

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Bakalářská práce**

**Rozdíl mezi zdravotní péčí poskytovanou Mobilním hospicem Anežky  
České a Charitní ošetrovatelskou službou Oblastní charity  
Červený Kostelec**

Vedoucí práce:

Mgr. Klára Kubartová

Autor práce:

Marcela Gebhartová

2013

## **Abstrakt**

Tato bakalářská práce si klade za úkol zmapovat rozdíly mezi službami, které jsou založeny na principech paliativní péče. Zabývá se konkrétně nuancemi mezi službami „Mobilní hospic sv. Anežky České“ a „Charitní ošetrovatelskou službou Oblastní charity Červený Kostelec“. Cílem této práce je upozornit na rozdíly mezi těmito službami především z důvodu kódování služeb zdravotními pojišťovnami. Ty ještě nemají kódy určené pro mobilní hospice, a z toho důvodu jsou užívány kódy primárně určené pro ošetrovatelské služby.

V teoretické části jsou vymezeny základní termíny, jejichž znalost a pochopení jsou nezbytné pro práci s tímto tématem. Pracovala jsem především s tuzemskou literaturou, která poskytuje dostatečné množství informací pro správné pojetí pojmosloví související s hospicovou a paliativní péčí.

V empirické části jsem se zaměřila na konkrétní rozdíly dvou konkrétních služeb v jednom městě. Pro kvalitativní šetření byly použity nestandardizované rozhovory s klienty Mobilního hospice sv. Anežky České, kteří dříve využívali služeb Charitní ošetrovatelské služby Oblastní charity Červený Kostelec.

Ze zpracovaných výsledků jsem zjistila, že klienti mezi službami rozdíly pociťují. A to jak v poskytování služeb, v délce a intenzitě trvání návštěv, tak i po finanční stránce.

Bakalářská práce by měla sloužit jako podklad Mobilního hospice pro komunikaci s pojišťovnami ohledně kódování služeb.

## **Abstract**

The aim of this thesis is to distinguish the difference between services based on the principles of palliative care. The thesis deals with the nuances between services of "Mobile Hospice St. Agnes Czech" and charity care service "Regional Charity Červený Kostelec." The aim of this work is to highlight the difference between above mentioned services mainly due to coding services of health insurance companies, who still do not have codes for mobile hospice and for this reason codes are used primarily for nursing services.

The theoretical part of this work defines basic terms, which requires both knowledge and understanding to work with the topic. Primarily I used domestic sources of literature that provides sufficient information to understand correctly the terminology related to hospice and palliative care.

In the empirical part, I focused on the difference between two specific services in one city. For the qualitative survey I used standardized interviews with clients of mobile hospice St. Agnes Czech, who previously used services of charity care services Regional Charity Červený Kostelec.

From the processed results I found out, that customers perceived difference between both services. Specifically in providing of services, length and intensity of visits and also financial difference.

This thesis should serve as a base for communication of a Mobile hospice with insurance companies regarding coding services.

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv konfliktů mezi sestrami na ošetrovatelskou péči“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím s uveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou na veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalení plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

## PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Kláře Kubartové za trpělivost a její odborné vedení a pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

## Obsah

1	SESTRA.....	11
1.1	Sestra a její osobnost.....	11
1.2	Rolové funkce sestry .....	12
1.3	Vzdělávání sester .....	13
1.4	Kompetence sester .....	14
1.5	Organizace práce sester.....	15
1.6	Duševní hygiena sestry .....	16
1.6.1	Péče o duši sestry.....	17
1.6.2	Péče o tělo sestry.....	17
2	HOSPIC .....	19
2.1	Historie hospice.....	19
2.1.1	Světová historie .....	19
2.1.2	Česká historie .....	20
2.1.3	Domácí hospicová péče .....	20
3	TYPY HOSPICOVÉ PÉČE.....	22
3.1	Paliativní péče .....	22
3.2	Hospicová péče .....	23
3.3	Základní formy hospicové péče .....	23
4	PODMÍNKY PRO ROZVOJ HOSPICOVÉ PÉČE V ČR .....	28

4.1	Vzdělávání laiků a zdravotníků v oblasti paliativní péče.....	28
4.1.1	Důvod nutnosti vzdělávání .....	28
4.2	Odborné požadavky na klíčové členy týmu domácího hospice .....	28
4.2.1	Odborná kvalifikace lékaře domácího hospice.....	28
4.2.2	Odborná kvalifikace všeobecné sestry domácího hospice .....	28
4.2.3	Osobnostní požadavky na členy domácího paliativního týmu .....	29
4.2.4	Edukační činnost osob pečujících o své blízké v domácím prostředí .....	29
4.2.5	Edukační činnost široké odborné i laické veřejnosti .....	29
4.3	Ochota a umění pečovat o umírající v domácím prostředí .....	30
5	PROBLÉMY S DOMÁCÍM HOSPICEM .....	32
5.1	Strach za ztráty zaměstnání .....	32
5.2	Problematika praktických lékařů .....	32
5.2.1	Tlumení bolesti opiáty .....	33
5.2.2	Sdělování informací.....	34
5.3	Bariéry v bytech.....	35
5.4	Sdělování pravdy .....	35
5.5	Problematika pojišťoven.....	35
6	ČINNOST DOMÁCÍHO HOSPICE .....	37
6.1	Jak se stát klientem.....	37
6.2	Práce sester.....	38
6.3	Financování .....	38

7	CHARITATIVNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ .....	40
7.1	Historie ošetřovatelství.....	40
7.1.1	Světová historie .....	40
7.2	Historie charity.....	41
7.2.1	Diecézní charita Hradec Králové.....	42
7.2.2	Charitní ošetřovatelská a pečovatelská služba .....	42
7.2.3	CHOPS Červený Kostelec.....	43
8	ČINNOST CHOS .....	44
9	PRÁVNÍ A POLITICKÉ ASPEKTY .....	45
9.1	Eutanazie .....	45
9.2	Usmrcení pacienta jako možný nežádoucí účinek léčby.....	45
9.3	Pasivní eutanazie .....	45
9.4	Přerušování ošetřování .....	46
9.5	Napomáhání k sebevraždě.....	46
10	CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÁ OTÁZKA .....	47
10.1	Cíl práce .....	47
10.2	Výzkumná otázka.....	47
11	METODIKA .....	48
11.1	Metoda výzkumného šetření .....	48
11.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	48
12	VÝSLEDKY .....	49



12.1	Rozhovory s klienty .....	49
12.2	Grafy a výsledky rozhovorů s klienty .....	54
13	DISKUSE.....	64
14	ZÁVĚR.....	67
15	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....	68
16	KLÍČOVÁ SLOVA .....	72
17	PŘÍLOHY .....	73

## Úvod

Téma mé bakalářské práce „Rozdíl mezi zdravotní péčí poskytovanou Mobilním hospicem Anežky České a Charitní ošetrovatelskou službou Oblastní charity Červený Kostelec“ jsem si vybrala proto, že mě o to vrchní sestra mobilního hospice požádala. Mobilní hospic má problém s pojišťovnami. Pojišťovny nerozlišují odlišnou péči domácího hospice a domácí ošetrovatelské služby. Já chci na tento rozdíl ve své práci ukázat, protože rozdíly mezi těmito službami jsou stále nejasné jak laické tak i velké části odborné veřejnosti.

Cílem mé bakalářské je zjistit rozdíly zdravotnické péče o nevléčitelné pacienty poskytované mobilním hospicem a ošetrovatelskou službou. V různých kapitolách popíši práci mobilního hospice a zdravotnické péče, udělám rozhovory s klienty, kteří mají zkušenost a oběma institucemi a zpracuji výsledky, které jsou potřebné pro podklad pro pojišťovny.

## 1 SESTRA

### 1.1 *Sestra a její osobnost*

Práce sestry je velice náročná jak po fyzické tak po psychické stránce. Její práce není jen přímá péče o nemocného, skládá se z celé řady úkonů, které musí za směnu vykonat velice často ve stresu. Měla by být vnímavá, aby jí neunikla žádná změna v chování, být velice soustředěná na činnosti, které vyžadují přesnost, jako je podávání léků, odběry biologických materiálů, umět se správně rozhodnout, rychle a samostatně řešit nenadálé situace např. zástava dechu pacienta nebo ztráta vědomí (1).

Sestra má mít velkou dávku empatie a měla by poznat na pacientovi, zda ho netrápí něco kromě jeho zdravotního stavu. Často to mohou být starosti, které pacienta tíží více než jeho onemocnění, např. nepříjde návštěva, rodina řeší doma nějaké problémy. To vše velice ovlivňuje zdravotní stav klienta a sestra by měla tyto skutečnosti rozpoznat. Sestra pacientovi pomáhá, připravuje ho na vyšetření, dává mu rady, pokyny apod. Měla by umět jednat s lidmi. Ve své praxi se setkává s různými typy klientů. Nesmí mezi nimi dělat rozdíly podle toho, jak je jí kdo sympatický (2, 3).

Povinností sestry je zachovávat povinnou mlčenlivost, dále být čestná, pravdomluvná a předávat klientům optimizmus a naději. Péče o nemocné vyžaduje profesionalitu a pacienta opravdu nezajímá, jestli se sestra špatně vyspala, má nějaké fyzické nebo psychické potíže nebo má problémy doma či na pracovišti. Starosti, které sestru trápí, by se měly nechat před klientovými dveřmi. Důvěru nemocných zvyšuje jistota, kterou v sestře má. Když se na ni může ve všem spolehnout a opřít se o ni. Měla by být vždy tam, kde je jí zapotřebí, ale na druhou stranu by neměla být její péče klientovi na obtíž (2, 4).

Každý zdravotnický pracovník musí mít při výkonu své profese osvojené hygienické návyky, které je povinen dodržovat. Dodržováním přísné čistoty a pořádku se předchází přenosům infekčních onemocnění. Sestra je povinna nosit při výkonu svého povolání ochranný pracovní oděv a vhodnou pracovní obuv. Sestra by měla být také přiměřeně upravená, upravené vlasy, nehty, neměla by být silně nalíčená (5).

Jestliže chce sestra svou práci dobře vykonávat, potřebuje neustále získávat nové poznatky a vědomosti o všech způsobech péče o nemocné a to nejen teoretické ale i praktické a vykonávat je stále stejně pečlivě a odpovědně. Pokud chce být skutečně dobrou všeobecnou sestrou a skutečným odborníkem ve svém oboru, musí mít o povolání trvalý zájem a neustále se vzdělávat.

Sestry na některých odděleních vykonávají své povolání v nepřetržitém směnném provozu, protože péče o klienty na těchto odděleních je vyžadována. Při náročnosti tohoto povolání je velmi obtížné dodržovat pravidelný denní režim, ale i přesto existuje několik zásad, které by měly sestry pro zachování svého tělesného i duševního zdraví dodržovat. Těmito zásadami jsou dostatečný spánek, který má vliv na obnovu sil a upevnění zdraví, dále konzumovat hodnotnou vyváženou stravu a dodržovat pitný režim. Je velmi důležité ovládat schopnost kompenzovat působení pracovního prostředí. Jeden ze způsobů kompenzace fyzického i psychického zatížení může být pravidelné cvičení (strečink, jóga, pila-tes) ve sportovním centru nebo doma (2, 6).

## **1.2 Rolové funkce sestry**

Rolí sestry rozumíme chování, které souvisí s jejím postavením ve společnosti. Každá profese v ní zaujímá určité místo. Vykonávání povolání sestry zahrnuje v sobě několik rolí, které jsou v ní určeny objektivními danostmi, ale jsou podmíněné i historicky.

