hospice care and at the same time to describe the issue of home hospice care development in the South Bohemian region. In order to achieve these aims, the method of qualitative research has been used, namely the technique of semi-controlled interviews, supplemented by a survey.

Three interviews carried out with the representatives of the Hospice of St. Jan N. Neumann clearly showed that the public as well as healthcare professionals are interested in field hospice care. Even the medical staff who took part in the survey held a similar opinion, mainly stressing the interest in home hospice care among their patients. The interview with the director of the hospice in Prachatice clearly indicated that everything was ready for launching the home hospice operation.

However, it is not possible to launch this service due to the insurance company's, as the main finance provider, lack of willingness to help. The insurance company is not interested in signing a contract with the only registered hospice in the South Bohemian region, namely the Hospice of St. Jan N. Neumann.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma, rozvoj domácí hospicové péče v jihočeském regionu vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, 7. května 2010

.....
Eva Předotová

Poděkování

Na tomto místě, bych ráda poděkovala Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení práce. Dále pak zaměstnancům Hospicu sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, včetně pana ředitele Mgr. Roberta Huneše, Ph.D. Především za ochotnou spolupráci a vstřícné jednání.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Paliativní péče	9
1.1.1 <i>Principy a cíle</i>	9
1.1.2 <i>Umírání a smrt.....</i>	11
1.1.3 <i>Fáze smíření dle Kübler-Rossové</i>	14
1.2 Hospicová péče	19
1.2.1 <i>Principy a cíle</i>	19
1.2.2 <i>Financování</i>	21
1.2.3 <i>Legislativa.....</i>	22
1.3 Z historie hospiců.....	24
1.3.1 <i>Typy hospicové péče</i>	26
1.4 Domácí hospicová péče.....	28
1.4.1 <i>Principy a cíle</i>	28
1.4.2 <i>Pracovní tým</i>	30
1.4.3 <i>Přijímání klientů</i>	32
1.4.4 <i>Zapojení rodiny.....</i>	32
1.5 Holistické přístupy v péči o umírajícího	33
1.5.1 <i>Biologické potřeby</i>	34
1.5.2 <i>Psychologické potřeby</i>	35
1.5.3 <i>Sociální potřeby</i>	36
1.5.4 <i>Spirituální potřeby</i>	37
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY.....	39
2.1 Stanovené cíle	39
2.2 Výzkumné otázky.....	39
3 METODIKA	40
3.1 Použité metody	40
3.2 Charakteristika souboru	40
4 VÝSLEDKY.....	42
4.1 Rozhovory.....	42
4.1.1 <i>Rozhovor s ředitelem Hospice sv. Jana N. Neumanna</i>	42
4.1.2 <i>Rozhovor se sociální pracovnící Hospice sv. Jana N. Neumanna.....</i>	49
4.1.3 <i>Rozhovor s vrchní sestrou Hospice sv. Jana N. Neumanna.....</i>	51
4.2 Anketa.....	53
5 DISKUSE	58
6 ZÁVĚR.....	63
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	64

8	KLÍČOVÁ SLOVA	67
9	PŘÍLOHY	68

ÚVOD

*Až umřu, nic na tomto světě se nestane a nezmění,
jen srdcí několik se zachvěje v rose, jak k ránu květiny,
tisíce umřely, tisíce umrou, tisíce na smrt jsou znaveni,
neboť v smrti a zrození nikdo nezůstal jediný.*

*Smrti se nebojím, smrt není zlá, smrt je jen kus života těžkého,
co strašné je, co zlé je, to umírání je,
kdy smysly střelené v letu padají se všeho, se všeho,
a v rezavém potrubí těla čas hnije jak pomyje,
by rozložil ruce, oči, nervy a každý sval,
kterým svět v náruč jsi chytal a miloval,
smrti se nebojím, smrt není zlá, ve smrti nejsem sám,
umírání se bojím, kde každý je opuštěn, - a já umírám.*

To je část básně Umírající od Jiřího Wolкера. Jsou to slova muže, který ví, že umírá, jeho pocity, obavy a vzpomínky. Touto básní však nevyjádřil pouze své pocity, ale dovolím si tvrdit, že to jsou pocity všech lidí, kteří se ocitli tváří v tvář smrti.

Naštěstí jsou v naší společnosti také lidé, kteří dokážou stát umírajícímu věrně po boku až do poslední chvíle a ulehčit mu tak jeho trápení. Již několikrát jsem měla možnost se setkat s těmito lidmi, ať už z řad zdravotníků, nebo i s členy rodin, kteří dlouhodobě pečovali o své blízké. Všichni tito lidé mají mou velikou úctu a obdiv.

Hospicová péče se v naší zemi rozvíjí poměrně krátkou dobu, a přesto se během své existence již setkala s celou řadou obtíží. Velmi složitá je pak otázka právě domácí hospicové péče. K napsání této bakalářské práce mě inspirovala snaha prachatického Hospice sv. Jana N. Neumanna zprostředkovat v Jihočeském kraji také ambulantní hospicovou péči.

Ve své práci jsem se snažila popsat problematiku paliativní a hospicové péče, charakterizovat její rozvoj a uplatnění v naší společnosti. Dále jsem se zaměřila právě na domácí hospicovou péči a potřeby těžce nemocných a umírajících lidí. Praktická část práce je pak zacílena na potřebnost poskytování terénní hospicové péče v jihočeském regionu a zjištění problematiky jejího rozvoje v tomto kraji.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Paliativní péče

1.1.1 Principy a cíle

Termín paliativní péče má základ v latinském slově „pallium“, to znamená plášť, maska, pokrytí anebo také obal; sloveso „palliare“ pak znamená pokrýt či zakrýt pláštěm. Z překladu těchto slov tedy lze snadno určit podstatu paliativní péče. Cílem tohoto oboru je „maskovat účinky neléčitelné choroby a zakrýt pláštěm trpící“¹

Paliativní péče je poskytována umírajícím již od nepaměti, ať už jí prováděli lékaři, zdravotní sestry, duchovní, řádové sestry nebo sami členové rodiny. Smrt byla po celá staletí a v mnoha různých kulturách chápána jako vyvrcholení životní cesty. Ve starověkém Řecku a Římě byla kvalitní, odborná péče o těžce nemocné a umírající chápána jako luxus, který si mohli dovolit jen dobře situovaní lidé. Středověk a křesťanství pak do této oblasti vneslo lásku k bližnímu a obětavost. V průběhu 19. století byla péče o umírající především v rukou rodiny a modely péče se předávaly z generace na generaci.²

V posledních desetiletích umožnil medicínský pokrok léčit mnohé obtížné a dříve nevléčitelné či smrtelné choroby. Zlepšování lékařských metod s sebou nese i prodlužování lidského života a oddaluje tak okamžik lidské smrti. Tato skutečnost má však za následek nedostatečnou kvalitu života umírajícího člověka, jeho osamělost a utrpení.³ Odborníci se shodují, že k největšímu rozvoji disciplíny, která se zabývá péčí o umírající, dochází od roku 1990. Právě v tomto roce vydala Světová zdravotnická

¹ MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii aneb být, či nebýt?* 2008.

² KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství.* 2007.

³ Doporučení RE č. 1418/1999.

organizace (dále také WHO) zprávu o zmírňování bolesti při rakovině a o paliativní péči.⁴

Jedná se o přístup, který prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin. Ti všichni čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Tato péče je umožněna včasnou identifikací a bezchybnou diagnostikou bolesti či jiných fyzických, psychosociálních a duchovních problémů.⁵ Obsah pojmu paliativní medicína není ustálen, proto je možné setkat se s celou řadou definic či vysvětlení.⁶

Definice vytvořená roku 1987 ve Velké Británii hovoří takto: „Paliativní medicína je celková 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.“ O pouhé tři roky později vytvořila Světová zdravotnická organizace vlastní definici. V ní je paliativní péče definována jako „přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin.“ Obě tyto definice ukazují na fakt, že se paliativní medicína tradičně soustřeďovala na péči o nemocné a umírající onkologické klienty.⁷

Koncem 90. let a na začátku 21. století je zaznamenán nárůst zájmu o potřeby lidí, kteří trpí jinými, neonkologickými, chorobami. Postupy a zkušenosti získané během hospicové paliativní péče o onkologické pacienty se ukázaly jako velmi efektivní i u jiných skupin pacientů. Z těchto důvodů došlo v roce 2002 k rozšíření konceptu paliativní péče. Světová zdravotnická organizace tuto oblast rozšířila do dvou dimenzí.

⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

⁵ PLYNOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007.

⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007

⁷ VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004.

V první řadě se jedná o rozšíření diagnóz. Paliativní péče tedy není určena pouze pro onkologicky nemocné, ale pro všechny, kteří trpí jakýmkoli progresivním chronickým onemocněním.⁸

„Druhou oblastí změn je rozšíření časového úseku v průběhu nemoci, ve kterém jsou postupy paliativní péče použitelné. Hospicová paliativní péče chápala sebe sama především jako péči o terminálně nemocné a umírající (poslední týdny a dny života). Nová definice paliativní péče WHO 2002 již nepracuje s konceptem terminálního onemocnění, ale konceptem onemocnění ohrožujícího život. U všech nemocných s onemocněním život ohrožujícím (bez ohledu na aktuální prognózu) je třeba včas identifikovat a účinně mírnit utrpení ve všech dimenzích.“⁹

1.1.2 Umírání a smrt

Smrt je nedílnou součástí našeho života, je to proces započatý okamžikem narození. Jak je již výše uvedeno, naši předkové byli se smrtí smířeni a v průběhu svého života se učili umírat. Lidé umírali nejenom doma, ale také na veřejných místech, ve špíně a bez jakékoli pomoci. Pomoc lékaře, přítomnost kněze a blízkých osob si mohli dovolit pouze lidé z vyšších vrstev společnosti. Moderní člověk je však zvyklý žít dlouho, šťastně a v případech nutnosti se spoléhat na „všemocnou“ medicínu. Po druhé světové válce se u nás začal objevovat fenomén tabuizace smrti. V současnosti je chápána jako nepatřičná nutnost, která se nehodí do světa médií a vědeckého pokroku, světa, který zdůrazňuje mládí a úspěch.^{10;11}

V klinické lékařské praxi je však tento pojem chápán jako delší či kratší časové období, které je zakončeno terminálním stavem. Terminální stav je pak definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti

⁸ VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004.

⁹ VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004. s. 25.

¹⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2002.

¹¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

individua.¹² Proces umírání a smrti je podle odborné literatury dělen do tří období či fází: *prea finem*, *in finem*, *post finem*.

1. Období **prea finem** začíná okamžikem, kdy je klientovi diagnostikována vážná choroba, která je perspektivně neslučitelná se životem. Jedná se tedy o proces, jehož začátkem je diagnóza závažné nemoci. Po celé toto období, které může trvat týdny, ale i měsíce, je třeba se snažit o odvrácení nepříznivého stavu nebo alespoň zmírňovat obtíže spojené s průběhem onemocnění. Samotná informace o závažnosti onemocnění, konfrontace s bolestí je velice silná. Nemocný by měl být ubezpečen, že mu bude poskytnuta lékařská, ale i psychologická a lidská pomoc. „Nemocného je bezpodmínečně nutné uchránit od tzv. psychické a sociální smrti. Nikdo by neměl zemřít dřív psychicky než fyzicky.“¹³

Během tohoto období nemocný prochází fázemi psychické odezvy na příchod a rozvoj vážné nemoci, tyto fáze je nutné respektovat. Po celé období *prea finem* je důležité poskytovat nemocnému emoční podporu. Takovýto člověk by měl mít někoho, s kým může otevřeně hovořit o své situaci a kdo by mu pomohl s řešením problémů souvisejících s onemocněním.¹⁴

2. Období **in finem** můžeme též nazvat terminálním stavem. V posledních desetiletích se tato fáze odehrává v moderních institucionálních podmínkách. Ve vyspělých zemích umírá ročně 80 % lidí v nemocnicích. Zdravotnická zařízení poskytují umírajícímu veškerou odbornou péči a profesionální přístup, mnohdy však chybí lidský kontakt.¹⁵ V souvislosti s tímto jevem se v posledních několika letech obrací pozornost k úvahám, co by mělo být umírajícímu poskytnuto a kdo by tyto služby měl poskytovat.¹⁶

Ať už o těžce nemocného pečuje zdravotnický personál nebo rodina, jisté je, že umírání je pro všechny strany velmi obtížné období. Umírajícímu ubývají jak

¹² VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004.

¹³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2002, s. 207.

¹⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2002.

¹⁵ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2002.

¹⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

fyzické, tak i psychické síly, klesá jeho zájem o lidskou společnost či o informace z vnějšího světa. Tito lidé často spí, jejich celkový projev je velice klidný až introvertní. Někteří lidé vítají přítomnost blízkého člena rodiny, jiní si naopak přejí být zcela sami se svými myšlenkami a vzpomínkami. V této poslední fázi života se nemocný nejčastěji zabývá otázkami: „Jak dlouho budu ještě trpět? Kolik času mi ještě zbývá?“ Pokud tyto své otázky vysloví, měl by být ubezpečen, že nezůstane opuštěný a bude zbaven veškeré bolesti.¹⁷

Několik posledních dní před smrtí se u umírajícího objevuje euforie, člověk se cítí lépe, má dobrou náladu a projevuje zájem o okolní svět. Tyto chvíle by měla s nemocným prožívat i jeho rodina. Euforie je však brzy vystřídána smrtelným kómatem. Jedná se v podstatě o apatický stav, při němž však nemocný vnímá okolní dění a slyší hlasy přítomných. Fyzicky se smrtelné kóma projevuje zhoršenou reakcí zorniček, prochládnutím rukou a nohou a lze pozorovat i tmavší odstín kůže. Tento okamžik je také vhodný, aby se s umírajícím rozloučili jeho nejbližší. Proces pokračuje postupným slábnutím pulzu, poklesem krevního tlaku a snižováním tělesné teploty, dech se stává velice nepravidelným, může se zrychlovat, nebo naopak zpomalovat a objevují se dlouhé pauzy. Krátce před smrtí se tvář umírajícího zklidní a projasní se barva očí.¹⁸

3. Situace **post finem** je charakterizována především péčí o tělo zesnulého, do popředí zájmu se také dostávají pozůstalí a především některé rizikové skupiny.¹⁹

Smrt konstatuje vždy lékař, a to nejčastěji jako nevratnou zástavu srdeční činnosti, v situacích, kde je zvažován odběr orgánů, je kritériem mozková smrt. Samotnou péči o mrtvá těla pak nejčastěji provádí zdravotní sestra. Ta zemřelému zavře oči a podváže bradu, poté je tělo uloženo do vodorovné polohy

¹⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

¹⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

¹⁹ VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004.

na čistém prostěradle a omyto. Sestra vyjme zubní protézu a sejme všechny ozdobné předměty, seznam těchto předmětů zaznamená do dokumentace. Všechny kanyly, cévky a drény jsou zkráceny a rány čistě převázány. Poté je tělo označeno identifikačními štítky na pravém zápěstí a pravém kotníku, zabaleno do čistého prostěradla a ponecháno dvě hodiny v klidu na pokoji nebo v pietní místnosti určené k těmto účelům. Poté je příbuzným umožněno se rozloučit se zemřelým. Pro tyto účely je ideální již zmíněná pietní místnost.²⁰

Události provázející smrt blízkého člověka zůstávají vryty do paměti pozůstalých. Pro rodinu je toto období velmi náročné, ať již je na tento okamžik sebelépe připravena. Z těchto důvodů je nesmírně důležité ze všech sil minimalizovat utrpení a strádání. Rodině je v těchto situacích poskytnuta útěcha, kterou tváří v tvář takovéto ztrátě potřebuje. „Zdravotničtí odborníci musí být ochotní sdílet svoje čekání na pacientovo poslední vydechnutí a vědět, co dělat, když tato situace nastane. Mnoha lidí se v takovém okamžiku zmocní panika nebo jsou silně rozrušeni.“ V takovýchto okamžicích je důležitá jak fyzická, tak emoční podpora. Po několika minutách ticha je možné nabídnout blízkým, zda chtějí, aby se nad mrtvým někdo pomodlil. Řada rodin bez nějakého hlubšího náboženského založení může mít pocit, že krátká modlitba je pro takovou vypjatou chvíli vhodná.²¹

1.1.3 Fáze smíření dle Kübler-Rossové

V každé společnosti jsou věci, o kterých se na veřejnosti nehovoří, určitá tabu. A právě hovor o smrti a umírání je v naší společnosti jedním z hodně tabuizovaných témat.²² Člověk se nebojí ničeho víc jak smrti. Proto bývá mnohdy velmi komplikované sdělit umírajícímu pravdu. Reakce na smrtelnou diagnózu bývají různé, většina lidí však dál doufá.²³

²⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

²¹ PARKERS, C. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 2007. s. 118.

²² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 2000.

²³ KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. 2007.

Šok, popírání a izolace. To jsou projevy prvotního popírání skutečnosti sdělené lékařem. Tato reakce se většinou výrazně manifestuje. Objevuje se pláč, uzavřenost, ale i předstírání zdraví.²⁴ První reakcí na informace ohledně terminální povahy onemocnění může být dočasný šok a otřes. Po vzpamatování z počátečního ochromení najde nemocný sílu se vzchopit a začne popírat fakta. Odmítání a popírání reality je pro umírajícího člověka pouhým prostředkem, který tlumí nečekanou a šokující zprávu. Takovýto stav umožňuje klientovi trochu se vzpamatovat a časem také zmobilizovat jiné, méně radikální obrané postupy.

Lidé s vážným onemocněním se mohou myšlenkami na vlastní smrt zabývat různě dlouhou dobu, ale nakonec takovýchto úvah zanechají a udělají místo životu. Tento postup je zdravý a pomáhá snáze se vyrovnat s nelehkou a bolestivou skutečností. Doktorka Kübler-Rossová píše ve své knize *O smrti a umírání* o několika svých pacientech, kteří až úzkostně odmítali přijmout stanovenou diagnózu. Toto chování je spíše typičtější u pacientů, kteří byli informováni předčasně anebo příliš stroze či necitlivě někým, kdo nemocného příliš dobře nezná, nebo někým, komu sdělování takovéto informace bylo velice nepříjemné, a nebral v úvahu, zda je pacient na přijetí takovéto zprávy připraven.²⁵

„K úplnému či alespoň částečnému popírání se uchylují téměř všichni pacienti, a to nejen v prvních fázích nemoci nebo bezprostředně poté, co byli seznámeni s diagnózou, ale čas od času také ve fázích pozdějších.“²⁶

Agrese a zlost. To jsou pocity, které se objevují v druhé fázi. Nemocný hledá příčinu, má snahu vybijet si zlost na svém okolí. K takovému člověku je důležitý klidný a chápavý přístup.²⁷

Pokud již nelze pokračovat v popírání a odmítání, objevuje se pocit zlosti, vzteku a rozmrzelosti. Zatímco stadium popírání jsou lidé v okolí nemocného ochotni

²⁴ KELNEAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 2007.

²⁵ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993.

²⁶ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993, s 36.

²⁷ KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 2007

akceptovat a tolerovat bez problémů, pro stadium zlosti nachází okolí a rodina jen málo porozumění. Hněv se obrací na všechny strany. Lékaři jsou podle pacienta neschopní, nevědí, co mají dělat. Častým terčem zlosti jsou zdravotní sestry. Rodinní příslušníci nejsou přijímáni příliš vstřícně, nemocný před nimi neskrývá malou víru v budoucnost. Vzájemné setkávání se tedy postupem času stává oboustranně bolestivou událostí, blízcí reagují buďto studem a pocity viny, smutkem a slzami, anebo začnou odmítat další setkávání. Obě možnosti však nadále prohlubují pocit nespokojenosti a zlobu. Problém spočívá ve skutečnosti, že ne každý je ochoten vcítit se do situace umírajícího člověka, zákonitě pak tedy nemůže pochopit, odkud se zloba bere.²⁸

Světové dění zprostředkované médií může vyvolávat u nemocného pocity odloučení od okolního dění a pocit vlastní bezvýznamnosti. Z těchto důvodů začne usilovat o to, aby nebyl zapomenut, zvyšuje tedy hlas, vznáší požadavky a stížnosti, začíná vyžadovat větší pozornost. V podstatě člověk takovýmto chováním naznačuje svému okolí, že je živý a že se na něj nesmí zapomínat.²⁹

„Když lidé v jeho okolí pacienta respektují a chápou, když mu věnují pozornost a trochu svého času, nemocný brzy svůj hlas ztiší a zmírní své zlostné požadavky. Poznává, že je cennou a ceněnou lidskou bytostí, že není ostatním lhostejný. [...] Tragédií je, že o příčinách zlosti našich pacientů nepřemýšlíme vůbec, anebo jen málo, a jejich zlobné výpady bereme osobně, ačkoli – alespoň zpočátku – nemá taková zloba nic společného s lidmi, proti kterým se obrací. Když zdravotnický personál nebo rodina reagují vztahovačně a se vzrůstající zlostí ze své strany, jenom tím přispívají k nepřátelskému chování nemocného. Mohou se takovým pacientům vyhýbat, mohou zkracovat návštěvy a nebytná setkání s nemocným na minimum nebo se pouštět do zbytečných argumentací na obranu vlastního postoje, aniž vědí, že takový postup je zcela irelevantní.“³⁰

²⁸ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993.

²⁹ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993.

³⁰ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993, s. 47.

Kompromisy a smlouvání. Pacient se snaží smlouvat s Bohem, většinou o tom s nikým nemluví. Objevuje se pocit viny a s ní spojená představa trestu. V takovémto člověku je důležité pocit viny a strachu potlačit.³¹

Stadium smlouvání je pro pacienta neméně důležité jako obě předchozí stadia, i když trvá kratší dobu. Pokud se ve druhé fázi objevila u těžce nemocného člověka zlost na lidi i na Boha, zde se zase objevují snahy docílit jakési dohody, která by umožnila oddálení okamžiku smrti. Obdobné chování lze velmi dobře pozorovat u dětí, které pokud nemohou něčeho dosáhnout požadováním, začnou prosit a smlouvat. Vážně nemocní se přiklánějí ke stejné taktice. Ze zkušeností vědí o možnosti odměny za dobré chování. Nejčastějším přáním bývá prodloužení života a prožití několika dnů bez bolesti a fyzických potíží. Jedná se tedy o pokus o odklad, obsahuje odměnu za „dobré chování“ a současně určuje i samostatně zvolenou hranici. Pacient současně slibuje, že pokud mu bude přání splněno, nebude nic víc požadovat. Velkou část smluv uzavírá nemocný s Bohem. Takovéto smlouvy potom ale drží v tajnosti a zmínky o nich se objevují spíše náznakově během hovoru.³²

Z pohledu psychologa mohou být sliby spojeny s utajeným pocitem viny, proto by takovéto projevy pacienta neměli brát zdravotníci na lehkou váhu. Při podchycení takových zmínek se lze dopátrat, z čeho pramení pocit viny.³³

Fáze deprese je často spojena s obtížemi osobního charakteru. Nemocný často v důsledku choroby přichází o zaměstnání, tudíž o finanční prostředky, mohou se objevit zhoršené rodinné vztahy. To vše na pozadí zhoršujícího se zdravotního stavu.³⁴

„Když smrtelně nemocný pacient nemůže už dál svou nemoc popírat, když je přinucen podstoupit řadu operací nebo léčebných zákroků, když přibývá zjevných

³¹ KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 2007

³² KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993.

³³ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993.

³⁴ KELNAROVÁ, J. *Thanatologie v ošetrovatelství*. 2007

příznaků nemoci a ubývá sil, nemůže se tomu všemu už dál vysmívat. Jeho zaraženost nebo stoicismus, jeho zlost a hněv brzy vystřídá pocit velké ztráty.“³⁵

Zvýšené finanční náklady spojené s rozsáhlou léčbou a dlouhodobou hospitalizací mohou vést k úplnému finančnímu vyčerpání. Dlouhodobá pracovní neschopnost často vede ke ztrátě zaměstnání, rodina nemocného je pak mnohdy odkázána na jeden příjem nebo je zcela bez příjmů. Takováto situace může smutek ještě více prohloubit a přispět u nemocného k pocitům viny. Deprese tohoto typu označuje doktorka Kübler-Rossová za reakční deprese. Naopak deprese, která má svůj původ v důsledcích očekávaných událostí, se označuje jako deprese přípravná.³⁶

Typickou reakcí vůči smutným lidem bývá snaha je rozveselit. Okolí se snaží ukázat nemocnému člověku světlé stránky života a podporuje pozitivní náhled na svět. Tento postup může být užitečný, jedná-li se o reakční depresi. V případě přípravné deprese je však takovýto přístup spíše nežádoucí. Prostřednictvím této deprese se umírající připravuje na ztrátu všech milovaných, může být i cestou k dosažení smíření. V této fázi je důležité společné sdílení pocitů, není třeba slov, daleko přínosnější je dotyk ruky, pohlazení nebo jen tiché společné posezení. Pokusy o rozveselení spíše brání citové přípravě, než aby jí pomáhaly.

Poslední fází je **akceptace neboli smíření** se skutečností. Nemocný více než předtím vyžaduje přítomnost jiného člověka, ať personálu nebo někoho z rodiny. Důležité je poskytovat pocit bezpečí a jistoty.³⁷

Pokud měl pacient dostatek času a někoho, kdo mu pomohl prožít a zvládnout dříve popsaná stadia, dosáhl stavu, kdy není ani deprimován ani necítí zlost na svůj osud. V této fázi by měl být nemocný schopen vyjádřit své pocity, svou dřívější nenávist vůči žijícím a zdravým, svou zlost na ty, kteří nemusí čelit svému konci tak

³⁵ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993, s. 77.

³⁶ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993.

³⁷ KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetřovatelství*. 2007.

brzy. Již netruchlí nad nastávající ztrátou blízkých lidí a na svůj odchod pohlíží s tichým očekáváním.³⁸

„Akceptace by neměla být chybně považována za šťastné stadium, je to téměř ztráta vědomí. Je to, jako když bolest odejde, boj je dobojován a přijde čas na poslední odpočinek před dlouhou cestou... Je to takové období, kdy rodina obvykle potřebuje více pomoci, porozumění a podpory než sám pacient. Když umírající člověk dojde vnitřního míru a akceptace, okruh jeho zájmů se zúží. Přeje si být sám, nebo alespoň nebýt vyrušován zprávami a problémy týkajícími se vnějšího světa.“³⁹

1.2 Hospicová péče

1.2.1 *Principy a cíle*

V minulých desetiletích se péče o umírající přesunula z domácího prostředí spíše do nemocničních zařízení, kde sice je těmto lidem poskytována kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče, ale chybí zde lidský přístup. Koncem 50. let 20. století se začíná prosazovat názor, že bílá plenta není nejlepším řešením. Z těchto důvodů se začal hledat nový vhodný přístup, který by kombinoval láskyplný domácí model s profesionální péčí. V současnosti se rozvíjí specializovaná pracoviště pro umírající, jejichž klasickým představitelem je hospic.⁴⁰ Čeština slovo hospic převzala z němčiny, kde má slovo „hospit“ význam noclehárny spravované církví. Toto slovo má však svůj původ v latinském pojmu „hospitium“ neboli pohostinství, přátelské přijetí, hostinec.⁴¹

Hospic v žádném případě není dům smrti. Myšlenka hospice má základy v úctě k člověku jako k jedinečné a neopakovatelné bytosti a v chápání jeho potřeb. Hospicová péče garantuje, že člověk nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost. V neposlední řadě hospic garantuje, že umírající nezůstane v posledních chvílích osamocen. Ctí autonomii a individuální právo každého

³⁸ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993.

³⁹ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. 1993, s. 100.

⁴⁰ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2002.

⁴¹ <http://www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html>.

jedince se rozhodnout. Nejedná se o umělé prodlužování života, ale o zkvalitnění v jeho samotném závěru.⁴²

Právo každého člověka na důstojnou smrt jako základní etický princip je jistě nezpochybnitelné. Myšlenku hospice lze za splnění určitých podmínek uplatnit kdekoliv. V podstatě jde o to, naplnit dny životem a ne život naplnit dny. Především se klade důraz na kvalitu života nemocného, a to až do úplného konce. Jedná se o doprovázení nemocného, ale také jeho blízkých, kteří zde hrají důležitou a nezastupitelnou roli. „Hospice nespouštějí ze zřetele rodinu ani po smrti nemocného, a je-li to potřeba, věnují se jí i dlouhodobě. Pro některé umírající právě toto zjištění představuje pomoc nejcennější.“⁴³

Organizace, které poskytují lidem v terminálním stadiu onemocnění hospitalizační péči, používají řadu názvů; nejběžnější z nich jsou „hospice“ nebo „hospicová oddělení“. Může se jednat o oddělení v rámci všeobecné či specializované nemocnice, ale může jít i o samostatnou budovu na půdě nemocnice, nebo budovy nezávislé na kterémkoliv jiném nemocničním, případně zdravotnickém zařízení. Poslední uvedená možnost je v současnosti nejrozšířenější. Původně byly tyto služby zaměřeny téměř výhradně na pokrývání potřeb lidí umírajících na rakovinu a tyto potřeby v mnoha směrech předurčily povahu služeb. Celá řada poskytovatelů hospicové péče je vázána na nadace, které striktně stanovují okruh klientů. Hospice jsou navrhovány s ohledem na klienta, v plánech se dbá na bezproblémový přístup k lůžku a k dalšímu příslušenství, dále je zde snaha navození domácího a útulného prostředí. Na fungování hospice má vliv samozřejmě i celá řada dalších faktorů, jako je například umístění budovy hospice, složení personálu, ale i rovnocenný vztah mezi personálem a dobrovolníky. Klienti jsou do zařízení tohoto typu přijímáni z důvodů získání kontroly nad symptomy onemocnění. Hospic má umožnit klientovi a jeho rodinným ošetřovatelům čas na oddych nebo poskytnout péči umírajícímu v terminálním stadiu nemoci. Neoficiální průzkumy ve Velké Británii ukazují, že v posledních dvaceti letech

⁴² VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004.

⁴³ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008, s. 115.

byla kvalita života lidí umírajících v hospicích mnohem vyšší než kvalita života umírajících v jiných zařízeních.⁴⁴

1.2.2 *Financování*

„V rámci zdravotnického systému mají lůžkové hospice statut nestátních zdravotnických zařízení, za jejich zrodem stojí v některých případech katolická Charita, v některých občanská sdružení. U mnohých z nich hrála při výstavbě podstatnou roli dotace Ministerstva zdravotnictví ČR. Kamenným hospicům se v českém prostředí daří o něco lépe než domácím hospicové péči zejména proto, že určitá část nákladů je hrazena ze zdravotního pojištění, zatímco domácí péče tuto finanční oporu nemá a výdaje na svou činnost musí získávat výhradně prostřednictvím grantů. Obě formy fungující paliativní péče musí vynaložit nemalé úsilí na získání dalších finančních prostředků z dotací resortních ministerstev, regionálních a městských úřadů a sponzorských darů. Tato nejistá a náročná existence je jednou z nesnází a překážek, s nimiž se česká paliativní péče potýká.“⁴⁵

V praxi je tedy celý chod hospiců financován z několika zdrojů. Největším zdrojem financí jsou veřejné zdravotní pojišťovny, které hradí zdravotní péči klientů ve výši asi 60 %. Děje se tak dle vyhlášek ministerstva zdravotnictví č. 619/2006 Sb. a č. 620/2006 Sb.⁴⁶

Zbýlých 40 % částky je pak určeno na sociální část péče o klienta. Celkem 20 % této částky je hrazeno přímo z dotací ministerstva práce a sociálních věcí, 20 % je pak hrazeno z jiných fakultativních zdrojů, jakými jsou například veřejné sbírky, sponzoring, dary a jiné.⁴⁷

V srpnu loňského roku proběhla novelizace zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, která umožnila hospicům přijímat příspěvek na péči. Přesto je nezbytná ještě spoluúčast klienta na nákladech za služby nezdravotního charakteru. Tato částka se

⁴⁴ PLYNOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007.

⁴⁵ STUDENT, J. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 2006. s. 8–9.

⁴⁶ HUNEŠ, R. *Postavení hospiců ve zdravotním a sociálním systému ČR*.

