

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Domácí hospicová péče a její přínos pro rodiny
terminálně nemocných osob**

Diplomová práce

Autor: Bc. Klára Vogelová

Studijní program: N6731 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové

2017

Zadání diplomové práce

Autor:	Klára Vogelová
Studium:	U15035
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Domácí hospicová péče a její přínos pro rodiny terminálně nemocných osob
Název diplomové práce AJ:	Benefit of Home Hospice Care for families of person in the terminal phase of the illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem práce je zjistit přínosy a limitace domácí hospicové péče a posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče v Hradci Králové z pohledu pečujících rodin. V teoretické části budou vymezeny základní pojmy - paliativní péče, problematika umírání a smrti, domácí hospicová péče, rodina terminálně nemocného a význam sociálního pracovníka v domácí hospicové péči. V praktické části bude využita kvalitativní výzkumná strategie. Pro získávání dat bude zvolena metoda rozhovoru a pro přesnější zachycení reality použita kombinace datových zdrojů, které získám od pracovníků.

KALVACH, Zdeněk a Sheila PAYNE. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010. ISBN 978-80-904516-4-3.
MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifikum různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7002-x.

Garantující pracoviště:	Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	PhDr. Martin Smutek, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	4.12.2014

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucí diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.“

V Česticích dne

Klára Vogelová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Všem, kteří mi poskytli pomoc a podporu při realizování této práce. Za odborné vedení, trpělivost, rady a připomínky děkuji vedoucí práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. Dále celému týmu domácí hospicové péče Hradec Králové a rovněž bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu.

Abstrakt

VOGELOVÁ, Klára. *Domácí hospicová péče a její přínos pro rodiny terminálně nemocných osob*. Hradec Králové, 2017. 84 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Diplomová práce se zabývá problematikou domácí hospicové péče. Hlavním cílem je zjistit přínosy i limity domácí hospicové péče a posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče v Hradci Králové z pohledu pečujících rodin.

Teoretická část je rozčleněna do čtyř kapitol, které na sebe vzájemně navazují. V úvodní kapitole jsou vymezeny základní pojmy jako paliativní péče a hospicová péče. Mimo jiné je zde vymezena problematika umírání a smrti. Druhá kapitola seznamuje s domácí hospicovou péčí. Třetí kapitola hovoří o rodině terminálně nemocného. V závěrečné části je vymezena sociální práce v domácí hospicové péči.

Praktická část je založena na kvalitativní výzkumné strategii, konkrétně na technice polostrukturovaných rozhovorů. Informantky byly vybrány z řad rodinných příslušníků pozůstalých, kteří v minulosti využili služeb domácího hospice v Hradci Králové.

Klíčová slova: paliativní péče, domácí hospicová péče, péče o terminálně nemocné a rodiny, přínosy domácí hospicové péče,

Abstract

VOGELOVÁ, Klára. *Benefit of Home Hospice Care for families of person in the terminal phase of the illness*. Hradec Králové, 2017. 84 p. Master Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Master Degree Thesis: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Master degree thesis deals with home hospice care. The aim is to determine the benefits and limitations of home hospice care, and assess the role of social workers in the context of home hospice care in Hradec Kralove from the perspective of caring families.

The theoretical part is divided into four parts. In the first part it defines the basic concepts of palliative care and hospice care. Among other things, it sets out the issues of death and dying. The second part deals with home hospice care. The third part talks about family of person in the terminal phase of the illness. The final part deals with the social work in hospice care.

The practical part is based on qualitative research strategy, namely the technique of semi-structured interviews. Informant were chosen from among the members of family, who in the past used the services of home hospice care in Hradec Kralove.

Key words: palliative care, home hospice care, care for families of person in the terminal phase of the illness.

Obsah

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Definice základních pojmů	11
1.1 Nevyléčitelná nemoc, umírání, smrt.....	12
1.1.1 Etické problémy umírání a smrti	13
1.2 Paliativní péče	14
1.2.1 Principy paliativní péče	16
1.2.2 Formy poskytování paliativní péče	16
1.3 Hospic a hospicová péče.....	19
1.3.1 Formy hospicové péče.....	20
2 Domácí hospicová péče	22
2.1 Vývoj domácí hospicové péče v ČR	23
2.2 Zařízení domácí hospicové péče	25
2.3 Cílová skupina domácí hospicové péče.....	26
2.4 Multidisciplinární tým	27
2.4.1 Klíčoví členové týmu a požadavky na jejich odbornost	28
2.5 Domácí hospicová péče a poskytování sociálních služeb	29
2.6 Průběh poskytování služby	29
2.7 Financování domácí hospicové péče	31
2.8 Legislativní postavení domácí hospicové péče	33
2.9 Problémy spojené s domácí hospicovou péčí	34
3 Rodina terminálně nemocného.....	36
4 Význam sociálního pracovníka v domácí hospicové péči	38
5 Shrnutí teoretické části.....	41
II. PRAKTICKÁ ČÁST	42

6 Metodická část	42
6.1 Vymezení hlavního a dílčích cílů.....	42
6.2 Zvolená výzkumná strategie	43
6.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	44
6.4 Volba výzkumného souboru	45
6.5 Popis organizace a průběh výzkumu	46
6.6 Způsob zpracování získaných dat či údajů	47
6.7 Rizika výzkumu a výzkumné strategie	48
7 Analýza a interpretace údajů	49
8 Shrnutí praktické části	63
ZÁVĚR A DISKUZE.....	65
Seznam použitých zkratk.....	67
Seznam tabulek	67
Seznam použité literatury.....	68
Seznam příloh	74

ÚVOD

„Celý život nás provázejí různá přání. Modré autíčko pod stromečkem. Ta zrzavá holka z vedlejší třídy. Požádat ji o ruku. Kluka, nebo holku? Zůstat spolu. Ještě jednou vidět moře. Dokážeme slyšet i to poslední přání? Držet někoho za ruku, když to přijde.“ (Paliativní péče, 2017)

Umírání a smrt je velkým tabu. Před sto lety bylo umírání doma naprosto přirozenou součástí života. Pak se smrt začala institucionalizovat, což vydrželo po několik desítek let. Teď se tyto hranice znovu začínají měnit a o smrti a umírání v domácím prostředí se začíná diskutovat více. Je důležité nebrat smrt jako něco, co se nás netýká a zabývat se jí až v případě, když to přijde.

Téma „Domácí hospicová péče a její přínos pro rodiny terminálně nemocných osob“ jsem si zvolila v prvním ročníku navazujícího studia. Tehdy jsem zažívala smutné období, kdy mi v nemocnici zemřela kamarádka na rakovinu. Téma umírání pro mne v té době přestalo být cizí a chtěla jsem vědět víc a víc. Dozvěděla jsem se, že Hradci Králové už nějakou dobu funguje domácí hospicová péče, o kterou jsem se začala více zajímat. Následně jsem si zde domluvila i praxi a navštěvovala jsem toto zařízení. Velmi mne tato práce v domácí hospicové péči naplňovala a bavila.

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit přínosy a limitace domácí hospicové péče a posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče v Hradci Králové z pohledu pečujících rodin. Pro získávání dat jsem se rozhodla využít metodu polostrukturovaných rozhovorů a pro přesnější zachycení reality použiji kombinaci datových zdrojů, které získám od pracovníků.

Svou práci zaměřím na porozumění důvodům, proč rodiny využívají služby domácí hospicové péče, dále budu zjišťovat, jak byli informováni pracovníky zařízení o poskytovaných službách. Posuzovat budu i roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče. V závěrečné fázi budu zjišťovat přínosy a limitace domácí hospicové péče.

Tuto práci bych ke čtení doporučila hlavně široké veřejnosti. Domácí hospicová péče je relativně novým konceptem a spoustu lidí o ni nemá ani tušení. Proto může být má práce jakýmsi průvodcem pro veřejnost, která by se tak dozvěděla o této službě. Stejně tak může být práce přínosná pro studenty, kteří se tak můžou získat nové poznatky. Zároveň mohou zájemce o domácí hospic zajímat výsledky mého výzkumu a mohou tak pro ně být vodítkem, zda se pro službu rozhodnout, či nikoliv. Práce by mohla být přínosem také pro samotnou domácí hospicovou péči v Hradci Králové. V zařízení jsem se předem domluvila, že po dokončení práce jim své výsledky poskytnu.

Diplomová práce je členěna na dvě základní části. Teoretická část se skládá ze čtyř kapitol, které jsou dále členěny do dalších podkapitol. V první části se zaměřuji na základní pojmy, které se prolínají celou mou prací. Definuji problematiku umírání a smrti, paliativní péči a hospicovou péči. Druhá kapitola seznamuje s domácí hospicovou péčí. Třetí kapitola pojednává o problematice, kterou řeší rodiny terminálně nemocného. Čtvrtá kapitola uzavírá teoretickou část a je zaměřena na vymezení sociální práce v domácí hospicové péči. V rámci této kapitoly také hovořím o tom, co je to přínos. V celé práci používám pojmy umírající, nemocný, pacient, přičemž je vnímám za jednotné.

V praktické části vysvětlím, jaký druh výzkumu jsem zvolila, zformuluji hlavní a dílčí cíle, vymežím způsob, kterým dojde ke sběru dat, jak budu postupovat při vyhodnocování údajů, představím zvolenou skupinu informantů a vyhodnotím rizika výzkumu. Poté budu získaná data analyzovat a získané údaje nakonec interpretovat. Informace o zařízení domácí hospicové péče v Hradci Králové, ve kterém budu svůj výzkum provádět, přiložím do přílohy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Definice základních pojmů

V první části mé práce vnímám za vhodné zaměřit se na představení klíčových pojmů, které úzce souvisí s domácí hospicovou péčí.

V první podkapitole, kterou nazývám nevléčitelná nemoc, umírání, smrt definuji nejprve rozdíly mezi zdravím a nemocí a následně se zaměřuji na nevléčitelnou nemoc. Vysvětluji, jakým způsobem nevléčitelná nemoc ovlivňuje dosavadní život jedince i jeho rodiny. U jedince zpravidla dochází ke změně životních hodnot a dostaví se i nepříjemné pocity. Kontinuálně poté přecházím a definuji umírání, tedy terminální fázi života a poté definuji smrt. Každý umírající i rodina se s umíráním vyrovnává různě. Zajímavé se mi jeví fáze vyrovnávání se se smrtí, které popisují dle Elizabeth Kübler-Rossové, k nimž přikládám i tabulku v příloze. Umírání lze z hlediska času rozdělit do třech fází, které na sebe navazují. S těmito fázemi se pojí etické problémy, které u jednotlivých fází vymezují.

Druhá podkapitola se zaměřuje na paliativní péči, tedy nesmírně důležitou součást umírání. V domácí hospicové péči je paliativní péče základním stavebním kamenem, proto považuji za důležité ji představit, ačkoliv se jedná spíše o medicínský aspekt, nikoliv sociální. Paliativní péče je tedy specializovaná součást medicíny, která se zaměřuje na klienty v terminálním stádiu, u nichž byla ukončena kurativní léčba. Cílem paliativní péče je zmírnění bolestí i psychosociálního strádání nemocného. Vymezuji cíle a principy paliativní péče. Paliativní péče se dělí do dvou forem poskytování, na obecnou paliativní péči, která je poskytována všemi zdravotníky bez ohledu na jejich specializaci a druhou formou je specializovaná paliativní péče. Specializovaná paliativní péče je poskytována v různých typech zařízení, které následně vymezují. Domácí hospicová péče (někdy také nazvaná jako mobilní, či terénní), je právě jedna z forem specializované paliativní péče.

V poslední podkapitole se zaměřuji na hospic a hospicové hnutí. Hospic a paliativní péče jsou často vnímány jako synonyma, avšak lze mezi nimi nalézt jistou rozdílnost. Proto je vymezuji zvlášť. Původně byla paliativní péče pouze zdravotnickou službou, což se ukázalo jako nedostatečné, protože péče o klienta musí být komplexní a zahrnovat i jeho psychosociální aspekty. Dnes se tedy spíše užívá pojem hospicová paliativní péče, která spojuje zdravotní i sociální péči. Stejně jako specializovanou paliativní péči, hospicovou péči v této kapitole dělím do tří forem. Dělena je takto na základě místa poskytování a rozsahu času, kdy klient

službu využívá. Vymezena je tedy lůžková péče, stacionární péče a domácí hospicová péče. Každou jednotlivou formu zde vysvětluji.

1.1 Nevyléčitelná nemoc, umírání, smrt

Zdraví je nejzákladnější hodnota lidského života. Podle světové zdravotnické organizace je *„zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* (WHO, 1946) Nemoc je prostým opakem zdraví. Jde o reakci organismu na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím.

Nemoc ovlivňuje život jedince. Nemoc chápeme jako organický nesoulad, projevující se poruchou fyziologické funkce. Po psychické stránce je prožívána jako zvláštní, výjimečná situace. (Haškovcová, 1975)

Pokud člověk onemocní chronickou nevléčitelnou nemocí, zpravidla u něho dochází ke změně životních hodnot a postojů. Dostaví se nepříjemné pocity strachu, strachu z bolesti, nevyhnutelnosti odchodu a obav z budoucnosti. Fyzické utrpení a bolest, kterou si lidé spojují s nemocí, však lze spolehlivě zvládnout. V paliativní péči existuje velké množství medikamentů, které jsou účinné a aplikují se na specifické druhy bolestí. Druhou oblastí bolesti je bolest duševní. *„Duševní mučivá úzkost z hrozícího osobního zániku a citové zoufalství nad ztrátou všeho, co člověk měl a čím je, mohou být daleko úpornější“* (Byock, 2005, s. 80)

Umírání je konečná fáze lidského života, tzv. terminální fáze onemocnění. V lékařské terminologii je umírání a terminální stav chápáno jako synonymum. Je charakterizováno náhle vzniklým nebo postupným selháváním lidského organismu. K nevratnému selhávání může dojít náhle nebo během několika dní. (Sláma in Vosečková, 2015)

Podle Matouška (2003) je umírání proces přicházející smrti, který je normální součástí života. Umírající poté, co vnitřně uznal, že spěje ke smrti, cítí vždy potřebu uspořádat svoje věci a rozloučit se s blízkými. I umírající by si měl udržet nejlepší možnou kvalitu života bez ohledu na to, jestli umírá ve zdravotnickém zařízení nebo doma.

Každý umírající i jeho rodina se s nemocí vyrovnávají rozdílně. Fáze vyrovnávání se s nemocí rozpracovala přehledně autorka Kübler-Rossová. Podle autorky je proces přijetí nevyhnutelnosti blízké smrti zhuštěným procesem socializace, který má několik fází. Umírající má strach z neznámého a podvědomě si nedokáže představit svou vlastní smrt jinak,

než jako něco špatného. Smrt vnímá jako potrestání. Kübler-Rossová nabízí různá řešení, jak v dané fázi s umírajícím nebo s rodinou jednat. První fázi umírání nazývá Zavírání očí před skutečností, druhou fázi pojmenovává Zloba, třetí nazývá Vyjednávání, čtvrtou fázi Deprese a poslední fáze má název Souhlas. Tyto fáze chápe jako „*obranné mechanismy, k posílení v extrémně těžkých situacích*“ (Kübler – Rossová, 1992, s. 81). Celou tabulku jednotlivých fází, jejich projevů a řešení, přikládám v příloze mé práce.

Umírání končí smrtí. Smrt je konec života. Konečná smrt nastává po zástavě srdeční činnosti a smrti mozku (WHO, 1946)

1.1.1 Etické problémy umírání a smrti

Prakticky i metodicky proces umírání rozdělit na tři časově různá období. Jde o období pre finem, in finem a post finem.

Období pre finem

Jde o období velmi dlouhé, často v řádu několika měsíců i let. Jde o **období od chvíle uvědomění či sdělení diagnózy, do stádia vlastního umírání**. V tomto období bývá nejčastějším etickým problémem samotná míra informovanosti nemocného. Komu, kdy, kde, jak a co říci hraje významnou roli. V tuto chvíli je podstatné nemocného ochránit od tzv. psychické a sociální smrti. Strach z umírání v tomto období prožívá jedinec úzkostněji a intenzivněji než v další fázi. (Haškovcová 1994)

Těžkou otázkou zůstává, kdy s terminálně nemocným začít mluvit o smrti. Pracovník by neměl o tomto problému začít mluvit sám, ale vyčkat, až nemocný sám téma zmíní. Důležité je, vyslechnout jeho obavy, hovořit s ním o strachu ze smrti, nebo z bolesti. Pokud si chce vyřídit nějaké záležitosti ohledně pohřbu, nebo sepsat poslední vůli ještě dlouho před tím, než se přiblíží smrti, nezkoušejte ho od toho zrazovat, ale sežeňte mu právníka a pomozte mu uspořádat jeho záležitosti. (Kübler-Rossová, 2015)

Nemocný se zpravidla tomuto poznání brání, nechce ho přijmout, potlačuje ho nebo věří v zázrak.

Období in finem

Toto období odpovídá terminálnímu stádiu. Okamžik smrti je zde přirovnáván ke stěhování - z jednoho domu do druhého. Umírající je připodoben motýlu, který vylétá ze své

kukly. Jakmile se kukla (lidské tělo) poškodí natrvalo, vypustí ven motýla – duši. V této fázi naše pozemské vědomí přestane fungovat, ale rodí se nové napájené psychickou energií. (Kübler-Rossová, 1992)

Z etického hlediska zde nacházíme tři problémové oblasti a to ritualizace smrti, problematika eutanazie a situační etika.

Ritualizace smrti úzce souvisí s domácím modelem umírání a institucionálním modelem umírání. Jako perspektivní se v současné době jeví systém, který kombinuje domácí i institucionální model.

Eutanazie je tématem nesmírně citlivým a komplikovaným. Souvisí s tzv. milosrdnou smrtí. Nemocný je ve stavu, kdy návrat do života není reálný a zároveň zemřít je nemožné. Tento stav je provázen s bolestí a utrpením nejen pro umírající ale i pro rodinu. Eutanazie je neustále předmětem velkých diskuzí. V České republice není povolena.

S umíráním je dnes spojena i „**situační etika**“. Tedy rozhodnutí lékaře o ukončení aktivní léčby. Za jedinou realizovatelnou alternativu eutanazie je u nás považován právě program paliativní péče.

Období post finem

Závěrečné stádium charakterizuje **péče o tělo zemřelého a taktéž péči o pozůstalé**. V této fázi nalzáme další etické problémy, na něž však narazíme hlavně v nemocnicích. Prvním je povinný dvouhodinový klid na lůžku. V nemocnicích zpravidla vhodná místnost chybí. Kdyby však byla, je etické přeložit zemřelého na pokoj „smrti“, nebo ho nechat vydechnout mezi ostatními nemocnými? Dalším neméně těžkým problémem je sdělení úmrtí rodině. Příbuzní zpravidla chtějí vědět, jaké byly poslední dny jejich blízkého a potřebují se ujistit, že netrpěl. (Špatenková, 2013)

1.2 Paliativní péče

Paliativní péče je specializovaná součást medicíny, zaměřující se na klienty v posledním stádiu života. Jde o celosvětově se rychle rozvíjející typ péče, kdy je umírajícím a jejich blízkým nabízena účinná komplexní pomoc tam, kde běžná léčba a schopnosti nejbližšího okolí selhávají. V posledních dvaceti letech došlo k výraznému vývoji v oblasti definování pojmu paliativní péče, avšak přesné vymezení definice je i tak velmi obtížné, obsah tohoto pojmu není zcela ustálen a v odborné literatuře se můžeme setkat s velkou řadou definic.

Adjektivum paliativní pochází z latinského slova pallium, což v překladu to znamená maska, rouška nebo plášť. Hlavním úkolem paliativní péče je tedy maskovat účinky choroby a postarat se o člověka, který trpí nesnesitelnými bolestmi (tzv. přikrýt nemoc pláštěm) a umožnit mu i přes jeho nemoc vést život relativně uspokojujícím způsobem. (O organizaci, 2004) Anglické slovo „to palliate“ v překladu znamená mírnit, snížit závažnost nebo poskytnout dočasnou úlevu.