Prošly složitým a dlouhým vývojem v minulosti, ale vyvíjejí se i dnes a budou se vyvíjet i nadále. V současné době sestra plní nejčastěji tyto role. Sestra manažerka – pracovník s vyšší kvalifikací, která organizuje, plánuje, koordinuje a kontroluje ošetrovatelskou práci v rámci oddělení nebo zdravotnického zařízení. Sestra edukátorka – vytváří zodpovědné a klidné prostředí pro klienta v zájmu obnovy a zachování zdraví. Sestra advokátka – zastupuje klienta, jeho práva, obhajuje ho před ostatním zdravotnickým personálem, když je apatický, mrzutý, agresivní. Reprezentuje jeho práva a také obhajuje zájmy klienta. Sestra výzkumnice – je zárukou kvality

ošetřovatelské péče. Nalézají nové metody pro zlepšení péče. Sestra nositelka změn – zodpovídá za to, aby se ošetřovatelství nestalo stagnující profesí. Sestra poskytovatelka ošetřovatelské péče – musí klienta chápat jako holistickou osobu a respektovat jeho zdraví (7, 8).

### **1.3 Vzdělávání sester**

Sesterské povolání se ve společnosti v posledních desetiletích hodně změnilo. Dříve byla sestra vnímána jako pomocnice lékaře a pomocný personál. Zatímco dnes má mnohem větší pravomoci, kompetence a respekt. S rostoucím rozvojem výzkumu ve vědě, medicíně a příbuzných oborech, rostla také potřeba mít stále vzdělanější sestry. Aby tomuto rozvoji sestry stačily, musejí dosahovat odpovídajícího vzdělání a své vědomosti neustále doplňovat a zdokonalovat (9).

K tomu, aby sestry byly odborně vzdělané a svou kvalifikaci zvyšovaly, přispívá legislativa. Je to zákon č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Tento zákon určuje čtyři stupně zdravotnických pracovníků. První je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Druhý je pracovník způsobilý k výkonu zdravotního povolání bez odborného dohledu po získání odborné a specializované způsobilosti a následují je pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání pod odborným dohledem nebo získají způsobilost k výkonu povolání jiného odborného pracovníka (10, 11, 12).

Dle požadavků Evropské unie a Světové zdravotnické organizace musejí mít sestry vysokoškolské vzdělání. Toto vzdělání probíhá na vyšších a vysokých školách. Absolventy středních zdravotnických škol jsou v současné době pouze zdravotní asistenti, kteří mohou vykonávat pouze základní zdravotnickou péči pod dohledem sestry (10).

Pokud by chtěl zdravotnický asistent získat odbornou způsobilost, měl by absolvovat nejméně tříleté studium v oboru diplomovaná sestra na vyšší zdravotnické

škole nebo akreditované zdravotnické bakalářské studium, které připravuje všeobecné sestry. Na toto studium lze navázat vysokoškolským magisterským studiem ošetrovatelství, specializačním studiem, certifikačními kurzy a samozřejmě celoživotním vzděláváním, které vyplývá ze zákona neustálým zdokonalováním a prohlubováním si odborných znalostí a dovedností (9, 10).

V České republice byla podle WHO a EU zavedena povinná registrace sester, která má usnadnit i získání práce v zahraničí. Sestra v rámci akreditovaných kurzů prohlubuje svoje vzdělání a dostává kredity, které jí pomáhají k získání registrace. Kreditní body, které jsou udělovány prostřednictvím kreditní komise při České asociaci sester, jsou udělovány za studium na vysoké škole, za účast na certifikovaných kurzech, inovačních kurzech, odborných stážích, na školicích akcích, seminářích, odborných sympóziích a konferencích. Pedagogická, vědeckovýzkumná či publikační činnost patří také do celoživotního vzdělávání. Díky celoživotnímu vzdělávání se zlepšuje a zvyšuje kvalita práce (9, 13, 14).

Každá sestra, která dosáhne požadovaného počtu kreditních bodů, získá od Ministerstva zdravotnictví Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a je zapsána do Registru zdravotnických pracovníků. Ten je veřejně přístupný a je součástí Národního zdravotnického informačního systému. Registr zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu je dán zákonem č. 105/2011 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (15, 16).

#### **1.4 *Kompetence sester***

V České republice kompetence sester upravuje legislativně zákon 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů a vyhláška č. 55/2011 Sb., která stanovuje činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kompetence sester si kromě legislativy stanovuje pracoviště samo podle jeho zvyklostí (16, 17).

Na základě těchto předpisů je sestra kompetentní k vykonávání činnosti bez odborného dohledu a bez indikace v souladu se stanovenou lékařskou diagnózou. Aby sestra zajistila uspokojení potřeb klienta a zlepšila jeho stav, vykonává samostatně jednotlivé výkony a činnosti. Bez odborného dohledu se podílí na základě indikací lékaře na preventivní, diagnostické, terapeutické a dispenzární péči. Buď je sama vykonává, nebo u nich asistuje. Některé činnosti by měla podle vyhlášky provádět pod odborným dohledem lékaře, ale v praxi jsou sestry pověřovány úkoly, které do jejich náplně práce nespádají. Jedná se o úkoly, které spadají do práce pomocného nebo méně kvalifikovaného personálu nebo naopak, které překračují jejich kompetenci. Bývá to na přání lékařů a to může vést ke konfliktům mezi sestrami. Jedna sestra je pověřována prací pro pomocný personál a druhá sestra prací, která překračuje její kompetenci (11, 17, 18, 19).

### **1.5 Organizace práce sester**

Kvalifikovaná všeobecná sestra najde uplatnění na všech pracovištích zdravotnických zařízení, ať už v ambulancích, v oblasti primární prevence, v sociálních zařízeních nebo na lůžkových odděleních. Budeme se věnovat sestram, které spolupracují s týmem spolupracovníků (lékaři, sestry, sociální pracovníce a psychologové). Tyto týmy zajišťují provoz domácího hospice a CHOS a nepřetržitou péči o klienty. Výkon povolání sestry zahrnuje mnoho činností, které můžeme rozdělit: (20)

Činnosti prováděné u klienta – jedná se o činnosti, které sestra provádí přímo u klienta. Mezi ně patří rozhovor s klientem a tím získávání různých informací (zjišťování jeho problémů) a zapisování do ošetřovatelské dokumentace. Pozorování klienta (jak vypadá, postava, barva kůže, defekty, jak se chová, projevy nemocí atd.). Upravování lůžka nemocného. Asistuje lékaři při různých výkonech (náročné převazy, zavádění permanentních močových katetrů u mužů atd.) a při vizitě klienta. Přináší nemocnému jídlo, léky, infúze atd. A zajišťuje různé druhy cvičení (dechová - probublávání, rehabilitační – pasivní i aktivní) (20).

Činnosti, které sestra provádí v bezprostřední fyzické blízkosti klienta – jde o výkony, které jsou prováděné přímo na klientovi. Jedná se o měření tělesné teploty, měření krevního tlaku, aplikace injekcí, aplikace různých preparátů do očí či uší, aplikace mastí na kůži, zavádění periferní žilní kanylace, cévkování, převazy ran, pomoc s hygienou, podávání stravy a tekutin, odběry biologického materiálu (moč, sputum, stolice, krev a různé výtěry), atd.

Činnosti, které sestra provádí v nepřítomnosti klienta – zde se jedná o výkony, při kterých není klient přítomen. Jedná se především o vedení záznamů o stavu nemocného, o jeho projevech a potřebách, vyplňování žádanek na vyšetření odebíraného biologického materiálu (moči, krve), objednávání krevních derivátů, plazmy a nových léků, psaní hlášení, plnění vizity lékaře, objednávání vyšetření a posílání klienta na ně, zadávání, změny a objednávání diet, příprava a následné čištění různých pomůcek (4, 10).

### **1.6 Duševní hygiena sestry**

Slovo hygiena je odvozené od řeckého slova Hygie – zdraví. Obvykle se hygienou rozumí tělesná nebo biologická hygiena, která vede k očistě těla. My se zaměříme na mentální hygienu – hygienu duše – duševní hygienu. Ve všeobecném povědomí není tak známá jako hygiena tělesná. Duševní hygienou bojujeme proti výskytu duševních nemocí. Můžeme ji použít i k správnému fungování duševní činnosti: přiměřeně reagovat na důležité podněty, řešit lehké i těžké úkoly, přirozeně odrážet realitu, zdokonalovat se a duchovně růst (2, 21).

Definice podle L. Míčka zní: „Duševní hygienou se rozumí systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví a duševní rovnováhy.“ Tuto Míčkovu definici můžeme spojit s řadou jiných definic, které pomáhají vytvořit nejlepší podmínky pro duševní činnost, upevnit duševní znalosti, posílit odolnost vůči různým vnějším vlivům, které nás negativně ovlivňují (21).



Duševní hygiena se podle L. Míčka zabývá těmito tématy: adaptace, sebevýchova, zrání osobnosti a diagnostikou duševního zdraví (21, 22).

### *1.6.1 Péče o duši sestry*

Pohybujeme se v různých prostředích, která nás různě zatěžují. Musíme se dennodenně vypořádávat s únavou, strachem, stresem, nejistotou, nesplněním cílů apod. K tomu nám pomáhá psychologie. V mnoha učebnicích psychologie se dočteme, jak žít, abychom byli spokojeni, jak získat dostatek síly, abychom se vypořádávali s denními výzvami, které před námi stojí.

Myslíme tím pečovat o své myšlenky, představy, naše emoce a city. Zamyslet se nad tím, jak přijímáme okolní svět: lidi, věci, události. Rozhodovat se, co vlastně od života očekáváme, co chceme a co je smyslem a naším cílem. Jestliže máme k těmto věcem kladný vztah, bude péče o duši kvalitní. Sestra by měla být kvalitní odbornicí, celý život se vzdělává, ale měla by být i osobou s obecným společenským rozhledem. Pokud se bude sestra starat o svou duši, bude její komunikace efektivnější a kvalitnější. Je to především proto, že jejími klienty budou lidé různých zájmů a profesí a budou v sestru vkládat naděje na řešení svých strastí a starostí. Aby nestrádala duše sestry, měla by se zamýšlet nad tím, co dělá, jak emociálně prožívá různé konflikty, v jakém se vidí světle a o co ji v životě jde (21, 22, 23).

### *1.6.2 Péče o tělo sestry*

Ne vždy, když máme nemocné tělo, musíme mít nemocnou duši, ale když máme nemocnou duši, projevuje se to na těle. K správné péči o tělo na první místo patří správná životospráva. Jíst pětkrát denně v malých porcích, dostatek ovoce a zeleniny, omezit cukry a tuky. Stravovat se v klidu, nikam nespíchat a hlavně u jídla nepracovat. Dostatečně pít, omezit minerálky, kávu, černý čaj a hlavně alkohol. Nekouřit, neužívat drogy a nezneužívat léky. Dostatečně spát, hlavně klidným spánkem, to je pro sestry velmi důležité, protože mají směnný provoz. Umět relaxovat, udělat si chvíli jen pro sebe, mít nějaké koníčky a například chodit na masáže. Jednou z nejlepších péčí o tělo je chůze. Procházka na čerstvém vzduchu, když svítí sluníčko,

pomáhá psychice, můžeme si urovnat vlastní myšlenky, úkoly a vztahy, které nás zatěžují. Odměnou za správnou péči o tělo nám je zvýšená vitalita a vyšší energie. Ne nadarmo se říká: „Kam nechodí slunce, tam chodí lékař“. Od chůze není daleko ke sportu, který pomáhá uvolnit endorfíny a tím se zlepšuje i psychika člověka (10, 21, 22).

Pod pojmem aktivní odpočinek si představíme obvykle tělesné cvičení. Týká se lidí, kteří mají ve svém zaměstnání pohybu nedostatek. Ale cvičení se netýká jen těla, ale i psychiky. Existují proto kurzy pro cvičení paměti. Doporučuje se luštit křížovky a sudoku, hodně číst, aby docházelo k permanentnímu procvičování mozku. Často se setkáváme se studiemi, které ukazují, že ten kdo nechává mozek zahálet, rychleji stárne (21).