⁴⁷ HUNEŠ, R. *Postavení hospiců ve zdravotním a sociálním systému ČR*.

hradí předem, nejpozději v den přijetí pacienta. Pokud je klient v obtížné sociální a finanční situaci, která by mu znemožnila uhrazení poplatku, je možné tento poplatek výjimečně snížit či úplně prominout.⁴⁸

1.2.3 Legislativa

Paliativní péče je nedílnou součástí zdravotní péče, tedy pro ni platí stejné právní předpisy jako pro všechny ostatní oblasti zdravotní péče. Lékař by měl péči poskytovat v souladu se současnými poznatky lékařské vědy. Měl by se přitom řídit etickými pravidly, respektovat autonomii nemocného a dbát na spravedlivou distribuci omezených lidských, technických a finančních zdrojů. Přesto má zdravotní péče poskytovaná lidem v terminálním stadiu onemocnění některá specifika. Za cíl zdravotní péče v zařízeních hospicového typu nejsou považovány skutečnosti uvedené v § 17 odst. 1 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, kde se říká: „Léčebně preventivní péče spočívá v péči o ochranu, navrácení a upevnění zdraví jednotlivců i kolektivů; je poskytována obyvatelstvu ve zdraví i v nemoci, v mateřství a při jiných stavech vyžadujících lékařskou pomoc.“ Skutečným cílem je mírnění utrpení a udržení dobré kvality života v krátkém čase, který nevyléčitelně nemocným zbývá. Na konci života je cílem paliativní péče důstojné a klidné umírání. Základní etická pravidla paliativní péče jsou tedy v určitém napětí s lékařskou etikou ukotvenou v zákoně č. 20/1966 Sb. V současné době zákon o péči o zdraví lidu neobsahuje jedinou zmínku o paliativní či hospicové péči.^{49; 50}

Legislativní zajištění hospicové péče je teprve v počátcích. Do roku 2006 náš právní řád neznal slova „hospic“ nebo „paliativní péče“. Změna nastala až po novelizaci zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zde § 22a říká, co to je zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková: „Léčba paliativní a symptomatická

⁴⁸ www.hospicpt.cz

⁴⁹ SLÁMA, O. *Paliativní medicína pro praxi*. 2007.

⁵⁰ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

o osoby v terminálním stavu poskytované ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.“⁵¹

Pozdější novelizace § 22 zákona o veřejném a zdravotním pojištění upravuje i ambulantní péči. V tomto paragrafu se uvádí: „Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; prostředí; tato péče se poskytuje jako

a) domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu, [...].“⁵²

Těmito právními úpravami se začala naplňovat Charta práv umírajících a především doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.⁵³

Jak již bylo výše uvedeno, od 1. srpna 2009 vešla v účinnost novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dle § 21 odst. 2 písm. d) zákona o sociálních službách je příjemce příspěvku povinen „využívat příspěvek na zajištění potřebné pomoci osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou uvedenou v § 83 nebo poskytovatelem sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciálním lůžkovým zdravotnickým zařízením hospicového typu“.⁵⁴

⁵¹ HUNEŠ, R. *Postavení hospiců ve zdravotním a sociálním systému ČR.*

⁵² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁵³ HUNEŠ, R. *Postavení hospiců ve zdravotním a sociálním systému ČR.*

⁵⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

1.3 Z historie hospiců

Západní Evropa a svět

Hospice existovaly již v dobách antiky a ve středověku. Tehdy používaným výrazem hospitium se označovaly útulky a přístřešky při cestách, kde si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit, nemocní se uzdravit nebo také v klidu zemřít.⁵⁵

Opětovně myšlenka hospice ožila v polovině 18. století kdy Mary Aikdenhead založila v Dublinu a Corku nemocnici pro umírající. Další podobné zařízení – Hospic sv. Josefa – bylo poté otevřeno až v roce 1905 členkami charity irských sester ve východním Londýně. Velký rozvoj zařízení tohoto typu pak nastal až v druhé polovině 20. století.⁵⁶

Ústřední postavou rozvoje hospicového hnutí se stala Angličanka Cicely Saunders. Tato původně zdravotní sestra, později lékařka, zastávala názor, že umírající potřebují zvláštní péči. Své názory uplatňovala při práci právě v Hospici sv. Josefa, kde se také setkala s polským emigrantem Davidem Tasmou. Tohoto muže plně informovala o jeho vážném zdravotním stavu, což nebylo v té době obvyklé, a starala se o něho až do samotného konce. David Tasma věnoval Saundersové 500 liber, které měly sloužit k výstavbě obdobných zařízení. V roce 1967 byl tedy v Londýně otevřen hospic moderního typu, Hospic sv. Kryštofa.⁵⁷

Ve Spojených státech amerických byla první organizace poskytující hospicovou péči založena roku 1974 v New Havenu a od té doby počet poskytovatelů značně vzrostl. Ve stejném roce se touto problematikou začal zabývat i Kanadčan Balfour Mount. V Latinské Americe je šíření hospicového hnutí o poznání složitější. Hlavním problémem těchto, ale i jiných rozvojových zemí je nedostatek opiátů. V asijsko-pacifickém regionu byl první hospic otevřen roku 1965 v Koreji, o 8 let později vzniklo podobné zařízení při Křesťanské nemocnici v Jodogvě (Japonsko). První katedru

⁵⁵ MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 2005.

⁵⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti.* 2007.

⁵⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti.* 2007.

paliativní medicíny otevřeli v roce 1980 v Austrálii. Téhož roku byl založen první hospic na africkém kontinentu, přesněji řečeno v Zimbabwe, v roce 1993 byl první hospic založený v Ugandě. Subsaharská Afrika jako celek má obrovskou potřebu paliativní péče vzhledem k epidemii HIV/AIDS. Paliativní péče zaznamenala v 80. letech minulého století značný pokrok především v zemích západní Evropy. Deset let po založení Hospice sv. Kryštofa v Anglii se začaly objevovat podobné instituce i v jiných zemích: 1977 – Švédsko, 1980 – Itálie, 1983 – Německo, 1984 – Španělsko, 1985 – Belgie a roku 1991 v Nizozemsku.⁵⁸

V současné době existuje pouze v Anglii asi 140 hospiců. Myšlenka hospice se nejprve rozšířila po celé Anglii, posléze se objevila ve Spojených státech amerických. Dnes se odhaduje, že po celém světě je zhruba na 2 000 hospiců a zařízení hospicového typu.⁵⁹

Východní Evropa a Česká republika

„V bývalých komunistických zemích východní Evropy a Střední Asie došlo v letech sovětské nadvlády jen k slabému rozvoji paliativní péče. Většina iniciativ se dá vysledovat od začátku 90. let 20. století, kdy bylo zahájeno mnoho projektů. Ty byly podrobně zdokumentovány a výsledky ukazují, že nějaké služby jsou poskytovány ve 23 z 28 zemí tohoto regionu. Nejpokročilejší programy paliativní péče mají Polsko a Rusko a významných úspěchů bylo dosaženo i v Rumunsku a Maďarsku. V celém regionu s více než 400 miliony lidí fungovalo však v roce 2002 pouze 467 služeb paliativní péče, z toho více než polovina v jediné zemi, v Polsku.“⁶⁰

Do České republiky přinesla myšlenku hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošová, která založila Hospic sv. Anežky v Červeném Kostelci. Tento hospic byl slavnostně otevřen v roce 1996 a je prvním zařízením svého druhu u nás.⁶¹

⁵⁸ PAYNEOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007.

⁵⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 2002.

⁶⁰ PAYNEOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007, s. 58.

⁶¹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 2008, s. 70.

Postupně jej následovala řada dalších podobných zařízení v Praze, Plzni, Litoměřicích, Rajhradě, Brně, Olomouci, Valašském Meziříčí, Mostě a samozřejmě v Prachaticích. Všechna tato zařízení poskytují v první řadě lůžkovou péči lidem v terminálním stadiu onemocnění. Některé z nich se ale snaží poskytovat i domácí hospicovou péči a za klienty dojíždět domů nebo alespoň půjčovat rodinám pomůcky, které by zlepšily a ulehčily pobyt nemocného v domácnosti. Významná je také iniciativa, která se snaží myšlenku hospicové péče přenést i do nemocnic, domovů pro seniory nebo léčeben dlouhodobě nemocných. Stejně tak se objevují aktivity vedoucí k rozšíření a poskytování léčby bolesti v rámci nemocnic.⁶²

„Obecným problémem paliativní péče v českém prostředí je její malá dostupnost. Dosavadní fungující formy paliativní péče jsou schopny zabezpečit kvalitní podporu umírajícím a jejich rodinám, ale přístup k nim má jen nepatrný zlomek těch, kteří by tuto pomoc potřebovali. Přestože má snaha zajistit lepší péči umírajícímu podporu u řady odborníků, pracovníků ministerstev i u veřejnosti, její prosazování naráží na některé právní, ekonomické a společenské překážky.“⁶³

1.3.1 Typy hospicové péče

Lůžkový

Jedná se o nejstarší typ hospicové péče, specializovaná jednotka poskytuje jak ubytování, tak péči klientům v terminálním stadiu onemocnění. Mnoho přijatých pacientů zde umírá.⁶⁴

Přijetí do lůžkové hospicové péče je možné, pokud není možná každodenní domácí péče. Většina nemocných, nejčastěji s onkologickou diagnózou, přichází na krátkodobé, účelné pobyty. Tyto pobyty se pak opakují podle rozhodnutí klienta. Je zcela na rozhodnutí klienta, zda chce v hospici pobývat se svými příbuznými nebo zda si s rodinou dohodne návštěvy, ty jsou možné 24 hodin denně. Přítomnost blízkých osob

⁶² STUDENT, J. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*. 2006.

⁶³ STUDENT, J. *Sociální práce v hospicích a paliativní péče*. 2006, s. 9.

⁶⁴ PARKES, C. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 2007.

je vítána a chápána jako nezbytná součást péče. Velký důraz je kladen na kvalitu života, pokud tedy není klient trvale upoután na lůžko, může se pohybovat v areálu zařízení, s vědomím personálu i mimo něj.⁶⁵

Řada lůžkových hospiců také nabízí realitní krátkodobé pobyty. Ty jsou vhodné především tam, kde si pečující rodina potřebuje odpočinout, odjíždí na dovolenou atd. Nemocný člen rodiny může tento čas trávit v hospici. Po návratu rodinných ošetřovatelů se vrací zpět domů ke svým blízkým.⁶⁶

Stacionární

Hospicové stacionáře se ve světě těší poměrně velké oblibě. Stacionární hospicová péče umožňuje návrat do plné domácí péče a oddaluje hospitalizaci. Tato péče bývá omezena na několik hodin nebo na jeden den. Klient je přijat zpravidla v ranních hodinách a domů se vrací odpoledne, dopravu zajišťuje rodina nebo hospic. V českých podmínkách však nebyl o tuto službu zájem, do budoucna však lze předpokládat, že i u nás obliba tohoto typu zařízení stoupne.⁶⁷

V některých fázích onemocnění se může jednat o ideální způsob řešení. Jedním z těchto důvodů může být diagnostika, při níž dochází ke kontrole bolesti, kterou se nepodařilo zvládnout během domácího ošetřování. Dalším důvodem k užívání stacionární hospicové péče je léčba, především pravidelné lékařské kontroly, ale také se zde může stanovit optimální dávka a druh léků tisících bolest. Důležitý je také psychologický důvod, ten bývá důležitý u klientů bez rodiny nebo se špatnými rodinnými vazbami. Tito lidé si pak chodí do hospice hlavně popovídat. Neméně důležitým důvodem nejenom pro samotného nemocného, ale i pro jeho rodinu je tzv. azyl. Při dlouhodobém domácím ošetřování může docházet ke konfliktům a vyčerpání. Krátkodobý pobyt v hospicovém zařízení působí jako prevence takovýchto jevů a umožňuje rodině i klientovi si na chvíli odpočinout.⁶⁸

⁶⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

⁶⁶ <http://www.asociacehospicu.cz>

⁶⁷ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

⁶⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

Domáci

Jedná se o ideální formu, která však vždy nemusí dostačovat potřebám člověka. Nemocný zůstává ve svém domácím prostředí, péče o nemocného tedy přechází především na členy rodiny. Rodinní ošetřovatelé se však velmi brzy ocitají na hranici svých možností. Důvodem může být buďto chybějící rodinné zázemí, nebo nedostatek prostoru. Častým faktorem, který omezuje poskytování paliativní péče v domácnosti, je odbornost. Odborníci by měli klienta navštěvovat podle potřeby, část této odborné intervence je směřována také k podpoře blízkých. Tento typ hospicové péče je náročnější na koordinaci, avšak vhodnější pro samotného klienta, který se pak snáze vyrovnává s terminálním stadiem své nemoci.^{69; 70}

1.4 Domáci hospicová péče

1.4.1 Principy a cíle

Většina nemocných se nepochybně cítí nejlépe doma v rodinném kruhu a stejně tak členové rodiny se až na výjimky chtějí o těžce nemocného postarat. Problémem bývá, že nevědí jak. Není tedy vhodné, a ani dost dobře možné poslat umírajícího domů a ponechat rodiny v nejistotě, zda zvládnou náročnou péči. Pečující rodině je třeba poskytnout psychickou podporu i faktickou pomoc. Jednotlivé ošetřovatelské úkony se mohou členové rodiny naučit od zkušených sester, avšak některé úkony mohou zajišťovat pouze zdravotníci. Je nežádoucí, aby úroveň domácí péče o umírající klesla a nebyla ekvivalentní vyspělé profesionální péči.⁷¹

Výsledky zahraničních průzkumů ukazují na fakt, že většina vážně nemocných a umírajících lidí by si přála prožít závěr svého života doma. Je to místo, které znají, je naplněné konkrétními lidmi, emočně bohatými vztahy a současně intimitou. Tyto průzkumy podporují již výše uvedený fakt, že ideální situací je, pokud může umírající zemřít v rodinném prostředí a pokud péči zajišťují rodinní příslušníci. Při této práci by

⁶⁹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

⁷⁰ LENOCHVÁ, E. *Hospicová a paliativní péče. Sestra*.

⁷¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

však žádná rodina neměla být osamocena a žít v nejistotě, zda to, co pro umírajícího dělá, je správné.^{72; 73}

Aby mohla být tato služba bezproblémově poskytována, je nezbytné dodržovat základní podmínky. Především je nutné, aby byly zvládnutelné fyzické a emoční projevy umírajícího. Rodina klienta musí být schopná a hlavně ochotná vypořádat se s nároky této situace a v neposlední řadě musí být dostupný tým odborníků, který bude péči o umírajícího zajišťovat v kteroukoli denní a noční dobu. Je-li možné tyto podmínky splnit, záleží pouze na nemocném, jestli se rozhodne zemřít doma. Pokud není možné splnit byť jedinou podmínku, je zapotřebí zvažovat pobyt v lůžkovém hospici či v nemocničním zařízení.⁷⁴

Domácí hospicová péče se od domácí ošetrovatelské péče odlišuje zejména skutečností, že návštěvy sestry jsou časově neomezené. Sestra může přijít ke klientovi i několikrát denně, a to podle potřeby a jeho přání. Také je kdykoliv možný telefonický kontakt s odborníkem.⁷⁵

Celý systém hospicové péče je dynamický – o pobytu v lůžkovém hospici, ve stacionáři nebo doma rozhoduje především sám klient. Odchod do domácí péče je vítán, opačný přechod je provázen lítostí nad zhoršením stavu, ale i nadějí, že zase bude lépe. Důvody pro ukončení domácí péče mohou být různé, nejčastěji se však jedná o vyčerpání rodinných pečovatелů, v rodině se však také může vyskytnout další vážný problém, který znemožní dostatečně kvalitní péči o umírajícího. Důvodem ale také může být velká odborná náročnost, kterou rodina nezvládne. K ukončení péče v domácím prostředí může také vést prostorově a velikostně nevyhovující byt. Rodina je mnohdy ochotná se uskromnit, ale sebeobětování není na místě, je tak totiž ohrožena její celková stabilita.⁷⁶

⁷² VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004.

⁷³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

⁷⁴ PARKES, C. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 2007.

⁷⁵ www.hospice.sk.