Často je užívána definice Rady Evropy členských států o organizaci paliativní péče: Paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovy důstojnosti a podpora jeho blízkých. (Doporučení REC, 2003 in Marková, 2015)

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je paliativní péče *„přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří společně čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím včasné identifikace nemoci, mírnění bolesti a eliminace dalších fyzických, psychosociálních a spirituálních problémů.“* (WHO definice paliativní péče, 2017)

Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, u nichž není možná kurativní léčba. 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. (Marková, 2009)

Tyto cíle doplňuje Meiere et al. (2010) o další, kdy paliativní péče musí:

- být orientovaná na pacienta (založená na pacientových přáních a cílech)
- prospěšná (pomoci pacientovi)
- bezpečná (neškodit pacientovi, nesouvisí s urychlením smrti)
- včasná (zahájena ve vhodnou dobu, ani brzo, ani příliš pozdě)
- spolehlivá (jsou využity všechny možnosti, které mohou přinést prospěch)

Paliativní péče je tedy souhrnně komplexní na kvalitu života orientovaná péče pro pacienta, který trpí nevyлéčitelnou chorobou. Cílem není primárně vyléčení, ale zmírnění bolesti a

dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovi důstojnosti, udržet co nejdéle stávající kvalitu života a poskytnutí optimální podpory blízkým, podpoření truchlících a pozůstalým.

1.2.1 Principy paliativní péče

Z paliativní péče se stal multidisciplinární obor a je založena na následujících hodnotách a principech O'Connor a Aranda (2005):

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny
- účastné péči o pacienta a jeho rodinu
- rovnoprávnost v přístupu k paliativní péči
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatelům
- obhajobě vyjádřených přání pacienta, rodiny, komunit
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě
- vytvoření sociálního zázemí
- individuální program péče o umírající
- doprovodná odborná pomoc nejbližším příbuzným

Principy paliativní medicíny korelují s potřebami umírajících.

Cílem paliativní péče je dosažení co nejlepší kvality života jak pro pacienty, tak pro jejich rodinu. Důležitou roli pro pacienty hraje psychosociální podpora, systematická úleva od bolesti a prevence a zvládnutí stresujících symptomů. (Kupka, 2014)

1.2.2 Formy poskytování paliativní péče

Potřeba paliativní péče je vždy závislá na několika okolnostech – základem je samotné onemocnění (viz výše), stupeň jeho pokročilosti (zpravidla se jedná o preterminální a terminální stádia onemocnění), dále přítomnost více nemocí současně, na pacientově věku a sociální situaci a v neposlední řadě i na jeho psychickém stavu.

Péče o terminálně nemocné je v České republice zajišťována formou lůžkovou, ambulantní a domácí. Péče je poskytována v místě bydliště nemocného, v domě s pečovatelskou službou, domově pro seniory, nemocnicích, v LDN – léčebny dlouhodobě nemocných a v hospici.

Podle potřebné péče o pacienta a udržení dobré kvality života se v zásadě paliativní péče rozlišuje na dvě úrovně poskytování.

Obecná paliativní péče

Jde o dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, manažerská zdatnost při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Nespecializovanou paliativní péči zpravidla poskytují domy s pečovatelskou službou, praktičtí lékaři, týmy domácí péče a oddělení vnitřního lékařství. Z toho tedy vyplývá, že obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. (Standardy paliativní péče, 2013)

Specializovaná paliativní péče

Je poskytována v zařízení, která se věnují paliativní péči jako své hlavní činnosti. Jde o aktivní interdisciplinární péči poskytovanou týmem odborníků, kteří jsou v této oblasti speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Zdravotní stav pacienta je natolik vážný, že přesahuje možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. Běžná medicína již nemá dál co nabídnout a není dostatečná klasická péče. Týmem odborníků se většinou rozumí lékař, sestry, sociální pracovník, psycholog, koordinátor dobrovolníků, pastorační pracovník a fyzioterapeut. Poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu. (Sláma et al., 2004)

Dělení specializované paliativní péče

Specializovanou paliativní péči dělíme na následující typy péče:

a) **Zařízení mobilní paliativní péče** (jindy také domácí hospic) kdy je péče poskytována v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacientů a to formou návštěv lékaře, zpravidla specialisty, sester, ošetrovatelů, dobrovolníků, případně dalších odborníků. Péče je

dostupná 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Důležitou součástí je i podpora pacientovy rodiny a blízkých, kteří se aktivně na péči podílejí. (Sláma a kol., 2011)

b) **Lůžkový hospic** jde o samostatně stojící speciální lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům v preterminální a terminální fázi nevyлéčitelného onemocnění. Individuálním potřebám a přáním každého pacienta je kladen velký důraz. Důležité je také vytvořit prostředí, v němž by mohl pacient zůstat do konce života, tedy vytvoření osobité domácí atmosféry s maximálním soukromím pacientů. Pokoje jsou obvykle jednolůžkové s přistýlkou pro blízké umírajícího. Průměrná doba hospitalizace je okolo tří týdnů. (Kupka, 2014)

c) **Ambulance paliativní péče.** Je určena umírajícím, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Častá je aktivní spolupráce s praktickým lékařem a zařízeními obecné domácí paliativní péče. Ambulance paliativní péče můžeme vidět při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení, případně jako součást zařízení domácí paliativní péče. (Sláma a kol., 2011)

d) **Konziliární tým paliativní péče.** Tento typ péče probíhá v rámci zdravotnických zařízení (nemocnice nebo léčebny). Je zajištěna interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních různého typu. Tým je zpravidla minimálně složen z lékaře, sestry a sociálního pracovníka. Posiluje souvislou péči, kdy pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen, a které už dobře zná a vedle toho tato péče přispívá také k edukaci personálu na ostatních odděleních. (Sláma a kol., 2011)

e) **Oddělení paliativní péče** je zřizováno v rámci zdravotnických zařízení (nemocnice, léčebny), nabízí péči o nemocné, kteří jednak potřebují komplexní paliativní péči a současně je nutné jejich setrvání ve zdravotnickém zařízení, kvůli diagnostice a léčbě. Důraz je kladen na realizaci hospicového ideálu v rámci možností daného zařízení. Svou významnou roli má zároveň v edukaci a slouží jako základna pro konziliární tým paliativní péče. (Kupka, 2014)

f) **Denní stacionář paliativní péče,** často nazývaný jako „denní hospicový stacionář“. Denní stacionář je většinou součástí hospice a péče o nemocné zde bývá omezena na několik hodin denně. Zpravidla je pacient ráno přijat a odpoledne či k večeru se vrací domů. Pacient dochází do stacionáře, kde jsou mu nabízeny komplexní edukační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta a zároveň je řešen jeho zdravotní stav. Dopravu do zařízení

zajišťuje rodina. Úkolem stacionáře je oddálit hospitalizaci a umožnit nemocnému pobývat v domácím prostředí. (Kupka, 2014)

g) **Specializovaná hospicová poradna** nabízí poradenství telefonické, internetové či přímé a to pro pacienty pečující i pro pozůstalé. (Sláma a kol., 2011)

V České republice se nejvíce využívají mobilní a lůžkové hospice. (Sláma a kol., 2011)

V příloze přikládám obrázek č. 1, na němž znázorňuji provázanost jednotlivých systémů péče a pohyb pacientů v systému.

1.3 Hospic a hospicová péče

Hospicová a paliativní péče byly původně chápány jako synonyma, ale můžeme mezi těmito pojmy nalézt určitou divergenci. Paliativní péče je úlevnou a ucelenou péčí o trpící pacienty bez ohledu na typ a prognózy onemocnění, v rámci hospicové péče jde o obdobný typ péče o klienty, ale s krátkou životní prognózou, zpravidla do půl roku. To ovšem neznamená, že každý, kdo je přijat do hospicové péče, tam musí zemřít. Paliativní péče klade důraz primárně na odbornou lékařskou péči, zatímco u hospicové péče je to aspekt spirituální, psychosociální a vztahový. Oba typy péče se snaží tlumit celkové tělesné, duševní, sociální i spirituální utrpení a snaží se podporovat jejich rodiny. Hospicová péče pracuje později i s pozůstalými. (Matoušek, 2013)

Slovo hospic, v latině „hospitilium“ lze volně přeložit jako útulek nebo útočiště. Ve středověku byl termín hospic používán pro tzv. domy odpočinku. Místo navštěvovali poutníci, aby se zotavili při cestě do Palestiny. Dnešní podoba hospicového hnutí vznikla ve Velké Británii díky zakladatelce **Cicely Mary Saundersové**. Základní myšlenka hospicového hnutí vychází z respektu k životu a úcty k člověku. (Haškovcová, 2007) V České republice založila hospicové hnutí **MUDr. Marie Svatošová**, která je též zakladatelkou Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí ECCE HOMO. První kamenný hospic vznikl v Červeném Kostelci. (Chadima, 2007)

Křesťanské hospice už od svých počátků poskytovali oddanou péči. Doprovázení bylo důstojnou a přirozenou součástí umírání a smrt nebyla považována za konec, ale za průchozí bod. Hospic souvisí taktéž se slovem hostinec – host. Pracovník hospice je tedy vnímán jako průvodce hosta. (Funk, 2014)

Cílem hospiců je zajistit kvalitu života nemocného až do konce, doslova do posledního vydechnutí. Hospic se nezabývá příliš smrtí, jako životem, možnostmi co nejuplněnějšího a nejbohatšího života až do konce, uměním v pravou chvíli člověku dovolit odejít. Jde o to naplnit dny životem, nikoliv život naplnit dny. (Svatošová, 1995)

Hospic nemocnému garantuje následující:

- *„nebude trpět nesnesitelnou bolestí,*
- *v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost*
- *v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“* (Holeksová, 2002)

Původně byla paliativní péče pouze zdravotnickou službou, protože je však péče o klienta komplexní, zahrnuje i psychosociální, duchovní i vztahové aspekty, bylo nutné do ní zahrnout i sociální péči. V zařízeních s klienty pracují sociální pracovníci, psychologové, kněží a další. Proto se dnes pro spojení zdravotní a sociální péče používá označení hospicová paliativní péče. (Tomeš a kol. 2015)

V České republice ještě do nedávna nebyla podpora hospicové péče na žádoucí úrovni. V roce 2014 využívaly služeb hospicové péče pouze cca 3 % umírajících občanů. O hospicích není zmínka ani v ne tak dávno vydané Matouškově Encyklopedii sociálních služeb (Matoušek, 2013)

Tato situace se v současnosti zlepšuje, vznikají nové odborné publikace a hospicová péče je diskutovaným pojmem i na ministerstvech. Stále je nutné prosazovat principy a cíle kvalitní paliativní péče v soustavě zdravotních i sociálních služeb a taktéž zvyšovat informovanost odborné i laické veřejnosti.

1.3.1 Formy hospicové péče

Výše, v kapitole paliativní péče, jsem zmiňovala dělení paliativní péče na obecnou a specializovanou. Hospicová péče je zpravidla dělena do tří forem poskytované péče a to na základě místa poskytování služeb a rozsahu času, po který klient v zařízení pobývá. Podobné dělení najdeme i v zákoně o sociálních službách, kde jsou služby taktéž rozděleny na ambulantní, pobytové a terénní. (Svatošová, 2011)

Lůžková hospicová péče

Lůžková péče je poskytována lidem, které rostoucí choroba ohrožuje na zdraví a životě a proto jim musí být poskytnuta neodkladná paliativní péče. Člověk však současně nemusí být hospitalizován v nemocnici a ani není možná domácí hospicová péče. (Svatošová, 1995)

V lůžkovém hospici jsou často přidružené další služby jako poradna či vzdělávací centrum (Haškovcová, 2007)

Prozatím je stále lůžková péče terminálně nemocným poskytována primárně v nemocnicích a v LDN, což se díky rozvoji paliativní a hospicové péči průběžně mění.

Stacionární hospicová péče

Do hospicového stacionáře jsou dopravováni lidé každý den, ráno přijedou a odpoledne či v podvečerních hodinách odjíždí domů. Dopravu zpravidla zajišťuje samotná rodina, případně hospic. Možnost využívat služeb stacionáře je limitováno stádiem nemoci, v níž se klient právě nachází. Stacionární péče má na klienty příznivý vliv, jednak pro klienty, kteří nezvládají bolest v domácích podmínkách, ale i z důvodu trávení času s dalšími nemocnými a sdílení svých problémů s nimi. (Svatošová, 2011)

Stacionární péče je v některých případech nahrazována lůžkovou hospicovou péčí. Ne každý má možnost dennodenně dojíždět do stacionárního hospice a taktéž ne každý klient má také štěstí na dobré rodinné zázemí a blízké, kteří jsou ochotní převzít péči o nemocného.

Domácí hospicová péče

Bez větších pochyb se dá tvrdit, že nemocniční péče v určité fázi onemocnění ztrácí smysl. Většina umírajících lidí se lépe cítí doma a po psychické stránce jim pobyt v nemocnici příliš neprospívá. Této formě péče se podrobně věnuji v další kapitole, protože je klíčovým pojmem mé práce.

2 Domácí hospicová péče

Protože ústředním tématem mé práce je domácí hospicová péče, budu se této kapitole věnovat podrobněji. V současné době proti sobě stojí pojetí osobního umírání a pojetí umírání medicínského či institucionálního. Doba je zaměřená na výkony a spotřební život a na smrt a umírání není místo ani čas. Lidé žijí okamžikem a nepřemýšlí o tom, co bude, natož pak o otázkách smrti. Smrt je tabu. Lidé smrt vytěšňují ze svých myšlenek a zabývají se jí až v momentě, když vážně onemocní oni, či jejich blízcí. Smrt se stala pro mnohé strašákem, spojeným se strachem, bolestí, utrpením a samotou. (Smrt je tabuizovaným tématem, 2012)

Když se ale poohlédneme zpět, ke generaci našich prababiček, umírání doma bylo běžnou součástí života. Většina lidí umírala doma a blízcí měli v péči o své blízké více zkušeností a považovali to za samozřejmost. V dnešní době je to přesně naopak. I když se tato situace pomalu začíná měnit a téma umírání je diskutovanější než před pár lety, stále pro značnou část veřejnosti zůstává velkým tabu.

Jak jsem vymezila výše, domácí hospicová péče je specializovaným typem paliativní péče. Domácí hospicová péče (dále zkratka DHP) plní přání nemocných a jejich blízkých, kteří chtějí prožít poslední část života ve svém domácím prostředí. DHP s využitím svých služeb profesionálně doplňuje laickou péči osob pečujících o umírajícího.

Zcela uspokojivá definice DHP neexistuje. V mnoha zemích je termín používán jako synonymum paliativní péče.

Prvním domácím hospicem v ČR byl Domácí hospic Cesta domů v Praze, který charakterizoval domácí hospic takto: *„Domácí hospic nabízí své služby nevyléčitelně nemocným lidem a jejich blízkým, kteří o ně doma pečují. Poskytuje rodině podporu, umožňuje, aby člověk v posledních dnech a týdnech života mohl žít důstojně, měl čas na své nejbližší a čas na rozloučení.“* (Cesta domů, 2017)

Matoušek (2003, s. 77) definuje hospicovou péči jako zdravotní péči, která je *„založena na paliativní medicíně, přitom zohledňuje psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta.“* Hospicová péče dle něho klade důraz na kvalitu života pacienta a zahrnuje i péči o jeho blízké.

Tato kapitola je opět rozčleněna do několika podkapitol. Na začátku popisují vývoj domácí hospicové péče, kdy v minulosti bylo běžné, že lidé umírali v domácím prostředí. Následně

proběhl přesun umírání do institucí (nemocí a léčeben), tedy proces umírání se institucionalizoval a nyní se pomalými kroky opět vracíme k domácímu pojetí umírání. Dokládám i výzkum agentury STEM/MARK, která zjistila, že 78% české populace, by chtělo zemřít doma, 69% procent lidí však umírá v nemocnicích a léčebnách dlouhodobě nemocných. (Závěrečná zpráva, 2013)

Dále jsou v této kapitole popsány charakteristiky domácí hospicové péče, cílová skupina včetně kritérií, které musí nemocný i rodina splnit. Následně popisují multidisciplinární tým a přesně ještě definují klíčové pracovníky. Formou další podkapitoly vnímám za důležité zmínit i typy sociálních služeb, které domácí hospicová péče může nabízet. V podkapitole 2.7 vysvětluji, jak probíhá poskytování domácí hospicové péče. Celý proces poskytování jsem shrnula do několika bodů, které vždy vysvětluji. Zahrnuji sem první kontakt, první návštěvu u pacienta a vstupní vyšetření, průběh poskytování péče a ukončení služby.

Následující tři podkapitoly se věnují problémům spojeným s poskytováním domácí hospicové péče.

Nejvýraznějším a stále přetrvávajícím problematickým bodem je její nedořešené financování a legislativa. Popisují současnou situaci i výhled do blízké budoucnosti, který se zdá být příznivý. Poslední podkapitola se zabývá veškerými problémy spojené s domácí hospicovou péčí, spadá sem jak financování, bariéry v bytech, problémy v rodině, komunikace s ošetřujícími lékaři i agentury domácí hospicové péče.

2.1 Vývoj domácí hospicové péče v ČR

Poohlédneme-li se do minulosti, po mnohá staletí se uplatňoval domácí model umírání. Dodržovali se tradice, umírající věděli, co je čeká, protože sami měli dost zkušeností s péčí při umírání svých blízkých. Neexistence prostředků pro poskytnutí odborné pomoci byli jedinou nevýhodou. Proto se v průběhu času do procesu umírání vložila lékařská péče. (Vorlíček, 2004)

V 19. a 20. století začali poskytovat léky na tlášení bolestí umírajícím doma rodinní lékaři. Tím se na našem území začala rozšiřovat jedna z forem hospicové péče. Ve druhé polovině dvacátého století začalo docházet k institucionálnímu modelu umírání, zanikali domácí lékaři a lidé začali umírat převážně v nemocnicích a jiných zařízeních.

Umírání tak ztratilo charakter sociálního aktu, kdy měl umírající jistotu, že nezemře osamocen.

Současně byly budovány a radikálně oddělovány jednotlivé systémy zdravotnické a sociální péče. Jak se v průběhu času ukázalo, toto radikální dělení bylo spíše ke škodě, než k užítku. (Haškovcová, 2002)

Po roce 1990 se začala společně s agenturami domácí péče rozvíjet domácí hospicová péče. V roce 1994 byla vydána v ČR metodika pro poskytování domácí hospicové péče, následovala řada odborných seminářů a vzdělávání. Ministerstvo zdravotnictví začíná řešit problematiku spojenou s péčí o umírající v domácím prostředí. Vyhlásili výběrové řízení na finanční podporu a rozvoj DHP. Péči o zemřelé v domácím prostředí tedy přebírají agentury sociální péče. (Misconiová, 1998)

V roce 1995 vzniká první kamenný hospic sv. Anežky České v Červeném Kostelci. V roce 2001 uvedlo sdružení Cesta domů první ambulanti mobilní jednotku paliativní péče, tedy poradnu domácí hospicové péče. V roce 2003 byl do provozu uveden i první domácí hospic. V roce 2005 vzniká pod záštitou MUDr. Marie Svatošové Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která vytváří Standardy kvality hospicové paliativní péče, jež musí všichni členové hospicového týmu dodržovat. V následujících letech dochází k výraznému rozvoji na poli paliativní péče. V roce 2009 vzniká Česká společnost paliativní péče, která v roce 2013 vydává standardy paliativní péče.

Standardy se mimo jiné zaměřují na vymezení mobilní/domácí hospicové péče. (Standardy paliativní péče, 2013)

Institucionalizovaný model umírání stále převládá i v 21. století. Přitom podle nejnovějších průzkumů agentury STEM/MARK si téměř 78% české populace přeje zemřít doma. Domácí prostředí pro nemocného znamená pocit bezpečí a jistoty. Jedinec se zde cítí příjemně a může pokračovat v lety zaběhnutých rituálech. Toto přání se však velmi liší od sociální a klinické reality. Ve skutečnosti ročně zemře 105 000 lidí, 60% v nemocnicích a 9% v léčebnách. Jen minimum lidí zemře doma v přítomnosti svých blízkých a za pomoci pracovníků mobilních hospiců. (Češi by chtěli umírat doma, 2015)

Většinou splnit přání jedince umřít doma brání řada důvodů. Nejčastější problém je, že se o umírajícího nemá kdo postarat. I když má okolo sebe pečující rodinu, obvykle není v jejich silách zajistit všechny jeho potřeby. Nedokáží svým blízkým odborně i lidsky pomoci s

tlumením bolesti, poskytnout mu základní péči a dostatečně mu být psychickou podporou. Proto se obrací na zařízení domácí hospicové péče. Najmout si však zdravotníky a sociální pracovníky, kteří by se o nemocného nepřetržitě starali, je pro řadu rodin finančně nedostupné. Zdravotní pojišťovny zatím proplácejí pouze zdravotní péči. Zatím není vyjasněno kombinované financování mezi zdravotní a sociální oblastí. Sociální péči si pacient musí většinou stále hradit sám. Dalším problémem je stále nedostatečná informovanost o zařízeních domácí hospicové péče. Při psaní této práce jsem se sama setkala s mnohými ohlasy, kdy lidé vůbec netušili, že domácí hospicová péče existuje.