## 2 HOSPIC

### 2.1 Historie hospice

#### 2.1.1 Světová historie

„Paliativní péče v širokém slova smyslu byla vždy jednou ze stěžejních součástí lékařské a sociální péče. Medicína vždy do větší či menší míry reflektovala, že její možnosti vyléčit nemocné či alespoň prodloužit jejich život jsou omezené. Zároveň si však byla vědoma, že její možnosti ani zdaleka nekončí tam, kde končí její schopnost uzdravit či zásadním způsobem prodloužit život, a že zcela klíčovou součástí lékařské péče je také tišit bolest a jiné formy utrpení a poskytnout nemocnému v tomto utrpení útěchu.“ (24; s. 11).

Dříve byl hospic název pro útulek pro pocestné, ale dnes je to zařízení pro nevyléčitelně nemocné. Hospicové hnutí vzniklo ve Velké Británii. Zakladatelkou hnutí byla Cicely Saundersová (1918 – 2005). Původně pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice, později se stala lékařkou. Pečovala hlavně o umírající. Osudovým se jí stalo setkání s pacientem Davidem Tesmou. Tesma byl hospitalizován v St. Joseph's Hospice. Saundersová mu sdělila pravdu o jeho zdravotním stavu a starala se o něj do jeho poslední chvíle. Z vděčnosti jí věnoval finanční hotovost s přáním, aby postavila další nemocnici stejného typu.

V roce 1969 v Londýně otevřeli první hospic moderního typu s názvem St. Christopher's Hospice, v jehož čele stanula Saundersová. Dnes funguje v Anglii více než 150 hospiců, ve světě jich je více než 2000 (25).

Myšlenka hospice a hospicového hnutí není svázána s hospicem jako budovou nebo institucí. Hospicové hnutí se snaží vyhnout institucionalizaci. Jde spíše o myšlenku a koncepci přiměřeného přístupu k smutku, umírání a smrti. Jinak řečeno: „Všude tam, kde se umírá, může být hospicová péče.“ (Lamp 2001). Tím se míní vnitřní postoj, který se projevuje především v respektu vůči důstojnosti a sebeurčení těžce nemocných a umírajících lidí, přijímá holistický pohled na člověka v procesu umírání,

neponechává jej osamoceno, podporuje členy rodiny a přátele, od nichž umírající očekává pocit blízkosti a bezpečí. Nepokouší se pomáhat při umírání, ale zlepšovat život při umírání (Drolshagen/Schneider 2001) (26).

Hospice nejdříve vznikly v Anglii, Irsku a Americe a v současné době jsou v transformované podobě (kombinace domácí, semiambulantní a lůžkové péče) zřizovány také v Německu, Itálii a Rakousku (27). V roce 2002 bylo na celém světě evidováno 8000 zařízení paliativní péče a další stále vznikají.“ (24).

### 2.1.2 Česká historie

V roce 1993 v České republice vzniklo občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo, jehož duchovní matkou je MUDr. Marie Svatošová. První hospic v České republice byl uveden do provozu 8. prosince 1995 v Červeném Kostelci. Pro název hospice se inspirovali názvy britských hospiců, většina z nich nese jméno nějakého světce. V Červeném Kostelci vybrali Anežku Přemyslovnu, která se vzdala pohodlného života, opustila královský hrad a dala postavit špitál (hospic) v Praze Na Františku. V něm začala sama sloužit nejpotřebnějším (28).

Lůžkové hospice jsou nejrozšířenější formou specializované paliativní péče v ČR. Některé z těchto zařízení rozvíjejí kromě lůžkové péče také domácí péči, respitní péči a intenzivní edukační činnost. Vliv a význam současných hospiců tak přesahuje pouhý objem poskytnuté lůžkové hospicové péče (24).

### 2.1.3 Domácí hospicová péče

V historii pečovala o nemocné a umírající především rodina. Tradičním modelem umírání na území dnešní ČR bylo umírání v domácím prostředí za účasti všech rodinných příslušníků a blízkých, kteří pomáhali spolu s duchovním ulehčit poslední hodinku umírajícímu. Umírání mělo charakter sociálního aktu, a tak každý člen rodiny věděl, že nezemře opuštěn. Součástí umírání byla poslední vůle, zpověď – smíření se s osudem a poslední pomazání. Z generace na generaci tak přecházela zkušenost i znalost,

jak pečovat o umírajícího, i jak se chovat v této náročné životní situaci. Poskytovaná péče byla převážně laická (27).

První známky domácí hospicové péče spadají do 19. století a přelomu 20. století, rodinní lékaři se snažili zajišťovat tišení bolesti umírajících. Zánikem rodinných lékařů se umírání přesouvá do nemocnic a jiných zařízení. Do roku 1989 doma umírá pouze 13% lidí, teprve sametová revoluce umožnila díky důrazu na dodržování lidských práv rozvoj nových humánních postupů v péči o umírající. V roce 1992 vznikají nové nestátní agentury domácí péče a od roku 1993 začínají poskytovat i domácí hospicovou péči. Od tohoto roku je domácí péče hrazena pojišťovny. Asociace domácí péče České republiky vydala v roce 1994 metodiku „Domácí hospicové péče“ a začali se pořádat odborné semináře. Ministerstvo zdravotnictví v roce 1998 projevilo zájem o řešení problematiky spojené s péčí o umírající v domácím prostředí a vyhlásilo výběrové řízení na podporu rozvoje domácí hospicové péče. Vybrané projekty agentur domácí péče obdržely finanční dotace na zlepšení podmínek péče o umírající doma (4). „Specifickým rysem vývoje paliativní péče v naší zemi je velké zpoždění v rozvoji domácí paliativní péče. Zařízení systematicky poskytující specializovanou domácí paliativní péči začala v naší zemi působit teprve v posledních letech.“ (24; s. 13).

### 3 TYPY HOSPICOVÉ PÉČE

#### 3.1 Paliativní péče

Paliativní, neboli útěšná a zmírňující medicína, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou. Principem paliativní medicíny je poskytnout symptomatickou léčbu, zmírňující péči, efektivní terapii somatické a psychické bolesti, emotivní podporu, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající a doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího. Paliativní léčbu lze zařadit do onkologické péče vedle léčby kurativní a podpůrné. Všechny tyto přístupy se navzájem prolínají (29).

Paliativní péče nemá za cíl prodlužovat život, ale zlepšit kvalitu života. Provádí komplexní péči, zmírňuje a snaží se předcházet utrpení nemocného. Většinou se jedná o chronicky nemocné nebo nemocné v terminálním stádiu. Začleňuje do komplexní péče psychologický, sociální i duchovní aspekt (29).

Paliativní péče je určitou filozofií péče, klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka, nerozlučnou propojenost somatických a psychosociálních aspektů zdraví, nemoci a umírání. Je ale také konkrétní organizací péče, která by umožnila saturaci potřeb nemocného ve všech zmíněných oblastech.

Paliativní péče: Usiluje o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný.

Respektuje a chrání důstojnost nevléčitelně nemocných.

Vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority.

Snaží se vytvořit podmínky, aby pacient mohl poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí.

Chápe umírání jako součást života, kterou každý člověk prožívá jedinečně.

Nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat zármutek i po smrti blízkého člověka (30).

Paliativní péči můžeme rozdělit podle toho, kde a kým je poskytována. Dělíme ji na obecnou a specializovanou paliativní péči.

Obecnou paliativní péči by měli zvládat všichni zdravotníci bez ohledu na svoje zaměření. Rozumíme tím dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborných znalostí.

Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzdělaní a disponují potřebnými zkušenostmi. Poskytování paliativní péče je hlavní náplní tohoto týmu (31).

### ***3.2 Hospicová péče***

„*Hospicová péče* je integrovaná forma zdravotní, sociální a psychologické péče poskytovaná klientům všech indikačních, diagnostických i věkových skupin, u nichž je prognózou ošetřujícího lékaře předpokládána délka dalšího života v rozsahu méně než 6 měsíců. V rámci hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče“ (4; s. 28). Cílem všech hospiců je umožnit umírajícím lidem dožít svůj život ve vlastním domově. V případě, že to není proveditelné, přichází v úvahu péče v lůžkovém hospici. Z toho vyplývá, že těžiště této péče je v ambulantní sféře (26).

### ***3.3 Základní formy hospicové péče***

V České republice fungují tři formy hospicové péče: domácí hospicová péče, denní stacionáře a lůžková hospicová péče.

#### **Domácí (mobilní) hospicová péče**

V rámci komunitní paliativní péče je třeba rozlišovat obecnou paliativní péči a specializovanou paliativní péči. *Obecnou paliativní péči poskytuje* nemocným a jejich rodinám registrující praktický lékař, popřípadě služba domácí ošetrovatelské péče (ho-

me care). *Specializovaná paliativní péče* je poskytována především institucemi typu „domácí hospic“, tj. týmem odborně školených pracovníků – lékařem, sestrami a sociálním pracovníkem. Do tohoto týmu je podle potřeby zapojen také psycholog, duchovní, odborníci dalších profesí, ošetřovatelé a dobrovolníci. Tým specializované domácí péče je schopen zajistit paliativní péči v plném rozsahu. Tým domácího (mobilního) hospice působí v součinnosti s registrujícím praktickým lékařem. Pacienta pravidelně navštěvuje v jeho domácím prostředí a průběžně mu poskytuje specializovanou paliativní péči, popř. jednorázové expertní posouzení a pomoc při sestavení léčebného plánu u relativně stabilizovaných pacientů. (24).

Laická péče je poskytována těm umírajícím, u kterých nehrozí přímé ohrožení života. Poskytovatelem této péče může být kdokoliv – rodinný příslušník, známý nebo dobrovolník. Poskytuje se v domácím prostředí, kde pomáhá umírajícímu i jeho rodině překonávat nejtěžší úsek lidského života. Domácí prostředí je důvěrně známé a navozuje u pacienta pocity klidu a bezpečí.

Odborná péče je integrovanou formou zdravotní, sociální a laické péče v pacientově domácím prostředí. Doplnjuje nebo nahrazuje laickou péči. Tato péče je dostupná nepřetržitě, tj. 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Je poskytována multidisciplinárním týmem, jehož složení se může měnit podle aktuálních potřeb nemocného nebo jeho rodiny. Tato péče je ordinována ošetřujícím lékařem nebo odborným lékařem po ukončení hospitalizace klienta. „Rozsah ordinovaných intervencí je obměňován ošetřujícím lékařem klienta, dle aktuálního stavu klienta a jeho potřeb. Maximální časový rozsah domácí hospicové péče odborné, hrazené ze zdravotního pojištění, je limitován v České republice na 3x denně 1 hodinu odborné péče po období, které určuje ošetřující lékař klienta. V případech zvláštního zřetele, hodných na žádost agentury domácí péče a ošetřujícího lékaře, po rozhodnutí revizního pracovníka zdravotní pojišťovny, je možné rozšířit tento časový limit na takový časový rozsah, který je bezpodmínečně nutný pro zajištění maximální kvality odborné péče v poslední fázi života klienta.“(27; s. 38-39).

V ČR poskytují odbornou domácí péči v rámci své činnosti agentury domácí péče zřizované různými zřizovateli. Tam poskytují péči pouze všeobecné sestry a pečo-



vatelky, které nemají dostatečné vzdělání v oblasti paliativní hospicové péče, i když v současnosti si řada všeobecných sester rozšiřuje své vzdělání v této oblasti. Naopak mobilní hospice tuto péči zajistit dokážou, ale jejich počet v ČR není ještě zdaleka dostačující.