⁷⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

1.4.2 Pracovní tým

Uspokojit všechny potřeby a vytvořit kolem nemocného atmosféru důvěry, lásky a klidu není v silách jen jednoho člověka, i když je jeho kvalifikace vynikající. Týmová práce je v hospicové péči nesmírně důležitá a je jedno, zda je tato péče poskytována v lůžkovém hospici, doma nebo v nemocničním zařízení. Součástí pracovního týmu poskytujícího domácí hospicovou péči je odborný kvalifikovaný lékař, zdravotní sestra, sociální pracovníce, koordinátor dobrovolníků, duchovní či psychoterapeut. Naprosto nezbytná je i účast nemocného, jeho rodiny a přátel. Klient je plnohodnotným členem týmu, ale zároveň i středem, cílem zájmu. Na všechny členy tohoto týmu jsou kladeny speciální osobnostní požadavky. Jednou z nejdůležitějších schopností každého člena týmu je vyrovnání se s umíráním, smrtí a zármutkem. Neméně důležitá je psychická stabilita, a to i v krizových situacích.^{77; 78}

Nejvyšší podíl na péči o nevléčitelně nemocného má v domácím prostředí rodina. Vždyť to je samotnou podstatou rodiny starat se o své členy. Přesto všechno rodinní příslušníci často potřebují při práci pomoc odborníků. Tým odborníků musí být schopen poskytnout odborné znalosti, ale také podpořit při další činnosti.⁷⁹

V paliativní péči všeobecně však ohledně angažování uživatelů existuje i několik zásadních rozporů. Paliativní péče vždy zdůrazňovala centrální pozici klienta a holistický přístup k posuzování péče. Již v historii byl kladen důraz na hlas klienta a možnost volby. Klíčové pro zapojení uživatele do paliativní péče je setkání uživatele s odborníky a zaměstnanci. Zde by měl být počátek zapojení uživatelů a právě vztah s odborníky a zaměstnanci by měl být podporován. Ošetřování a práce s klientem je vnímána jako společná činnost, ke které právě klient může přispívat svými názory, nápady, vyjádřením svých přání a zájmů a tím ovlivnit chod celé práce. Zapojení uživatelů by tedy mělo sledovat veškeré dění kolem každého jednotlivce od chvíle jeho prvního kontaktu se službami a to, jak citlivě k němu a k jeho potřebám pracovníci

⁷⁷ ŠPINKOVÁ, M. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 2004.

⁷⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

⁷⁹ PARKES, C. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 2007.

přístupují, do jaké míry je mu umožněno nebo dovoleno seburčení. Důležité je, že všechny informace plynoucí z těchto individuálních vztahů je třeba vnímat jako základní zdroje dat a shromažďovat je, aby bylo možné rozvíjet služby, zkvalitňovat a zvyšovat úroveň odborné praxe.⁸⁰

Péče lékařů je zaměřena především na diagnostiku, léčbu symptomů a komplikací základního onemocnění. Nejčastějšími symptomy, které řeší lékaři hospicových zařízení, jsou bolest, respirační obtíže jako například dušnost, kašel či hemoptýza, dále jsou časté gastrointestinální obtíže nebo neuropsychické syndromy projevující se zmateností, úzkostí, popřípadě depresi. Nedílnou součástí práce lékaře v hospici je řízení celého multidisciplinárního týmu. Lékař ručí za otevřenou komunikaci a otevřené duchovní prostředí, které je základem pro podporu pacienta i jeho blízkých. Jako garant působí i ve smyslu edukace.⁸¹

Hlavním zájmem sociálního pracovníka je zlepšit kvalitu života nemocného a jeho rodiny. Jeho úkolem je zhodnotit psychosociální potřeby klienta a na základě získaných poznatků zpracovává plán, jehož cílem je naplnění potřeb klienta a jeho rodiny. K této roli poradce v psychosociálním kontextu se dále také přidává úkol zmapovat vztahy umírajícího s okolím a především vztahy k osobě, která o něj pečuje v domácnosti. Sociální pracovník na sebe také přejímá roli koordinátora dobrovolníků. Koordinátor dobrovolníků má na starost výběr, výcvik, řízení a zařazování dobrovolníků do chodu organizace. Zapojení dobrovolníků do hospicové péče je nezbytné, a to nejen z ekonomických důvodů, ale především obohacuje tuto práci o ducha vzájemnosti, který je při této práci nesmírně důležitý. Dobrovolník by neměl nahrazovat odbornou práci profesionálů. V oblasti domácí hospicové péče je náplní práce dobrovolníka pomáhat rodinám klientů a podporovat je, doprovázet pozůstalé, dobrovolníci se též mohou zapojit v denních centrech a klubech pro pečující rodiny

⁸⁰ FIRTHOVÁ, P. *Ztráta změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. 2007.

⁸¹ *Standardy hospicové paliativní péče*. 2006

a pozůstalé, případně v denním stacionáři, nebo doručovat pomůcky do rodiny klienta (včetně provedení jejich montáže).⁸²

1.4.3 Přijímání klientů

Pro co nejvyšší kvalitu poskytovaných služeb je nejprve nutné získat co nejvíce informací. Tyto informace pocházejí od ošetřujícího lékaře, rodiny nebo od nemocného. Nezbytné je provedení návštěvy sociálního prostředí klienta.⁸³

Do domácí hospicové péče je přijímán člověk, který trpí nevléčitelnou nemocí v pokročilém stadiu a ošetřující lékař doporučil paliativní péči. Tento člověk se může svobodně rozhodnout, zda zůstane v domácím prostředí, podmínkou však je, aby byly jeho blízcí schopni zajistit každodenní péči (24 hodin denně). Také musí být schopni podávat nemocnému léky dle rozpisu lékaře a umožnit vstup multidisciplinárního týmu do domácnosti. Klient i jeho blízcí by měli souhlasit s terapií zaměřenou na zmírnění utrpení, léčbu bolesti a na tlumení příznaků, které nemoc provázejí. K zabezpečení léčby je důležitá funkční spolupráce s praktickým a ošetřujícím lékařem. Klient i jeho rodina mohou své rozhodnutí o péči v domácím prostředí kdykoliv změnit a požádat o přijetí do lůžkového hospice nebo jiného zařízení dle vlastní volby.⁸⁴

1.4.4 Zapojení rodiny

„Ne všichni rodinní příslušníci jsou smířeni se skutečností, že jejich blízký zemře doma. Mnohdy to dělají jenom proto, že chtějí vyhovět, splnit přání umírajícího. Cítí se zaskočení touto neobvyklou situací a mají pocit, že nejsou schopni ji zvládnout. Mají strach, co budou dělat, když zrovna nebude k dispozici ošetřující personál. Mají strach z možných bolestí nemocného, ze ztráty vědomí, mobility a ze samotné smrti, ale i z toho, jak budou reagovat.“⁸⁵

Rodiny pacientů v paliativní péči musí čelit velkým nárokům, které na ně klade samotné onemocnění. Je to právě rodina, kdo musí upravit prostředí v domácnosti tak,

⁸² www.umirani.cz

⁸³ ANDREJKIVOVÁ, P. Hospicová domácí péče. *Sestra*, 2008.

⁸⁴ <http://www.cestadomu.cz/prijimani-klientu.html>

⁸⁵ ANDREJKIVOVÁ, P. Hospicová domácí péče. *Sestra*, 2008.

aby zde mohlo docházet k plnohodnotné péči o nemocného člena rodiny. Podle WHO je rodina základní jednotkou paliativní péče.⁸⁶

Pro rodinného příslušníka je v první řadě nesmírně důležité, aby byl seznámen s celkovým zdravotním stavem nemocného, jeho diagnózou, prognózou, doprovodnými symptomy, léčbou a celkovým vývojem onemocnění. Informace, které rodině poskytují lékaři a další odborníci, musí být pravdivé, jen tak budou schopni plánovat zbývající čas se svým blízkým. Především by měli být seznámeni s fakty o samotné smrti, jak to bude vypadat a jak probíhat. Rodinným příslušníkům by také mělo být umožněno diskutovat o svých obavách. Další cenné informace, které by měly být pečujícím rodinným příslušníkům sděleny a jsou pro ně mimořádně důležité, jsou informace o finančních dávkách, na které mají nárok. Udržení příjmu je pro pečující často komplikované a při péči o vážně nemocného člověka navíc vznikají mimořádné náklady.⁸⁷

Způsob života rodiny pečující o nevléčitelně nemocného lze charakterizovat jako snahu o co nejlepší využití společně tráveného času a jako pokus dosáhnout pocitu všednosti a normálnosti. Pro pečujícího je nesmírně náročná tzv. „emoční práce“, kterou musí pečující zvládnout emoce svých příbuzných i svoje vlastní, jako jsou pocity viny, hněvu, smutku a nejistoty.⁸⁸

1.5 Holistické přístupy v péči o umírajícího

Termín holismus pochází řeckého slova „holos“ neboli celek. Jedná se o přístup, který přisuzuje organismům, skupinám a systémům takové vlastnosti celku, jež nejsou odvoditelné pouze z jeho jednotlivých částí. Navazuje na aristotelovskou zásadu, že celek je víc než souhrn jeho částí. Holistický přístup nachází odezvu především v biologii a psychologii.⁸⁹

⁸⁶ ABBEY, J. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. 2005.

⁸⁷ PAYNEOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007.

⁸⁸ PAYNEOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007.

⁸⁹ JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. 2001.

Charakteristickým znakem holistického přístupu k umírajícímu, ale nejenom k němu je spolupráce. Nikdo nemůže holistickou péči poskytovat sám, protože nikdo nemá všechny potřebné dovednosti a náhled. Takovouto péči je proto možné poskytovat pouze v týmu lidí, kteří do společné práce vkládají své vlastní dovednosti, porozumění a svou osobnost. Jednotliví odborníci by měli nabídnout své schopnosti, zároveň si však také musí uvědomit, že nemocný potřebuje víc, než mu jsou schopni poskytnout.⁹⁰

„Celostní – holistický – přístup k léčbě zohledňuje fakt, že každý jedinec je jedinečný a stojí tvář v tvář unikátní události – své vlastní smrti. Život končí bez ohledu na to, zda trval osm nebo osmdesát let, v nichž tento jedinec hrál řadu rolí ve vztazích k jiným lidem a celé společnosti. Nese si s sebou své úspěchy, zklamání či bolesti jako součásti těchto vztahů. Proto jej musíme akceptovat v kontextu těchto životních zkušeností a jeho momentální situace. Více než pacientem je nám nemocný bližním v nejosamějším období svého života. V této chvíli potřebuje takové pečující, kteří mu porozumí a pomohou.“⁹¹

1.5.1 Biologické potřeby

Tělo nemocného potřebuje samozřejmě přijímat potravu a tekutiny, někdy i zvláštním způsobem upravené. Další důležitou složkou biologických potřeb člověka je vyměšování, zde by měl být upřednostňován co nejpřirozenější způsob. Nezbytné je také zajištění dostatečného množství vzduchu, což není vždy jednoduché s ohledem na některá plicní a srdeční onemocnění. Stejně tak je důležité předcházet proleženinám a celkovému ochabnutí svalstva, a proto by měl být nemocný aktivizován. Umírajícímu je také garantováno, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí. Tato skutečnost je ostatně zahrnuta již v základní myšlence hospicové péče.⁹²

Bolest se uznává jako stav, který vyžaduje specializovanou léčbu, až v posledních padesáti letech. Dokud nebyla k dispozici analgetika a anestetika, byla

⁹⁰ ABBEY, J. *Paliativní péče - pro sestry*. 2005, s. 57.

⁹¹ BYSTRICKÝ, Z. Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť. *Postgraduální medicína*.

⁹² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

bolest chápána jako přirozená a očekávaná součást života. Tato skutečnost se změnila v devatenáctém století, kdy docházelo k novým poznatkům z anatomie, fyziologie, chemie a především farmakologie. Bolest je v důsledku komplexity anatomických a fyziologických základů spíše individuální povahy.⁹³

Ve zmíněných posledních padesáti letech udělala léčba bolesti veliký pokrok. I v České republice je dnes dostupná celá řada moderních prostředků, které odstraňují nebo alespoň zmírňují bolest. Nejedná se přitom jenom o analgetika, ale také o některé operativní zákroky, ozařování, chemoterapii, hormonální léčbu pomocí radioaktivních izotopů nebo blokády nervů. Určený druh a intenzita léčby závisí na ordinaci lékaře. Avšak jak již bylo řečeno, bolest je vnímána individuálně, proto je třeba nemocnému věřit a respektovat jeho rozhodnutí.⁹⁴

1.5.2 Psychologické potřeby

V této oblasti je prioritní respektování lidské důstojnosti, které je naprosto nezávislé na stavu tělesné schránky. Člověk je jedinečnou bytostí se svým neopakovatelným posláním. Jako takového jej je třeba chápat a respektovat především v závěru života. Toto je hlavní zásada všech hospiců na celém světě. Nesmírně důležitá je také dobrá komunikace mezi nemocným a jeho ošetřovateli. Lidé často zapomínají na skutečnost, že mnohem více informací lze sdělit nonverbálně. Základním pravidlem, které podporuje u umírajícího pocit bezpečí a jistoty, je nelhat. Těžce nemocný by tak ztratil důvěru ve své ošetřovatele, a to právě v okamžiku, kdy ji nejvíce potřebuje. Další zásadou je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, pokud to chce slyšet. Obecně vzato lze říci, že správná komunikace je pro umírajícího velice důležitá.⁹⁵

Mají-li ošetřovatelé poskytovat optimální psychickou podporu člověku v terminálním stadiu onemocnění, měli by mít výborné komunikační dovednosti. Mnohdy ale stačí empatický přístup a citlivé poskytnutí pravdivých informací.

⁹³ PAYNEOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007.

⁹⁴ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

⁹⁵ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

Ošetřovatel by měl při komunikaci s nemocným také poznat, zda by umírajícímu neprospěla i pomoc jiného odborníka. Takovýmto odborníkem na psychologickou péči může být kněz, sociální pracovník, ale i psycholog či psychiatr. Pro všechny nemocné včetně lidí v terminálním stadiu onemocnění je důležitá naděje. Pocit naděje zajistí klientovi vědomí, že je podporován a že dostává patřičnou péči. Psychosociální intervence by měla být součástí každého plánu paliativní péče.⁹⁶

1.5.3 Sociální potřeby

Potřeba žít ve společnosti je člověku dána od přírody. Nemocní lidé většinou návštěvy srdečně vítají, současně by měli mít právo si návštěvy sami usměrňovat a jejich přání by mělo být respektováno. Nejsilnější vazby jsou přirozeně s rodinou.⁹⁷

Hospicová paliativní péče usiluje o snížení nepříznivých dopadů problematické životní situace na pacienta a jeho okolí. Její součástí je komplexní zhodnocení sociální problematiky, kam se zahrnuje rodinné zázemí a další sociální a kulturní vazby klienta, jeho komunikační omezení nebo finanční podmínky. Takováto komplexní péče pomáhá řešit praktické sociální problémy vzniklé v souvislosti s vážným onemocněním.⁹⁸

Nemocný musí bezpečně vědět, že mu bude poskytnuta lékařská pomoc a stejně tak pomoc psychologická a sociální. Tím bude ochráněn před sociální smrtí. Nikdo by totiž neměl zemřít psychicky dříve než fyzicky. Sociální umírání lze označit jako stav, kdy člověk sice žije, ale je vyvázan z důležitých sociálních interpersonálních vztahů, kdy je odtržen od všeho lidského a není možné jej vrátit do kontextu společnosti.⁹⁹

„Celou řadu situací a okolností, které mohou přispívat k nastolení stavu sociální smrti, odhalují také zkušenosti pacientů, kteří zdolávají tělesné a emoční dopady nemocí s dlouhým a často nepolevujícím průběhem, jako je rakovina. Cestu k sociální smrti mohou urychlit stigmatizující dopady diagnózy nebo izolovanost pacienta a úpadek jeho tělesných a sociálních funkcí, jak se stává při institucionalizované péči. Stav sociální

⁹⁶ PAYNEOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007.

⁹⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

⁹⁸ Standardy hospicové paliativní péče. 2006.