2.2 Zařízení domácí hospicové péče

Domácí hospicová péče je nepřetržitá služba poskytovaná nemocným v domácím prostředí. Poskytuje rodině podporu, umožňuje, aby člověk v posledním období života mohl žít důstojně, měl čas na své nejbližší a čas na rozloučení. Jak zmiňují Radbuch a Payne (2010) většinou se jedná o zdravotnickou péči, podle potřeb nemocného navštěvuje lékař a další členové týmu. Nemocnému i pečující rodině jsou poskytovány také poradenské služby, psychosociální pomoc. Vše se odvíjí od jejich sociálních a duchovních potřeb. Často je součástí domácího hospice půjčovna kompenzačních pomůcek, kde si lze za předem stanovenou částku půjčit zdravotnické pomůcky.

Mezi základní charakteristiky domácí hospicové péče patří (Sláma a kol., 2004):

- **Permanentní dostupnost kvalifikované ošetrovatelské péče** a to 24 hodin denně, 7 dní v týdnu
- **Dostupnost interdisciplinárního týmu**, který je schopen zajistit pacientovi odbornou psychologickou, duchovní i sociální péči
- **permanentní možnost telefonické konzultace** se specializovaným lékařem, který zná pacientův stav a může ho v případě potřeby kdykoliv navštívit
- **Systematická podpora pečující rodiny**, jejíž součástí je teoretická i praktická příprava na péči v domácím prostředí, poradenství, sestavení plánu krizových situací, nabídka odlehčovacích služeb a odborně vedená služba doprovázení po smrti nemocného.
- **Vybavení pacienta pomůckami** umožňujícími paliativní péči v prostředí domova (polohovací lůžko, koncentrátor kyslíku, antidekubitní pomůcky chodítka atd.)

2.3 Cílová skupina domácí hospicové péče

Domácí hospicová péče je určena lidem, jimž byla ukončena kurativní léčba (chemoterapie, transplantace orgánů) a je mu doporučena léčba paliativní. Při obvyklém průběhu nemoci se předpokládá, že má před sebou pacient život v řádu několika týdnů až měsíců. Podmínkou přijetí do péče je 24 hodinová péče o pacienta minimálně jednou osobou z rodiny a souhlas s výší a způsobem úhrady za péči.

Péče tedy je zpravidla poskytována pacientům v pokročilejších a konečných stádiích nevléčitelných chorob.

Nevléčitelné choroby vymezuje Sláma (2004) jako onkologická onemocnění, konečná stádia chronických orgánových onemocnění, CHOPN (chronická obstrukční plicní nemoc), AIDS, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin, neurologické onemocnění typu demence, roztroušená skleróza, dále geriatričtí pacienti a pacienti ve vigilním kómatu.

Prakticky lze pacienty dělit na nemocné s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání, kteří svou situaci vnímají velmi omezeně (lidé s pokročilou demencí, pacienti ve vigilním kómatu). Sami se nepodílí na rozhodování o léčebném plánu, rozhodnutí v pacientově nejlepším zájmu dělá lékař a příbuzní. Druhou skupinou jsou obvykle mladší pacienti s postupujícím nevléčitelným onemocněním (nejčastěji nádory, CHOPN). Danou skutečnost onemocnění si uvědomují. Významně se podílí na tvorbě léčebného plánu. Jejich přání jsou základem poskytování paliativní péče. (Sláma a kol, 2011)

Aby byl umírající přijat do domácí hospicové péče, musí splnit následující kritéria (Špinková, a kol, 2004):

Ze strany pacienta, kdy pacient:

- trpí nevléčitelnou chorobou v terminálním stádiu onemocnění
- je seznámen se svým zdravotním stavem i prognózou
- přeje si péči v domácím prostředí
- souhlasí s principy domácí hospicové péče a rozumí jejím možnostem i limitům
- neexistují závažné důvody, které by vylučovali péči v přirozeném prostředí pacienta

Ze strany rodinných příslušníků či přátel, kdy:

- jsou informováni o zdravotním stavu nemocného a porozuměli závažnosti a prognóze jeho nemoci
- souhlasí s principy domácí hospicové péče a rozumí jejím možnostem i limitům
- jsou ochotni se spolupodílet na péči a v rodině je minimálně jedna osoba, která zajistí celodenní péči pacientovi

2.4 Multidisciplinární tým

V domácím prostředí se o umírajícího nestará pouze rodina, ale také tým složený z terénních pracovníků. Tito pracovníci paliativního hospicového týmu pracují vždy v rámci multidisciplinárního týmu. Všichni členové týmu spolu úzce spolupracují. Každý představitel určité profese má odpovídající vědomosti a dovednosti pro svou odbornost, další sdílí s profesionály jiného oboru. (Soukupová, 2007)

Každá osoba, která pracuje s umírajícími, musí být smířena s vlastní smrtelností. Musí být schopna komunikovat s nemocným i jeho rodinou o často citlivých tématech a taktně doprovázet nemocného v procesu umírání. (Marková a kol., 2009)

Pracovníci musí splňovat velké nároky nejenom v oblasti odborné a osobnostní, ale i fyzické, komunikační a organizační. Pracovníci musí být sebejistí, schopni se rozhodovat, tolerovat a zmírňovat napětí v rodině. Často jsou při návštěvách u nemocného odkázáni pouze sami na sebe. Mnohdy musí dělat rozhodnutí bez předchozí rady se svými kolegy, nemají možnost neustálého dohledu nad pacientem, jako v nemocnicích. (Parkes, a kol. 2007)

V závěru života hledá umírající člověk smysl a důvod svého onemocnění a nezřídka má potřebu o smrti hovořit. Proto je nezbytností každého člena týmu nebát se mluvit o těchto tématech a pomoci mu nacházet odpovědi na tyto otázky. (Matoušek, 2005)

Klíčovými členy interdisciplinárního týmu domácí hospicové péče je lékař, všeobecná sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu má být psycholog či psychoterapeuta, duchovní a dobrovolníci. V týmu může být případně i fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped či nutriční specialista. (Sláma a kol., 2013) Neméně důležitou složkou v týmu tvoří rodina, která dle Kalvacha (2010) „*poskytuje laickou zdravotní péči, trvalou přítomnost a zabezpečení v základních biologických potřebách.*“

Tým domácí hospicové péče spolupracuje s praktickými a ošetřujícími lékaři, s agenturami domácí ošetrovatelské péče a dalšími poskytovateli zdravotní a sociální péče. Další důležité charakteristiky DHP jsou uvedeny ve Standardech domácí hospicové péče.

Vzájemná propojenost všech těchto složek vede k dobré organizaci a celkové efektivitě DHP. Pro všechny pracovníky hospicové péče jsou závazné a důležité též Standardy paliativní péče.

2.4.1 Klíčoví členové týmu a požadavky na jejich odbornost

Lékař domácí hospicové péče

Lékař paliativního týmu by měl být specialista v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Mnoho lékařů však stále nemá potřebné vzdělání.

Na plný úvazek by v domácí hospicové péči měli být alespoň dva lékaři. Mimo jejich pracovní dobu je dostupnost zajištěna pomocí příslužeb na telefonu dalšími 4 úvazky (často dohody o provedení práce). Lékař, který má příslužbu má povinnost se v případě potřeby dostavit k nemocnému do 60 minut od zavolání. (Sláma, a kol., 2013)

Všeobecné zdravotní sestry

Zdravotní sestra pracující v domácím hospici musí mít minimálně tříletou praxi v nemocnici, hospici nebo ošetrovatelském zařízení. Dále musí mít 4 týdenní praxi v hospici ať lůžkovém, či mobilním, nebo na oddělení paliativní péče. Mimo to je povinná účastnit se doškolovacích kurzů a vzdělávacích akcí. Aby byla pokryta

permanentní péče, je třeba minimálně 5 úvazků. (Sláma a kol., 2013)

Sociální pracovník

Sociální pracovník zajišťuje poskytování sociálních služeb. V hospicové péči zaujímá zpravidla postavení poradce v psychosociálním kontextu. Dále sociální pracovník koordinuje dobrovolníky a svépomocné skupiny pro pečující a pozůstalé. Aby byl způsobilý k výkonu práce, musí splnit několik povinností. Musí mít ukončené VŠ vzdělání v oboru sociální práce či sociální politika. Taktéž musí absolvovat 4 týdenní praxi v zařízení hospicového typu či na oddělení paliativní péče. Sociální pracovník by měl projít též výcvikem krizové intervence a to jak telefonické tak osobní. (Sláma, a kol. 2013)

Rodina

Je neméně důležitou součástí domácí hospicové péče, bez její spolupráce by domácí hospicová péče nemohla být realizovatelná.

2.5 Domácí hospicová péče a poskytování sociálních služeb

Co se týče poskytování sociálních služeb v domácí hospicové péči, zpravidla se setkáváme s těmito, dle Sláma a kol, (2011) (Sláma a kol., 2011):

Sociální poradenství poskytuje většina domácích hospiců v České republice. Členíme ho na základní a odborné. Hospicová péče zpravidla poskytuje poradenství odborné a to právě kvůli její specializaci v oblasti paliativní a hospicové péče. Poradenství je poskytováno ve specializovaných poradnách, které jsou často součástí lůžkových i domácích hospiců. Mezi základní činnosti těchto poraden patří poskytnutí informací o dostupných službách, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, pomoc při vyřizování běžných záležitostí, poskytnutí poradenství v systémech práva, psychologie, sociálním odvětví a dalších, pomoc při zařizování vhodných příspěvků (příspěvek na péči, později pohřebné, vdovský důchod, sirotčí důchod, pomoc při dědickém řízení).

Součástí nabídky domácí hospicové péče jsou často i **odlehčovací služby**. V České republice jsou většinou poskytovány terénní formou v domácím prostředí. Odlehčovací služby jsou určeny lidem se sníženou soběstačností, které jsou omezeny věkem, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením. Smyslem odlehčovací služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

2.6 Průběh poskytování služby

Spolupráce nemocného i rodiny s domácí hospicovou péčí je proces, který začíná prvním kontaktem, zpravidla mezi sociálním pracovníkem s nemocným a spolupráce končí jeho úmrtím. Mezi touto dobou se všichni snaží naplnit veškeré potřeby jak pacienta, tak i rodiny. Spolupráce rodiny i nemocného je velmi důležitá.

První kontakt

S prosbou o pomoc se často obrací pečující rodina. Doporučení může mít od lékaře či známého. První „předkontakt“ je většinou telefonický, či pomocí emailu. Samotné jednání o převzetí nemocného do péče by mělo být vždy osobní, za účasti sociální pracovníce. Toto

jednání může proběhnout buď v kanceláři hospicové péče, nebo u nemocného doma. Cílem setkání je ze strany domácího hospice nejen poskytnutí informací o průběhu a podmínkách péče, zjistit informace o pacientovi a jeho rodiny, ale také navázání důvěry návštěvníků. Důvěra je velmi důležitá, lépe pak spolupracují při péči. Sociální pracovník může pomoci zažádat o dávky, primárně o příspěvek na péči, případně zajistit poslední vůli. Rodina zpravidla přináší zdravotní dokumentaci a popisuje své představy a přání o péči i své možnosti se na ní podílet. Podle Kalvacha (2010, str. 49) není „*rozhovor s rodinou umírajícího člověka, stejně jako s pacientem samotným, vesměs neutrální – je buď podpůrně psychoterapeutický, nebo psychotraumatizující.*“

První návštěva u pacienta a vstupní vyšetření

První kontakt s pacientem v jeho domově zpravidla uskutečňuje lékař v doprovodu zdravotní sestry domácího hospice. První návštěva vždy zahrnuje vstupní komplexní vyšetření, informovaný souhlas pacienta s péčí a vypracování léčebného plánu. Cílem je posouzení pacientových problémů i přání a zjištění, jak je pacient informován o jeho onemocnění. Zdravotní sestra si mimo vyšetření všímá i sociálního prostředí a vztahů v rodině. Na tomto základě je vyhodnocen plán péče, založený primárně na cílech a potřebách pacienta a rodiny. Plán péče by měl být časově ohraničený a cíl by měl být realistický. Další údaje se týkají každodenního života a souvisí léčbou bolesti (výběr, dávkování léků), s pohybovým režimem (polohování, přesuny z lůžka), dietou (doporučení vhodných potravin), ošetrovatelskou péčí (převazy ran, aplikace infuzí, monitoring životních funkcí) a zajištění chodu domácnosti. Důležitým faktorem je také zajištění spirituální, psychické i sociální podpory rodiny i nemocného. (Kalvach, 2010)

Průběh poskytování péče

Péče o pacienta spočívá primárně v léčbě obtěžujících symptomů, které doprovází onemocnění. Domácí hospicová péče zajistí potřebné medikace, ošetrovatelskou péči, zaučí rodinu v péči o nemocného i o podávání léků a jejich možných nežádoucích účincích. Rodina i pacient jsou poučeni o očekávaném vývoji onemocnění. Rodina musí být poučena, jak v případech jednotlivých komplikací postupovat. Pro tyto příležitosti se vypracovává SOS plán intervencí. Vytvoření tohoto plánu snižuje stres a zvyšuje jistotu rodiny v obdobných situacích. Pro pacienta SOS plán snižuje míru utrpení před příjezdem pracovníků domácí hospicové péče.

Četnost návštěv se řídí potřebou nemocného a rodiny. Návštěva zdravotníka u jednoho pacienta trvá v rozmezí 1-3 hodin.

Pro rodinu představuje domácí hospic jistotu, že se mají kdykoli možnost obrátit se o radu a pomoc na odborníka. Tato jistota, že nejsou v této situaci sami, je mnohdy důležitější než odborná lékařská péče. Pracovníci domácí hospicové péče jsou často přítomny umírání pacienta a doprovází jeho i jeho rodinu.

Důležitým prvkem je spolupráce s praktickým lékařem, od něhož pracovníci hospice potřebují informace ze zdravotní dokumentace či preskripci potřebných léků. Po úmrtí pacienta v pracovní době praktického lékaře konstatuje smrt a vystavuje list o prohlídce mrtvého. (Paliativní péče pro praktické lékaře v kostce, 2014)

Ukončení služby

Poskytování péče je nejčastěji ukončena úmrtím pacienta. Když je smrt předpokládána, pracovníci se s rodinou předem domlouvají, jak budou postupovat v případě zhoršení stavu či úmrtí. Někteří pečující si přejí zavolat kněze, nebo jen nechtějí být v poslední hodině s umírajícím sami.

Péče o rodinu ale úmrtím nekončí. Tým domácí hospicové péče by měl zpravidla zůstat v kontaktu s rodinou alespoň následující 1 rok v podobě vzpomínkových akcí.

Péče může být ukončena i jinak a to přeložením pacienta do lůžkového zdravotnického zařízení (nemocnice, či lůžkový hospic) nebo při zlepšení zdravotního stavu.

2.7 Financování domácí hospicové péče

Situace ohledně financování kamenných hospiců i specializovaných mobilních hospiců je problémová. Po několika letech usilovné práce se podařilo, aby se paliativní péče dostala do zákona o zdravotních službách. Zakotvení hospicové péče v legislativních normách je však pořád dost nešťastné.

Díky komplexnosti se hospicové péče nachází na pomezí zdravotní a sociální péče a jen těžko se prosazuje v zaběhlém systému. Terminálně nemocným a jejich rodinám

pomáhají nejen zdravotníci, ale i sociální pracovníci. Péče o nemocné proto spadá jak do resortu ministerstva zdravotnictví, tak pod křídla MPSV. Každý člověk, i umírající má své sociální potřeby.

Do nedávna neměla většina zařízení domácí hospicové péče uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Pokud smlouvu měli, hrazeny byly pouze zdravotnické úkony a doprava k pacientovi. Pojišťovny byly přesvědčeny, že je o jejich klienty v domácím prostředí dostatečně postaráno prostřednictvím nasmlouvaných agentur domácí péče (home care), a tak odmítali uzavírat smlouvy s dalšími poskytovateli služeb. (Hospice pomáhají důstojně zemřít, ale narážejí na neochotu pojišťoven, 2012).

Financování mobilních hospiců je dnes vícezdrojové. Větší část představují platby zdravotních pojišťoven, dotace ministerstva práce a sociálních věcí a místních a regionálních samospráv (Kalvach a kol., 2004). Zbývající část pokrývají dary, výnosy ze sbírek a přímé platby od pacientů.

Každý hospic má své financování vyřešeno jinak. Všechny informace ohledně přímých plateb od pacientů jsou vždy zveřejněny na webových stránkách organizace.

V listopadu 2016 skončil pilotní Projekt mobilní hospicové péče, trvající přes rok. Na základě jeho výsledků by pojišťovny mohly tuto službu v nejbližších letech začít proplácet. Pilotní projekt zahrnoval sedm mobilních hospiců poskytujících péči na devíti místech. Do projektu se prozatím zapojila jen VZP. Provozovatelé domácích hospiců dlouhodobě usilují o to, aby byla jejich péče zařazena ministerstvem do seznamu úkonů hrazených z veřejného pojištění. („Vyplatí se umírat doma? VZP prodloužila testování mobilních hospiců, 2016)

Cílem projektu bylo ekonomické srovnání „nákladů na umírání“ doma, pomocí mobilního hospice s „náklady na umírání“ tak, jak k němu dochází napříč republikou běžným způsobem v nemocnicích, domech pro seniory, léčebnách, nebo doma v péči praktického lékaře a agentury domácí péče. (Pilotní program specializované paliativní péče, 2016)

Zdravotní pojišťovny se původně obávaly, aby náklady na umírání doma nebyly příliš vysoké. Při porovnání průměrných nákladů na 1 den na péči v mobilní hospicové péči jsou výrazně nižší než standartní lůžko v nemocnici. Poskytování domácí hospicové péče vyjde v průměru na 1.316 Kč za den. Denní náklady o pacienta s totožnou prognózou stojí v nemocnici 1.632 Kč. Denní náklady na průměrných posledních 30 dnů u pacienta v péči domácího hospice jsou tedy o 316 Kč nižší. Za měsíc je tento rozdíl vyčíslen na 9.480 Kč (VZP: „Mobilní hospic levnější než nemocnice!“, 2017)

Je tedy bez pochyby, že paliativní péče je výrazně méně nákladná při zachování kvalitní péče.

Výsledná data pilotního projektu byla v listopadu 2016 prezentována v poslanecké sněmovně. Potvrdily se dvě domněnky, domácí hospicová péče je levnější než běžná péče o terminálně nemocné a domácí hospic poskytuje bezpečnou zdravotní péči, která má klinický přínos pro pacienty. Mobilní hospice by tedy měly být zařazeny do systému standardní úhrady z veřejného zdravotního pojištění od roku 2018.

2.8 Legislativní postavení domácí hospicové péče

Nazadatelná lidská práva mají všichni lidé, tedy i umírající. Ti mají navíc právo na paliativní péči. Obecný rámec poskytla Rada Evropy v dokumentu „Charta práv umírajících“. V roce 2003 byly též přijaty politické dokumenty závazné i pro ČR. Jde o Doporučení Výboru ministrů členských států o organizaci paliativní péče a Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.

Legislativní ukotvení se prolíná s financováním, a proto jsem se o něm již zmínila i výše.

Tvůrci zdravotní politiky neměli dříve zájem o legislativní ukotvení obecné a specializované paliativní péče tak, aby byla hrazena pojišťovnami. Změnit tuto situaci pomohl výše zmíněný projekt VZP.