#### Semiambulantní hospicová péče – denní stacionáře

Ve stacionářích je nemocným poskytována zdravotní i sociální péče, po část dne jim nahrazuje domácí prostředí. „Stacionář poskytuje službu umírajícím, pokud jsou doma, a to ve spolupráci s domácí péčí (home care).“ (32; s. 47). Pacient je do hospicového stacionáře přijímán každý den ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Doprava nemocného může být zajišťována buď soukromě (rodina nebo někdo blízký) nebo hospic. Závisí to na stavu pacienta, domluvě a místních podmínkách. Je zřejmé, že tato forma je vhodná pouze pro nemocné v místech nebo blízkém okolí stacionáře. Dále se také odvíjí od aktuálního stavu pacienta, ne vždy zdravotní stav umožňuje každodenní transport. Za určitých okolností a v určité fázi onemocnění ale může být pro některé nemocné tím nevhodnějším řešením (33).

Semiambulantní péče je poskytována v Onkologickém ústavu na Žlutém kopci v Brně a v Onkologickém centru v Praze. Centra pro tlášení bolesti, která můžeme najít téměř ve všech fakulních nemocnicích, poskytují ambulantní formu hospicové péče. V ČR jsou centra a ambulance léčby bolesti, ale nejsou schopny zajistit komplexní specializovanou paliativní péči (27).

#### Lůžková hospicová péče – „kamenné“ hospice

Ve většině hospiců bývají jednolůžkové pokoje s přistýlkami pro příbuzné. V Červeném Kostelci je 30 lůžek pro nemocné a 14 lůžek pro doprovázející. Nebývá ale výjimkou, že u nemocného tráví čas a přespává i více lidí. Návštěvy jsou totiž neomezené (34). V tomto kamenném hospici jsou 4 dvoulůžkové pokoje, a 2 pokoje pro čtyři nemocné a 14 jednolůžkových pokojů. Denní režim se zásadně liší od nemocničního

režimu. Zde si každý pacient může vstávat, jíst a mýt se, podle vlastních potřeb. Při delším pobytu si každý nemocný může zútlunít pokoj podle svých představ. Před nástupem musí každý nemocný podepsat informovaný souhlas. Pobyt může být trvalý nebo respitní, na trvalé pobyty jsou přijímáni nemocní, u kterých se předpokládá smrt v horizontu šesti měsíců (27). Právě pro tyto nemocné je hospice primárně určen. Jen ve výjimečných případech, když je volné lůžko, může být do hospice přijat i neonkologicky nemocný, o kterého se doma nemůže rodina postarat nebo když pečující potřebují načerpat nové síly.

Podle výroční zprávy Oblastní charity Červený Kostelec 2011 bylo v hospici zaznamenáno 400 příjmů, 293 úmrtí, 106 propuštění do domácí péče. 19 nemocných bylo převedeno do roku 2012 a opakovaných pobytů bylo 6,24%. Průměrný věk pacientů v roce 2011 byl 75,5 let. Největší zastoupení pacientů bylo z Královéhradeckého a Pardubického kraje, ale přijímání byli pacienti i z kraje Středočeského, Libereckého, Olomouckého a z Prahy (35).

Kritéria pro přijetí:

- pacient trpí pokročilým nevléčitelným onemocněním (především onkologické onemocnění)
- léčba směřující k vyléčení nemoci (kauzální léčba) byla ukončena a je nahrazena léčbou příznaků nemoci (symptomatická léčba)
- stav pacienta není stabilizován vzhledem k jeho jasně definovanému terminálnímu nebo preterminálnímu zdravotnímu stavu
- péči o pacienta není možné zajistit v domácím prostředí

Do hospice je pacient přijímán na vlastní přání a na základě žádosti vyplněné ošetřujícím lékařem. Formuláře Žádosti a Svobodný informovaný souhlas jsou k dispozici ke stažení na stránkách oblastní charity [www.hospic.cz](http://www.hospic.cz) nebo je lze získat přímo v hospici.

Pacienti jsou přijímáni z celé republiky bez ohledu na národnost, vyznání, sociální postavení či věk. Rozhodujícím kritériem pro přijetí do hospice je stav pacienta, vyplývající z pokročilosti jeho nemoci.

#### Ambulance bolesti

V roce 2010 se Hospic Anežky České rozšířil o ambulanci paliativní péče, která tvoří společně s lůžkovým a mobilním hospicem komplexní nabídku v poskytování paliativní hospicové péče. Jejím cílem je pečovat o těžce nemocné před přijetím do lůžkového hospice nebo po návratu do domácího prostředí anebo o terminální a neterminální klienty, kteří chtějí a mají tu možnost zůstat doma v péči mobilního hospice. Díky dlouholetým zkušenostem se zvládáním bolesti se snaží pomoci také těm, kteří trpí např. chronickými bolestmi (47).

## **4 PODMÍNKY PRO ROZVOJ HOSPICOVÉ PÉČE V ČR**

### ***4.1 Vzdělávání laiků a zdravotníků v oblasti paliativní péče***

#### *4.1.1 Důvod nutnosti vzdělávání*

„Jelikož domácí model umírání prakticky „umřel“, příbuzní žijí v přesvědčení, že když oni neznají konkretizované činnosti všech, kteří se na péči o umírajícího podílejí, tak je znají zdravotníci. Ti jsou na tom ovšem velmi podobně, ne-li přímo stejně. Oni jsou přeci vyškoleni v prostoru vítězné medicíny a o konceptu účelné péče se hovoří teprve v posledních několika letech.“ (32; s. 46). „Opakovaně bylo konstatováno, že nejproblematictější je interakce zdravotník - onkologicky nemocný.“ (34; s. 459).

### ***4.2 Odborné požadavky na klíčové členy týmu domácího hospice***

#### *4.2.1 Odborná kvalifikace lékaře domácího hospice*

- vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství na lékařské fakultě
- atestace minimálně I. stupně, nejlépe z všeobecného lékařství, vnitřního lékařství, neurologie, chirurgie, doporučena je atestace z oboru paliativní medicína a léčba bolesti (podle Zákona č. 95/2004 Sb. se mění systém specializační přípravy lékařů a systém II. atestací a nástavbových atestací je opuštěn)
- minimálně šest měsíců praxe ve specializovaném zařízení paliativní péče
- absolvování předepsaných doškolovacích kurzů
- vedoucí lékař by měl mít ukončené nejvyšší dosažitelné odborné vzdělání v paliativní péči

#### *4.2.2 Odborná kvalifikace všeobecné sestry domácího hospice*

- ukončené ošetrovatelské vzdělání (minimálně bakalář všeobecná sestra)
- minimálně tři roky praxe v nemocnici, ošetrovatelském zařízení nebo v hospici

- čtyřtýdenní praxe na oddělení paliativní péče, v lůžkovém nebo ambulantním hospici
- absolvování předepsaných doškolovacích kurzů a dalších vzdělávacích akcí v oblasti paliativní péče (37).

#### 4.2.3 *Osobnostní požadavky na členy domácího paliativního týmu*

Měli by se umět vyrovnávat s umíráním, zármutkem a se smrtí. Měli by pružně a rozvážně jednat v nečekaných situacích, dobře pečovat o vlastní duševní hygienu a předcházet syndromu vyhoření. Měli by mít předpoklad pro týmovou práci a tolerovat případnou kritiku, zvládat se podle potřeby podílet na práci jiných členů týmu. Umět komunikovat s pacienty a rodinnými příslušníky tváří v tvář i po telefonu. Integrovat rodinné příslušníky do péče a citlivě doprovázet pozůstalé. Inspirovat své okolí a získávat pro paliativní péči nové spolupracovníky a dobrovolníky. (37).

#### 4.2.4 *Edukační činnost osob pečujících o své blízké v domácím prostředí*

„Jednotky specializované paliativní péče v rámci svých možností vzdělávají osoby pečující o pacienta, případně jim nabízí služby poradny nebo telefonické poradenské linky (vhodné je doplnění o půjčovnu zdravotnických pomůcek). Ti, kdo pečují o své blízké (zvláště pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu nemocného, nebo pokud se vrací do domácího prostředí apod.), potřebují být vybaveni informacemi a praktickými dovednostmi tak, aby se mohli o nemocného správně postarat a on mohl nadále zůstat v domácím prostředí.“ (38; s. 20).

#### 4.2.5 *Edukační činnost široké odborné i laické veřejnosti*

„Zájemcům o specializovanou paliativní péči z řad odborníků, studentů, zakladatelů a pracovníků nově vznikajících zařízení jsou předávány informace i praktické dovednosti prostřednictvím stáží, praxí, školení a exkurzí.“ (38; s. 20). Pro dobrovolníky, kteří se chtějí podílet na domácí hospicové péči, se pořádají různé kurzy, školení, stáže a informační setkání.

### ***4.3 Ochota a umění pečovat o umírající v domácím prostředí***

Péče o nevyлéčitelně nemocné a umírající je stále palčivou otázkou veřejného zdravotnictví. Týká se každoročně více než 10 000 pacientů a jejich příbuzných a blízkých (24). Ovšem pouze méně než čtvrt procenta z nich jsou klienty domácí hospicové péče (39).

„Péče o umírajícího člověka v jeho nejpřirozenějším, domácím prostředí, by měla být na první pohled samozřejmostí. Člověk křehký, ztrácející postupně síly, samostatnost a často i naději a krásu by měl mít možnost poslední úsek života strávit mezi těmi, kteří mu rozumějí a kteří mu mohou v jeho starostech a trápeních nabídnout to, co sebelepší pomoc přicházející z vnějšku nabídnout nedokáže.“ (37; s. 7). „Doma může být klidnější, uvolněná neformální atmosféra, v které může zemřít s těmi, kteří se o něj nebo o ni trpělivě starají, a to posílí rodinnou účast.“ (40; s. 188). „V domácím prostředí dnešní doby by musely být splněny základní předpoklady pro péči o těžce nemocné a umírající, jinými slovy, rodina musí nejen chtít, ale i moci a umět se starat. Narušeno, ne-li úplně zničeno je ono „umět“, protože znalost rolí všech přítomných u lůžka umírajícího patří minulosti. Navíc také příbuzní věří ve vítěznou medicínu, to znamená v zázraky. Kruh problémů se uzavírá.“ (32; s. 47).

V dnešní době je umírání doma neobvyklé. Někteří rodinní příslušníci se vyhýbají kontaktu s nemocným, protože se nemohou smířit s tím, že život jejich blízkého spěje ke konci, a pod různými záminkami odcházejí z domu. Příčina není v nezájmu, ale v neznalosti a neinformovanosti, které jsou důsledkem dlouhodobého umísťování umírajících do různých zařízení, nejčastěji nemocnic. (34). Většina rodin nechává své blízké zemřít v institucionálním zařízení, nemají sílu se o něho doma postarat a chtějí si ho zachovat ve vzpomínkách krásného a vitálního, jaký byl před nemocí. Nebo nemají možnost uvolnit se ze zaměstnání. Myslí si, že když se vyhnou kontaktu se smrtí, vyrovnají se s odchodem blízkého lépe. Jen několik rodin umožní blízkému zemřít doma. Reakce okolí jsou rozporuplné, někteří se nad tím pohoršují a jiní je naopak obdivují. Pro řadu lidí není vždy snadno proveditelné nebo možné zůstat doma s nemocným (40). „Je prokázáno, že spíše než medicínské faktory jsou při přijetí pacienta do nemocnice uváděny sociální faktory a následné zhroucení pečujícího.“ (40; s. 188). Někdy se jedná

o strach z nedostatku finančních prostředků, ze ztráty zaměstnání, jindy hrají roli různé bariéry v domovech nebo přetížení pečujícího. V minulých stoletích měl se smrtí zkušenost každý už od dětství, ale v dnešní době se s ní setkává málokdo.

„Nemám-li ale zkušenost se smrtí, netuším, kam směřuje můj život. O životě jako celku má právo mluvit ten, kdo je na jeho konci. Dříve se poslední slova umírajícího člověka považovala za nesmírně významnou, klíčovou věc. Až tam je oprávnění říct něco podstatného, co za celý život nebylo vysloveno. Smrt a umírání soudobá společnost vytěšňuje. Teprve po čtyřicátém roce věku začnou lidé najednou vidět vedle sebe stárnoucí rodiče, jejich potřeby a limity.“ (41).