⁹⁹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, 2002.

smrti může nastat v důsledku toho, že pacient, který se připravuje na smrt, opustí své sociální cíte a své prostředí. Může být také naopak postupně a úmyslně vyloučen nebo opomíjen zdravotnickým personálem a pečujícími, kteří se s ním již nechtějí sociálně, osobně a někdy ani fyzicky stýkat. Situaci sociální smrti může navodit jak sám pacient, tak k ní může dojít v důsledku chování ostatních.¹⁰⁰

1.5.4 Spirituální potřeby

Tyto potřeby byly z historického hlediska do nedávné doby tabu. Mnoho lidí se stále domnívá, že jde o uspokojování potřeb věřících. Tomu ale tak není. Většina lidí se v průběhu vážného onemocnění začíná zabývat otázkami o smyslu vlastního života. Lidé v těchto situacích mají potřebu odpouštět a sami pocítit odpuštění. Nenaplněnost této potřeby může vést k pocitům zoufalství.¹⁰¹

Prioritní potřeby nemocného se v průběhu nemoci mění. V počátcích onemocnění jsou prioritní tělesné potřeby, v terminálním stadiu jsou však kromě tišení bolesti také velmi důležité spirituální potřeby. Poměrně časté jsou u klientů hospicové péče výčitky svědomí. Utrpení z výčitek svědomí může být mnohdy větší než fyzická bolest, kterou již dnes moderní prostředky dokážou zvládnout. Z těchto důvodů by se měli lékaři a ošetřující personál naučit, že výčitky svědomí nelze zlehčovat či podceňovat, ale chápat je jako symptom, jako každý jiný příznak. Samozřejmě ne příznak nemoci těla ale nemoci duše.¹⁰²

Vzhledem k aktuálním potřebám umírajícího, případně jeho rodiny, je třeba zdůraznit potřebu duchovní péče, která může mít různou formu. Volba vhodného přístupu záleží na okolnostech a na faktu, zda dotyčný je, nebo není věřící. Pokud je věřící, je nejen povinností kněze vykonat návštěvu u jeho lůžka, ale je také povinností ošetřovatelů takové setkání zprostředkovat. Zdravotníci by měli vždy vyhovět žádosti nemocného a přivolat duchovního.¹⁰³

¹⁰⁰ PAYNEOVÁ, S. *Principy a praxe paliativní péče*. 2007, s. 375–376.

¹⁰¹ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

¹⁰² SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

¹⁰³ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. 2007.

V rámci paliativní péče je prováděn a zdokumentován citlivý, pravidelný a průběžný průzkum duchovních a existenciálních potřeb, pokud s tím nemocný souhlasí. V otázkách týkajících se konce života je pomoc nabízena způsobem odpovídajícím individuálním i rodinným kulturním a náboženským hodnotám. Používání náboženských symbolů ve vybavení lůžkových zařízení bere ohled na kulturní a náboženské rozdíly mezi církvemi různých vyznání a také na požadavky osob bez vyznání.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Standardy hospicové paliativní péče. 2006.

2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Stanovené cíle

Cílem této bakalářské práce je zjistit problematiku rozvoje terénní hospicové péče v Jihočeském kraji. Druhým cílem je zjistit potřebu poskytování terénní hospicové péče v jihočeském regionu.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli byly vytyčeny tři základní výzkumné otázky:

1. Je zájem o domácí hospicovou péči, a to jak ze strany těžce nemocných a umírajících, tak ze strany jejich rodiny, ale i zdravotníků?
2. Je vše připraveno k poskytování této péče právě na území Jihočeského kraje?
3. Jaká je optimální podoba multidisciplinárního týmu domácí hospicové péče a nejvhodnější způsob zapojení jeho jednotlivých složek?

3 METODIKA

3.1 Použité metody

Tato bakalářská práce byla zpracovávána kvalitativními technikami výzkumu. Při své práci jsem použila polořízený rozhovor a anketu.

Především bylo využito polořízeného rozhovoru s ředitelem, sociální pracovnící a vrchní sestrou Hospice sv. Jana N. Neumanna. Rozhovor měl být dále vedený se zdravotními sestrami a ošetřovatelkami domácí hospicové péče. Vzhledem k tomu, že terénní hospic zatím nebyl v Jihočeském kraji uveden do provozu, nebyla možnost s těmito pracovníky vést rozhovor. Z rozhovorů byly učiněny dva zvukové a jeden písemný záznam. Přepisy těchto rozhovorů jsou součástí této bakalářské práce. Všechny rozhovory se uskutečnily na začátku března 2010. Délka rozhovorů byla mezi 25–40 minutami.

Další použitou výzkumnou technikou byla anketa. Anketa čítající pět otázek byla osobně rozdána nebo rozeslána pomocí elektronické pošty do všech zdravotnických zařízení v Jihočeském kraji, které se zabývají léčbou onkologicky nemocných pacientů. Celkem bylo rozesláno a rozdáno 40 anket. Celková návratnost byla 50 %, a to díky osobnímu sběru anket na některých pracovištích.

Jako doplňková výzkumná metoda měla být použita analýza dokumentů. Vzhledem k tomu, že terénní hospicová péče v jihočeském regionu prozatím není uvedena do praxe, nebylo možné tuto metodu sběru dat použít.

3.2 Charakteristika souboru

Jak již samotný název práce napovídá, byl výzkum veden na území Jihočeského kraje. Výběr dotazovaných při rozhovoru nebyl náhodný. Byly zvoleny takové osoby, které by se do budoucna mohly zapojit do chodu terénního hospice v jižních Čechách.

Respondenti, kteří odpovídali na anketu, byli vybíráni na základě výkonu své profese v zařízeních podílejících se na péči o onkologické pacienty.

4 VÝSLEDKY

4.1 Rozhovory

4.1.1 Rozhovor s ředitelem Hospice sv. Jana N. Neumanna

V jaké šíři budete poskytovat službu? Jakou oblast Jihočeského kraje chcete obsáhnout?

To je otázka možností a vstřícnosti druhé strany, samozřejmě ideální je plošné poskytování, abychom mohli obsáhnout celý Jihočeský kraj. Jsme jediným poskytovatelem lůžkové hospicové péče v jižních Čechách, takže je nasnadě, že by domácí hospicová péče s naší podporou měla být poskytována na celém území Jihočeského kraje. Z počátku bych byl rád, kdyby byla možnost poskytování domácí hospicové služby alespoň na Prachaticku. Do budoucna pak máme dohodu s řadou lékařů a dalších spolupracovníků v ostatních jihočeských městech, kteří by byli ochotni se do tohoto projektu zapojit.

Není důležité, zda zřizovatelem bude hospic, mojí prioritou je, aby bylo pomoheno lidem, kteří tuto pomoc potřebují, i za předpokladu spolupráce s jinými subjekty. Pravdou je, že řada ošetřovatelských služeb a všeobecně home care se vydává za hospicovou péči, protože se někteří lidé mylně domnívají, že pokud jim tu a tam někdo doma zemře, že to je ten hospic. To je nesmírně velký omyl a jen obtížně se jim sděluje, že jde o specifický a specializovaný druh péče, který je zapotřebí se naučit a umět jej. Takže skutečně specializovanou domácí hospicovou péči v našem kraji zatím nikdo neposkytuje.

O jakém personálním zajištění uvažujete?

Personální zajištění je podmíněné legislativně a tím, co budou, či nebudou ochotné hradit pojišťovny na jedné straně, na druhé straně tím, co bychom chtěli. Legislativa říká, že pacient musí zůstat v gesci svého ošetřujícího lékaře.

Praktický lékař předepisuje léčiva a aplikuje je domácí hospicové péče. Jedná se o klasický ošetrovatelský kód 925 obvodníku pojišťoven, který je dosud omezen na tři půlhodinové návštěvy sestry denně. V případě, že by praktický lékař indikoval domácí hospicovou péči, tak padá četnostní a časová regulace a sestra tam může v podstatě neomezeně, za předpokladu že s tím bude souhlasit pojišťovna. A právě s tímto předpokladem máme v současnosti potíže, protože pojišťovna s neomezenou přítomností sestry u nemocného doma nesouhlasí.

Návštěva sestry, případně ošetrovatelky, v rodině by byla realizována podle potřeb rodiny?

Ano sestra by byla 24 hodin denně k dispozici. V tomto případě to znamená být na telefonu. Méně závažné problémy by se řešily telefonicky, a co by tak řešit nešlo, by se řešilo pomocí osobní návštěvy.

Jak velké zapojení rodiny do péče o umírajícího předpokládáte?

Bez toho, aby někdo zůstal fyzicky doma s pacientem, to nejde. Co si budeme namlouvat, to pak tato péče nemá smysl.

Právě nutnost účasti rodiny je další velká limita. Domnívám se, že to je zásadní limita domácí hospicové péče. Domnívám se že, řada lidí, nedávno jsem o tom hovořil s prezidentem lékařské komory, si myslí, že domácí hospicová péče je samospasitelný systém. Vůbec ne! Je to jedna z forem. Lůžková a domácí hospicové péče jsou dvě strany jednoho organismu. Buď to doma jde, nebo to nejde. Mnohdy blízký příbuzný nemůže o nemocného pečovat doma, protože je živitel rodiny a na jeho příjmech je závislá rodina, nebo je péče o umírajícího tak fyzicky náročná, že ji nelze zvládnout ani za pomoci domácí hospicové péče. Právě z těchto důvodů je důležité, aby lůžkový hospic koordinoval nebo monitoroval činnost domácího hospice a byla zde možnost převedení péče z domácího prostředí do lůžkového. Pokud tedy zavolá sestra z domácí hospicové péče, že to doma opravdu nejde, měl by být lůžkový hospic schopen přijmout pacienta do hodiny bez zbytečného papírování.

Rodina být tedy zapojena musí, a pokud je to jenom trochu možné, je dobře, když je péče prováděna doma, ale je mnoho situací, kdy to doma při nejlepší vůli nelze.

Máte představu, jaký by byl zájem o tuto službu?

Mám. Četnost samozřejmě zjistit nejde, ale zájem jsem si zjišťoval, když jsem oslovil praktické lékaře. Všichni by provozování této služby jenom uvítali. Při mé žádosti o uzavření smlouvy s pojišťovnou jsem tento zájem dokazoval seznamem lékařů, kteří, se podepsali pod to, že si zavedení této služby přejí, a to především proto, že z praxe vidí, že by tuto službu využili. Samozřejmě domácí hospicové péče také podléhá předepsání praktického lékaře.

Rodiny by si své blízké těžce nemocné braly do své péče. Pokud by se to alespoň na nějaký krátký čas podařilo, bylo by to jenom dobře, a ten, kdo tomu brání, jsou jediné pojišťovny. I z těchto důvodů jsem na naše internetové stránky dal toto sdělení:

„Vážení pacienti,

přestože naše zařízení již 14. 1. 2009 úspěšně prošlo výběrovým řízením na domácí hospicovou péči na Krajském úřadě Jihočeského kraje, Vaše zdravotní pojišťovna doposud odmítá na tento druh péče s námi uzavřít smlouvu.

Ačkoli jsme odborně, personálně i věcně připraveni Vám takřka okamžitě začít sloužit a pomáhat, Vaše zdravotní pojišťovna Vám tuto námi nabízenou specializovanou péči odmítá hradit. Chcete-li věci pomoci, obraťte se na Vaši zdravotní pojišťovnu s požadavkem, aby s naším zařízením uzavřela smlouvu na poskytování domácí hospicové péče.

Omlouváme se, že Vám – přestože bychom chtěli – nemůžeme pomoci.“

Jak by mělo probíhat financování?

Financování lůžkového hospice probíhá podílovým financováním. Asi 50 % nákladů hradí zdravotní pojišťovny, zhruba 20 % jsou dotace od Ministerstva práce

a sociálních věcí, dalších 20 % částky jsou peníze z grantů, sbírek, benefičních koncertů a zbylých asi 10 % je spoluúčast pacienta. To zahrnuje služby nezdravotního charakteru nebo nadstandardní vybavení (televizor, jednolůžkové pokoje...).

V případě domácí hospicové péče by tento systém musel být nastaven tak, aby to doma bylo vždy levnější. Jinak by samozřejmě domácí péče neměla smysl a bylo by lepší zařadit ústavní péči. Dosáhnou toho je však problém. Mnohé propočty ukazují, že se může stát, že to bude dražší. Samozřejmě jet pětikrát denně autem za pacientem a platit sestru je dražší, než když ta sestra má na jednom patře několik pacientů pohromadě. To je samozřejmě velmi zjednodušeně řečeno. To je jeden velký kámen úrazu, zda je to vůbec finančně únosné, domácí hospicová péče je totiž odlišná od domácí péče. Pokud by tedy domácí hospicová péče byla levnější než lůžková, pak to smysl má.

Každopádně spoluúčast pacienta na financování je nutná. Přinejmenším z motivačních důvodů. V lůžkovém hospici platí pacient 200–300 Kč podle výše důchodu. Jsem přesvědčen, že v domácím prostředí by to mělo být také tak.

Do hospicové péče v domácím prostředí vstupuje sestra, léky, lékař, dále pak nezdravotní složka péče (psycho-spirituální rozměr). Lékař má smlouvu s pojišťovnou, která ho za pomoci složitějšího systému vyhlášek deleguje. Lékař zváží, dle stavu pacienta, možnost domácí hospicové péče. Pokud usoudí, že v daném případě je vhodná, vyplní formulář, kterým pošle do domácnosti nemocného sestru. Sestra je taktéž placena z prostředků zdravotní pojišťovny. Tato sestra vyzvedává lékařské předpisy a léky v lékárně (stejně tak, jak by to dělal i sám pacient). Takže pojišťovna hradí práci lékaře, sestry domácí hospicové péče a léky, které předepíše lékař pacientovi. Do úhrady pojišťovny také spadá cesta autem k pacientovi asi do vzdálenosti 15 kilometrů.

Pak je zde ale další rozměr, jako je poradenství pro rodinu, podpůrná péče, psychologická péče, spirituální péče, sociální péče, pomoc při vyřizování náležitostí atd. Na financování těchto služeb už se zdravotní pojišťovna nepodílí. To už je v podstatě v režimu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, na to jiná legislativa

není. To je také důvodem, proč by si měl pacient připlácet. Pokud připlácet nechce, nemá nárok na domácí hospicovou péči a musí svou situaci řešit jiným systémem péče.

Když jste to už zmínil, jaký bude rozsah práce sociálního pracovníka? Jistě i jeho práce je v domácí hospicové péči důležitá?

To je velká otázka a další důvod pro to, aby byla domácí hospicová péče navázána na lůžkový hospic, který by měl být takovým dispečinkem. Lůžkový hospic disponuje 24 hodinovou péčí sester, lékařů a disponuje sociálním pracovníkem. Je však otázka, zda musí být extra placený, protože není důvod pro angažování této služby více, než je nezbytně nutné. Otázkou je, jestli musí být sociální pracovník vždy přítomen, a jestli nestačí, aby se u nemocného stavil jednou a poté byl k dispozici na telefonu právě v lůžkovém hospici.

Jak by to tedy prakticky vypadalo?

Lůžkový hospic by měl mít dva sociální pracovníky, přičemž jeden by byl celý pro hospic a druhý pouze z části, z větší části by byl jako dispečer na telefonu. Základní činnost je schopna zvládnout sestra a ostatní by bylo možno zvládnout přes e-mail nebo telefonicky. A ne, aby byl sociální pracovník v každém větším městě. Je to poměrně složitá otázka.

Takové zastoupení by asi bylo velice finančně náročné, že?

Samozřejmě. A do toho je přibývá otázka ošetřovatele (pečovatele). Bud' se v této oblasti musí podílet rodina, anebo je tato služba zajištěna profesionálem, což je samozřejmě opět o něco nákladnější. Prioritou je, aby se podílela rodina, samozřejmě je to levnější, ale hlavně to utužuje vztahy. Nicméně tak jak tak, někdy je přítomnost ošetřovatelky nutná a potřebná.

Součástí poskytování domácí hospicové péče nejsou jenom pracovníci v přímé péči jako ošetřovatelky, případně sociální pracovníci, ale i administrativní a technicko-

hospodářští pracovníci, účetní a mnoho dalších. Na tyto profese už zdravotní pojištění nemyslí.

Pokud se jedná o spirituální péči, předpokládám, že v této oblasti by se zapojil kněz z farnosti místně příslušné místu pobytu nemocného. Je to tak?