Prozatím se podařilo legislativně ukotvit pouze pojem paliativní péče. Poprvé byla paliativní péče definována v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách jako samostatný druh zdravotní péče, jehož účelem je „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevy léčitelnou nemocí*“ (§ 5 druhý zdravotní péče). V tomto zákoně je ještě uvedena jako jedna z forem zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění uvádí jeden typ péče hrazený ze zdravotního pojištění, péči poskytovanou v domácím prostředí „*domácí zdravotní péče, poskytovaná 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*“. (§ 22 zvláštní ambulantní péče)

V lednu 2017 došlo k setkání zástupců Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče s Ministrem zdravotnictví Miloslavem Ludvíkem. Projednávali zakotvení hospicové péče do českých norem. Výstupem setkání byla domluva o vytvoření jasné definice, která bude zakotvena do právních norem a bude s ní možno dále pracovat. Je nutné vymezit definici

hospicové péče a kdo, jak, kde a v jaké kvalitě a rozsahu ji má poskytovat. Taktéž v zákoně o sociálních službách by měla být lépe zakotvena díky její novele, která je v současné chvíli v připomínkovém řízení. (Průlom zakotvení hospicové péče do právních norem, 2017)

2.9 Problémy spojené s domácí hospicovou péčí

Domácí hospicovou péči provází řada komplikací jako nedostatečné zakotvení v zákoně, rozdílné financování v jednotlivých krajích, problémy s příspěvkem na péči, bariéry v bytech, nespolupracující praktičtí lékaři a další. (Hospicová péče – standart, nebo luxus?, 2012)

Financování

Otázkou financování jsem se zabývala v kapitole 2.7. Největším problémem dnešních mobilních hospiců je nedořešené financování. Jak ukázal pilotní projekt VZP, domácí hospicová péče je méně nákladná než institucionální, a tak by od roku 2018, měly být mobilní hospice zařazeny do systému úhrady z veřejného pojištění.

Bariéry v bytech

Spoustu rodin nemá vyhovující podmínky pro pečování o svého blízkého v domácím prostředí. Paneláky bez výtahu nebo nedostatečné prostory a vhodné zázemí pro umístění lůžka a dalších pomůcek důležitých pro péči o umírajícího, to vše může zkomplikovat péči v domácím prostředí.

Odcizení rodiny

V dnešní společnosti téměř vymizely vícegenerační vztahy. Spoustu dospělých se se svou rodinou stýká minimálně třeba jen o svátcích. Někdy jde pouze o trend nebýt závislý a stát na vlastních nohách, jindy si lidé nedokáží odpustit křivdy z dřívějšíka. Pokud tedy žijí staří manželé sami a jeden z nich onemocní, nelze po druhém požadovat, aby se postaral, když sám není moc soběstačný.

Rodiny se nachází ve svízelné situaci. Pečující osoby často zažívají strach z nedostatečného příjmu a ze ztráty zaměstnání. Aby se mohli postarat o nemocného, žijí často v nejistotě a strachu. I proto někteří dávají přednost umístěním svého blízkého do institucionalizovaných zařízení před využitím domácí hospicové péče.

Nyní MPSV usiluje o prosazení nové dávky – dlouhodobé ošetrovné. Tato dávka by zahrnula až 90 kalendářních dní pracovního volna s náhradou příjmů ve výši 60% vyměřovacího základu. (Dlouhodobé ošetrovné pomůže lidem, kteří se starají o své nemocného)

Home care versus domácí hospicová péče

Velkým problémem je rozdílnost v poskytované péči. Domácí hospicová péče je poskytována dvojím způsobem. Prostřednictvím home care (jindy známé jako agentury domácí péče, nebo domácí zdravotní, ošetrovatelská péče), nebo pomocí domácích hospiců. Stát byl při financování dříve výrazně více nakloněn službě home care. Agentury domácí péče však ve svém týmu nemají lékaře a nemůžou tak zajistit permanentní dostupnost lékařské péče. Pokud se pacientův stav zhorší, je obvykle odeslán do nemocnice či LDN. (Bajkalová, 2014) Oproti tomu týmy domácí hospicové péče jsou specializované a jsou schopny všechny tyto podmínky řešit a splnit.

I tak home care stále početně převažuje nad mobilními hospici.

Praktičtí lékaři

Komunikace s praktickými lékaři (dále PL) je velmi častým problémem. Domácí hospicová péče je poměrně novým konceptem a PL mají o její existenci často jen malé povědomí. Buď s mobilní hospicovou péčí nespolupracují vůbec, nebo pouze omezeně, odmítají vykonávat návštěvy u umírajících, někdy pacienta předávají do péče domácím hospicům na poslední chvíli. Při kontaktu s rodinou ji přesvědčují o umístění do nemocničního zařízení a domácí hospic nedoporučují. Obtížná spolupráce je i ve smyslu preskripce léků a zdravotnického materiálu. Odmítají psát pacientům opiáty i jiný potřebný materiál. Stejně tak neznají jejich dávkování pro onkologicky nemocné pacienty, zároveň však PL diskutují s lékařem mobilního hospice o výši dávek opiátů, snaží se uhájit nižší dávky. Často se chovají nadřazeně. Na nabídky seminářů mobilních hospiců většinou reagují způsobem „nemám čas“. (povětšinou výmluva typu jiné školení, provoz ambulance, rodinné důvody) Můžeme si pokládat otázku, zda je to způsobené neochotou PL, nízkou informovaností nebo pocitem vlastního selhání.

3 Rodina terminálně nemocného

Z obecného pohledu lze chápat rodinu jako nejmenší sociální instituci plnící nenahraditelné funkce – biologicko-reprodukční, výchovnou, podpůrnou, ekonomickou a socializační. Znaky určující rodinu jsou dány sociokulturně. Patří sem bydlení, příslušnost ke stejné příbuzenské linii, spotřeba statků, společná produkce a další. Na rodinu můžeme nahlížet z různých pohledů, proto je obtížné uvést ucelenou definici.

Členy rodiny nemusí vždy pojít spojení pokrevní či právní svazek. Rodinu může tvořit manželský pár, rozvětvené příbuzenstvo, přátelé či sousedi. Každou rodinu definuje její jedinečná biografie, utvářená vztahy, původem, hodnotami a volbami všech členů.

Každý člen rodiny má své potřeby, osobní historii, závazky a cíle. (Kristjanson, White, 2002)

Pod pojmem rodina se v paliativní péči rozumí souhrn všech neprofesionálních účastníků péče o nemocného, kteří se nějakým způsobem podílí na péči na základě již existujících citových vazeb. Příjemcem paliativní péče od odborníků je celá rodina. Je tomu tak, ale i přesto je největší pozornost upřena na nemocného. Jestliže má mít rodina v rámci paliativní péče roli specifického poskytovatele péče, musí být komplexním způsobem podpořena a musí být v tomto smyslu i příjemcem péče. (Špinková a kol., 2004)

Oznámení závažné diagnóze pro rodinu znamená vždy jistou změnu, která může vést ke krizi v důsledku nemoci. Rodina by neměla přijímat informace pouze přetlumočené od nemocného, ale sama by se měla informovat u odborníků. Choroba nemocného většinou povahově změní. Časté jsou změny nálad, sobectví, nekritičnost a další možné jevy je možné zpozorovat. To vše je třeba přisuzovat nemoci, nikoli nemocnému. Nemocný nesmí získat pocit, že je na obtíž. Iniciativa musí vždy vycházet od zdravého partnera či rodiny. Pak hraje roli, zda v rodině nastane krize, nebo rodina nalezne novou životní rovnováhu i ve změněných podmínkách. Rodina čelí velkým nárokům, které na ně onemocnění klade a zároveň se snaží zvládat emocionální problémy a obavy z budoucnosti. (O Connor a kol., 2005)

Aby byli členové rodiny schopni efektivně se postarat o nemocného, musí mít uspokojené své vlastní potřeby. Členové rodiny, kteří nemají uspokojeny své vlastní potřeby, jsou méně schopni starat se o nemocného a častěji mají sami fyzické a psychické problémy.

Aranda a kol. (2002) říká, že rodina potřebuje mít tyto jistoty:

- dostatek informací (potřeba komplexních, průběžných informací o nemoci, nemocném i formě péče.
- ujištění v tom, že pacient netrpí (když členové rodiny vidí, že nemocný zemřel v klidu bez utrpení, jsou spokojenější s péčí, která mu byla poskytována)
- praktické dovednosti (umět se postarat, vědět, jak se chovat v krizové situaci)
- emocionální podporu (potřeba emocionální podpory při vyrovnávání se s nejistotou, neodvratnou smrtí blízkého, s komunikací mezi členy domácnosti a podporu při zvládnání stresu.

4 Význam sociálního pracovníka v domácí hospicové péči

Jak jsem již v předchozích kapitolách psala, když se poohlédneme k úplným počátkům hospicové péče, sociální práce v ní nefigurovala a hospicová/paliativní péče obsahovala pouze aspekt zdravotní péče. Důvodem byly předsudky zdravotnického personálu, který vnímal sociální práci za úřednickou práci, nikoliv jako pomoc osobám a také nedostatečné financování sociální péče zapříčinilo její absenci. (Matoušek, 2005)

Zajímavé je i srovnání standardů hospicové paliativní péče z roku 2013 a 2007. V roce 2013 je sociální pracovník členem multidisciplinárního týmu, který se zabývá potřebami umírajících a rodin. (Standardy paliativní péče, 2013) V roce 2007 není sociální pracovník klíčovým pracovníkem, ale je pouze doporučeno, aby patřil do odborného personálu hospice. (Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR, 2007)

Sociální práce však hraje v hospicové péči důležitou roli a je jedním ze základních pilířů. Důraz klade na specifické potřeby umírajících, jejich rodin i pozůstalých. (Student, Muhlum, 2006)

Pro sociální práci je dnes při péči o nevléčitelně nemocné velký prostor. U pacientů s delší prognózou je možné například pomoci zařídit příspěvky na péči, podat potřebné informace, nabídnout a rozvrhnout možné sociální služby, podpořit pečující rodinu, přemýšlet o možné další podpoře dalšími profesemi, pravidelně komunikovat s rodinou a vyhodnocovat, zda využívá nabízených možností podpory v péči o těžce nemocného blízkého. Významnou roli také hraje aktivizace širšího rodinného okruhu a přátel nemocného tak, aby péče mohla být dlouhodobá a neležela pouze na jednom členu rodiny.

Sociální pracovník v domácí hospicové péči bývá často prvním člověkem, s kým umírající, nebo rodina hovoří. Mezi jeho charakteristiky patří upřímnost, empatie, správný odhad, jaký přístup při práci s umírajícím zvolit. Měl by být schopný naslouchat, pracovat v týmu, být odolný vůči stresu a zátěži, měl by pečovat o vlastní duševní hygienu a předcházet tak syndromu vyhoření, taktéž autenticita je důležitou charakteristikou sociálního pracovníka. (Matoušek, 2005)

Pomoc zaměřená na péči o nemocné se nezabývá pouze tělesnou stránkou, ale zaměřuje se i na oblasti sociálního prostředí, na psychickou a spirituální stránku. (Vorlíček, 2004)

Klíčovým zájmem sociálního pracovníka v hospicové péči (lůžkové, ambulantní i terénní) je zlepšení kvality života nemocného i rodiny v psychosociálním kontextu.

Podpora umírajícího a rodiny má zpravidla dvě formy:

Psychosociální podpora

V prvé řadě je jeho úkolem doprovázet nemocného a jeho rodinu v krizové životní situaci, příprava rodiny na očekávanou ztrátu, pomoc a překonávání komunikačních bariér, pomoc při odstraňování konfliktů v rodině. Pozůstalým je dále nabízeno doprovázení, zpravidla do 1 roku od úmrtí blízkého. Doprovázení pozůstalých má většinou formu individuálních kontaktů, vzpomínkových akcí, nebo zprostředkování informací o svépomocných skupinách pro pozůstalé. (Vorlíček in Sláma a kol., 2011)

Poradenství

Sociální pracovník poskytuje rady ohledně dostupných zdravotně-sociálních služeb (domácí zdravotní a ošetrovatelská péče – home care, pečovatelská služba, osobní asistence a odlehčovací služby), pomoc při výběru případných služeb, informace a pomoc při zajišťování a vyřizování příspěvků (příspěvek na péči). Bezprostředně po úmrtí nemocného poskytuje rodině doprovázení pozůstalých, což zahrnuje pomoc s organizací pohřbu, pomoc při vyřizování vdovského/vdoveckého důchodu, sirotčího důchodu a řešení otázek týkajících se dědictví. (Vorlíček in Sláma a kol., 2011)

4. 1 Přínos v sociální práci

Práce se zabývá přínosy domácí hospicové péče, proto pokládám za důležité vymezit a vysvětlit i pojem přínos.

Slovo přínos v obecném smyslu znamená výhoda, aktivum, dopad, či užitek. Význam je primárně vnímán v pozitivním smyslu jako něco prospěšného, užitečného, jako to, co určitá činnost přinesla v kladném slova smyslu. (Kolektiv autorů, 2003) Oproti tomu limitace, či slabé stránky znamenají opak.

Z této obecné definice lze vycházet i v sociální práci. Matoušek (2003) říká, že pro zajištění přínosu sociální práce používáme hodnocení. Profesionální pomoc podle Úlehly (2005) lze uskutečnit pomocí profesionálních přístupů, které vycházejí ze dvou základních podmínek:

- Shoda pracovníka a klienta při volbě mezi alternativami řešení.
- Přínos a užitek musí hodnotit klient, pracovník mu toto hodnocení umožňuje.

Při hodnocení je tedy velmi významným aspektem zpětná vazba od klientů. Zpětná vazba by měla mít písemnou formu a je součástí každé činnosti v sociální práci. Dalšími hodnoceními podle jsou Standardy kvality sociální práce.

5 Shrnutí teoretické části

Vysvětlení a znalost paliativní i hospicové péče hraje důležitou roli k pochopení a práci s domácí hospicovou péčí. V první kapitole se proto zaměřuji na vysvětlení důležitých pojmů. Tato kapitola je členěna na tři části. V první části vymezuji klíčové pojmy – nemoc, nevléčitelná nemoc, umírání, smrt. Zaměřuji se na etické problémy umírání a smrti a popisuji fáze vyrovnávání se se smrtí. Druhá část definuje paliativní péči dle několika autorů. Následně dělím paliativní péči na obecnou a specializovanou, k níž poté uvádím dělení dle typu zařízení. Třetí část první kapitoly představuje hospic a hospicovou péči. Na počátku vysvětluji drobné rozdíly v pojetí hospicové a paliativní péče. Definuji hospicovou péči a dělím ji dle místa poskytování a rozsahu času, po který je služba poskytována.

Druhá kapitola popisuje domácí hospicovou péči, která je tématem mé práce. Popisuji současné pojetí umírání v komparaci s minulostí. Vývoj domácí hospicové péče je úvodní podkapitolou. Následně uvádím charakteristiky domácí hospicové péče, cílovou skupinu, multidisciplinární tým, poskytované sociální služby a průběh poskytování domácí hospicové služby. Před koncem této kapitoly se zaměřuji na problematiku, kterou domácí hospicová péče obnáší. Primárně jde o nedořešené financování a nedostatečné zakotvení v legislativě. Další problémy, které popisuji, souvisejí s bariérami v bytech, rodinnými problémy, nespolupracujícími praktickými lékaři a problémy spojené s home care (agentury domácí péče).

Třetí kapitola představuje rodinu. Rodina je klíčovým členem domácí hospicové péče, bez její spolupráce a pomoci by nebylo možné domácí hospicovou péči poskytnout. Proto zde definuji rodinu a popisuji její funkce. Vysvětluji proces změny rolí v rodině, po oznámení závažné diagnózy.

Ve čtvrté kapitole se zaměřuji na význam sociálního pracovníka v domácí hospicové péči. Jak jsem uvedla výše, hospicová péče je komplexní péče, a tak se dotýká oblasti zdravotní i sociální. Dále v této kapitole uvádím, jaké činnosti sociální pracovník v domácí hospicové péči vykonává a jaká by měla být osobnost sociálního pracovníka.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 Metodická část

Tato část diplomové práce přiblíží realizovaný výzkum a jeho cíle. Podrobně je popsána zvolená výzkumná strategie, výběr vzorku zkoumaných osob, místo realizovaného výzkumu, podmínky a rizika výzkumu. Veškerá získaná data jsou poté interpretována.

Praktickou část diplomové práce jsem zrealizovala v zařízení domácí hospicové péče v Hradci Králové.

6.1 Vymezení hlavního a dílčích cílů

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit přínosy a limitace domácí hospicové péče a posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče v Hradci Králové z pohledu pečujících rodin.

Hlavní cíl je rozdělen do několika dílčích cílů.

DC 1. Zjistit povědomí a důvody využívání služby

DC 1.1 Zjistit povědomí rodin o DHP před využitím služby.

DC 1.2 Zjistit, jak se rodiny dozvěděly o DHP.

DC 1.3 Zjistit důvod využívání DHP

DC 2. Zjistit informovanost rodin o poskytovaných službách.

DC 2.1 Zjistit povědomí rodin o fungování služby.

DC 2.2 Zjistit informovanost rodin o financování služby.

DC 2.3 Zjistit zda a jak rodiny vnímají rozdíl mezi home care a DHP.

DC 3. Posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu DHP z pohledu rodiny.

DC 3.1 Zjistit roli sociálního pracovníka při práci s rodinou.

DC 3.2 Zjistit, jak rodiny využívají psychosociální poradenství pro pozůstalé.

DC 4. Zjistit přínosy a limitace DHP pro rodiny a klienty

DC 4.1 Zjistit nejčastější potřeby a problémy pečujících rodin

DC 4.2 Zjistit, jaké služby jsou nejčastěji využívány rodinou

DC 4.3 Zjistit přínosy DHP

DC 4.4 Zjistit slabé stránky DHP

DC 4.5 Zjistit, zda by rodiny opětovně využili služby domácí hospicové péče.

6.2 Zvolená výzkumná strategie

Ve výzkumné části jsem si zvolila metodu kvalitativní výzkumné strategie, protože ji pokládám za vhodnou, jak získat přesné informace o problematice, tedy jak ji konkrétní lidé vnímají.

Švaříček a Šedřová (2007) definují kvalitativní výzkum jako práci se slovy a textem. Kvalitativní výzkumníci operují zejména se třemi typy dat a to s daty z rozhovorů, z pozorování a z dokumentů. Miovský (2006, s. 18) používá definici kvalitativního přístupu kdy *„kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.“*

Na rozdíl od kvantitativního výzkumu se v kvalitativním výzkumu netestují předem dané hypotézy. Pomocí posbíraných dat, výzkumník pátrá po pravidelnostech, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech. Výzkumník zde hledá něco nečekaného, zvláštního, co může objevit pouze v sebraných datech. Základem kvalitativních studií je pochopit složité psychosociální otázky a zodpovědět humanistické otázky jak a proč.“ (Marshall, 1996)

Ke sběru dat jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je kombinace prvků nestrukturovaného a strukturovaného interview. Tato kombinace z něho dělá téměř ideální výzkumný nástroj ve většině kvalitativních přístupů. (Miovský, 2006)

Rozhovor umožňuje výzkumníkovi zachytit výpovědi a slova jedinců v jejich přirozené, nezměněné podobě. Výzkumník by měl mít na paměti, aby příliš neprojevoval své názory a

zachovával neutralitu. Dotazovaného by měl podporovat k dalšímu rozhovoru a dát mu najevo, co se jeví jako důležité a užitečné.

6.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní cíl:		
Zjistit, jaké přínosy a limitace má domácí hospicové péče a posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče v Hradci Králové z pohledu pečujících rodin.		
Dílčí cíle	Dílčí cíle 2. řádu	Tazatelské otázky
DC 1. Zjistit účel využívání služby	DC 1.1 Zjistit povědomí rodin o DHP před využíváním služby.	TO1: Co jste věděli o domácí hospicové péči, než jste začali využívat jejich služeb?
	DC 1.2 Zjistit, jak se rodiny dozvěděly o DHP.	TO2: Jakým způsobem jste se dozvěděli o DHP?
	DC 1.3 Zjistit důvod využívání DHP.	TO3: Můžete mi přiblížit důvody, které vedly k tomu, že jste využívali služby DHP?
DC 2. Zjistit informovanost rodin o poskytovaných službách	DC 2.1 Zjistit povědomí rodin o fungování služby.	TO4: Jakým způsobem jste byli informováni o fungování domácí hospicové péče?
	DC 2.2 Zjistit informovanost rodin o financování služby.	TO5: Jakým způsobem jste byli seznámeni s financováním DHP?
	DC 2.3 Zjistit zda a jak rodiny vnímají rozdíl mezi home care a DHP.	TO6: Jaké vnímáte rozdíly mezi home care a DHP?