„Nikdo by neměl umírat sám a důstojná smrt by měla mít charakter sociálního aktu. Aby bylo možné tohoto cíle dosáhnout, je třeba stanovit pravidla, kdo co bude dělat, jinými slovy řečeno je třeba ritualizovat závěr lidského života a využít zkušenost jak z tradičního, tedy domácího, tak i s institucionálního modelu péče o umírající. Rituálem je každý zúčastněný předem seznámen se svou rolí a snižuje se emotivita a nejistota zúčastněných.“ (34; s. 371). Dříve nikomu nepřipadalo zvláštní být s umírajícím členem rodiny až do úplného konce. Tímto způsobem se s odchodem blízkého člověka mnohem lépe vyrovnával. Umírání byly přítomné i děti, smrt byla přirozenou součástí života. Se svými rituály se řadila k dalším přirozeným událostem (svatba, narození dítěte) života. Dnes se některým lidem zdá, že pouhé pomyšlení na umírání a smrt je „morbidní“ a děsivé, často o něm nechtějí ani mluvit, natož si připustit, že smrtelnost se týká i jejich nejbližších nebo dokonce jich samých.

## 5 PROBLÉMY S DOMÁCÍM HOSPICEM

Domácí prostředí je pro většinu (jsou i výjimky) nemocných optimální, ale i domácí péče má hranice svých možností. V současné době, kdy je velice obtížná ekonomická situace, má pouze málo lidí možnost zůstat s nemocným příbuzným doma. Většina lidí si bohužel neuvědomuje, že největší hodnotu mají dobré lidské vztahy (33).

### *5.1 Strach za ztráty zaměstnání*

V České republice není v současné době jednoduché najít dobré zaměstnání, a proto si ho všichni zaměstnaní chtějí udržet. Nemohou si dovolit zůstat doma se svými nemocnými příbuznými a starat se o ně. U nás je zaměstnána i většina žen, což také nepomáhá k rozšiřování domácí hospicové péče. Nikdo nezaručí člověku, který se stará o umírajícího příbuzného, že nepřijde o práci. Proto se často setkáváme s umístěním nemocného do institucionálního zařízení. Ze zákona má sice u nás člověk nárok na uvolnění ze zaměstnání na devět dní, ale tak krátká doba většinou nestačí. Často si pečující člověk vybírá dovolenou nebo mu zaměstnavatel poskytne náhradní nebo neplacené volno. Někdo situaci řeší dlouhodobou pracovní neschopností, vždy je to závislé na tom, jak se pečující dohodne s lékařem a zaměstnavatelem.

„V Norsku, Švédsku a Dánsku mohou příbuzní nebo sousedé pečovat o blízkého doma maximálně jeden měsíc s plným nárokem na mzdu. Rakouští zaměstnanci mají právo na zkrácený úvazek nebo dovolenou v max. délce šesti měsíců za účelem péče o umírajícího příbuzného, přičemž je jim dále hrazeno pojištění, i když nepobírají mzdu nebo je jejich mzda menší než částka pro vznik pojistné povinnosti.“ (7; s. 336).

### *5.2 Problematika praktických lékařů*

- často vůbec s domácím hospicem nespolupracují, nebo pouze omezeně
- odmítají vykonávat návštěvy u umírajících pacientů („nemohou jim přece pomoci“)
- nebo návštěvu vykonají pouze formálně – nepomohou ani medikamentózně, ani lidsky
- pacienta předávají do péče mobilního hospice často „na poslední chvíli“
- vůči lékaři mobilního hospice se často chovají nadřazeně a s despektem = „oni mají



pacienta v péči, oni vědí nejlépe“

- často přesvědčují rodinu o nutnosti převezení pacienta do nemocnice či jiného léčebného zařízení, jako důvod uvádějí, že nelze doma péči zvládnout, důvodem je však spíše snaha se těchto pacientů „zbavit“
- odmítají psát opiáty, nemají často ani vyzvednuté opiátové recepty!
- mnozí z nich neznají dávkování opiátů u onkologických pacientů
- mnozí z nich neznají ekvivalentní dávky podobných opioidních preparátů
- často polemizují s lékařem mobilního hospice o medikamentózním doporučení, o výši dávek opiátů, snaží se uhájit spíše nižší dávky
- nejsou schopni připustit specializaci a větší zkušenosti kolegy z mobilního hospice v daném oboru
- mívají obavy z kontroly pojišťovny
- mívají obavy z celkově vyšších nákladů
- dochází k rozporům v potřebné medikaci = zmatená rodina, jiná medikace ze strany PL – většinou nevyhovující, nízké dávky a pacient trpí zbytečnými bolestmi
- jiná medikace ze strany mobilního hospice – většinou vyšší poptávka, často mobilní hospic „doplňuje“ potřebnou dávku z „vlastních rezerv“ (opiáty zbylé po zemřelých pacientech – postup non lege artis, ale co zbývá?)
- aktivně nevyhledávají možnosti vzdělávání v oboru paliativní medicína
- na nabídky mobilního hospice (např. návštěva hospice v Litoměřicích, odborný seminář) reagují způsobem „nemám čas“ (jiné školení, nutný provoz soukromé praxe, osobní a rodinné důvody...) (42).

### *5.2.1 Tlumení bolesti opiáty*

Stále si mnoho lidí myslí, že kruté bolesti jsou nedílnou součástí onkologického onemocnění, ale tak tomu rozhodně nemusí být. Nikdo nemusí trpět bolestí (43). Existuje celá řada možností, jak v dnešní době tlumit bolest, ale u onkologicky nemocných pacientů, bývá nevyhnutelné používat opiáty. S tím je spojen strach z opiátů (opiofóbií), nejen za strany lékařů, ale i nemocných a jejich rodin. A kvůli tomu dochází k malému tlumení bolesti a zbytečnému utrpení pacienta (44). „Právě opioidy přitom patří mezi léky, k nimž se váže nejvíce mýtů: lidé se obávají jejich vedlejších účinků a také vzni-

ku závislosti. Je nicméně pravda, že závislost na opioidech vzniknout může a že i tyto léky mají vedlejší účinky. Mohou způsobit nevolnost nebo ospalost, ale většinou odezní.“ (43). V nemocnici na onkologických odděleních nemají z opiátů obavy a běžně je používají, problém s opiáty je u praktických lékařů, kteří se bojí návyku na opioidy. Proto je nepředepisují ani lidem, kterým by výrazně pomohly od bolesti (43). Pravdou je, že 60 – 65% praktických lékařů opiátové recepty s modrým pruhem u sebe ani nemá. Strach z návyku je někdy až přehnaný, návyk u onkologicky nemocných pacientů vzniká u 1% (44).

I když takové množství lékařů u sebe nemá opiátové recepty, je velmi jednoduché je získat. Lékař si je může vyzvednout s razítkem, občanským průkazem a dokladem o registraci zdravotnického zařízení na zdravotním referátu, který je v každém okrese. Požádá o opiátové žádanky a referentka mu okamžitě vydá počet žádanek, o který si řekne.

Stejná situace nastává u léčby Durogesicem (náplast napuštěná opioidem, která při nalepení na tělo postupně uvolňuje látku do těla nemocného). V nemocnici předepíše nemocnému Durogesic, ale praktický lékař po propuštění nemocného z nemocnice odmítne indikaci s výmluvou, že ho nemůže předepsat „kvůli pojišťovně“ a nasadí mu běžné analgetikum, jehož účinky nejsou dostačující. To končí opět silnou bolestí a následnou hospitalizací a novým nasazením Durogesicu (46).

Opiát vydaný na recept, přestává být vedený jako opiát. Zdravotníci totiž už nezodpovídají za to, jak si ho pacienti ukládají a zacházejí s ním.

### *5.2.2 Sdělování informací*

Někteří praktičtí lékaři své onkologicky nemocné pacienty ani jejich rodiny neinformují o možnosti domácí hospicové péče. Většinou se o této možnosti dozvídají od známých nebo získají informace na internetu. Není znám důvod tohoto jednání, jestli je to způsobeno malou informovaností, neochotou nebo pocitem vlastního lékařského selhání (47).

### **5.3 Bariéry v bytech**

Ne všechny rodiny, které se starají o onkologicky nemocného, mají vhodné prostředí a bytové podmínky pro tuto péči. Nevhodnými bytovými podmínkami mohou být malé prostory pro uložení lůžka a nezbytných pomůcek pro péči o umírajícího, nedostačující hygienické podmínky, nebo příliš velké množství lidí v malém bytovém prostoru. Hodně rodin bydlí v poschod'ových domech bez výtahu nebo v panelácích.

### **5.4 Sdělování pravdy**

Stále se ještě stává, že nemocný není plně nebo vůbec seznámen se svou skutečnou diagnózou. Ve většině případů si to nepřeje rodina, protože si myslí, že by to jejich blízký psychicky nezvládl. Jindy je vina na straně lékaře, který není schopný pravdu o stavu nemocnému sdělit (49). Úkolem lékaře v hospici je šetrně říci pravdu a zároveň nemocnému nevzít naději (34). Pravda má totiž jednu velkou výhodu. Personál si nemusí pamatovat, co řekl a nemusí se bát, že kolega či kolegyně řekne zítra něco jiného než předešlá směna a nemocného tím úplně zdrtí (33).

„Umírající, který pochopil, že se blíží jeho konec, musí se s tímto konfliktem vyrovnat. To, zda umírající reaguje obrannými mechanismy, nebo se s nutností zemřít vyrovná, závisí na jeho osobnosti.“ (50; s. 16). „Je známo, že lidé, kteří jsou tázáni, jak by prožili den, o kterém by věděli, že je jejich poslední, odpovídají sice různě, ale téměř vždy by tento den prožili intenzivněji než jiné. Pokud tajíme před nemocnými pravdu o jejich stavu, nechráníme je, ale sebe. Neumožníme jim totiž prožít intenzivně právě ten „poslední den“ (51; s. 45).

Znát pravdu o své diagnóze by měl každý pacient, aby se se svojí nemocí mohl vyrovnat a připravit se na odchod ze života. Pravdu o nemoci by měli znát i blízcí, aby měli čas se připravit na možnou péči o svého blízkého doma.

### **5.5 Problematika pojišťoven**

„Ne s každým hospicem jsou všechny pojišťovny ochotné uzavírat smlouvy. Vytváří tak situaci diskriminace pro ty nemocné, kteří jsou v pojišťovnách, které s námi neuzavřely smlouvu. A o těchto diskriminacích se vůbec nemluví!!! A to platí i o těch

neinformovaných nemocných a jejich rodinách, kteří by hospicovou péčí na lůžku, nebo doma potřebovali. I ti jsou diskriminováni.“ (52).

## 6 ČINNOST DOMÁCÍHO HOSPICE

V domácím hospici pracuje včetně vrchní sestry 6 sester, starají se max. o 5 pacientů. Provoz je nepřetržitý, 24 hodin denně. Péče o pacienty je rozdělena do dvou služeb, ranní od 7:30 do 16 hod. a noční od 16 hod. do 7:30 hod. Pokud nemají více pacientů v těžkém stavu, mají o víkendu sestry čtyřicetihodinovou službu. Pokud je složení pacientů náročné, slouží o víkendu sestry dvanácti hodinovou směnu. Ke klientům jezdí většinou 2 krát denně, ale návštěvy mohou být častější. Délka poskytnutí péče domácím hospicem je od 1 hodiny do 5 měsíců. Za rok 2012 měl domácí hospic v péči 65 klientů a z toho 62 klientů zemřelo v domácím prostředí a jen 3 klienti v kamenném hospici. Je to způsobeno tím, že rodina nevolá záchrannou službu, ale pohotovostní telefonní linku a sestra z domácího hospice vždy přijede (47).