Církevní „servis“ zvládne prakticky každý kněz. Myslím tím svátost nemocných, zpověď, případně křest, to zvládne každý kněz. Ale hluboký duchovní rozhovor s člověkem, který je na smrtelné posteli, mnoho kněží nedokáže, prostě nejsou na to osobnostně připraveni. Mnohdy může tuto funkci zastoupit pastorační asistent. Tuto funkci může zastoupit žena, ale i muž, otec od rodiny nebo kdokoli jiný, kdo je pro tuto práci lépe osobnostně vybavený.

Pokud jde o pastorační asistenty v lůžkovém hospici, je to opět jednodušší. Hlavně také proto, že je více pacientů na jednom místě a na každého má dostatek času. V případě domácí hospicové péče by byl nucen za nemocnými dojíždět, což je velmi náročné. Z toho jednoznačně vyplývá, že buď bude ošizena pastorační péče, nebo bude víc pastoračních asistentů, což samozřejmě přináší další zvýšení finančních nákladů na péči.

Poslední oblastí, pokud jde o holistické pojetí člověka, je psychická péče. Doporučovali byste pomoc psychologa nebo psychiatra?

Tohle je důležitá oblast především pro příbuzné, pacienti dle našich dosavadních zkušeností ve velké většině takovouto pomoc nepotřebují. Jedná se spíše o ojedinělé případy 1–2 do roka. Tito lidé potřebují kněze, řeší základní existencionální otázky, zda měl jejich život smysl, prosí boha o odpuštění. Pro rodinné příslušníky je ale psychologická pomoc nesmírně důležitá, zejména ve fázi truchlení.

Jak bude zajištěno vedení dokumentace klienta?

Dokumentace by byla vedena obdobně jako v lůžkovém hospici. Samozřejmě sestra musí vést dokumentaci podle ordinace lékaře, zejména pak dávkování léků.

V dokumentaci by také mělo být uvedeno dávkování léků tisících bolest, případně souhlas lékaře, že má sestra v akutních případech možnost podat dávku morfinu na tišení náhle vzniklé bolesti.

Kde by tato dokumentace byla uložena?

To je otázka do řešení právního statutu, protože pokud jde o domácí hospicovou péči, je dokumentace u praktického lékaře. Ovšem pokud by se posílil statut hospiců, je možné, že by dokumentace byla archivována i v hospici. Zatím tomu tak není.

Kde by tedy byla uložena sociální dokumentace?

Sociální dokumentace je sociálního pracovníka. Ta by tedy patřila dané mobilní jednotce domácího hospice. Je otázkou, zda do budoucna by neměla jak sociální, tak zdravotnická dokumentace přejít pod domácí hospic. To by však vyžadovalo legislativní změny. Musel by k procesu být přizván hospicový lékař, který zatím může být přizván jen jako konziliář.

Jak bude veliký pracovní tým?

Tak samozřejmě důležité jsou zdravotní sestry, ale každý tým by měl mít dispečera, který by zajišťoval technicko-formální chod. Dále by měl být přítomen sociální pracovník a lékař konziliář. Lékař konziliář má v domácím hospici pouze poradní hlas. Veškeré rozhodnutí je na praktickém lékaři pacienta. Hospicový lékař může pouze poradit, ale záleží na praktickém lékaři, zda se bude těmito radami řídit. Dále sem také vstupují lidé, kteří mají na starosti pomůcky, jejich rozvoz, zaškolení rodiny. To je dalším důvodem, proč by měl být domácí hospic napojen na ten lůžkový.

Kde bude centrální sídlo hospice?

Geograficky by asi bylo vhodné umístění v Českých Budějovicích, ale jak jsem již říkal, domácí hospic by měl být napojen na lůžkový. Je tedy pochopitelné, že by sídlo domácího hospice mělo být v Prachaticích. V dnešní době již jde celá řada záležitostí řešit elektronicky a telefonem. Proto také není důvod, proč by sídlo nemohlo být zde.

4.1.2 Rozhovor se sociální pracovnící Hospice sv. Jana N. Neumanna

Jak bude probíhat přijímání klientů do domácí hospicové péče?

Domácí hospicovou péčí by měl člověku v terminálním stadiu onemocnění indikovat a předepsat jeho praktický lékař. Před přijetím by měl stav klienta ještě posoudit hospicový lékař, dále spolu se zdravotní sestrou a sociální pracovnící by měli navštívit klienta v domácnosti a zjistit, jaké jsou potřeby klienta, jaké možnosti poskytuje vybavení domácnosti a rodina a především jestli je vůbec možné domácí hospicovou péčí poskytovat.

Jaké budou vůbec podmínky pro přijetí do domácího hospice?

Základní podmínky jsou vlastně stejné jako pro přijetí nemocného do lůžkového hospicového zařízení. Tato služba je určena lidem, kteří trpí nevléčitelnou chorobou. Další důležitou podmínkou je skutečnost, že alespoň jeden z členů domácnosti je ochoten a schopen se o svého blízkého postarat. Pokud se nikdo z rodiny nemůže postarat o nemocného, například z finančních či zdravotních důvodů, je pak potřeba zajistit jiného pečovatele. Samozřejmostí je, že s domácí hospicovou péčí musí souhlasit sám nemocný, ale i ostatní členové jeho domácnosti. Další podmínkou je také odpovídající vybavení domácnosti. Pomůcky jako je lůžko, antidekubitární pomůcky, kyslíkové přístroje a další jsme schopni našim klientům zapůjčit, ale důležité jsou i prostory bytu.

V zásadě by měl být každý žadatel o domácí hospicovou péči posuzován individuálně.

Jaké by mělo být financování této služby?

Financování je v našem případě poněkud obtížnější. Osobně o této problematice nemám mnoho informací.

Péče praktického lékaře a sestry z domácího hospice je hrazena zdravotní pojišťovnou, stejně tak jako léky a ostatní zdravotnický materiál. Co se týče poplatků

klientů, přesnou částku neznám, ale dle mého názoru by tato suma neměla být víc, než je v lůžkovém hospici, tedy 200–300 Kč denně. Účtovat by se tedy měl jeden lůžkoden.

Jak budou zajištěny sociální potřeby klienta?

Sociální pracovnice z domácího hospice by měla klienta navštívit již během prvních dnů domácí hospicové péče a zjistit, jak jsou naplňovány jeho potřeby, zda má dostatek finančních prostředků a případně mu poradit s obtížemi.

Pokud je nemocný celodenně v péči rodiny, celou řadu problémů zvládne vyřešit rodina. Pokud by i rodinní příslušníci měli problém, mohou telefonicky nebo elektronicky kontaktovat sociální pracovníci, která jim poradí.

Vzhledem k tomu, že naši službu chceme poskytovat na celém území Jihočeského kraje, nevím, kolik sociálních pracovníků by tyto služby mělo poskytovat a jaká by byla četnost návštěv.

Jak velkou spolupráci předpokládáte ze strany rodiny klienta?

V ideálním případě by se rodina měla zapojit do všech ošetrovatelských procesů, což samozřejmě není možné vždy zvládnout, ať už z jakýchkoli důvodů. Pokud není možné, aby se členové rodiny zapojili do procesu domácí hospicové péče, uvítali bychom alespoň jejich podporu v naší práci.

Jak velký zájem předpokládáte o domácí hospicovou péči?

Dle mého názoru by řada nemocných v terminálním stadiu onemocnění uvítala možnost strávit poslední okamžiky života doma mezi svými nejbližšími. I klienti Hospice sv. Jana N. Neumanna často projeví zájem o to, aby mohli být doma. Problémem, který našim klientům často znemožňuje pobyt doma, je zaměstnání rodinných příslušníků.

4.1.3 Rozhovor s vrchní sestrou Hospice sv. Jana N. Neumanna

Jakou účast na péči předpokládáte ze strany rodiny v domácí hospicové péči?

Při prvním kontaktu by lékař a sestra domácí hospicové péče měli zjistit, jaké jsou potřeby pacienta. Přístup rodiny je samozřejmě individuální, případ od případu. Pokud by se jednalo o rodinu, která chodí do zaměstnání, leželo by více povinností na zdravotní sestře či ošetřovateli, pokud by někdo z rodiny měl možnost zůstat s nemocným doma, bude poskytovat větší část péče.

Dle mého názoru se to nedá paušálně určit. Je to pacient od pacienta.

Jaké by mělo být složení týmu domácí hospicové péče?

Určitě nesmí chybět lékař, zdravotní sestra, určitě nesmí chybět sociální pracovnice, která by měla klientovi a jeho rodině pomoci se sociální situací a finanční stránkou, tj. nárokem na dávky, příspěvky, pomůcky. Svoji roli má určitě i psycholog, u kterého nevím, jestli nám se podaří sehnat. Určitě by zde bylo i místo pro školeného dobrovolníka.

Jaký předpokládáte zájem o domácí hospicovou péči?

To já přesně až tak nevím, tato situace v tuto chvíli jde mimo mě, ale podle informací, které máme od charity, která zde v současné době poskytuje domácí ošetrovatelskou péči, by zájem o hospicovou péči byl. K nám do lůžkového hospice přichází z domova asi jedna třetina našich pacientů.

Ze zkušeností z otevírání lůžkového hospice si myslím, že z počátku bude pacientů do domácí hospicové péče málo, záleží na praktických lékařích, do jaké míry budou domácí hospicovou péči doporučovat a jak oni sami budou chtít spolupracovat.

Jaké by mělo být vybavení týmu (léky, obvazový materiál, inkontinentní pomůcky...)?

Léky předepisuje praktický lékař, takže to, co on předepíše, bude sestra vyzvedávat v lékárně a to bude mít sebou. Možná si bude muset sestra něco dokoupit, to v tuto chvíli nevím hlavně také proto, že je to financované jinak než lůžkový hospic. Sestra by měla mít v autě svou lékárnu, minimálně s léky proti bolesti. Ale měla by s sebou vozit i právě inkontinentní pomůcky, kosmetické přípravky a i obvazový materiál na případné dekubity a podobné.

Jaké by mělo být materiální vybavení domácnosti?

Vybavení domácnosti by mělo být takové, aby plně umožňovalo ošetrovatelský proces. Rozhodně je velmi důležité kvalitní lůžko, v ideálním případě polohovací. Ostatní pomůcky jsou odvislé od stavu nemocného. Mohou sem patřit antidekubitární podložky, kyslíkové koncentrátory, dávkovače léků, chodítka, polohovací křesla a řada dalších.

Zapůjčování pomůcek a dalších potřeb již umožňujeme, kromě běžných kompenzačních pomůcek zapůjčujeme také právě přístroje, jako je koncentrátor kyslíku, dávkovač atd., to je dneska standardizované.

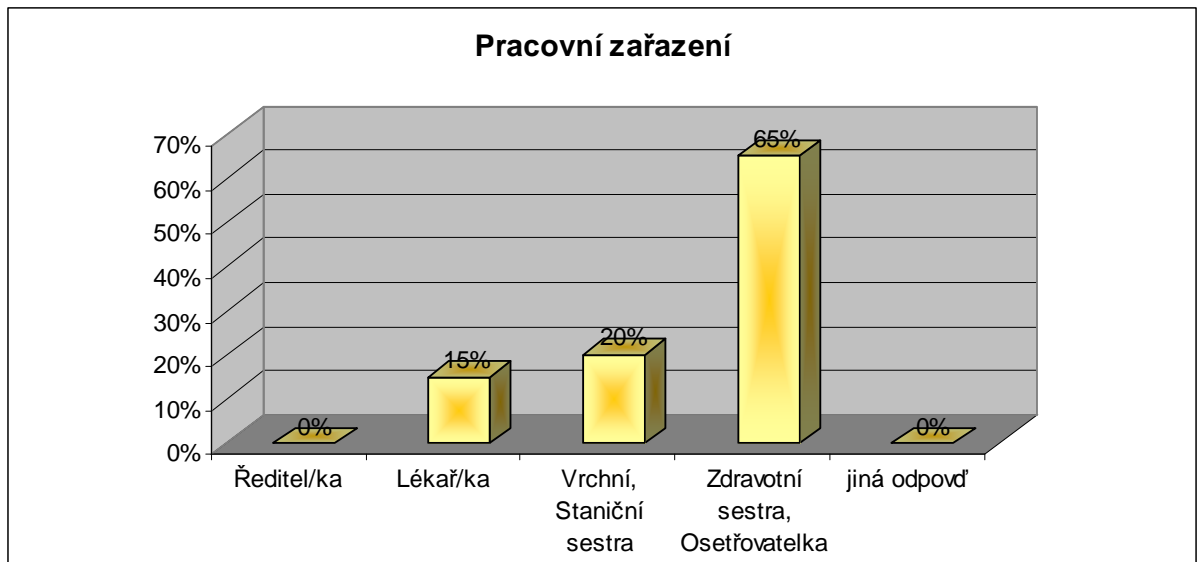
Pokud jde o celkovou dispozici bytu, bylo by ideální, kdyby celý byt byl bezbariérový. Koupelna by měla být opatřena madly a protiskluzovými podložkami. Ne všechny byty však umožňují takové změny.

Jakou četnost návštěv zdravotníků předpokládáte?

To je problematika, kterou já bohužel přesně neznám, nevím, jak tuto problematiku řeší zákon o domácí ošetrovatelské službě. Ideální by asi samozřejmě bylo, aby sestra byla v domácnosti stále. To je závislé na množství personálu a na počtu nemocných, kterých by se tato služba týkala.

4.2 Anketa

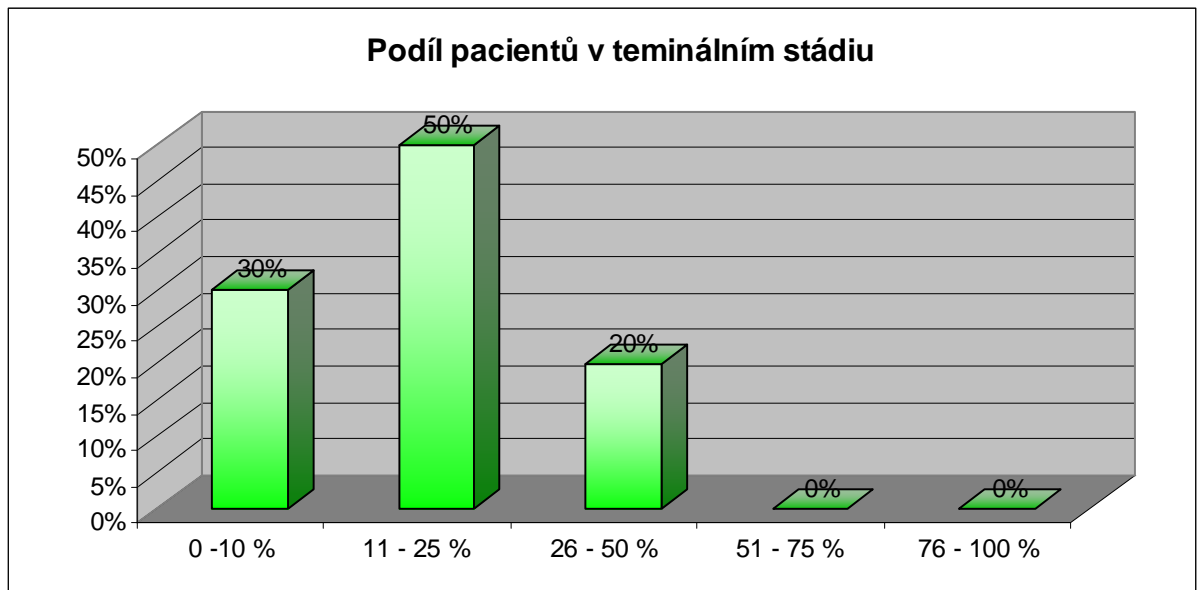
Graf č. 1.



Zdroj: Vlastní výzkum

Na první anketní otázku, která se dotazovala na pracovní zařazení respondentů odpovědělo celkem 20 osob. Z toho 65% zdravotních sester a ošetřovatelek (tedy osob v přímé péči), dále pak 20 % vrchních nebo staničních sester a 15 % lékařů.