DC 3. Posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu DHP	DC 3. 1 Zjistit roli sociálního pracovníka při práci s rodinou.	TO7: V jakých situacích jste přišli do kontaktu se sociálním pracovníkem a jak Vám pomáhal?
	DC 3.2 Zjistit, jak rodiny využívají psychosociálního poradenství pro pozůstalé.	TO8: Jakým způsobem jste využili poradenství pro pozůstalé a co Vám to přineslo?
DC 4. Zjistit přínosy a slabé stránky DHP pro rodiny a klienty	DC 4.1 Zjistit nejčastější potřeby a problémy pečujících rodin.	TO9: Jaké potřeby a problémy jste nejčastěji řešili při péči o Vašeho blízkého?
	DC 4.2 Zjistit jaké služby jsou nejčastěji využívány rodinami.	TO10: Které služby DHP jste nejčastěji využívali?
	DC 4.3 Zjistit přínosy DHP.	TO11: Jaké jsou podle Vás přínosy a klady domácí hospicové péče?
	DC 4. 4 - Zjistit slabé stránky DHP.	TO12: Jaké Vás napadají nedostatky a limity, na nichž by mohla DHP zapracovat?
	DC 4.5 - Zjistit, zda by rodiny opětovně využily služby domácí hospicové péče.	TO13: Jaký máte názor na opětovné využití služeb DHP, v případě nastalé situace v budoucnu?

6.4 Volba výzkumného souboru

Výzkumný vzorek jsem zvolila záměrně, po domluvě se sociální pracovnící domácí hospicové péče v Hradci Králové. Sociální pracovnice mi pomohla získat kontakty na jednotlivé informantky. Vybraly jsme klientky, u kterých předpokládala, že by byly vstřícné a svolné k rozhovoru a u nichž se již doba truchlení nepředpokládá. Rozhovory poté probíhaly v domácím prostředí rodin, nebo v kanceláři domácí hospicové péče, kde nám to takto bylo umožněno.

Na počátku rozhovoru jsem vždy nejprve zjišťovala věk informantek, jejich vztah k zemřelému a dobu poskytované péče. V průběhu rozhovoru jsem se pak dozvěděla i informace, o diagnóze umírajícího, o průběhu nemoci atd.

Tyto informace o informantkách jsem sepsala do tabulky:

Tabulka 2: Soupis informantek

Informantka č.	Věk	Vztah k zemřelému	Zemřelá/zemřelý	Doba poskytované péče
I1 – žena	32 let	vnučka	babička	4 dny
I2 – žena	27 let	vnučka	dědeček	cca 3 týdny
I3 – žena	55 let	dcera	otec	měsíc
I4 – žena	47 let	snacha	tchán	14 dní
I5 – žena	56 let	manželka	manžel	6 dní
I6 – žena	49 let	vnučka	babička	10 dní
I7 – žena	36 let	dcera	matka	18 dní

6.5 Popis organizace a průběh výzkumu

Výzkum jsem prováděla v konkrétním zařízení domácí hospicové péče v Hradci Králové. Informace o domácí hospicové péči v Hradci Králové přikládám v příloze.

Realizaci samotného výzkumu předcházelo několik schůzek se sociální pracovníci a také s vedoucí domácí hospicové péče HK, při kterých jsme diskutovaly o vhodnosti výzkumu, možných informatech a o správném zvolení otázek.

Polostrukturované rozhovory jsem poté uskutečnila v rámci mé praxe v období říjen – listopad 2016. Před samotným výzkumem jsem provedla předvýzkum, tedy testovací rozhovor, abych si ověřila vhodnost a srozumitelnost mých dotazů. Otázky poté zůstaly stejné, pouze jsem u dvou otázek změnila pořadí, pro lepší návaznost.

Před zahájením jednotlivých rozhovorů jsem všechny informantky seznámila s projektem výzkumu a využitím informací, které od nich získám. Zmínila jsem pravidlo anonymity a důvěrnosti. Všechny informantky souhlasily s nahráváním rozhovorů a dalším zpracováním získaných údajů. Souhlas neprobíhal písemnou formou, pouze ústně. K nahrávání jsem využila mobilní telefon se zařízením pro přenos záznamu zvuku. Nahrávání jednotlivých

rozhovorů na mobilní telefon jsem pokládala za vhodnější, protože při pouhém zapisování rozhovoru na papír, by mi mohla spousta zajímavých informací uniknout. Informantkám byly pokládány otázky uvedené v tabulce č. 1.

Na počátku rozhovoru jsem se nejprve představila a zmínila souhlas s nahráváním a zpracováním údajů. Poté jsem kladla jednotlivé otázky a v případě, kdy se mi zdálo, že informantka odpověděla stručně, jsem se ještě doptávala na podrobnosti. Při rozhovorech jsme nebyly ničím rušeny. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala mezi 30 - 45 minutami.

Pro příklad uvádím časový program vypracování této diplomové práce. Realizace trvala od května 2016 – březen 2017.

Tabulka 3: Časový sled tvorby diplomové práce

Činnost	Časové období
Zajištění podkladů pro tvorbu teoretické části diplomové práce	květen - červen 2016
Vypracování teoretické části	červen – srpen 2016
Projekt výzkumného šetření, předvýzkum	září 2016
Realizace výzkumného šetření	říjen – listopad 2016
Formulace výsledků výzkumné části	prosinec 2016 – únor 2017
Závěrečné úpravy a dokončení diplomové práce	březen 2017

6.6 Způsob zpracování získaných dat či údajů

Všechny rozhovory jsem nahrávala na mobilní telefon, pomocí audiozáznamu. Zároveň jsem si na papír dělala poznámky. Poté jsem pro lepší práci se získanými informacemi rozhovory přepsala a to včetně nespisovných výrazů. Zachovala jsem tedy úplné znění jednotlivých rozhovorů a to pomocí transkripce. „*Transkripce označuje proces převodu původních dat do lépe zpracovatelné podoby*“ (Hendl, 2005, str. 228) Jde o časově náročnou metodu, ale pro podrobné vyhodnocení rozhovorů je transkripce podmínkou. (Hendl, 2005)

Ke zpracování dat jsem použila otevřené kódování. Kódování je proces, v němž jsou přiřazovány klíčová slova či symboly k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a

rychlejší práce a aby prostřednictvím kódů, bylo možné pracovat s většími významovými celky (Mioviský, 2006) V rozhovorech jsem tedy hledala segmenty, které mají určitý význam pro cíl výzkumu. Pak jsem tyto úseky označila kódem. „*Kódování představuje analytické operace, které rozbíjejí data do fragmentů – indikátorů – a ty potom rozřazují k příslušným konceptům.*“ (Švaříček, 2007, s. 91) Jednotlivé věty či krátké části přepsaného rozhovoru jsem označila kódy tak, aby kód charakterizoval, čeho se jednotlivé části odpovědí týkaly. Nakonec jsem skupiny stejných kódů označila názvem kategorie.

6.7 Rizika výzkumu a výzkumné strategie

Při realizaci mého výzkumu jsem narazila na pár nevýhod spojených s kvalitativním výzkumem. Prvním problémem bylo, že sociální pracovnice na naší první schůzce zdůrazňovala, že se rodiny neradi vrací ke svým bolestem a proto bude těžké je takto oslovovat a otevírat staré rány. Po konzultaci s psychologem i vedoucí mé diplomové práce jsme se ale shodli, že lidem naopak mluvit o svých bolestech pomáhá a lépe se s tím smíří. Později jsme se tedy domluvily, ke spokojenosti všech.

Dále jsem narazila se svou ideou, kdy jsem si myslela, že získám spoustu kontaktů na rodiny. Většina rodin je však starších, případně časově vytížených a tak bylo docela těžké, sehnat k osobnímu rozhovoru dostatečný počet informantů. Nakonec jsem kontakty na rodiny získala v rámci mé praxe a díky tipům na rodiny, které domácí hospicovou péči využily.

Jedna z informantek byla při našem povídání dost nervózní a to i když jsem se snažila navázat co nejvíce příjemnou atmosféru. Tento její stres mohl ovlivnit její výpovědi a neřekla tak vše, na co by si jinak v klidu vzpomněla. Nevýhodou označuji i dlouhé doslovné přepisování rozhovorů a trochu horší kvalitu zvukového záznamu (šum v pozadí).

7 Analýza a interpretace údajů

Interpretace odpovědí informantek je v této kapitole rozdělena do čtyř částí. Nejprve je zjišťován účel využívání DHP. V rámci druhého dílčího cíle je posuzována informovanost rodin o poskytovaných službách. Třetí dílčí cíl se zaměřuje na posouzení role sociálního pracovníka v rámci domácí hospicové péče. Poslední část zjišťuje přínosy a slabé stránky DHP pro rodiny a klienty.

Pro představu uvádím přepis rozhovoru v příloze.

DC 1 Zjistit účel využívání služby

Tento dílčí cíl jsem záměrně zařadila na začátek, abych zjistila, jaké měla rodina důvody, že začala využívat služeb DHP. Dílčí cíl jsem sledovala pomocí tazatelských otázek **TO1 – TO3**.

DC 1.1 Zjistit povědomí rodin o DHP před využitím služby.

U otázky **TO1** jsem nejprve zjišťovala, jaké měli rodiny povědomí o DHP před jejím využíváním.

- **Základní informace**
- **Vše potřebné**
- **Úplná neznalost**

Základní informace

Šest informantek vypovědělo, že o domácí hospicové péči již slyšely a měly o ní povědomí. I4 říká „věděla jsem, že je to služba určená lidem, kteří jsou na sklonku života a nemusí být nutně hospitalizováni v nemocnici, aby mohli zůstat ve svém rodinném prostředí. Taky jsem věděla, že je to služba jak pro nemocného tak pro rodinu.“ I1 věděla pouze, že „jde o 24 hodinovou dostupnou péči.“ I3 věděla o DHP od své dcery, zdravotní sestry. „Věděla jsem jen základní informace od dcery, věděla jsem, že je to pomoc i rodině, která se rozhodla pečovat o blízkého v poslední fázi života doma.“

Vše potřebné

Informantka I5, věděla o DHP teoreticky vše, ale nepředpokládala, že by tuto službu někdy využila. „Člověk měl načteno spoustu věcí, ale prakticky jsem vůbec neuvažovala o tom, že

bych tuto službu použila. Žila jsem v přesvědčení, že DHP je to nejzazší, to úplně poslední.“ I2 zase zmiňuje, že „jako zdravotní sestra z fakultní nemocnice v HK, jsem o DHP věděla prakticky vše potřebné. Komu je léčba určena, že je nutná nonstop přítomnost pečujícího, o dostupnosti lékaře a zdravotní sestry, o úhradě péče. Taky jsem věděla, že je možnost využít psychologické péče a pomůžou zajistit i péči o zemřelého.“

Neznalost

I7 o domácí hospicové péči dříve neslyšela. „*Dřív jsem tuto službu vůbec neznala, znala jsem jen pečovatelskou službu.*“

Shrnutí dílčího cíle 1.1.

Mimo jedné informantky (I7), znaly informantky DHP a její činnost. Čtyři vypověděly, že věděly základní informace o poskytované službě. Věděly, že jde o službu pro nemocné i rodinu, o 24 hodinové dostupné péči. Dvě informantky díky své profesi, měly o DHP více informací. Prakticky věděly vše potřebné, pouze jim nepřišlo reálné, že by službu někdy potřebovaly samy. Jedna informantka o DHP dříve nevěděla vůbec nic. Znala pouze pečovatelskou službu.

DC 1.2 Zjistit, jak se rodiny dozvěděly o DHP.

Zde jsem se snažila zjistit, jak se rodiny dozvěděly o domácí hospicové péči. Tato otázka navazuje plynule na předchozí. Ptala jsem se pomocí tazatelské otázky **TO2**.

- **Praktický lékař**
- **Sociální pracovníce na onkologii ve FN HK**
- **Studium, od známých**

Praktický lékař

Informantka I4 se dozvěděla o DHP od praktického lékaře. „*Doktor nám poradil několik možností – nabídl pobytovou hospicovou péči (Červený Kostelec) a taky domácí hospicovou péči tady v Hradci. Pak jsem si více našla na internetových stránkách.*“ I informantka I3 se o DHP dozvěděla od praktického lékaře. „*O domácím hospici nás informovala praktická lékařka babičky. Dala nám na ně i kontakt.*“ I2 mimo svých znalostí ze studia na zdravotnické škole dodává, že „*k domácí hospicové péči nás také nasměroval lékař dědečka.*“

Sociální pracovníce na onkologii ve FN HK

I5 vypráví, že „*když jsme chodili s manželem na onkologii, byla tam velmi šikovná sociální pracovníce, která když viděla, jak je to s ním špatné, říkala mi spoustu informačních věcí, které jsem nejprve vůbec nepřijala. Pak za mnou dokonce přijela i domů a vyprávěla mi o domácí hospicové péči. Pak mi na ně dala i kontakt.*“ Taktéž I1 se dozvěděla o DHP na onkologii v Hradci Králové: „*do hospicové péče jsme se vlastně dostali na doporučení sociální pracovníce na onkologii, ta nám o tom řekla.*“ I7 o domácí hospicové péči vůbec nevěděla a zmiňuje: „*na domácí hospicovou péči mě nasměrovala paní doktorka na onkologii tady v Hradci.*“

Studium, od známých

I2 se s hospicovou péčí setkala v rámci svých studií na zdravotnické škole. „*Když pak dědeček onemocněl, věděli jsme, kam se máme obrátit.*“ Z vyprávění informantky I6 vyplývá, že „*o domácích hospicích jsem se dozvěděla od mé kamarádky, která studovala sociální práci. Vyprávěla mi o přednášce, kterou tam měli. Pak jsem si už zbytek našla na internetu.*“

Shrnutí dílčího cíle 1.2

Informantky se o DHP dozvěděly třemi způsoby. Tři informantky informoval sám praktický lékař nemocných. Další možnost, jak se dozvěděly o domácím hospici, byli lékaři a sociální pracovníce na onkologii ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové. Další variantou je znalost domácího hospice z vlastního studia na zdravotnické škole. V posledním případě se o domácím hospici dozvěděla informantka od své známé, která studovala sociální práci.

DC 1.3 Zjistit důvod využívání DHP.

V rámci TO3 jsem zjišťovala důvody, které vedly rodinu k tomu, že začala využívat služeb DHP.

- **Přání zemřít doma**
- **Zklamání z lékařské péče**

Přání zemřít doma

Všechny informantky shodně uvedly, že pro ně bylo přirozené postarat se o svého umírajícího v domácím prostředí. Podle informantky I1 si „*babička přála zemřít doma, tak jsme si ji vzali domů. Sami bychom se o ni ale už nezvládli postarat tak jsme začali využívat hospic tady v*

Hradci“. I2 mluví stejně – „*děda vyslovil přání, že nechce do nemocnice. Měli jsme vhodné zázemí i spolupráci rodiny babička, moje sestra, já, strejda. Všichni jsme byli ochotni se u dědy střídát. Informantka I4 zmínila, že „tchán byl rok léčen na rakovinu (nejprve tlustého střeva, následně i nádor na mozku), několikrát byl hospitalizován v nemocnici. Pak mu oznámili, že další ozařování by bylo velmi rizikové a nemoc se hodně rozšiřuje. Přál si jít domů.“ Někdy se naskytly problémy, jak pokračuje I4: „Tak byl propuštěn z nemocnice a u nás vyvstala otázka, kdo se o něho bude starat. Pracovali jsme na směny, tak jsme se vždy vystřídali, ale bylo to velmi náročné. Navíc se jeho stav začal zhoršovat. Proto jsme začali řešit i otázku nějaké další pomoci.“*

Zklamání ze zdravotnické péče v nemocnici

Informantka I5 byla navíc velmi zklamaná ze zdravotnické péče. „*Manžel byl velmi vyhublý, neměl sílu, doma mi upadl a já ho nemohla uzvednout. Zavolala jsem záchrannou službu, ale ti mě odkázali na hasiče, nebo policii. Prý by přijeli pouze za situace, kdy ho odvezou do nemocnice. Mne tam ale nesedělo to, že se nepostaralo zdravotnictví, byla to pro mne velká facka. Takže jsem nakonec o domácí hospicové péči začala uvažovat.“*

I povídání informantky I7 v sobě nese zklamání ze zdravotní péče. „*Mamce diagnostikovali rakovinu prsu, ani po roce se situace nelepšila a nakonec byla i aktivní léčba ukončená. Protože jsme doma měli zážitek, kdy nám v nemocnici umřela babička a péče zdravotnického personálu byla tenkrát otřesná, neváhali jsme ani minutu a mamku si vzali domů. Hned jsme začali spolupracovat s domácím hospicem.“*

Shrnutí dílčího cíle 1.3

V rámci tohoto cíle jsem odhalila dva důvody, proč rodina začala využívat služeb domácího hospice. Primárně to bylo přání jejich blízkého, zemřít doma. Druhým důvodem byla nespokojenost se zdravotnickou péčí v nemocnici. K nespokojenosti vedla špatná zkušenost z minulosti a v druhém případě šok, kdy RLP nepřijela pomoci s manželem informantky, ale odkázali na hasiče. Jak jsem si však vyhledala, tento postup je běžný. RLP přijíždí k pacientovi pouze za předpokladu, že ho odveze do nemocnice, nikoliv pouze přijet pomoci zvednout či přemístit nemocného.

DC 2. Zjistit informovanost rodin o poskytovaných službách

Tento dílčí cíl navazuje kontinuálně na první dílčí cíl, v němž jsem již zjišťovala povědomí o DHP a důvody využívání služby. V této části jsem chtěla zjistit, jak byly rodiny informovány v rámci poskytovaných služeb, ohledně financování a zda vnímají rozdíly mezi home care a DHP. Ptala jsem se pomocí otázek **TO4 – TO 6**.

DC 2.1 Zjistit povědomí rodin o fungování služby.

Pomocí **TO4** jsem zjišťovala, jak byly rodiny informovány o fungování DHP.

I1 byla informovaná „*plně formou smlouvy*“. Všechny informantky se shodly, že nejprve do domácí hospicové péče zavolaly a následně se domluvily na termínu schůzky. Podle stádia nemoci probíhala schůzka buď v poradně DHP, nebo tým DHP přijel k nemocnému domů. I5 uvedla, že „*hned ten večer, přijel celý tým. Doktor, sestřička, sociální pracovnice a psycholog. Řekli mi vše potřebné. Psycholog, doktor a zdravotní sestřička mluvili s mužem. Se mnou primárně mluvila sociální pracovnice, která mi vysvětlila, jak vše bude fungovat. Velmi jsem ocenila, že přijeli ihned.*“ I3 má totožnou zkušenost. „*zdravotní sestra a sociální pracovnice nás navštívili hned ten den, kdy jsme tatínka odvezli domů. Vysvětlila nám, kdy budou jezdit sestry, co je náplní jejich návštěvy, informovala nás o telefonické podpoře lékaře, o podávání léků, o smluvních podmínkách. Ochotně zodpověděla naše dotazy.*“

Shrnutí dílčího cíle 2.1

Všechny informantky byly na první schůzce plně seznámeny s fungováním služby. Smlouvu o poskytování služby vždy podepisovaly se sociální pracovnící, která jim vše vysvětlovala. Další informace jim vždy podala zdravotní sestra. Žádná z žen neuvedla žádný problém, všechny byly seznámeny dobře.

DC 2.2 Zjistit informovanost rodin o financování služby

Otázkou **TO5** jsem se ptala, jak byly rodiny informovány ohledně financování služby.