### *6.1 Jak se stát klientem*

Aby se nemocný stal klientem domácího hospice, vyplní žádost (Příloha 3). Na první návštěvu přijede sestra s lékařem, když lékař nemůže, je k dispozici na telefonu. Sestra prohlédne pacienta a vyplní svobodný informovaný souhlas klienta (Příloha 4) a sepiše s pacientem smlouvu (Příloha 5). Rodina musí být s nemocným doma a spolupracovat s domácím hospicem. Porušení je důvodem k odstoupení od smlouvy. Rodinným příslušníkům a pacientovi je vše vysvětleno a je jim předáno číslo na pohotovostní linku (Příloha 6). Rodinným příslušníkům je sděleno, aby v případě jakýchkoliv potíží volali na pohotovostní linku a ne záchrannou službu. Během prvního týdne k nemocnému domů přijede i sociální pracovnice a psycholog. Psycholog neposkytuje svojí pomoc jen pacientovi, ale i jeho rodině. Připravuje je na odchod jejich blízkého. Někdy poskytuje i zpětnou vazbu sestrám. V tomto domácím hospici je psycholog bývalá sestra, který pracoval v kamenném hospici. Domácí hospic provozuje půjčovnu podpůrných a léčebných pomůcek (Příloha 7). Na zapůjčení pomůcek pojišťovna nic nepřispívá (47).

## **6.2 Práce sester**

Domácí hospic má své administrativní zázemí v tzv. Žlutém domečku. V 7 hodin ráno se sestry sejdou na organizační schůzku s vrchní sestrou a potom si předávají hlášení jako v nemocnici. Sepíší dokumentaci, zprávy o událostech při noční službě, jestli se mění nebo ruší léky, změny v léčbě léčby atd. Sestry si vytvořily standardní box s nezbytnými pomůckami k poskytování péče. Je u každého klienta a neustále ho doplňují. Pacientům je poskytována komplexní péče. Nejenže poskytují celkovou zdravotní péči (podávání infúzí, výměnu léků v dávkovačích, převazy, podávání ATB, tišení bolestí, pomoc při neklidech, polohování atd.), převážejí od lidí doklady, smlouvy, formuláře, platby sociální pracovníci a do účtárny, zajišťují léky v ambulanci bolesti, vyzvedávají a přivážejí léky, podpůrné a léčebné pomůcky (oxygenátor, infúzní stojany, dávkovače, antidekubitární matrace, chodítka, vozíky, odsávačky atd., kromě postele, kterou si rodina dopraví sama), odvázejí odpad. Sestra se často stává součástí rodiny. Zaučují rodinné příslušníky, protože u klienta stráví jen asi 1 – 1,5 hodiny. Potřebují o pacientovi vše vědět, jak spal, jedl, pil, zda byl dušný, zvracel apod. Na základě ordinace lékaře mají připravený pohotovostní medikační list a s ním naučí rodinu pracovat. Rodině vše vysvětlí a připraví a rodina už pak může léky jen podávat. Ve většině případů tak jako tak rodina sestře ještě volá a ujišťuje se o správnosti svého konání. Rodina, která se stará o umírajícího, může zajišťovat vše. Z těchto důvodů nepřijímá mobilní hospic nemocné bez rodiny. (Nemocné bez rodiny přijímá kamenný hospic). Sestry se dostaví vždy v případě úmrtí pacienta a zařídí vše, kromě pohřební služby (zde může poskytnout radu). Ve všední dny jezdí k úmrtí praktický lékař, o víkendech a v noci se volá linka 155 a centrála přepojuje na koronera. V tomto kraji je koroner v Trutnově, který zabezpečuje území tří okresů. Lékař by měl přijet do 2 hodin od ohlášení úmrtí, ale ne vždy je to možné (47).

## **6.3 Financování**

V domácím hospici je denní poplatek 100Kč, z této částky se hradí telefony, čtyřicetihodinová pohotovost sester, na částečnou úhradu mezd sociální pracovníce a psychologa. Pacient plně hradí zapůjčení podpůrných a léčebných pomůcek. Platbu je

možné provést hotově, složenkou nebo bankovním převodem na účet hospice. Dále pacient hradí léky, na některé jen doplácí (Clexan, Buscopan, antiemetika, transdermální náplasti, léky na průlomovou bolest, Fentanil aj.) a některé hradí v plné ceně (jako např. Morfín). Péči a dopravu hradí pojišťovny, ale ne v takovém rozsahu, který by mobilní hospic potřeboval (47).

## 7 CHARITATIVNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

### 7.1 Historie ošetřovatelství

#### 7.1.1 Světová historie

Začátek ošetřovatelské péče spadá již do raného středověku a je spojován s šířením křesťanství. Péče o člověka je však historicky mnohem starší. Před křesťanstvím se zkušenosti s ošetřováním a léčením nemocných předávaly z generace na generaci. Lidé využívali zkušenosti z pozorování účinků různých bylin, vody a slunce. Křesťanské náboženství ovlivnilo zdravotní péči. Jedním z hlavních bodů křesťanského učení je pomoc potřebným. Mužské i ženské kláštery pěstovaly byliny a vyráběly z nich léky.

K rozvoji ošetřovatelské péče přispěly velkou měrou války. V době války byla vždy zvýšená potřeba ošetřovatelské a lékařské péče. Proto má ošetřovatelství svůj základ v ošetřování raněných vojáků. Už Římané stavěli na svých výpravách lazarety a pečovali v nich o nemocné a raněné vojáky. V průběhu křížáckých válek vznikaly vojenské ošetřovatelské řády (Rytíři sv. Lazara a Maltézští rytíři), které pečovaly o raněné vojáky (křížáky). Přesto více vojáků usmrtily nemoci ze špatných hygienických podmínek než přímé zásahy válečným nepřítelem. Až v období Krymské války se zásluhou Florence Nightingalové hygienické podmínky zlepšily.

Ve 12. století se kvůli pandemiím a početným válkám začalo měnit demografické a sociální složení evropské společnosti. Nejenže morové epidemie přinášely smrt, ale i stagnaci kulturního a intelektuálního vývoje společnosti. Praktické hygienické návyky nahradilo používání modliteb, amuletů, zaklínání, pověry a relikvie. Na dlouhá staletí se evropský středověk vrátil o krok zpět v porovnání s antickou kulturou (48).



Péče o nemocné:

*Laická péče* – nemocný si ji poskytoval sám nebo mu ji poskytovali blízcí na základě tradic.

*Charitativní péče* – byla poskytována především příslušníky církevních řádů, uskutečňovala se v charitních domech, charitativní péče byla chápána jako morální, humánní pomoc nemocnému člověku. Poskytuje se i v současnosti.

*Organizovaná léčebná péče* – vznikla na konci 19. století. Souvisí s hrůzami válek a rozvojem medicíny. Vliv měla společenská situace a uvědomění si potřeby hygieny pro zdraví (45).

## **7.2 Historie charity**

Působení Charity – Caritas (láska k bližnímu) – se v církvi objevilo hned na jejím počátku, je tedy staré téměř dva tisíce let. V průběhu času se ale poskytování charitních služeb měnilo podle sociálních, ekonomických a historických okolností, v současnosti je to moderní iniciativa, přizpůsobená soudobým materiálním a duchovním problémům současného světa. Vznik národních charit byl zaznamenán už v 19. století. První národní charita byla založena v roce 1897 v Německu. Po ní následovala charita ve Švýcarsku v roce 1901 a ve Spojených státech v roce 1910. V českých zemích pravděpodobně k založení došlo v roce 1923 (54). Postupně vznikají další a další charitní organizace. Proto bylo založeno ústředí – Světový svaz charit. V roce 1950 byla založena „Mezinárodní konference katolických charit“. V roce 1957 na desátém setkání výkonného výboru se název zjednodušil na „Caritas Internationalis“ (CI). Touto změnou CI přestala existovat na evropské úrovni a stala se světovou organizací. Po pádu komunismu o členství v CI usilují východoevropské a středoevropské země. O přijetí v roce 1992 podala žádost i Česká katolická charita a Slovenská katolícka charita. Na generálním shromáždění v Moskvě v roce 1994 byly oficiálně přijaty (53).

### 7.2.1 Diecézní charita Hradec Králové

Diecézní charita byla založena 30. prosince 1991 královehradeckým biskupem Karlem Otčenáškem. Byla chápána jako přímý pokračovatel charity z let 1923 – 1948. Činnost původní charity byla v letech 1948 – 1989 komunistickým režimem omezena pouze na výrobu a prodej devocionálií v malé síti obchodů. Za charitativní práci můžeme už ale považovat pomoc Arménii před listopadem 1989. A po listopadu 1989 začala charita postupně obnovovat svou činnost a navazovat na tradici služby trpícím a potřebným lidem nejdříve v Praze a potom i v ostatních místech Čech a Moravy (53).

Charita pracuje na různých stupních, začíná na úrovni farností, pokračuje úrovní diecézní, národní, regionální a končí úrovní globální, Caritas Internationalis. Je to největší katolická organizace pracující ve sféře charity a sociálních služby. Její činnost je přítomna na všech pěti kontinentech světa, to je významný důkaz o rozsáhlosti činnosti CI (53).

### 7.2.2 Charitní ošetrovatelská a pečovatelská služba

Na podnět MUDr. Marie Svatošové vzniká v roce 1991 charitní ošetrovatelská služba (CHOS). Projekt je prozatím brán jako dvouletý experiment Ministerstva zdravotnictví a České katolické charity. O dva roky později je činnost CHOPS ještě postupně doplňována charitní pečovatelskou službou (CHPS). Tento projekt se velmi osvědčil a CHOS se začala registrovat na okresních úřadech jako nestátní zdravotnická zařízení a byly navázány smluvní vztahy s pojišťovnami. Pečovatelská služba je většinou financována okresními či obecními úřady. Vytváří se systém komplexní péče v domácím prostředí, ve které se prolínají zdravotní úkony s úkony pečovatelskými, tak jak stav pacienta vyžaduje.

K 31. 12. 1994 CHOPS pracuje již v 76 střediscích ve více než 400 obcích. Postupně vznikají další střediska a rozšiřují své služby.

CHOPS přijímá přednostně do péče klienty, kteří by museli být hospitalizováni nebo umístěni do sociálních zařízení. V domácím prostředí se výrazně zlepšuje psychický stav nemocného a často i průběh nemoci (54).

### 7.2.3 CHOPS Červený Kostelec

Středisko CHOPS Červený Kostelec vzniklo jako nestátní zdravotnické zařízení farní charity, které poskytuje komplexní služby v domácím prostředí v Červeném Kostelci a okolních obcích.

V Červeném Kostelci byla farní charita založena 1. června 1992 na základě zřizovací listiny Diecézní charity Hradec Králové. Původně se její práce orientovala na humanitární činnost pro zahraničí, ale hlavně se objevila snaha pomáhat doma a zkvalitňovat péči o staré, opuštěné, nemocné a postižené lidi v domácím prostředí. A proto 1. ledna 1993 vedle státní pečovatelské služby začala pracovat i pečovatelská služba charitní. Začala vyhledávat staré a osamělé lidi bez pomoci, pomáhat rodinám, které už na péči o své blízké nestačí a přebírat těžší pacienty od státní pečovatelské služby. K charitní pečovatelské službě se v listopadu 1993 zřídila i služba ošetřovatelská. CHOPS poskytuje odbornou zdravotní, ošetřovatelskou a rehabilitační péči o nemocné v domácnostech na základě ordinace ošetřujícího lékaře (54).

## 8 ČINNOST CHOS

V Červeném Kostelci Charitní ošetrovatelská služba poskytuje svoji péči od 7 hod. do 19 hod. Práce sester probíhá pouze na základě ordinace lékaře. Praktický lékař nebo jeho sestra objednávají péči v CHOS telefonicky. Někdy se stává, že péči objednávají i z nemocnice, při propuštění pacienta do domácí péče, např. po mozkové příhodě, v případě, že se o něho nemá kdo postarat. CHOS má 8 sester, každá sestra má svůj okruh a zvládne navštívit 10 – 15 lidí denně, o víkendu 25 – 30 lidí. Směny jsou rozděleny na ranní od 6 hod. do 15 hodin a odpolední od 15 hod. do 19 hod. O víkendu mají sestry dvanácti hodinovou směnu.