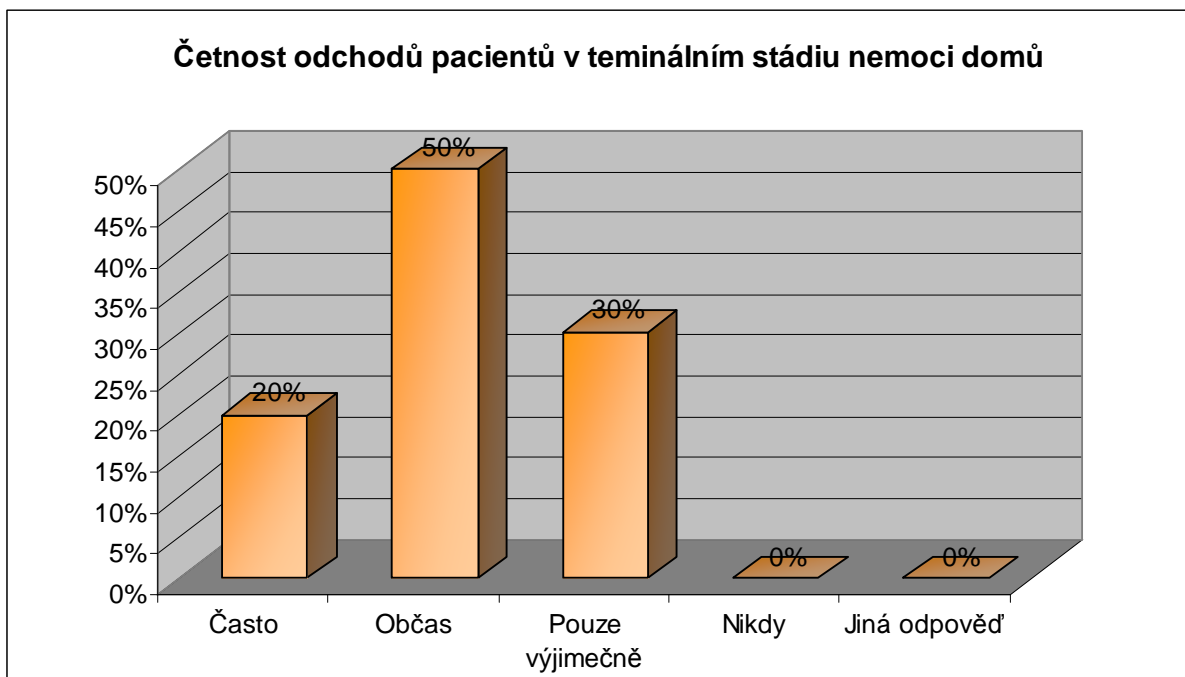
Graf č. 2



Zdroj: Vlastní výzkum

Na druhou anketní otázku o podílu pacientů v terminálním stádiu nemoci v daném zařízení, rovněž odpovídalo 20 respondentů. 30 % dotazovaných odpovědělo, že v zařízení kde pracují je 0 – 10 % terminálně nemocných pacientů. 50 % respondentů pracuje v zařízení kde je 11 – 25 % terminálně nemocných pacientů a 20 % dotazovaní odpovědělo, že pracují v zařízení kde je 26 – 50 % terminálně nemocných.

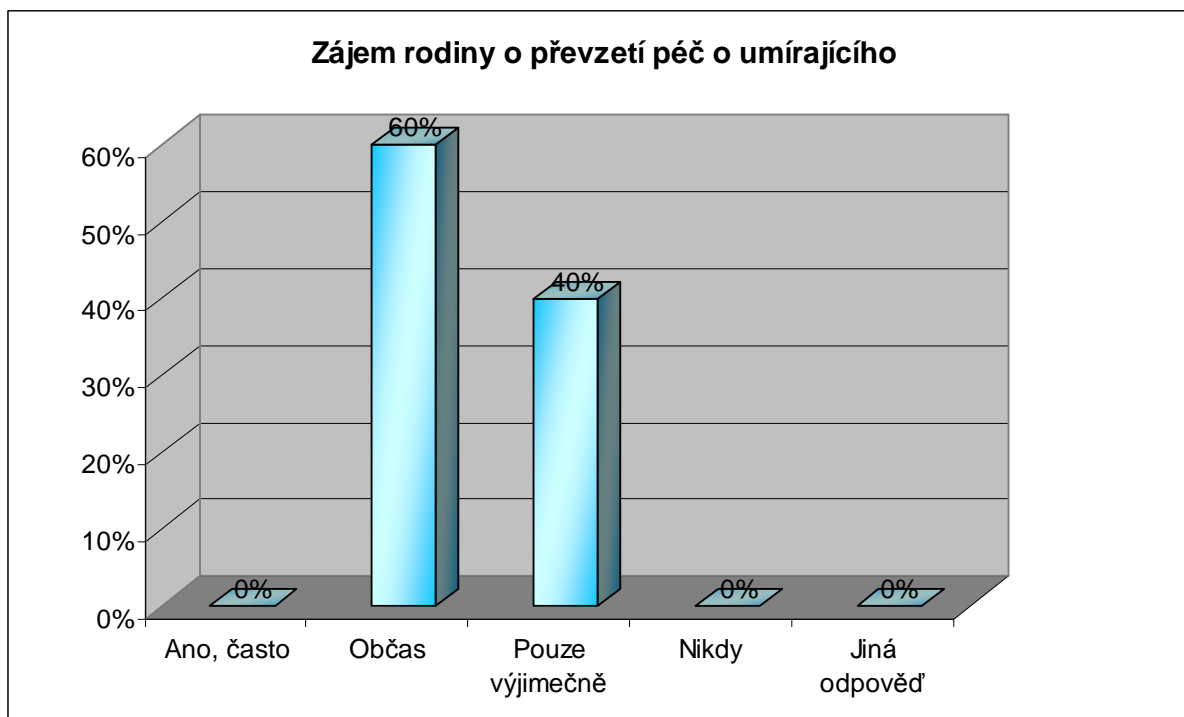
Graf č. 3



Zdroj: Vlastní výzkum

Třetí anketní otázka se týkala toho, jak často odchází nemocný po ukončení kurativní léčby do domácího ošetřování. Z celkového počtu 20 dotazovaných odpovědělo 20 %, že se s takovou situací setkávají často. 50 % respondentů odpovědělo, že občas někdo z pacientů odchází po ukončení kurativní léčby domů. A 30 % dotazovaných se s odchodem pacienta do domácího ošetřování, po ukončení kurativní léčby, setkala pouze výjimečně.

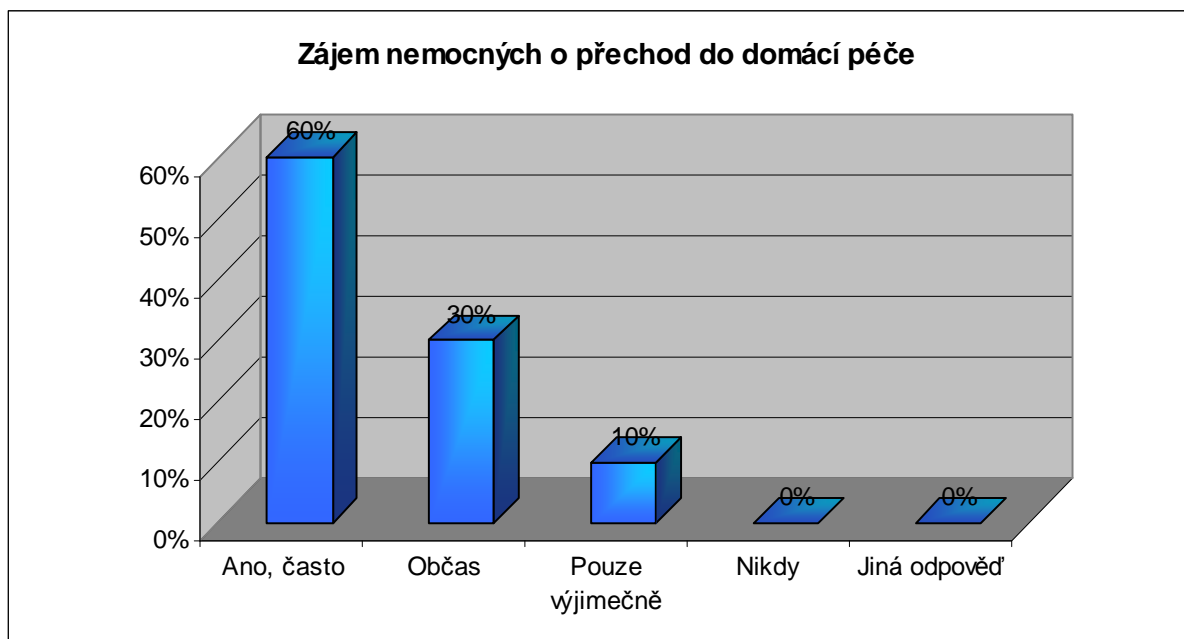
Graf č. 4



Zdroj: Vlastní výzkum

Čtvrtá anketní otázka zněla, zda se respondent již setkal se zájmem rodiny převzít péči o umírajícího blízkého člověka. Na tuto otázku celkem odpovědělo 20 respondentů. 60 % dotazovaných uvedlo, že se občas s takovýmto zájmem setkávají. 40 % respondentů pak uvedlo, že se s podobným přáním u rodin terminálně nemocných pacientů setkávají pouze výjimečně.

Graf č. 5



Zdroj: Vlastní výzkum

Na poslední, pátou anketní otázku, zda se objevuje zájem ze strany nemocných strávit poslední chvíle života v domácím prostředí, odpovědělo celkem 20 respondentů. Z toho 60 % dotazovaných uvedlo, že přání zemřít doma je u umírajících časté. 30 % respondentů se s takovým přáním setkávají pouze občas a 10 % odpovědělo, že se setkaly pouze výjimečně s člověkem který by chtěl zemřít v doma.

5 DISKUSE

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit potřebu poskytování terénní hospicové péče a problematiku jejího rozvoje v Jihočeském kraji. Pokud jde o hospicovou péči všeobecně, je v jižních Čechách pouze jeden poskytovatel, a to Hospic sv. Jana N. Neumanna. Toto nestátní neziskové zdravotnické zařízení poskytuje v jihočeských Prachaticích lůžkovou hospicovou péči již od roku 2003. Od začátku roku 2009 má hospic sv. Jana N. Neumanna také možnost provozovat domácí hospicovou péči. I když je tedy prachatický hospic registrován jako nezisková organizace poskytující terénní hospicovou péči, nečiní tak.

Hlavní výzkumnou metodou použitou ke zpracování bakalářské práce byl polořízený rozhovor. Tento rozhovor byl vedený s ředitelem Hospice sv. Jana N. Neumanna. Dále pak se sociální pracovnící a vrchní sestrou v témže zařízení.

Společnou otázkou, kterou jsem položila všem, bylo, jak velký zájem předpokládají o domácí hospicovou péči v Jihočeském kraji. Všichni dotazovaní se nezávisle na sobě shodli, že se domnívají, že zájem o službu by byl. Ředitel hospice měl toto své tvrzení podloženo souhlasem celé řady praktických lékařů. Sociální pracovníce lůžkového hospice se také přiklonila k tvrzení, že by byl zájem o terénní formu hospicové péče. Podmětem k tomuto tvrzení jí je fakt, že se u klientů lůžkového hospice často objevuje zájem o strávení posledních chvil života v domácnosti. Taktéž vrchní sestra se přiklání k názoru, že by zájem o domácí hospicovou péči v jižních Čechách byl, své tvrzení opírá o informace získané od sester domácí ošetrovatelské péče.

Skutečnost, že by o terénní hospicovou péči byl zájem, dokládá i článek uveřejněný na internetovém zpravodajském serveru ČTK České noviny, kde autor uvádí, že v průběhu roku 2008 poskytly agentury domácí péče své služby

10 586 umírajícím klientům, z tohoto počtu bylo 974 těžce nemocných a umírajících z jižních Čech.¹

Všem dotazovaným jsem též položila otázku, jak by se dle jejich názoru měla zapojit do terénní hospicové péče rodina. Opět se nezávisle na sobě shodli, že je nezbytné, aby se rodina do ošetrovatelského procesu zapojila, a to co nejvíce. Zároveň také všichni shodně přiznávají, že ne vždy to lze prakticky provést. Jako nejčastější důvod, proč by se rodinní příslušníci nemohli zapojit do ošetrovatelského procesu, uvádějí finanční důvody, ale i fyzické nároky na péči. Pan ředitel v této souvislosti také zdůraznil potřebu vzájemného provázání terénní a lůžkové hospicové péče. Pokud by došlo k situaci, kdy by rodina nevládala péči ani za podpory pracovníků domácího hospice, měl by tak klient možnost ihned přejít do lůžkového hospicového zařízení.

Výše uvedené názory o zapojení členů rodiny do domácí hospicové péče potvrzuje celá řada odborníků, mimo jiné také prof. Helena Haškovcová. Ta uznává náročnost péče o nevléčitelně nemocné a potřebu spolupráce rodiny s celou řadou odborníků, současně však také dodává, že členové rodiny jsou schopni se řadu ošetrovatelských postupů naučit a aplikovat je při každodenní péči o umírajícího. Pacienti a jejich rodiny jsou podle Haškovcové soustavně motivováni k uplatňování principů svépomoci.²

Z osobních zkušeností vím, jak je péče o umírající náročná, a to jak fyzicky, tak především psychicky. Takovou péči nelze vykonávat během zaměstnání. Je tedy zcela na rozhodnutí rodiny, zda se někdo z nich vzdá svého zaměstnání a bude se starat o nemocného. Jak ovšem při našem rozhovoru naznačil pan doktor Huneš, ne vždy je to možné. Bylo by možné také rodině nabídnout stacionární hospic. V takovém případě by však byla každodenní doprava nemocného do stacionáře traumatizujícím zážitkem, který by jej pravděpodobně připravil o zbytky sil. Současně si nejsem zcela jistá, zda by tento způsob péče vyhovoval rodině. Proto se taktéž přikláním k názoru, že v případě

¹ ČTK. *Služeb domácí zdravotní péče využilo loni téměř 137 000 lidí.*

² HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o smrti a umírání.* 2007.

domácí hospicové péče je zcela nezbytné, aby se do ošetrovatelských postupů zapojili i členové rodiny.

Tuto problematiku řeší i standardy domácích hospicové péče vydané sdružením Cesta domů. Podle této publikace je předpokladem kvalitní paliativní péče v domácnosti právě teoretická i praktická příprava rodinných ošetrovatelů na péči, včetně pravidelného hodnocení možností a kapacit pečující rodiny.³

V souvislosti s touto problematikou jsem se také dotazovala na pracovní tým, který by měl být součástí péče o člověka v terminálním stadiu nemoci. Jak vrchní sestra, tak ředitel zdůraznili nutnou přítomnost zdravotní sestry a praktického lékaře. Taktéž se oba shodli, že by do domácí hospicové péče měl vstupovat sociální pracovník, ale i dobrovolníci, ošetrovatelé, pastorační asistent, případně kněz, psycholog a hospicový lékař coby konziliář. Pan ředitel současně však připomněl, že čím více odborníků by vstupovalo do interakce s klientem a jeho rodinou, tím bude samotná služba nákladnější.

V souvislosti s tím bych také ráda poukázala na problematiku financování. Právě tuto oblast lze označit jako „kámen úrazu“ rozvoje terénní hospicové péče v Jihočeském kraji. Jak vyplývá z rigorózní práce R. Huneše, ředitele Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, jde o 60 % prostředků potřebných k provozu hospice od veřejných zdravotních pojišťoven.⁴ Během našeho rozhovoru však několikrát poukázal na skutečnost, že pokud jde o domácí hospicovou péči, pojišťovna nemá zájem o uzavření smlouvy s poskytovatelem této péče, a tudíž se nechce podílet na jejím financování. Při rozhovoru se pan ředitel také zmínil o skutečnosti, že domácí hospicová péče by měla být finančně méně nákladná než lůžková.

Je zcela pochopitelné, že pokud by byla rodina nucena vynaložit na péči o těžce nemocného výrazně vyšší náklady, než jaké by byly vynaloženy při stejně kvalitní péči v lůžkovém zařízení, zájem o domácí péči by se snížil nebo zcela vymizel.

³ ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 2004.

⁴ HUNEŠ, R. *Hospic – sociální fenomén moderní společnosti*. 2008.

S panem ředitelem jsme dále hovořili o spoluúčasti pacienta na financování. V našem rozhovoru projevil názor, že by se klienti domácí hospicové péče měli spolupodílet menším finančním obnosem, stejně tak jako je tomu v lůžkových zařízeních.