Jak uvádí I4 „*sociální pracovnice nás při první schůzce seznámila právě i s financováním. Vysvětlila nám, jak domácí hospicová péče získává peníze z darů a také ze spoluúčasti nemocných. Částka byla tenkrát myslím okolo 180 Kč.*“

I3 se přidává: „*vše nám bylo vysvětleno pořádně, jasně a srozumitelně.*“ I4 souhlasí „*vše nám bylo řečeno osobně při první návštěvě.*“ Stejně hovoří i I7 „*v kanceláři nás seznámili také*

s tím, jak se bude služba platit. Říkali nám, co budeme platit sami a co je financováno z nějakých příspěvků. “

I5 hovoří o udivení z tak malé částky. „Částka to byla velmi malá, na to, jakou celodenní péči poskytovali. Vlastně to byla dost malá částka oproti tomu, co jsem platila za služby home care. Od nich jsem měla pro manžela kompenzační pomůcky (chodítka, hrazda, gramofon), tam se platil každý den za každou pomůcku a tak se ta částka docela vyšplhala. Ten přístup jakým vše v DHP sdělovali, byl výrazně jiný než ve zdravotnictví. “

Shrnutí dílčího cíle 2.2

Informantky byly vždy seznámeny s financováním v rámci první schůzky se sociální pracovníci. Bylo zřejmé, na co a kolik budou platit. I5 navíc zmiňuje, že při porovnání s půjčovou kompenzačních pomůcek v home care, kterou využívali, se jí zdála částka za jeden den péče v DHP výrazně menší.

DC 2.3 Zjistit zda a jak rodiny vnímají rozdíl mezi home care a DHP.

Pomocí otázky **TO6** jsem zjišťovala rozdíly, které rodiny vnímají mezi home care a DHP

- Rozdílnost v péči
- Rozdílnost v přístupu
- Rozdíl vyvstal až po využití služeb DHP

Rozdílnost v péči

I2 dělí takto „home care je zdravotní péče o pacienty s dobrou a delší prognózou, hospicová péče je péče o terminálně nemocné a umírající.“ I3 říká: „vnímám je jako zcela rozdílné služby. Home care pouze pacienta ošetřuje, ale hospicová péče poskytuje léky a pomůcky, které jsou potřebné pro fyzické i psychické pohodlí pacienta. Poskytují i odbornou pomoc při psychických potížích.“ Podle informantky I6 je „home care pečovatelská služba, která přijede k pacientovi a obstará ho po zdravotní strážce. Hospicová péče je nepřetržitá, přes telefon a zahrnuje nejen lékařské ošetření ale i psychickou pomoc. Taky si myslím, že se home care zaměřuje pouze na nemocného ale DHP pomohla i nám.“

Rozdílnost v přístupu

I5 vnímá velké rozdíly i v přístupu. „*Home care je služba na požádání, vázaná na hodinu. Sestřička přišla, udělala co má, dala infuzi, chvíli si s mužem povídala, oddělala infuzi a odjela. U sestřiček z DHP to bylo úplně něco jiného. Nekoukali vůbec na čas. Popovídali si, sedli si. Vůbec jsem si nepřišla, jako, že je okrádáme o jejich čas.*“

Rozdíl vyvstal až po využití služeb DHP

Informantka I7 dříve nevnímala rozdíly mezi DHP a Home care. „*Než jsem poznala DHP, myslela jsem si, že jsou home care a DHP totožné. Teď to vnímám tak, že home care je spíš pro dlouhodobě nemocné (seniory, zdravotně postižené), ale domácí hospicová péče pečuje o lidi v posledních dnech života. Navíc oproti home care poskytují i psychologickou pomoc.*“

Shrnutí dílčího cíle 2.3

Rozdíly, které uvedly informantky byly primárně u péče a v přístupu. Stejně uváděly, že home care pečuje o pacienta po zdravotní stránce, ale DHP pečuje i o psychickou pohodu nemocného, ale i rodiny. I přístup, co se týká trávení času s pacientem, byl u obou služeb rozdílný. Nakonec jedna informantka uvedla, že před využitím DHP o této službě nevěděla a tak dříve považovala DHP i home care za totožné.

DC 3. Posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu DHP

Dílčí cíl tři objasňoval úlohu sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče. Tento dílčí cíl jsem sledovala pomocí tazatelských otázek **TO 7 – TO 8**.

DC 3.1 Zjistit roli sociálního pracovníka při práci s rodinou.

Otázkou **TO7** jsem se ptala, kdy přišly rodiny do kontaktu se sociálním pracovníkem a jakým způsobem jim pomáhal.

- **Seznámení se službou, sepsání smlouvy, pomoc při vyřizování dávek**

Všechny informantky byly v kontaktu se sociální pracovnící. I1 a I2 se se sociální pracovnící setkaly u příjmu a při sepisování smlouvy. I2 říká: „*setkaly jsme se spolu na první návštěvě u babičky. Vysvětlovala nám, jak služba funguje, pak nám pomáhala zažádat o příspěvek na péči.*“ Informantka I7 mluví taktéž o pomoci sociální pracovníce zažádat o příspěvek na péči „*pomáhala nám zařizovat ten příspěvek na péči a taky nám moc pomohlo, že s námi hodně*

mluvila, i s maminkou a to nám moc pomáhalo, že se o tom máme s kým pobavit. Když pak mamka zemřela, nabízela nám poradenství.“ Sociální pracovnice také pomáhala zajišťovat kompenzační pomůcky. „Tchánovi pomohla zařídit gramofon a polohovací postel.“

Informantka I5 byla taktéž sociální pracovníci seznámena se službami. Sociální pracovníci nazývá jako doprovázející: *„sociální pracovnice mi dávala informace ohledně financování, fungování služby, byla spíš v pozici takového doprovázejícího těmi službami. Na začátku naší spolupráce mluvila i s mužem o službách, ale on už pak moc nechtěl odpovídat, tak mluvila spíše se mnou. S mužem pak více mluvil psycholog.“*

I3 hovoří o tom, že *„pomoc sociální pracovnice mi v té době moc pomohla. Poskytla mi psychickou podporu a taky spoustu informací o příspěvku na péči. Když tatínek umřel, druhý den mi volala a nabízela psychickou pomoc, taky pomoc s pohřbem. Pak volala po 14 dnech a po měsíci. Bylo moc příjemné slyšet, že na nás někomu záleží a i zpětně se ozve a zeptá se.“*

Shrnutí dílčího cíle 3.1

Do kontaktu se sociální pracovníci přišly informantky vždy při první schůzce, při sepsání smlouvy. Sociální pracovnice jim poté pomáhala vyřizovat dávky, doprovázela je na úřad práce k zajištění příspěvku a zajišťovala kompenzační pomůcky a dále rodině nabízela psychosociální podporu. Po smrti jejich blízkého nabízela pomoc s uskutečněním pohřbu a také upozornila na možnost využít poradenství pro pozůstalé.

DC 3.2 Zjistit, jak rodiny využívají psychosociálního poradenství pro pozůstalé.

V rámci DC 3.2 jsem pomocí otázky **TO8** zjišťovala, zda rodiny využívají psychosociální poradenství pro pozůstalé

- **Poradenství nevyužito**
- **Poradenství využito**

Poradenství nevyužito

Čtyři informantky uvedly, že nikdo z jejich rodiny psychosociální poradenství po smrti blízkého nevyužily, i když tuto možnost měly. I2 říká: *„sociální pracovnice nám tuto možnost nabízela, ale my jsme to nevyužili, poprali jsme se s tím sami.“* I4 hovoří o pomoci po smrti tchána jako o velké morální podpoře. *„Zdravotní sestra a sociální pracovnice po smrti tchána přijeli do 30 minut. Byly pro nás obrovskou podporou a informovaly nás, jak postupovat dál.“*

Byli jsme rádi, že jsme se měli na koho obrátit. Přímo poradenství pro pozůstalé jakožto psychosociální pomoc jsme pak ale nevyužili.“

Poradenství využito

I5 hovoří o opaku: *„protože jsem měla tři úmrtí blízkých během tří let, byla jsem dost špatná a poradnu jsem využívala. Přineslo mi to srovnání s tím, že život jde dál. Pomohla mi i v takovém tom pohledu, že žít jen s jedním člověkem co odešel, není život a že život jde dál. Otevřela mi i oči v tom, nebránit se novému vztahu. Setkání byla vždy příjemná. Byla jsem nadšená z toho jejich přístupu. Sestřička ještě dvakrát volala, jestli něco nepotřebuji. Což by se v nemocnici nestalo“* Informantka I6 nevyužila poradenství pro pozůstalé sama, ale *„z rodiny ho využila moje sestra. Byla na maminku velmi fixovaná. Také nám nabízeli pomoc s organizací pohřbu, to jsme pak ale zvládli sami.“*

Shrnutí dílčího cíle 3.2

Čtyři informantky psychosociálního poradenství po smrti blízkého nevyužily. Informantky, které poradenství využily, o něm mluvily velmi kladně. Pomohlo jim srovnat se se ztrátou milované osoby a vlastním vnímání. I když některé informantky poradenství pro pozůstalé nevyužily, i tak uvedly, že bylo velmi milé, když je DHP několikrát kontaktovala, zda s něčím nepotřebují pomoci. Jednak s organizací pohřbu a s další nabídkou psychosociální pomoci. Zajímavé bylo i srovnání s nemocnicí, kdy jedna informantka uvedla, že v nemocnici by se to nestalo a po smrti pacienta by rodinu již nikdo dále s nabídkou pomoci nekontaktoval.

DC 4. Zjistit přínosy a slabé stránky DHP pro rodiny a klienty

Pomocí posledního dílčího cíle jsem zjišťovala nejčastější problémy pečujících rodin a nejčastěji využívané služby. Následně jsem hledala přínosy a i slabé stránky DHP a také zda by rodiny opětovně využili služeb DHP. Otázky jsem kladla pomocí **TO 9-13**.

DC 4.1 Zjistit nejčastější potřeby a problémy pečujících rodin.

Otázkou **TO9** jsem zkoumala, jaké jsou nejčastější problémy a potřeby pečujících rodin.

- **Řešení bolesti**
- **Podávání léků, pomoc při výživě**
- **Přijetí konečnosti**

Veškeré problémy, které rodiny řešily, byly primárně spojené se zdravotním stavem nemocného. Šlo zpravidla o podávání léků, tlumení bolesti, podávání infuzí, výživy.

Řešení bolesti

I1 si pochvaluje: „byla jsem hrozně ráda, že jsme doma měli připravenou SOS medikaci, kterou nám poskytla DHP. Báli jsme se, babička moc netrpěla.“ Informantka I6 též doplňuje: *babička trpěla velkými bolestmi, takže nám šlo hlavně o tlumení bolesti.*

Podávání léků, pomoc při výživě

I3 říká: „DHP nám poskytla všechny potřebné pomůcky, dojednala s lékařem vypsání receptů, případně léky zajistila. Taky nám moc poradili s výživou dědečka.“ S výživou měla problém i rodina informantky I4. „Tchán trpěl velkým nechutenstvím k jídlu a dodržování pitného režimu. Také jsme řešili jeho velké bolesti, které bylo potřeba utlumit.“

Přijetí konečnosti

I5 mluví o problémech po fyzické i psychické stránce. *V konečné fázi manželova života šlo hlavně o zklidňování bolesti a přijetí konečnosti. Trápil se. Ačkoliv byl nevěřící, velmi dobře tyto věci nakonec přijímal, povolali jsme i kaplana, který nám pomohl se rozloučit.*

Shrnutí dílčího cíle 4.1

Nejčastější problémy, s nimiž se rodiny setkávaly, byly spojené s velkou bolestí nemocných. Důležité pro rodiny bylo, aby jejich blízký netrpěl. Časté byly i problémy s nechutenstvím a nedodržováním pitného režimu. Po psychické stránce bylo problémem přijetí přicházející smrti a to nejen pro nemocného ale i rodinu.

DC 4.2 Zjistit jaké služby jsou nejčastěji využívány rodinami.

Cílem bylo zjistit, jaké služby rodiny nejčastěji využívají. Ptala jsem se otázkou **TO10**.

Informantka I6 zmiňuje, že nejčastěji využívali služeb zdravotní péče: „nejvíc jsme přišli do kontaktu se zdravotními sestřičkami, bylo důležité hlavně podávat léky proti bolesti, převazovat rány a podávat infuze.“ I3 si pochvaluje tým domácího hospice „nejčastěji jsme přišli do kontaktu se zdravotními sestrami a doktorem, všichni byli vesměs vstřícní, profesionální a empaticí.“ Informantka I5 říká: „Nejvíc jsme využívali služeb psychologa - sociálního pracovníka a zdravotní sestry, která telefonicky kontaktovala doktora, nebo doktor

přijel osobně. Nejčastěji řešili bolest a přidávali morfium. Také jsme využili služby kaplana.“
I4 mimo tlumení bolesti ještě uvádí: *taky nám ta sociální pracovnice pomáhala zajistit různé pomůcky, za co jsme moc rádi.“*

Všechny informantky se shodly, že v konečné fázi bylo nejdůležitější tlumení bolesti. Rodině velmi pomáhala psychická podpora hospicového týmu. Jak zmínila I5: *„Pro mě to bylo to, že jsem se měla na koho obrátit, o koho se opřít. Člověk se na to necítil sám a to považuju za strašně důležité.“*

Shrnutí dílčího cíle 4.2

Nejčastěji rodiny využívají možnosti tlumit blízkému jeho bolesti. Důležitá je jak komplexní zdravotní péče, tak i sociální. Rodině velmi pomáhal fakt, že se mají na koho obrátit, prodiskutovat jejich problémy. Ačkoliv je tým domácí hospicové péče multidisciplinární a čítá několik členů, nejčastěji rodiny využívají služeb zdravotní sestry, lékaře a sociálního pracovníka.

DC 4.3 Zjistit přínosy DHP.

Otázkou **TO11** jsem zjišťovala možné přínosy DHP.

- **Domácí prostředí**
- **24 hodinová péče**
- **Odbornost týmu**
- **Komplexnost péče**
- **Pocit – nejsem na to sám**
- **Zjištění, že smrt nemusí bolet**

Domácí prostředí

Nejčastěji řečeným přínosem byl fakt – zemřít doma, v domácím prostředí. I2: *„Největší přínos vnímám v možnosti stálého kontaktu s umírajícím a příbuzným (na rozdíl od nemocnice, kde to není možné).“* I3 hovoří stejně: *Přínosem je hlavně to umožnění, že rodina může o blízkého pečovat v domácím prostředí.* Podle I1: *„babička díky využití DHP mohla*

umřít doma a v klidu.“ I5: „Důležité pro nás bylo také to, že DHP ctí soukromí. Reagovali na aktuální potřeby.“

24 hodinová péče

I2: „Přínosem je určitě i odborná péče a dostupnost 24 hodin“ Informantky zmiňovaly, že pro ně bylo důležité, že jde o službu nepřetržitou a v případě potřeby dorazí do 30 minut. „To, že zdravotní sestry pracují nonstop, mne velmi uklidňovalo, protože jsem věděla, že kdyby se něco dělo, můžu hned volat,“ řekla informantka I6. I4 zmiňuje: „To, že je poskytována 24 hodin denně je velmi příhodné, když se staráte o nemocného. Služba je velmi flexibilní.“

Odbornost týmu

I6: *Všichni pracovníci, s nimiž jsme se setkali, jednali na velmi profesionální úrovni. Jsou to opravdu odborníci na svém místě.*“ I5 řadí k největším kladům: *Lidskost, vstřícnost, empatie na to, co potřebuje klient i co potřebuje rodinný příslušník.*“

Komplexnost péče

I5: *„Ta jejich péče byla komplexní, od zdravotní, přes psychologickou až spirituální. Komplexní péči zdravotnictví nemá.“*

Pocit „nejsem na to sám“

I2: *„Velmi nám pomohla DHP jako psychická podpora nejen u dědečka, ale i u celé rodiny. Takové to ujištění, že vše zvládneme.“* Jak uvedla i informantka I5: *„velmi ji pomohla zdravotní sestra krátce po smrti manžela: V okamžiku kdy muž zemřel, jsem jí volala a ona během chvíličky přijela. Byla tam se mnou, byla mi oporou. Měla jsem pocit, že tam nejsem sama. Velmi to zpětně oceňuji.“*

Zjištění, že umírání nemusí bolet

I5 si uvědomila, že smrt nemusí bolet. *„Jak jsem si v krátké době procházela několika úmrtími v rodině, uvědomila jsem si, že smrt už není nic tak hrozného. Myslím si, že mi k tomu dopomohl ten hospic, protože vlastně oni zklidňují tu bolest, což zdravotnictví neudělalo. Ve zdravotnictví jdou jen na hranici, co je povoleno. Tady je to o tom, ne, nemocný trpí. V DHP jdou až na maximální hranu toho, co je povoleno.“*

Shrnutí dílčího cíle 4.3

Mezi nejčastější přínosy domácí hospicové péče v Hradci Králové podle sdělení informantek patří jednoznačně samotná možnost zemřít v domácím prostředí. Přínosem je jednoznačně 24 hodinová péče, kdy v případě potřeby jsou pracovníci ihned k dispozici na telefonu a do 30 minut i v místě bydliště. Dalším přínosem je to, že tým domácí hospicové péče je složen z kvalifikovaných odborníků, kteří poskytují komplexní péči. Nezaměřují se tedy pouze na zdravotní složku nemocného, ale řeší i jeho psychické, sociální a spirituální potřeby. Což je velmi důležité, aby se i rodina nacházela ve větší psychické harmonii. Pro rodinu je velmi důležitý fakt, že na to nejsou sami a mají se na koho kdykoliv obrátit. Jedné informantce DHP přinesla zjištění, že smrt nemusí vždy bolet, protože DHP se snaží bolest tlumit v maximální možné míře.

DC 4. 4 - Zjistit slabé stránky DHP.

V tomto cíli jsem naopak zkoumala slabé stránky a limitace DHP. Ptala jsem se otázkou **TO12**.

- **Financování**
- **Lepší propagace**
- **Místní dostupnost**

Financování

I5: „Problém je v tom financování. Za to může ta dvojkolejnost DHP. To je asi jediné, co ji může ohrožovat, protože tam jinak pracují opravdu odborníci.“ I informantka I2 vidí problém ve financování: *„tento problém se netýká jen DHP v Hradci Králové, jde o chybu v zákoně. Změnou legislativy a kompletním financováním zdravotních pojišťoven by bylo přínosné a stejně tak financování léků.“*

Lepší propagace

Dvě informantky se shodly, že by bylo třeba službu DHP více propagovat. Jak říká I6: *„Napadá mne jen ji více propagovat. Spoustu lidí zná jen hospic v Červeném Kostelci. Jinak mne žádný nedostatek nenapadá, byli jsme s touto službou velmi spokojeni.“* Stejně tak I7 mluví o lepší propagaci: *„Nevím jak je to teď, ale před tím rokem a půl jsem o DHP vůbec nic nevěděla. Setkávám se s tím i teď já sama, spoustu známých vůbec neví, že něco takového existuje. Takže ji nějak více dostávat do povědomí lidí.“*

Místní dostupnost

I4 zmiňuje: „*Jediný nedostatek vidím v tom, že je poskytována pouze v určitém okolí. Kdybychom bydleli o 10 km dál, tak nám již nebude poskytována – bydlíme na hranici kraje, kde v okolí zatím žádná další hospicová služba dosud není.*“

Shrnutí dílčího cíle 4.4

Nedostatky byly řečeny tři. V prvním případě šlo o nedostatečné financování služby i léků. Nejde o chybu DHP v Hradci Králové, ale celého systému. Další nedostatek, který informantky navrhly, byl spojen s její slabou propagací. Zmiňovaly, že spoustu lidí o DHP nic neví. Jedna informantka mluvila o špatné dostupnosti DHP do určitých oblastí kraje. Kdyby bydleli o pár kilometrů dále, DHP by jim již nebyla poskytnuta.

DC 4.5 - Zjistit, zda by rodiny opětovně využily služby domácí hospicové péče.

V posledním dílčím cíli jsem zjišťovala, zda by informantky opět využily služby DHP. Ptala jsem se otázkou **TO13**.

Informantky se jednohlasně shodly, že by služeb DHP určitě využily znovu. I7: „*Na sto procent ano. Jsou to profesionálové, kteří to dělají srdcem.*“ I1 taktéž: „*Jednoznačně bych toho využila a s plným doporučením pro ostatní.*“ I6: „*Služeb DHP bych v budoucnu určitě využila, vzpomínky na to, že babička mohla zemřít v klidu doma tak, jak si přála, jsou krásné. Určitě bych toho znovu využila a ani nezaváhala.*“

Shrnutí dílčího cíle 4.5

Všechny informantky by bez zaváhání znovu využily služeb domácí hospicové péče.