Práce sester spočívá v ordinaci lékaře – odběry krve, aplikace inzulínu a jiných injekcí, podávání léků, různé převazy, RHB, měření krevního tlaku. Sestry nesmějí vykonat nic navíc. Je pouze na jejich dobré vůli, když si zjistí, že je pacient v horším stavu, zavolat lékaři, jak mají postupovat. Pokud lékař nesdělí žádné instrukce, nic provádět nesmí. O víkendu RHB nepracují. Sestry mají od některých bytů klíče, při jejich práci nemusí být přítomný rodinný příslušník. Sestry jezdí na návštěvy klientů na kole nebo automobilem (55).

## 9 PRÁVNÍ A POLITICKÉ ASPEKTY

„Hospicová práce je součástí klimatu, tvořeného veřejným míněním i právním uspořádáním, jimž se musí zodpovídat, ale které současně ovlivňuje a spoluutváří se záměrem vytvořit humánní a empatickou kulturu umírání.“(26; s. 76). K tomuto uskutečnění by měl přispět i aktivizující sociální stát. Myšlenka hospice stojí na opačné straně než myšlenka eutanazie. Místo aktivního ukončení života podporuje tišení bolesti bez zbytečného prodlužování života (26).

### *9.1 Eutanazie*

„Eutanazie znamená ukončení těžkého utrpení nebo umírání při bezvýchodné prognóze cíleným usmrcením, např. podání injekce. Z trestně právního hlediska se v tomto případě jedná o „usmrcení na požádání“ (§ 216 trest. zák.). „Sebeurčení v otázce života je srovnatelné s právem na život, nezakládá ovšem nárok na zásahy přímo cílené k ukončení života. To znamená, že aktivní pomoc k umírání (eutanazie) zůstává i nadále nepřipustná, i když si to pacient výslovně přeje.“ (26; s. 82 - 83).

### *9.2 Usmrcení pacienta jako možný nežádoucí účinek léčby*

„Usmrcení pacienta jako možný nežádoucí účinek léčby označuje ošetřování těžce nemocných nebo umírajících lidí vedoucí ke zmírnění potíží podle uznaných pravidel lékařských dovedností, kdy se počítá s rizikem, že se tím neúmyslně způsobí předčasná smrt – na základě nepochybné či domnělé vůle pacienta.“ (26; s. 83). Toto jednání není trestné, ale je sporné, jak je přípustné. Ovšem platí, že „aktivním jednáním přivoleným předčasně způsobené ukřácení života“ je zabití (§ 212 sb.) či usmrcení na požádání (§ 216 sb.) (26).

### *9.3 Pasivní eutanazie*

„Pasivní eutanazie znamená nenasazení nebo omezení léčebného postupu nebo opatření prodlužujících život, když nemoc při bezvýchodné prognóze směřuje ke smrti, která se očekává v krátké době. Jelikož proces umírání již definitivně započal, opatření k prodloužení života, jako např. antibiotika nebo umělá výživa, mohou být zrušena, aniž

by se ukrátila základní péče. Dochází – li k pasivní eutanazii podle přání pacienta, jsou odpovědné osoby (lékaři, ošetřovatelé, sociální pracovníci) vinny *usmrcením zanedbáním*; není – li zde tato odpovědnost, jedná se o *neposkytnutí pomoci* (§ 323c sb.).“ (26; s. 83).

#### **9.4 Přerušování ošetřování**

Přerušování ošetřování znamená, na rozdíl od pasivní eutanazie, ukončení ošetřování ve chvíli, kdy proces umírání, přinejmenším ne nezvratně, dosud nenastal. Za to můžeme brát přerušování ošetřování u lidí v kómatu nebo ukončení umělé výživy u těžce nemocných osob (k soudní pravomoci odkazuje rozsudek Spolkového nejvyššího soudu ze 13. 9. 1994). Pokud je svolení nemocného, je přerušování ošetřování bráno jako přípustné. Ale pokud není možné získat od nemocného svolení, platí domnělá vůle. Tato otázka je ale po právní stránce tak komplikovaná, že na to ukazuje rozhodnutí Spolkového nejvyššího soudu ze 17. 3. 2003.

#### **9.5 Napomáhání k sebevraždě**

Protože všechny formy eutanazie vycházejí z „přání zemřít“, je nutné sem zahrnout i sebevraždu a napomáhání k sebevraždě. Napomáhání musíme oddělit od usmrcení na požádání, jelikož samotný čin vykonává sám sebevrah. Až do konce jedná podle svého rozhodnutí a vlastní odpovědnosti.

„Cicely Saundersová (1993) rozlišuje u touhy smrtelně nemocných lidí po eutanazii tři roviny, na kterých pomocníci musejí hledat odpověď: první rovina jako komunikační motiv, tj. pocit osamělosti, kdy člověk chce hovořit o tématu umírání a společně o tom přemýšlet; druhá jako výraz neštěstí, kdy člověk nechce s momentálním stavem dále *takto* žít, např. kvůli tělesným nebo duševním potížím; teprve na třetí rovině a pouze ve výjimečných případech znamená tato touha skutečně „zabij mě“.“ (26; s. 84). Aby nemocný nebyl usmrcen a jeho přání bylo respektováno, nabízí se hospicové doprovázení.

## **10 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÁ OTÁZKA**

### ***10.1 Cíl práce***

Zjistit rozdíly zdravotnické péče o nevléčitelné pacienty poskytované mobilním hospicem a ošetrovatelskou službou.

### ***10.2 Výzkumná otázka***

Jak se liší poskytovaná zdravotní péče?

## **11 METODIKA**

Kvalitativní šetření bylo prováděno u klientů mobilního hospice a charitní ošetrovatelské služby Červený Kostelec.

### ***11.1 Metoda výzkumného šetření***

Při zpracování praktické části této bakalářské práce byly použity výsledky šetření z kvalitativního výzkumu. Výzkum byl uskutečněn metodou dotazování technikou individuálního nestandardizovaného rozhovoru (příloha 2). Výzkumné šetření probíhalo během měsíce června července 2013.

Každý rozhovor trval přibližně 60 minut a byl zaznamenán pomocí diktafonu vždy se souhlasem klienta. Všichni dotazovaní byli klienty jak domácího hospice, tak i CHOS. Otázky v rozhovoru byly cílené ke zjištění rozdílu mezi těmito institucemi. Rozhovory s klienty byly zpracovány v souvislý text. Výsledné údaje z vlastního šetření byly zpracovány do grafů.

### ***11.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Výzkumný soubor tvořilo 5 klientů domácího hospice, dříve klienty CHOS. Všichni dotazovaní byli v terminálním stadiu rakoviny.

Jednalo se o tři ženy a dva muže ve věku od 63 do 79 let. Všichni dotazovaní znali svojí diagnózu a byli s ní smířeni. Délka jejich onemocnění se pohybovala od 2 měsíců do 9 let.

Tyto klienty mi vybrala vrchní sestra mobilního hospice, protože všichni byli v předchozím období klienty charitní ošetrovatelské služby a byli schopni a ochotni poskytnout rozhovor. Vypracovala si 16 klíčových otázek, na které jsem se ptala ústní formou a celý rozhovor nahrála na diktafon a následně přepsala v souvislý text.



## 12 VÝSLEDKY

### *12.1 Rozhovory s klienty*

#### *Klient 1*

Klientka Š. V., narozena v roce 1950. Diagnózu tumor colon transversum určili lékaři ve fakultní nemocnici Hradec Králové v lednu 2012. Klientka prodělala pravostrannou hemikolektomii a chemoterapii. Chemoterapie Avastin/FOLFOX 4 byla zkomplikována žilní trombózou a akutní pankreatitidou. Další diagnózy – arteriální hypertenze, dyslipidemie, chronická žilní nedostatečnost, cholecystolithiasis s dilatací extrahepatických biliárních cest, gonarthrosis, hemorhoidy zevní, myomatozní uterus a histologický nález dvou pozitivních uzlin. Klientka má jasné vědomí, je plně orientovaná, má dobrý sluch i zrak, narušenou řeč. Klientka je vdova, je v důchodu, momentálně s ní bydlí dcera. U klientky je riziko pádu, infekce při nedodržení zásad asepsy a prasknutí, propíchnutí cévy. Paní Š. V. byla klientkou CHOS na jaře 2013 16 dní. Sestry z CHOS kontaktoval praktický lékař, aby u klientky aplikovaly Fraxiparin a prováděly převazy. Sestra se u klientky zdržela nanejvýš 20min. Sestry byly milé, ale s ničím jiným klientce nepomohly. Nesměly. S péčí, kterou ji poskytly, byla spokojena, ale bylo jí málo. Jako výhody péče uvedla bezplatnost péče a nenarušení soukromí. Mezi nevýhody zařazuje málo péče, to že jsou sestry vázány jen na to, co jim řekne lékař. Klientka trpěla velkou chronickou bolestí a analgetika jí nepomáhaly. V tomto ohledu má s praktickým lékařem špatné zkušenosti. Dále to nechtěla rozvádět. Klientčin praktický lékař jí nic silnějšího nepředepsal. Při zhoršení stavu v červnu 2013 byla klientka na svoji žádost předána do péče domácího hospice. O této možnosti se dozvěděla od sester CHOS. Sestry z domácího hospice ke klientce dojíždějí 2x denně a poskytly jí komplexní ošetrovatelskou paliativní péči (kontrola stavu, měření fyziologických funkcí, převazy, aplikace léčebné terapie. Paní Š. V. je klientkou už 12 dní. Když jsem se klientky ptala na výhody péče CHOS řekla, že je ráda, že k ní dojížděly a aplikovaly Fraxiparin, byla ráda, že si ho nemusí učit aplikovat sama, jinak s porovnáním domácího hospice ji žádné jiné výhody nenapadly. Kdežto mezi výhody domácího hospice zahrnuje celkovou péči sester a jejich lékaře. Netrpí bolestmi a má

celkovou péčí. Mezi nevýhody domácího hospice zahrnuje, nutnost stálé přítomnosti dcery a finanční stránku. Péče CHOS je celkově hrazená pojišťovnou, ale péče domácího hospice ne. Hrazení péče zatím zvládá. Klientka byla a je spokojena s oběma institucemi.

#### *Klient 2*

Klientka K. M., narozena 1940. Paní K. M. bydlí s manželem, který se o ni stará. Klientka se diagnózu dozvěděla v květnu 2013, když byla přijata na chirurgii pro náhle vzniklý obstrukční ileus a při UZ a CT břicha přišli na prokazující dilataci žlučových cest, tumor hepatocholedochu a metastázy v játrech a lymfatických uzlinách. Chemoterapii neprodělala. Další diagnóza flebotrombóza PDK. Lékaři v nemocnici doporučili ambulanci bolesti v hospici v Červeném Kostelci. Po propuštění z nemocnice byla klientka v péči CHOS 8 dní, kvůli aplikaci hexanu a převazu ulcus cruris na LDK. Klientka byla s péčí spokojena, sestra u klientky strávila přibližně 20 min. Za výhody péče CHOS považuje, že nemusí nikam docházet, že k ní sestry přijedou domů. Žádné nevýhody ji nenapadly. S praktickým lékařem žádnou špatnou zkušenost nezaznamenala, od propuštění z nemocnice patřila do péče ambulance bolesti, proto žádnou bolestí netrpěla. Kvůli zhoršení stavu byla předána do péče domácího hospice. O domácím hospici se dozvěděla v ambulanci bolesti. Sestry z domácího hospice ke klientce dojížděly dvakrát denně, pokaždé jí poskytly komplexní ošetrovatelskou péči. S péčí byla spokojena. Za velké výhody CHOS považuje zachování soukromí (sestra se nikdy nezdržela moc dlouho, nic ostatního kromě práce ji nezajímalo) a bezplatnost péče. Za výhody domácího hospice považuje zlepšení stavu, jsou stále na telefonu a zmírnění nevolností a za nevýhody placení péče. Hrazení péče zvládají. Klientka 14 dní po rozhovoru zemřela. Byla klientkou domácího hospice 28 dní.