Druhou výzkumnou metodou, kterou jsem použila, byla anketa. Anketa byla rozdána mezi pracovníky zdravotnických zařízení, která poskytují péči lidem s onkologickým onemocněním.

První položená otázka byla zařazena ke zjištění identifikace respondentů. V naprosté většině odpovídaly zdravotní sestry a ošetřovatelky (viz graf č. 1). Právě zdravotní sestry a ošetřovatelky jsou denně v kontaktu s nemocným a mohou tak nejlépe postřehnout jeho přání.

Druhou otázkou jsem zjišťovala, kolik procent pacientů v těchto zařízeních je v terminálním stadiu onemocnění (viz graf č. 2). Z odpovědí vyplývá, že ve zdravotnických zřízeních je většinou 11–25 % pacientů v terminálním stadiu onemocnění. Třetí otázka se zabývala četností odchodů pacientů do domácího ošetřování. 50% respondentů odpovědělo, že pacienti odcházejí domů po ukončení kurativní léčby pouze občas, (viz graf č. 3). V souvislosti s tím byla respondentům položena otázka, jak často se setkávají se zájmem rodiny o převzetí péče o těžce nemocného a umírajícího pacienta. Nikdo z respondentů neodpověděl, že by se s takovou to situací setkávali často. 60 % dotazovaných se spíše přiklonilo k odpovědi, že se s touto situací setkávají pouze občas, tedy asi u poloviny rodin. (viz graf č. 4). 40% respondentů uvedlo, že se s takovýmto zájmem rodiny setkávají pouze výjimečně. Poslední, pátá otázka, byla zaměřena naopak na to, zda se respondenti již setkali s přáním nemocných o strávení posledních chvil života v domácím prostředí. Naprostá většina respondentů, tedy 60 %, uvedla, že se s takovýmto přáním setkává často. (viz graf č. 5).

Z ankety je patrné časté přání těžce nemocných a umírajících lidí strávit poslední dny svého života v rodinném kruhu. Přání nemocného je však v konfrontováno se

zájmem rodiny. Většina respondentů se shodla, že zájem o převzetí péče je menší. Je velkou otázkou, proč tomu tak je. Jednou z možností je skutečnost, že na anketu ve velké většině odpovídali zástupci přímé péče. Domnívám se, že řada rodinných příslušníků se o takto závažném kroku, jakým je převzetí péče o těžce nemocného, spíše radí s lékaři. Nabízí se ale také možnost, že řada rodin má strach z takovéto péče nebo již předem ví, že by ji nezvládla, a to jak fyzicky, tak psychicky, ale i finančně.

Ostatně představa, že doma nelze poskytnout umírajícímu tak kvalitní odbornou péči jako v nemocnici, a mohlo by tedy dojít k zanedbání, je jedním z nejčastějších mýtů o umírání doma.⁵

Z výsledků ankety tedy jasně vyplývá, že zájem o domácí hospicovou péči v jižních Čechách je vysoký a to jak mezi nemocnými tak mezi zdravotníky. Ostatně MUDr. Vorlíček poukazuje na obdobné výsledky zahraničních průzkumů, které jasně ukazují na fakt, že většina vážně nemocných a umírajících lidí by si přála prožít závěr svého života doma. Je to místo, které znají, je naplněné konkrétními lidmi, emočně bohatými vztahy a současně intimitou.⁶

S přáním pacientů strávit poslední chvíle života doma se dle ankety setkalo 60% respondentů. P. Handlová ve svém výzkumu kladla otázku, kde si respondent přeje zemřít. Odpověď doma zvolilo 77 % dotazovaných a 84 % respondentů si v okamžik smrti přálo mít u sebe rodinu.⁷ Právě domácí prostředí je pro umírajícího, jak uvádí MUDr. Svatošová, ideální.⁸

⁵ <http://www.umirani.cz>.

⁶ VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína*. 2004.

⁷ HANDLOVÁ, P. *Význam hospice a hospicové péče*. 2008.

⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 2008.

6 ZÁVĚR

Problematika rozvoje hospiců je v České republice stále otevřeným a mnohdy i opomíjeným tématem, i když se povědomí odborné i široké veřejnosti o této problematice zvyšuje. Přesto, že je dnes upravena řada legislativních norem právě s ohledem na hospice, je před námi ještě dlouhá cesta.

Pokud jsem rozvoj hospicové péče v České republice označila za problematický, pak rozvoj domácí hospicové péče v jižních Čechách je prakticky nulový. Jediným poskytovatelem, který má na poskytování této péče v Jihočeském kraji registraci, je Hospic sv. Jana Nepomuka Neumanna. Ten však již přes rok žádá pojišťovny o uzavření smlouvy na financování péče. Doposud se však uzavření této smlouvy nezdařilo. Náhradní financování těchto služeb je velmi problematické z důvodu poměrně vysoké finanční náročnosti.

Existují ovšem i jiné instituce, které umožňují nemocnému člověku pobyt v domácnosti, mám především na mysli domácí ošetrovatelskou péči. Tento druh péče však primárně není určen k ošetřování umírajících. Agentury domácí péče nejsou vybaveny důležitými pomůckami a potřebnými léky. Mnohdy ani personál takovýchto agentur nemá zkušenosti z paliativní péčí.

Pokud by tedy v budoucnu byla terénní hospicové péče uvedena do provozu, existuje velký předpoklad, že by se setkala s velkým zájmem. Řada lidí v terminálním stadiu onemocnění, kteří dnes tráví svůj čas v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných anebo v lůžkovém hospici, by uvítala možnost být doma se svou rodinou a přáteli, v prostředí, které je jim příjemné. Pokud by tedy došlo k podepsání smlouvy mezi pojišťovnou a poskytovatelem, je prachatický hospic připraven začít poskytovat terénní hospicovou péči prakticky ihned.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ABBEY, J.; Sanchia, A.; BAILEY, B. a kol. *Paliativní péče – pro sestry všech oborů*. První, české vydání. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4
2. ANDREJKIVOVÁ, P. Hospicová domácí péče. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, s. 49 – 50. ISSN 1210-0404.
3. BYSTRICKÝ, Z. Hospicová péče – organizace a zkušenosti z českých pracovišť. on-line *Postgraduální medicína* 2/2001. aktualizováno: 15. 3. 2001 (cit. 27. 2. 2010) dostupné z: [ttp://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569](http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/hospicova-pece-organizace-a-zkusenosti-z-ceskych-pracovist-134569).
4. ČTK. Služeb domácí zdravotní péče využilo loni téměř 137.000 lidí. on-line. Aktualizováno: 10.8.2009 (cit. 12.4. 2010). dostupné z: <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/sluzeb-domaci-zdravotni-pece-vyuzilo-loni-temer-137-000-lidi/392045>
5. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 *O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících*.
6. FIRTHOVÁ, P.; LUFFOVÁ, G.; OLIVIERE, D. a kol. *Ztráta, změna a zármutek v kontextu paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-21-3.
7. HANDLOVÁ, P. Význam hospice a hospicové péče. Brno: 2008. Bakalářská práce (Bc.). Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Dostupné také z: http://is.muni.cz/th/176688/lf_b/VYZNAM_HOSPICE_A_HOSPICOVE_PECE.pdf
8. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Třetí, rozšířené vydání. Praha: Galén, 2002. 271 s. ISBN 80-7262-132-7.
9. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie, nauka o umírání a smrti*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-7262-471-3.
10. HUNEŠ, R. *Hospic – sociální fenomén moderní společnosti*. Bratislava, 2008. Rigorózní práce (Ph.D.). Vysoká škola Zdravotníctva a sociálnem práce sv. Alžbety.

11. HUNEŠ, R. *Postavení hospiců ve zdravotním a sociálním systému ČR*. Poslední aktualizace: neuvedeno (cit. 15. 12. 2009). Dostupné z: hospice.cz/hospice1/data/php07_postaveni_hospicu.ppt.
12. Internetový portál *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče*. Dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz>.
13. Internetový portál *Cesta domů.cz*. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz>.
14. Internetový portál *Hospic sv. Jana N. Neumanna*. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz>.
15. Internetový portál *Hospice.sk*. Dostupné z: <http://www.hospice.sk>.
16. Internetový portál *Umírání.cz*. Dostupné z: <http://www.umirani.cz>.
17. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
18. KELNAROVÁ, J. *Tanatologie v ošetrovatelství*. Brno: Litera, 2007. ISBN 978-80-85763-36-2.
19. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. První vydání. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
20. KÜBLER – ROSSOVÁ, E. *O smrti a umírání*. Praha: Arica, 1993. 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
21. LENOCHVÁ, E.; BLINKOVÁ, M. Hospicová a paliativní péče. *Sestra*, 2008, roč. 18, č. 12, s. 47 – 48. ISSN 1210-0404.
22. LOUCKÁ, P. *Historie slova „hospic“*. poslední aktualizace: neuvedena. (cit. 26. 2. 2010) dostupné z <http://www.umirani.cz/historie-slova-hospic.html>.
23. MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
24. MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebyt?*. Praha: Ecce homo, 2008. ISBN 978-80-7195-258-9.
25. PARKES, C.; RELFOVÁ, M.; COULDRICKOVÁ, A. a kol. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.

26. PAYNEOVÁ, S.; SEYMOUROVÁ, J.; INGLEROVÁ, C. *Paliativní péče: Principy a praxe*. První vydání. Brno: 2007, Společnost pro odbornou literaturu. 807 s., překlad: Lukáš, Ivo. ISBN 978-80-87029-25-1.
27. *Přijímání pacientů*. poslední aktualizace: neuvedeno. (cit. 1. 3. 2010). dostupné z <http://www.cestadomu.cz/prijimani-klientu.html>
28. SLÁMA, O.; KABELKA, L.; VORLÍČEK, J. a kol. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-7262-505-5.
29. STUDENT, J.; MÜHLUM, A.; STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Praha: H & H, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
30. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Šestá, přepracované vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.
31. *Standardy hospicové paliativní péče*. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. První vydání. 2006 (cit. 5. 3. 2010). dostupné z: <http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=standardy&lang=cz&PHPSESSID=3e885e2a4399c145181f91ea556e1682>.
32. ŠPINKOVÁ, M.; ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů, 2004. 35 s. ISBN 80-239-4329-4.
33. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z.; POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. *Paliativní medicína*. Druhé přepracované, doplněné vydání. Praha: Grada, 2004. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
34. Z. č. 20/1966 Sb.; *O péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů*.
35. Z. č. 48/1997 Sb.; *O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*.
36. Z. č. 108/ 2006 Sb.; *O sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Paliativní medicína

Hospic

Domácí hospicové péče

Lůžkový hospic

9 PŘÍLOHY

1. Anketa
2. Poskytovatelé lůžkové hospicové péče v České Republice
3. Poskytovatelé domácí hospicové péče v České Republice
4. Půjčovna pomůcek v Hospicu sv. Jana N. Neumanna

1. Anketa

Dobrý den, jmenuji se Eva Předotová a jsem studentkou Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, 3. ročník oboru Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory.

Tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění krátké ankety, která se váže k mé bakalářské práci: „Rozvoj domácí hospicové péče v jihočeském regionu.“ Anketa je zcela anonymní, její výsledky budou statisticky vyhodnoceny pro účely bakalářské práce.

Za vyplnění Vám předem velice děkuji.

1. Vaše pracovní zařazení?
 - a) Ředitel/ ka
 - b) Lékař/ ka
 - c) Vrchní sestra
 - d) Zdravotní sestra, ošetřovatel/ka
 - e) Jiné, prosím dopište

2. Jaký je podíl pacientů v terminálním stádiu nemoci ve Vašem zařízení?
 - a) 0 – 10 %
 - b) 11 – 25 %
 - c) 26 – 50 %
 - d) 51 – 75 %
 - e) 76 – 100 %

3. Jak často odchází pacient po ukončení kurativní léčby do domácí ošetřování?
 - a) Je to časté
 - b) Občas (asi u poloviny pacientů)
 - c) Pouze výjimečně
 - d) S takovou situací jsme se ještě nesetkaly
 - e) Jiná odpověď, prosím dopište

4. Objevuje se zájem ze strany rodiny převzít péči o umírajícího?
 - a) Ano, je to časté
 - b) Ano, občas (asi u poloviny pacientů)
 - c) Pouze výjimečně
 - d) Ne, nikdy
 - e) Jiná odpověď, prosím dopište

5. Objevuje se zájem ze strany pacientů o strávení posledních chvil života v domácím prostředí?
- a) Ano, je to časté
 - b) Ano, občas (asi u poloviny pacientů)
 - c) Pouze výjimečně
 - d) Ne, nikdy
 - e) Jiná odpověď, prosím dopište

2. Poskytovatelé lůžkové hospicové péče v České Republice

Hospic Anežky České
5. května 1170
549 41 ČERVENÝ KOSTELEČ

Hospic sv. Štěpána
Rybářské nám. 662/4
412 01 LITOMĚŘICE

Hospic Štrasburk
Bohnická 12/57
181 00 PRAHA 8 – Bohnice

Hospic sv. Lazara
Sladkovského 66
326 00 PLZEŇ

Hospic sv. Jana N. Neumanna
Neumannova 144
383 01 PRACHATICE

Hospic sv. Alžběty
Kamenná 36
639 00 BRNO

Dům léčby bolesti s Hospicem sv.
Josefa
Jiráskova 47
664 61 RAJHRAD

Hospic na sv. Kopečku
Sadové nám. 24
772 00 OLOMOUC

Hospic v Mostě
Svážná 1528
434 01 MOST

Hospic Citadela
Žerotínova 1421
757 01 VALAŠSKÉ MEZIRÍČÍ

Hospic sv. Lukáše
Charvátská 8
700 30 OSTRAVA - Výškovice

Hospic Hvězda
Sokolovská 967
760 01 ZLÍN – Malenovice

Hospic Dobrého pastýře
Sokolská 584
257 22 ČERČANY

Hospic Chrudim
K Ploché dráze
534 01 CHRUDIM

3. *Poskytovatelé domácí hospicové péče v České Republice*

Terénní služby Benešov
Jana Nohy 1352
256 01 BENEŠOV

Domácí hospic, poradna a půjčovna
pomůcek
Kamenná 36
639 00 BRNO

Domácí hospicová péče Bárka
Jakubské nám. 2
586 01 JIHLAVA

Hospicové hnutí Vysočina
Žižkova 89
586 01 JIHLAVA

Domácí hospic David
Charita Kyjov
Palackého 194
697 01 KYJOV

Dětský hospic Klíček – poradna,
výjezdy se zákl. poradenstvím
Zborovská 8A
285 04 UHLÍŘSKÉ JANOVICE

Hospicové hnutí Vysočina
Žďárská 610
592 30 NOVÉ MĚSTO NA
MORAVĚ

Charitní hospicové péče Pokojný
přístav
Charita Opava – CHOPS
Kylešovská 10
746 01 OPAVA

Dětský hospic Klíček – poradna,
výjezdy se zákl. poradenstvím
Zborovská 8A
702 00 OSTRAVA

Mobilní hospic Ondráček
Horní 288/67
700 30 OSTRAVA – Dubina

Mobilní hospicová jednotka
Charita Ostrava
Charvátská 8
700 30 OSTRAVA - Výškovice

Domácí hospic Cesta domů
Dukelská 54
170 00 PRAHA 7

Mobilní hospic sv. Jana
Jiráskova 47
664 61 RAJHRAD

Oblastní charita – domácí
hospicová péče
Strojírenská 4
591 01 ŽDÁR NAD SÁZAVOU

4. Půjčovna pomůcek v Hospicu sv. Jana N. Neoumanna

pomůcka	vratná záloha v Kč	poplatek v Kč/den
polohovací lůžko elektrické	5 000,-	40,-
antidekubitní matrace s kompresorem	2 000,-	20,-
chodítko pojízdné nízké	200,-	10,-
chodítko pojízdné vysoké	1 000,-	15,-
francouzské hole	100,-	10,-
toaletní vozík	1 000,-	15,-
toaletní židle	500,-	10,-
invalidní vozík	2 000,-	20,-
servírovací stůl	100,-	10,-
koncentrátor kyslíku	6 000,-	40,-
kontinuální dávkovač	5 000,-	30,-
dovoz pomůcek vozidlem		6,- Kč / km

Sazby půjčovného jsou včetně DPH. Ceny jsou dotované.

Zdroj: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/poradna-pujcovna-pomucek>