8 Shrnutí praktické části

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké přínosy a limitace má domácí hospicové péče a posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče v Hradci Králové z pohledu pečujících rodin.

Pomocí dílčího cíle jedna, jsem se snažila zjistit důvody, proč rodiny začaly využívat služeb DHP. Předtím, než vůbec službu začaly využívat o DHP většina dotázaných měla základní povědomí. Dvě informantky službu dobře znaly a jedna informantka o DHP vůbec neslyšela. O poskytovaných službách DHP v Hradci Králové se dozvěděly ze tří zdrojů. Jednak od praktických lékařů nemocných, kteří je nasměrovali. Dále je na DHP upozornila sociální pracovnice z onkologie ve FN v Hradci Králové. Jedna informantka se o DHP dozvěděla při studiu zdravotnické školy a poslední informantku na služby domácího hospice upozornila známá. Důvody, proč rodiny začaly využívat domácí hospic v Hradci Králové, měly dvojí charakter: umřít doma bylo přáním nemocného a rodina mu toto přání chtěla splnit a druhým důvodem bylo zklamání ze zdravotnické péče v nemocnici.

Skrze dílčí cíl dva jsem zjišťovala informovanost rodin o poskytovaných službách DHP a také jejich povědomí o home care versus DHP. Rodiny byly s fungováním služby seznámeny zpravidla na první schůzce, přítomna byla sociální pracovnice, zdravotní sestra a někdy i lékař. Následně byla sepsána vzájemná smlouva. Pro rodiny bylo vše srozumitelné, sociální pracovnice ochotně odpovídala na všechny jejich dotazy. Taktéž byla rodina informována o tom, jak je služba financována. Jedné informantce se navíc v porovnání s půjčovnou kompenzačních pomůcek zdá 24 hodinová péče DHP velmi levná. Rodiny velmi dobře chápou rozdíl mezi DHP a home care. Vnímají největší rozdíl v poskytované péči (home care poskytuje pouze zdravotní péči, domácí hospic péči komplexní – zdravotní, sociální, psychologickou a spirituální). Výrazný rozdíl je i v přístupu personálu, co se týče času stráveného s nemocným. Co se týče home care a DHP, informantky uváděly, že v případě home care jde pouze o zdravotní službu, avšak DHP pečuje i o psychosociální pohodu člověka.

Třetí dílčí cíl posuzuje roli sociálního pracovníka v kontextu DHP. Do kontaktu se sociální pracovníci přišly všechny informantky už na první schůzce. Sociální pracovnice jim vysvětlila fungování služby a byla sepsána smlouva. Následně sociální pracovnice pomáhala obstarat vhodné dávky, doprovázela na úřad práce, zajišťovala pro nemocného kompenzační pomůcky

a nabízela celé rodině psychosociální podporu. Po úmrtí nabízela rodině pomoc s organizací pohřbu a následně psychosociální poradenství pro pozůstalé. Toto poradenství pro pozůstalé využila polovina pouze informantek. Vše se odvíjí od jejich psychického stavu a smíření se se ztrátou. Sociální pracovník má tak v DHP nezastupitelnou úlohu a je klíčovým členem multidisciplinárního týmu.

Poslední dílčí cíl zkoumal přínosy a slabé stránky DHP. Při péči o nemocného rodina nejčastěji řeší problémy s velkou bolestí. Důležité je pro ně tedy vyřešit dávkování léků, tlumení bolestí, pomoc při výživě a zajistit psychosociální pomoc. Nemocnému tak může usnadnit přijmout jeho konečnost. Rodině při řešení těchto problémů nejčastěji pomáhala zdravotní sestra, sociální pracovník a lékař. V jednom případě byl přivolán i kaplan. Přínosy DHP jsou pak následující – hlavní přínos je právě prostá možnost zemřít v domácím prostředí. Dalším přínosem je 24 hodinová péče, kdy jsou pracovníci non-stop na telefonu a v případě komplikací jsou v místě bydliště jedince do 30 minut. Velkým přínosem je také odbornost týmu a komplexnost péče. Pro rodinu je také důležitý pocit – nejsem na to sám a zjištění, že smrt nemusí bolet. Co se týče slabých stránek, informantky zmínily tři body, které však přímo nekorespondují jen s DHP HK. Prvním slabinou je financování, které je dvojsečné. Tento problém snad bude v nejbližší budoucnosti vyřešen, jak jsem o tom mluvila v teoretické části v kapitole 2.7. Další slabinou je malé povědomí o službě, informantky navrhuji lepší propagaci všech domácích hospiců. Poslední problém, který zmiňuje jedna informantka spočíval pro rodinu v špatné místní dostupnosti péče (pokud by bydleli o 10 km dále, služba by jim již nemohla být poskytována a žádná jiná DHP v okolí ještě není). Otázkou, zda by informantky a jejich rodiny znovu po jedné zkušenosti využily služeb DHP odpověděly všechny shodně – ano a s plným doporučením pro ostatní.

ZÁVĚR A DISKUZE

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, z části teoretické a praktické (výzkumné). V rámci své práce jsem se snažila vzájemně propojit obě tyto části tak, aby teoretická část byla dobrým výchozím teoretickým vodítkem pro část praktickou.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit přínosy a limitace domácí hospicové péče a posoudit roli sociálního pracovníka v kontextu domácí hospicové péče Hradec Králové z pohledu pečujících rodin. Myslím si, že vytyčeného hlavního cíle bylo dosaženo a to prostřednictvím čtyřech dílčích cílů a třinácti dílčích cílů druhého řádu.

Pro získávání dat jsem využila kvalitativně výzkumnou strategii. Ke sběru dat od informantek jsem použila metodu polostrukturovaných rozhovorů. Domnívám se, že se kvalitativní výzkumná strategie osvědčila, protože v rámci kvantitativního dotazníkového šetření, bych od informantek nezískala veškeré potřebné informace. Navíc by mi dotazník v tomto těžkém tématu přišel jako nedůstojná metoda. Taktéž si myslím, že ke kvantitativní výzkumné strategii bych měla velký problém sehnat dostatečný počet respondentů. Nevýhodou kvalitativně výzkumné strategie spatřuji v časové náročnosti polostrukturovaných rozhovorů s informantkami, kdy bylo v některých případech složité, domluvit se na společném termínu. Nevýhodu spatřuji v časové náročnosti sběru jednotlivých dat a následný dlouhý doslovný přepis rozhovorů.

Z výsledků výzkumné části vyplývá, že ačkoliv je Domácí hospicová péče Hradec Králové, relativně nová služba, je hodnocena rodinnými příslušníky – pozůstalými velmi kladně. Důvod, proč začala rodina využívat DHP se zpravidla pojí s přáním nemocného zemřít doma, nebo se zklamáním lékařské péče v nemocnici. Všechny informantky hodnotily míru informovanosti jako dostatečnou, byly seznámeny se vším, co bylo potřeba. Taktéž správně uváděly základní rozdíly mezi home care a DHP. Podstatnou roli v zařízení vykonává sociální pracovnice, která je nezastupitelnou součástí multidisciplinárního týmu. Roli sociální pracovnice by nebyla schopna zastoupit žádná jiná profese v rámci týmu. Rodinné příslušnice vyjádřily velkou spokojenost se službou domácí hospicové péče. Mezi největší přínosy informantky zahrnovaly, 24 hodinovou péči, odbornost týmu, komplexnost péče, tlumení velkých bolestí, dále jim velmi pomohl samotný fakt, že na to nejsou samy a informantky také došly k zjištění, že umírání nemusí bolet. Záporné stránky DHP souvisí primárně s jejím financováním, neplatí to pouze v rámci DHP v Hradci Králové, ale plošně. Je nutná úprava

v zákoně a proplácení v rámci zdravotních pojišťoven. O tomto tématu jsem psala již v teoretické části. Od roku 2018 by mělo být financování lépe ukotveno a taktéž zdravotní pojišťovny by měly začít proplácet péči domácích hospiců. Dále informantky hovořily o malé propagaci DHP, tedy dostat služby DHP do většího povědomí lidí.

Myslím si, že se mi podařilo hlavní cíl diplomové práce splnit a zároveň jsem si vědoma toho, že z výzkumu na tomto malém výzkumném vzorku nelze vyvozovat obecně platné závěry pro všechny rodinné příslušníky umírajících.

Tato práce by mohla být přínosem pro širokou veřejnost, která by se mohla o poskytovaných službách dozvědět něco více. Navíc jsou zde nezkrácené rozhovory s rodinnými příslušníky, kteří sami využívali služeb DHP a mají s ním tak zkušenosti. Práce by mohla být přínosem i pro samotné zařízení DHP v Hradci Králové, která by ji mohla využít jednak ke své sebe prezentaci i jako zhodnocení, jak se jim daří plnit své cíle. Taktéž by práce mohla být přínosná pro veškeré domácí hospicové týmy v ČR, které by díky ní mohly zapracovat na některých svých nedostatcích.

Námětem k diskuzi by mohla být otázka, jak by se lišily výsledky odpovědí na větším množství informantů. Také by mohlo být zajímavé takto porovnat několik zařízení domácí hospicové péče v republice. Tato práce by tak mohla být rozpracována i dále. Pro budoucího studenta, výzkumníka by bylo vhodné využít kvantitativní výzkum a provést tak výzkum na širším vzorku rodinných příslušníků, cílem by opět mohlo být zjištění přínosů a limitací. Také by mohlo být zajímavé provést tento totožný výzkum v DHP v Hradci Králové po několika letech její existence. Zajímalo by mne, jak by se výsledky lišily. Zajímavý by byl také výzkum v rámci široké veřejnosti, jak lidé vnímají rozdíly mezi DHP a home care. Je nutné tyto služby odlišovat a právě neznalost DHP, tyto dvě služby veřejnost často pokládá za totožné.

Vypracování diplomové práce pro mne bylo velice obohacující a přínosné, ať už z dostupné literatury, ze které jsem čerpala, tak i z hlediska realizovaného výzkumného šetření. Jsem velmi ráda, že jsem pracovala na tomto tématu, které mne zajímá a které je pro širokou veřejnost stále částečně nové. Doufám, že diplomová práce přinese inspiraci dalším bakalářským a diplomovým pracím, protože se jedná o téma, kterému je nutné věnovat velkou pozornost a šířit o něm povědomí. S velkou pokorou si vážím všech pracovníků v domácí hospicové péči, jejich práci vnímám jako nesmírně důležitou, protože svým přístupem pomáhají umírajícímu a jejich rodinám v tak těžké poslední fázi života.

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
DHP	Domácí hospicová péče
HK	Hradec Králové
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
PL	Praktický lékař
PP	Paliativní péče
RLP	Rychlá lékařská pomoc
STEM/MARK	Agentura provádějící marketingové výzkumy
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka	44
Tabulka 2: Soupis informantek	46
Tabulka 3: Časový sled tvorby diplomové práce	47

Seznam použité literatury

ARANDA in O'CONNOR, Margaret. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. 1. české vyd. Překlad Jana Heřmanová. Praha: Grada, 2005, 324 s. ISBN 80-247-1295-4.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání*. Praha: Vyšehrad, 2005. s. 328. ISBN 80 – 7021 – 797 – 9

FUNK, K. *Provázení stáří a umíráním aneb o prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014. (ISBN 978-80-87580-70-7, s. 113.) Grada, 2002. 91 s. ISBN 80-247-0212-6.

FUNK, Karel. *Provázení stáří a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Praha: Malvern, 2014. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. 1975. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis. ISBN 11-107-75

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 1. vyd. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3., rozš. vyd. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, c2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HOLEKSOVÁ, Taťána. *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí: praktická příručka jak pečovat o málo mobilního a zcela imobilního člověka doma*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0212-6.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. 134 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Umírání a paliativní péče v ČR (situace, reflexe, vyhlídky)*. 1.vyd. Praha: Cesta domů, 2004. 103 s. ISBN 80-239-2832-5.

KRISTJANSON, L.J. WHITE, K. Clinical support for families in the palliative care phase of hematologic or oncologic illness. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 2002, vol. 16, issue 3, ISSN 0889-8588

KRISTJANSON, Linda a Kathryn WHITE, 2002 cit. podle O'CONNOR, Margaret a San-chia ARANDA. Paliativní péče pro sestry všech oborů. 1. vydání. Přeložila Jana HEŘMANOVÁ. Praha: Grada, 2005. 324 s. ISBN-10: 80-247-1295-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících.* Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. Hovory s umírajícími. 1. vyd. Praha: SIGNUM UNITATIS, 1992. ISBN 80-85439-04-2.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* V Praze: Cesta domů, 2009, 100 s. ISBN 978-80-254-4552-5.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* V Praze: Cesta domů, 2009. ISBN 978-80-254-4552-5.

MARSHALL, MN. Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 1996, no. 13, p. 522-525.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce.* Praha: Portál, 2013. ISBN 97880-262-0366-7, s. 438)

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce.* Vydání první. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-262-1154-9.

MEIER, D. et al. *Palliative care: transforming the care of serious illness.* 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2010. 452 p. ISBN 04-705-2717-X.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – hospicová péče*. 1. vyd. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, 2005. ISBN neuvedeno.

PARKES, Collin Murray, RELFOVÁ, Marilyn a Ann COULDRICKOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 182 s. ISBN 978-80-87029-23-7.

PAYNEOVÁ, Sheila, SEYMOUROVÁ, Jane a Christiane INGLETONOVÁ. *Principy praxe paliativní péče*. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. 806 s. ISBN 978-80-87029-25-1.

RADBRUCH, Lukas, PAYNE, Sheila a kol. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Cesta domů, 2010. 63 s. ISBN 978-80-904516-1-2.

SLÁMA, O., A KOL. *Standardy paliativní péče 2013*, 2013.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Martina ŠPINKOVÁ. *Paliativní péče v ČR v roce 2013* [online]. Brno: Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2013 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013/>

Slovník českých synonym a antonym. V Brně: Lingea, 2007. ISBN 978-80-87062-09-8.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Vyd. 1. Marek Zikmund. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-731-9059-1.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic Anežky České se představuje*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN neuvedeno.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 7. doplněné, vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2011. 88 s. ISBN 978-80-7195-580-1

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Ilustroval Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2941-4.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovateli*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-570-7.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.

VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

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

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Další zdroje

„Vyplatí“ se umírat doma? VZP prodloužila testování mobilních hospiců [online]. Praha: Idnes.cz, 2016 [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/domaci-hospice-a-zdravotni-pojistovny-dhv-/domaci.aspx?c=A160127_134309_domaci_zt

Constitution of the World Health Organization [online]. New York, 1946 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Dlouhodobé ošetrovné pomůže lidem, kteří se starají o své nemocné příbuzné [online]. Praha: MPSV, 2016 [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/28878/TZ_MPSV_chce_dlouhodobym_osetrovnym_podporit_ty_co_se_staraji_o_sve_blizke.pdf

Domáci hospic [online]. Praha: Cesta domů, 2017 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/domaci-hospic>

Domácí péče o umírající je levnější než v ústavu [online]. Praha: denik.cz, 2014 [cit. 2017-02-3]. Dostupné z: http://www.denik.cz/z_domova/domaci-pece-o-umirajici-je-levnejsi-nez-v-ustavu-chybi-kapacity-20140102.html

Hospice pomáhají důstojně zemřít, ale narážejí na neochotu pojišťoven [online]. Hradec Králové: Idnes.cz, 2012 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: http://hradec.idnes.cz/hospice-narazeji-na-neochotu-pojistoven-ff2-/hradec-zpravy.aspx?c=A121119_1855156_hradec-zpravy_pos

Hospicová péče – standard, nebo luxus? [online]. Brno: Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2012 [cit. 2017-03-15]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/hospicova-pece-standard-nebo-luxus/>

Laura Janáčková: Smrt je tabuizovaným tématem [online]. Praha: Cesta domů, 2012 [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/laura-janackova-smrt-je-tabuizovanym-tematem>

O organizaci paliativní péče, Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům [online]. Praha: Cesta domů, 2004 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=AqG4xhuJVec%3D&tabid=1709WHO>

Paliativní péče pro praktické lékaře v kostce [online]. Praha: Cesta domů, 2014 [cit. 2017-01-26]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/paliativni-pece-pro-prakticke-lekare-v-kostce.html>

Pilotní program mobilní specializované péče [online]. Brno: Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, 2016 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/pilotni-program-mobilni-specializovane-pece/>

Poradna Domácí hospicové péče Hradec Králové [online]. Oblastní charita Hradec Králové: 2017 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.charitahk.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/poradna-domaci-hospicove-pece-hradec-kralove/popis-sluzby-poradna-domaci-hospicove-pece-hradec-kralove/>

Průlom zakotvení hospicové péče do českých norem [online]. Praha: Ecce Homo, 2017 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/2017/01/prulom-zakotveni-hospicove-pece-do-ceskych-norem/>

SOUKUPOVÁ, Tereza. Potřebují nevléčitelně nemocní odbornou psychoterapii. *Psychologie dnes* [online]. 2006, 2007(4) [cit. 2017-01-20]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/potrebuji-nevylecitelne-nemocni-odbornou-psychoterapii>

Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR: pracovní materiál [online]. Praha, 2007 [cit. 2017-03-11]. Dostupné z: <http://old.tf.jcu.cz/getfile/05338abf26afd57d>

SVATOŠOVÁ, Marie. *Lékařka: Lidé se dostávají do hospiců později, než by měli* [online]. Praha: Mladá fronta Dnes, 2010 [cit. 2017-01-13]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/lekarka-lide-se-dostavaji-do-hospicu-pozdeji-nez-by-meli-449732?category=z-domova>

Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II., závěrečná zpráva [online]. Praha: STEM MARK, 2013 [cit. 2017-02-3]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pecce-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

Výroční zpráva za rok 2015. In: Oblastní charita Hradec Králové [online]. Oblastní charita Hradec Králové: Oblastní charita Hradec Králové, 2017 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: <http://www.charitahk.cz/res/archive/053/006049.pdf?seek=1474276188>

Výše a způsob úhrady péče poskytované Domácí hospicovou péčí Hradec Králové [online]. Oblastní charita Hradec Králové: 2017 [cit. 2017-01-15]. Dostupné z: www.charitahk.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pecce/podminky-prijeti-do-domaciwww.portal.cz/pd_hospicove-pecce1/vyse-a-zpusob-uh rady-dhp-hk/

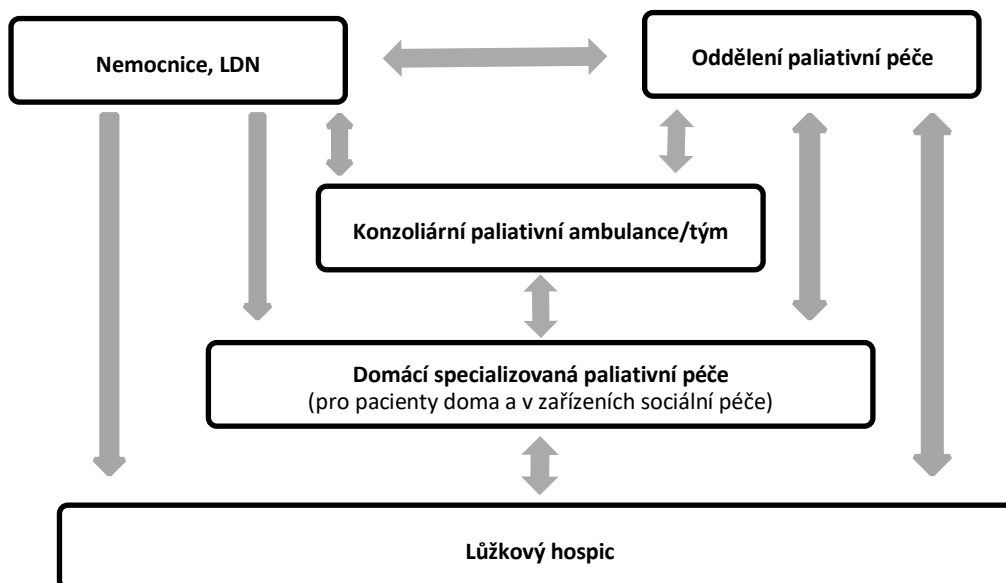
VZP: „Mobilní hospic levnější než nemocnice!“ (Bude jí stát platit?) [online]. Praha: Ecce Homo, 2017 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/2017/01/vzp-mobilni-hospic-levnejsi-nez-nemocnice-bude-ji-stat-platit/>

Zdena Kolářová: Češi by chtěli umírat doma [online]. Praha: 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, 2015 [cit. 2017-01-24]. Dostupné z: <http://www.lfl.cuni.cz/cesi-by-chteli-umirat-doma-ale-vetsina-z-nich-opousti-svet-v-instituci>

Seznam příloh

Příloha A: Provázanost a pohyb pacientů v systému péče.....	75
Příloha B: Fáze vyrovnávání se se smrtí dle Elisabeth Kübler-Rossově.....	76
Příloha C: Domácí hospicová péče Hradec Králové	77
Příloha D: Přepis rozhovoru.....	78
Příloha E: Seznam poskytovatelů domácí hospicové péče v ČR k 1. 2. 2017	82
Příloha F: Osvědčení o absolvované přednášce	84

Příloha A: Provázanost a pohyb pacientů v systému péče (Sláma a kol. Paliativní medicína pro praxi, 2011, str. 32)



Příloha B: Fáze vyrovnávání se se smrtí (Elisabeth Kübler-Rossová, 2015)

Fáze vyrovnávání podle Elisabeth Kübler-Rossové		
Fáze	Projevy	Co dělat
popírání, izolace	„Zaměnili mi výsledky.” „To není možné.” „Ne, to se mě netýká, to musí být omyl.“	Získat si důvěru a navázat kontakt.
agrese, zlost, vzpoura	„Proč já, proč zrovna já?” „Vždyť mi nic nebylo!” „To je nespravedlnost!” Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky	Nevztahovat na sebe, nepohoršovat se, nevyhýbat se kontaktu, dovolit odreagování.
smlouvání	Ochota zaplatit cokoliv, najít zázračný lék, nebo léčitele	Být maximálně trpělivý pozor na podvodníky.
deprese, smutek	Smutek z hrozící ztráty, smutek z utrpěné ztráty, strach o zajištění rodiny	Povzbuzení, trpělivost pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení.
akceptace, smíření	Čas loučení, vyrovnávání se, jde již o šťastné stádium, pokora	Mlčení a pouhá lidská přítomnost často stačí. Držet za ruku, utřít slzu. Rodina často potřebuje pomoci víc, než pacient.

Příloha C: Domácí hospicová péče Hradec Králové

Domácí hospicová péče je zřizována Oblastní charitou Hradec Králové. Vznikla 16. dubna 2013. Vedoucí DHP je vrchní sestra Bc. Viera Ivanovová. Služba sídlí na adrese Na Kropáčce 30/3, Hradec Králové. Cílem DHP je vytvořit co nejvyšší možnou kvalitu života pacientům v konečné fázi jejich onemocnění. Péče je založena na 24 hodinové dostupnosti zdravotních sester a lékařů paliativní medicíny. Každá rodina též využívá služeb sociálního pracovníka, a v případě potřeby i psychoterapeuta, duchovního a dobrovolníka. Cílem je zajistit nemocnému i rodině komplexní péči. Služby jsou nabízeny za předpokladu aktivní spolupráce praktického lékaře a taktéž je vyžadována aktivní spolupráce minimálně jednoho člena rodiny. Péče je poskytována klientům, kteří mají trvalé bydliště v Hradci Králové, nebo jeho okolí do cca 30 km. Na počátku spolupráce se uzavírá písemná smlouva, kdy je kladen důraz na individuální potřeby nemocného a rodiny v souladu s indikací lékaře a možnostmi týmu. Rodina ve smlouvě taktéž souhlasí s částkou a se způsobem úhrady za péči. Denní poplatek za péči činí 150 korun, platba se hradí vždy na konci měsíce. Platba pomáhá pokrýt náklady, které nejsou hrazeny zdravotní pojišťovnou. Jedná se zejména o lékařskou péči a pohotovostní službu lékařů. Po úmrtí je tým DHP dál v kontaktu s pozůstalými, poskytuje jim psychickou podporu, sociální poradenství, zasílají se vzpomínkové dopisy. (Výroční zpráva, 2015)

Umírající mají možnost využít půjčovny kompenzačních pomůcek, která může usnadnit pečujícím v jejich péči. DHP úzce spolupracuje s oddělením sociální péče FN HK, Ambulancí paliativní medicíny a léčby chronických bolestí MUDr. Richterové, Ambulancí paliativní medicíny ve FN HK a pečovatelskými službami. Ohledně příspěvku na péči spolupracují s Úřadem práce. (Výroční zpráva, 2015)

Od 1. května 2016 navíc DHP poskytuje odborné sociální poradenství - poradnu domácí hospicové péče. Tato služba navazuje na poradenství a podporu, kterou již dříve poskytovala DHP. Cílem je lepší adaptace nemocného i rodiny na náročnou životní situaci a získání potřebných informací, jak tuto novou životní situaci zvládat. (Poradna DHP Hradec Králové, 2017)

Příloha D: Přepis rozhovoru

Klára Vogelová (KV): Dobrý den, jmenuji se Klára Vogelová a jsem studentkou 2. Ročníku navazujícího studia oboru sociální práce Univerzity Hradec Králové. V rámci mé diplomové práce, zjišťuji přínosy domácí hospicové péče a povedu rozhovor se snachou zemřelého muže. V rámci zachování anonymity bude snacha označena jako informantka číslo čtyři. S nahráváním souhlasí a také s tím, že údaje, dnes získané, budou použity pouze v diplomové práci a nahrávka bude po mé obhajobě zničena.

Nyní bych přešla k otázce č. 1: *Co jste věděli o domácí hospicové péči, než jste začali využívat jejich služeb?*

Informantka číslo 4 (I4): Věděla jsem, že je to služba určená lidem, kteří jsou na sklonu života a nemusejí být nutně hospitalizováni v nemocnici, aby mohli zůstat ve svém rodinném prostředí. Slouží jako podpora pro nemocného, tak i pro rodinu.

KV: Dobře děkuji. Otázka č. 2: *Jakým způsobem jste se dozvěděli o domácí hospicové péči?*

I4: Dozvěděla jsem se o domácí hospicové péči od praktického lékaře, který je známý tchána. Poradil nám několik možností – pobytovou hospicovou péči (Červený Kostelec) a také docela novou hospicovou péči tady v Hradci Králové. Více jsem se pak dozvěděla z internetových stránek domácí hospicové péče.

KV: Děkuji. Otázka číslo 3: *Jaké důvody vedly k tomu, že jste využívali služeb domácí hospicové péče?*

I4: Tchán sám vyslovil přání, že nechce do nemocnice. O možnosti péče doma jsme věděli. Měli jsme vhodné zázemí i spolupráci rodiny (babička, jeho sestra, já, strejda). Tchán byl všemi velmi milovaný člověk, bylo naprostou samozřejmostí, že jsme se o něj rozhodli postarat. Bylo to to nejmenší, jak mu pomoci a péči o nás mu oplatit. Byl rok léčen na rakovinu (nejdříve rakovina tlus. střeva, následně i nádor na mozku). Několikrát byl hospitalizován v nemocnici v Rychnově nad Kněžnou, následně kvůli zjištění nádoru na mozku i hospitalizován v nemocnici v Hradci Králové. Tam již nebylo zahájeno ozařování, jelikož již doktor stanovil, že by to bylo velmi rizikové a že nemoc je již hodně rozšířena. Tchán, tak byl propuštěn z nemocnice domů. Museli jsme začít řešit, jak se o něho budeme starat, jelikož nám doktor sdělil, že mu již nezbyvá hodně času. Vystala otázka, jak a kdo se

o něho bude starat. S manželem jsme si vyměnili směny, tak aby s ním vždy někdo byl, ale i tak to bylo velmi náročné, tak jsme začali řešit otázku nějaké pomoci.

KV: Děkuji, muselo to pro Vás být velmi těžké. Jste opravdu silní, že jste to takhle zvládli. Další otázka č. 4: *Jakým způsobem jste byli informováni o fungování DHP?*

I4: Kontaktovala jsem domácí hospic, na který jsem našla telefonní číslo na internetových stránkách. Tam pracovníce navrhla, že by se k nám přijela podívat domů a že by nás informovala o domácí hospicové péči. Na první schůzce nás informovala o tom, co to vlastně domácí hospicová péče je: Že se snaží, aby člověk důstojně a v kruhu své rodiny a přátel prožít poslední etapu svého života, že se snaží podporovat rodinu, která se rozhodne, že se bude starat o umírajícího, že podpora nebude pouze jedním člověkem, ale že nám bude pomáhat celý tým – jak doktor, zdravotní sestra, sociální pracovníce nebo třeba psycholog. Z jejich strany bude poskytnuta zdravotní péče – u onkologicky nemocných lidí – zmírnění bolesti - dodržení důstojnosti člověka v posledních chvílích. Služba je poskytována 24 hodin denně a byla nám sdělena i cena – 150 Kč/den péče.

KV: Děkuji moc. Otázka č. 5: *Jakým způsobem jste byli seznámeni s financováním DHP?*

I4: Sociální pracovníce nás při první schůzce informovala o financování služby. Peníze získávají především z darů a také ze spoluúčasti pacientů. Sdělila nám, že budeme hradit částku 150 Kč/den péče. Ceník byl pro nás přehledný. Společně jsme se však domluvily na pravidelných návštěvách s tím, že kdykoliv můžeme zavolat, když bychom potřebovali radu nebo když by došlo k náhlému zhoršení (24 hodin denně).

KV: Díky, teď otázka č. 6: *Jaké vnímáte rozdíly mezi home care (domácí zdravotní / ošetrovatelská péče) a domácí hospicovou péčí?*

I4: Rozdíly vnímám především v tom, že domácí hospicovaná péče je zaměřená především na lidi, kteří jsou již na skonu života. Mají k dispozici lékaře, který je specializovaný na léčbu nemoci. Služba není limitována časem jako to je z home care. Jde o tým pracovníků – sociální pracovník, lékař nebo psycholog. A poslední výhodou je, že člověk se na hospicovou službu může obrátit v době zármutku nebo v době úmrtí. My jsme se obrátili na službu v době úmrtí tchána.

KV: Děkuji za odpověď, otázka č. 7 je: *V jakých situacích jste přišli do kontaktu se sociálním pracovníkem a jak Vám pomáhal?*

I4: Do kontaktu se sociální pracovníci jsme přišli při první schůzce. Později nám také pomáhala zajistit zvýšení příspěvku na péči. U první schůzky byla také přítomná zdravotní sestra. Dále nás sociální pracovnice pomáhala zajistit chodítka a polohovací postel.

KV: Díky, otázka č. 8: *Jakým způsobem jste využili poradenství pro pozůstalé a co vám to přineslo?*

I4: Poslední kontakt byl v den úmrtí tchána, kdy jsme sociální pracovníci kontaktovali. Přijela asi do 30 minut společně se zdravotní sestrou. V té době pro nás byla morální podporou a informovala nás o tom, co bude postupovat (např. musí přijet lékař – stanovit smrt, kontaktovat pohřební službu apod.). V dané situaci, jsme byli rádi, že jsme se měli na koho obrátit. Nabídla nám i možnost poradenství pro pozůstalé, ale to jsme již nevyužili.

KV: Muselo to být těžké. Moje další otázka je č. 9 a zní takto: *Jaké byli největší problémy a potřeby, které jste řešili v péči o Vašeho blízkého?*

I4: Řešili jsme především tchánovou nechutenství k jídlu a dodržování pitného režimu. Také jsme řešili i to, když si v noci chtěl jít na WC – nebyl daleko, ale často se mu motala hlava. Léky pro utlumení bolesti – podávání. Hospicová péče nám poradila, abychom dali k tchánovi zvonek, když bude chtít jít v noci na WC, že raději zazvoní. Zvonek se naučil používat i přes den, když něco potřeboval. Pak taky léky pro utlumení bolesti zajistil lékař – zdravotní sestra.

KV: To zní dobře, určitě Vám to pomohlo. Další otázka č. 10: *Které služby jste nejčastěji využívali?*

I4: Tlumení bolest, zdravotní péče, poradenství pro rodinu. Setkali jsme se zdravotní sestrou, sociální pracovníci a lékařem, který nás asi 2x navštívil.

KV: Otázka č. 11: *Jaké jsou podle Vás přínosy a klady domácí hospicové péče?*

I4: Jako velice pozitivní vidím to, že je služba poskytována 24 hodin denně, což je velmi příhodné, když se staráte o nemocného. Služba je velice flexibilní. Tým pracovníků, se kterým jsme byli opravdu spokojeni a také to, že je služba určena pro umírající lidi, kteří chtějí být poslední chvíle svého života v rodinném kruhu.

KV: Díky za odpověď. Další otázka č. 12 zní: *Jaké Vás napadají nedostatky a limity, na nichž by mohla domácí hospicová péče zapracovat?*

I4: Jediný nedostatek vidím pouze v tom, že je služba poskytována pouze v určitém okolí. Kdybychom bydleli 5 km dál, tak nám již služba nebude poskytována - bydlíme na hranici Královehradeckého kraje, kde v okolí dosud žádná domácí hospicová služba dosud není.

KV: Poslední otázka č. 13 je: *Jaký máte názor na to, že byste v budoucnu opětovně využili služeb DHP?*

I4: Ano, rozhodně bychom znovu využili těchto služeb, byla to skvělá zkušenost, díky které tchán mohl zemřít v okolí svých nejbližších.

Příloha E Seznam poskytovatelů domácí hospicové péče v ČR k 1. 2. 2017

- **Benešov**, RUAH o.p.s. - <http://www.ruah-ops.c>
- **Blansko**, Domácí hospicová péče Blansko - radka.kuncova@charita.cz
- **Březová**, Domácí hospic Motýl - <http://www.hospicmotyl.cz/>
- **Brno**, Domácí hospic TABITA - <http://www.hospicbrno.cz/>
- **Čerčany**, Mobilní hospic Dobrého pastýře - <http://www.hospic-cercany.cz>
- **Červený Kostelec**, Mobilní hospic Anežky České - <http://domaci.hospic.cz/>
- **Česká Třebová**, detašované pracoviště DHP Charity Ústí nad Orlicí - <http://uo.charita.cz/>
- **České Budějovice**, Domácí hospic sv. Veroniky - <http://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice>
- **Cheb**, Hospic sv. Jiří, o.p.s. - <http://www.hospiccheb.cz/>
- **Choceň**, detašované pracoviště DHP Charity Ústí n. Orlicí - <http://uo.charita.cz/>
- **Hořice**, Domácí hospic Duha, o.p.s. - <http://www.hospic-horice.cz/domaci-hospicova-pece/>
- **Hořovice**, Domácí hospic Dobrého Pastýře Hořovice - <http://www.hospic-cercany.cz/hospic-dobreho-pastyre/domaci-hospic-horovice>
- **Hradec Králové**, Domácí hospicová péče, Oblastní charita - <http://www.charitahk.cz>
- **Jihlava**, Bárka - charitní domácí hospicová péče - <http://jihlava.charita.cz>
- **Jihlava**, Domácí hospic Vysočina, o.p.s. - <http://www.hhv.cz/>
- **Karlovy Vary**, Ladara, o.p.s. - <http://www.ladara.eu>
- **Karviná**, Domácí hospic - <http://www.slezskahumanita.cz>
- **Kladno**, Hospic knížete Václava, o.p.s. - <http://www.hospicknizetevaclava.cz>
- **Kladno**, Hospic svaté Hedviky, o.p.s. - <http://www.hospicsvatehedviky.cz>
- **Kutná Hora**, SC domácí péče, o.p.s. - <http://www.scdomacipece-kh.com>
- **Kyjov**, Domácí hospic David, Charita - <http://www.kyjov.caritas.cz>
- **Lanškroun**, Domácí hospicová péče, Oblastní charita Ústí n. Orlicí - <http://uo.charita.cz>
- **Letohrad**, Domácí hospicová péče, Oblastní charita Ústí n. Orlicí - <http://uo.charita.cz>
- **Liberec**, Hospicová péče svaté Zdislavy - <http://www.hospiczdislavy.cz>
- **Litoměřice**, Hospic sv. Štěpána, domácí hospicová péče - <http://www.hospiclitomerice.cz>
- **Lysá nad Labem**, Domácí hospic Nablízku, z. ú. - <http://www.hospic-lysa.cz/>
- **Nové Město na Moravě**, Domácí hospic Vysočina, o.p.s. - <http://www.hhv.cz>
- **Nový Jičín**, Domácí hospic Strom života - info@zivotastrom.cz
- **Olomouc**, Agentura Pomadol, s. r. o. – info@pomadol.cz

- **Olomouc**, Nejste sami – mobilní hospic, z. ú. - <http://nejstesami.eu/>
- **Opava**, Charitní hospicová péče Pokojný přístav - <http://www.charitaopava.cz>
- **Ostrava**, Charitní středisko sv. Kryštofa - <http://ostrava.caritas.cz>
- **Ostrava**, Mobilní hospic Ondrášek - <http://www.mhondrasek.cz>
- **Pelhřimov**, Domácí hospicová péče, Oblastní charita - <http://pelhrimov.charita.cz>
- **Písek**, Domácí hospic Athelas - kontakt@hospic-pisek.cz
- **Plzeň**, Domácí hospic Náruč - <http://www.naruc-plzen.cz/uvod>
- **Políčka**, Domácí hospic sv. Michaela - <http://policka.charita.cz/nase-sluzby/domaci-hospic-sv-michaela/>
- **Praha 3**, Domácí hospic Cesta domů - <http://www.cestadomu.cz>
- **Praha 5**, Mobilní hospic Most k domovu - <http://www.mostkdomovu.cz>
- **Rajhrad**, Mobilní hospic sv. Jana - <http://rajhrad.charita.cz>
- **Rychnov nad Kněžnou**, Domácí hospic Setkání, o.p.s. - <http://www.hospicrychnov.cz>
- **Smržovka**, Smržo-medic, s. r. o. - <http://doktorzhor.cz/domaci-pece/>
- **Tábor**, Domácí hospic Jordán - <http://www.hospicjordan.cz>
- **Tachov**, Mobilní hospic Tachov - <http://www.hospictachov.cz/>
- **Telč**, Sdílení o.p.s. - <http://www.sdileni-telc.cz>
- **Třebíč**, Domácí hospicová péče Oblastní charity - <http://trebic.charita.cz>
- **Třeboň**, Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s. - <http://hospic.kleofas.cz>
- **Třinec**, Mobilní hospic při MEDICA zdravotní péče - <http://hospic.trinec.cz>
- **Ústí nad Labem**, Mobilní hospic Masarykovy nemocnice - <http://www.kzcr.eu>
- **Ústí nad Orlicí**, Domácí hospicová péče oblastní Charity - <http://uo.charita.cz>
- **Valašské Meziříčí**, Domácí hospic Společnou cestou - <http://www.diakoniev.m.cz/>
- **Vsetín**, Domácí hospicová péče Letokruhy, o. p. s. - <http://www.letokruhy-vs.cz/>
- **Zábřeh**, Domácí hospicová péče Charity Zábřeh - <http://www.zabreh.caritas.cz/>
- **Žďár nad Sázavou**, Domácí hospicová péče oblastní Charity - <http://zdar.charita.cz>
- **Zlín**, Domácí hospic Most k domovu - <http://www.centrumlb.cz>
- **Znojmo**, Domácí hospic Konipaska - <http://www.konipaska.cz/>

Příloha F: Osvědčení o absolvované přednášce



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

ČESKÁ REPUBLIKA

Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové

OSVĚDČENÍ

o absolvování osvědčení o účasti na přednášce
č.386/2014

Klára Vogelová

úspěšně absolvoval(a)

„Sociální práce s umírajícími“,
která se konala dne 9. 10. 2014
v rozsahu 2 vyučovacích hodin.

Projekt: „Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce“


Registrační číslo: CZ.1.07/2.2.00/28.0127

Organizovaný Ústavem sociální práce Univerzity Hradec Králové

Tímto splnil(a) podmínky k vydání osvědčení.

V Hradci Králové dne 9. října 2014


Mgr. Michaela Šimková
lektor kurzu


PaedDr. Karel Myška, Ph.D.
projektový manažer