#### *Klient 3*

Klient A. M., narozen 1934. Bydlí s manželkou a dcerou, které se o něho starají. Klient se o své dg. adenokarcinom colon ascendent dozvěděl už v roce 2004. Téhož roku proděl hemikolektomií vpravo i chemoterapii. V roce 2006 mu resekovali játra pro

metastázu a prodělal znovu chemoterapii. V listopadu 2011 klientovi znovu diagnostikovali metastázy v játrech a v retroperitoneálních lymfatických uzlinách. Opět prodělal chemoterapii, ale na CT se objevily vícečetné metastázy na peritoneu prorůstající do jater – znovu chemoterapie. Onkologická léčba byla vyčerpána a nasazena paliativní symptomatická léčba. Další dg. Arteriální hypertenze, DM 2. Typu, hyperlipidémie, recidivující iCMP okcipitálně vpravo, hypertrofie prostaty. Pan A. M. v péči CHOS na jaře 2013 19 dní, sestry u klienta prováděly RHB 3x týdně 50min. a někdy odběr krve. Jako výhody CHOS považuje bezplatnost péče a to, že nemusí nikam dojíždět nebo že nemusí být v nemocnici. Když teď může srovnávat péče, tak mezi nevýhody CHOS zařazuje málo péče. Kdyby nepoznal péči v domácím hospici, tak by ho nevýhody nenapadly, byl rád, že k němu dojížděly sestry. Kvůli progredujícímu kašli s expektorací zeleného sputa byl klient přijat do nemocnice, nasazen ATB. Při propouštění byla klientovi doporučena hospicová péče. Hned druhý den se stal klientem domácího hospice. Klientem je zatím 34 dní. U klienta návštěva domácího hospice probíhala 1hod. 3x denně. Poskytuje klientovi komplexní ošetrovatelskou paliativní péči (kontrolu stavu, měření FF, převazy, aplikace léčebné terapie, odběr biologického materiálu). Klient je plně orientován, hrozí riziko pádu, vzniku dekubitů a alergická reakce na použitou látku. Zkušenosti s praktickým lékařem má dobré, na žádný problém si nevzpomíná. Mezi výhody domácí péče zahrnuje celkovou péči, že se o nic nemusí starat, všechno obstarají sestry. Za velkou výhodu považují příjezd sociální pracovníce a popovídání si s psychologem a za nevýhody domácí péče považuje placení a hrazení si léků. Péči po finanční stránce zatím zvládá. Klient i jeho rodina byli spokojeni s oběma institucemi, každá je ale jiná.

#### *Klient 4*

Klient J. O., narozen 1949, bydlí s manželkou. Diagnóza tumor levé plíce od prosince 2006. Středně diferencovaný adenoskvamozní karcinom. Klient je po horní lobektomii vlevo a po adjuvantní chemoterapii, radioterapii a biologické léčbě Tarcevou. Léčbu mu ale ukončili 4/2012 pro progresi onemocnění. Ostatní diagnózy – arteriální hypertenze, CHOPN III. St. Pan J. O. byl klientem CHOS nárazově, sestry

z CHOS ke klientovi dojížděli na krevní odběry. Byl klientem 15 dní. S péčí byl spokojen, protože sestra byla vždy milá a on nemusel dojíždět k praktickému lékaři, to bere i jako výhodu péče. Z tohoto důvodu má s praktickým lékařem zkušenosti dobré, na druhou stranu trpěl dušností a bolestí, kterou nezvládal se stávající terapií, lékař mu nechtěl nic silnějšího předepsat. Za nevýhody považuje, že mu sestry nemohly s ničím pomoci, vždy jen nabraly krev a odjely. Po opakovaných hospitalizacích, klientovi doporučili hospic. V hospici neměli místo a doporučili jim domácí hospic. Klientem domácího hospice byl pětkrát, vždy při zlepšení stavu, přerušili s manželkou péči. Celkem byl klientem domácího hospice 29 dní. S péčí byl velmi spokojen, protože se mu vždy ulevilo od bolesti a nevolnosti a sestry mu zpříjemnily odchod ze života. Mezi nevýhody zahrnul placení péče. Péči zatím po finanční stránce zvládá. Klient zemřel 5 dní po mém rozhovoru.

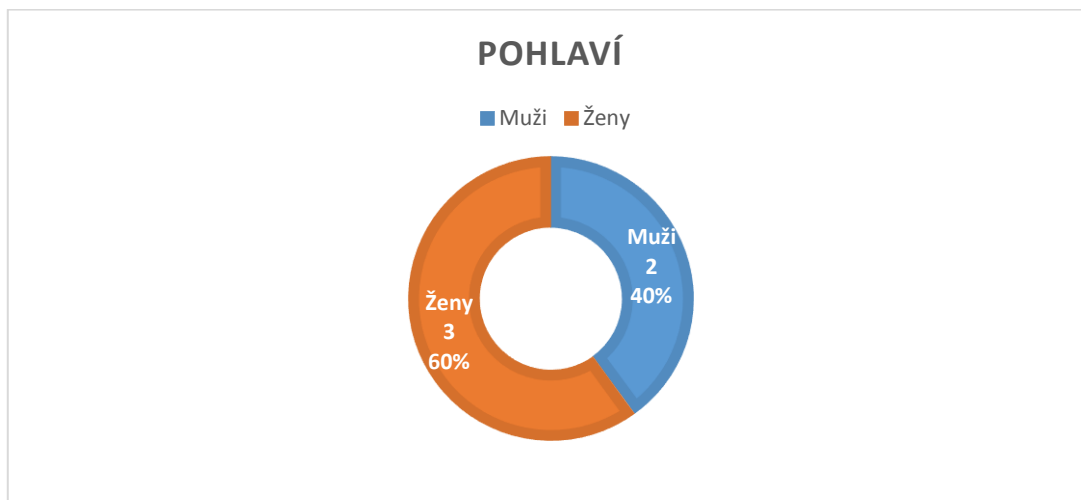
#### *Klient 5*

Klientka Z. V., narozena 1940, bydlí se synem. Diagnózu – adenokarcinom sliznice tlustého střeva, reaktivní změny v lymfatických uzlinách se klientka dozvěděla v 8/2010, hned ji provedli resekci sigmatu a nastavili adjuvantní chemoterapii. Další diagnózy – metastázy v játrech, chronické renální selhání, porucha glukózové tolerance, obezita, levostranná hemiplegie a levostranný neglect syndrom, recidivující poruchy vědomí s křečemi. Po propuštění z nemocnice v péči CHOS z důvodu RHB, převaz dekubitů. Sestry z CHOS ke klientce jezdily obden a strávily u klientky 75 min. S péčí byla klientka spokojena, ale byla nedostačující kvůli bolestem. Praktický lékař ji předepsal pouze analgetika, která ji na bolest nestačila. O svém praktickém lékaři se nechtěla radši vyjadřovat. V péči CHOS byla klientka 21 dní. Jako výhody uvedla bezplatnost péče a to, že nikam nemusela dojíždět. Pro zhoršení stavu přijata do nemocnice, tam ji kvůli bolesti doporučili ambulanci bolesti a tak se dostala k domácímu hospici. Sestry z domácího hospice ke klientce dojíždějí 2x denně a poskytují jí komplexní ošetrovatelskou paliativní péči (kontrola stavu, aplikace léčebné terapie, polohování, převazy dekubitů, cévkování, zaučování rodiny aplikace inj. s.c.). Paní Z. V. je zatím klientkou domácího hospice 66 dní, s péčí je velmi spokojená, nic ji

nechybí a nebolí. Jako nevýhodu vidí v tom, že s ní musí být pořád člen rodiny, jí osobně to nevadí a je ráda, ale nechce být závislá a musí být. Za velkou výhodu bere to, že může být v klidu domova a že tam může i v klidu zemřít. Po finanční stránce by to bylo těžký, kdyby její syn nebyl podnikatel. Dokázal si zařídit, že může pracovat z domova a peníze jim nechybí.

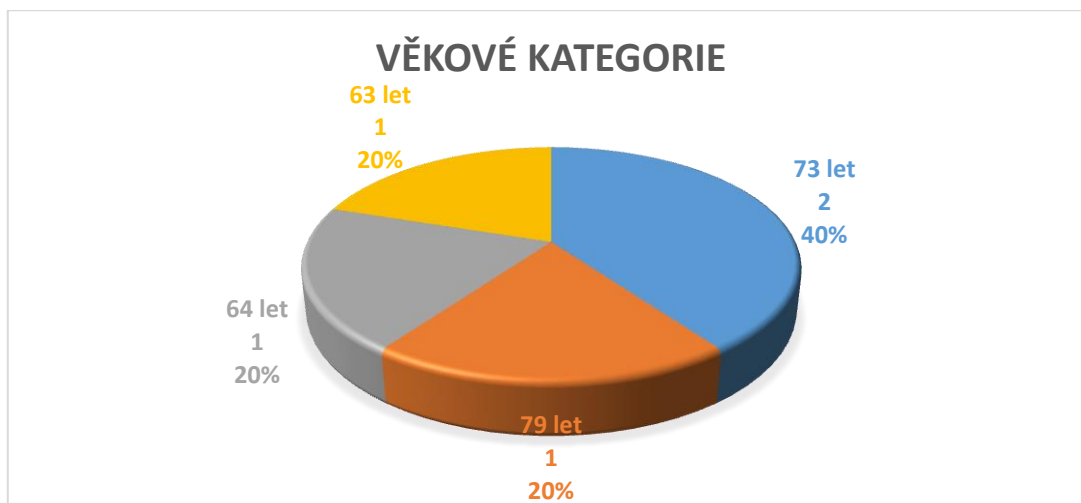
## 12.2 Grafy a výsledky rozhovorů s klienty

### 1) Pohlaví



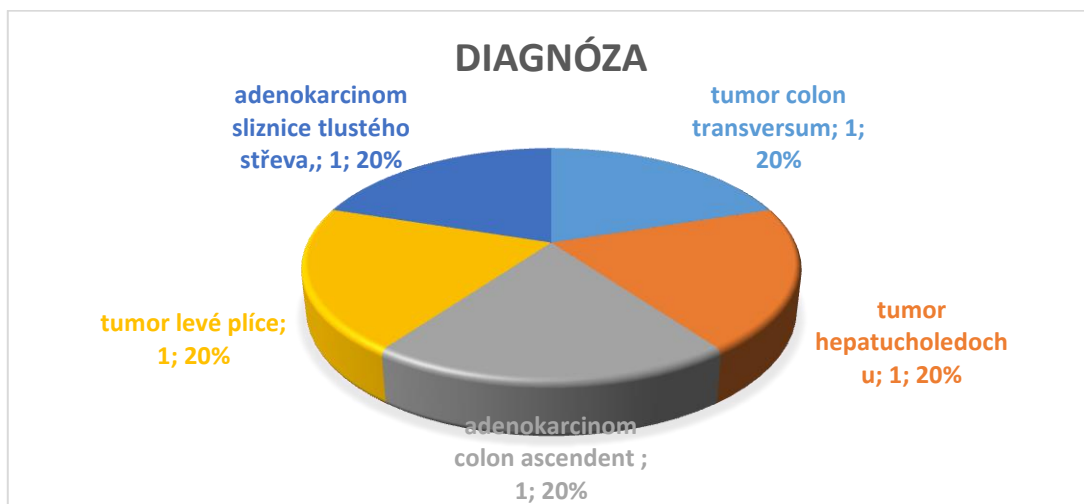
Z grafu vyplívá, že mezi dotazovanými byly 3 ženy a 2 muži.

### 2) Věková kategorie



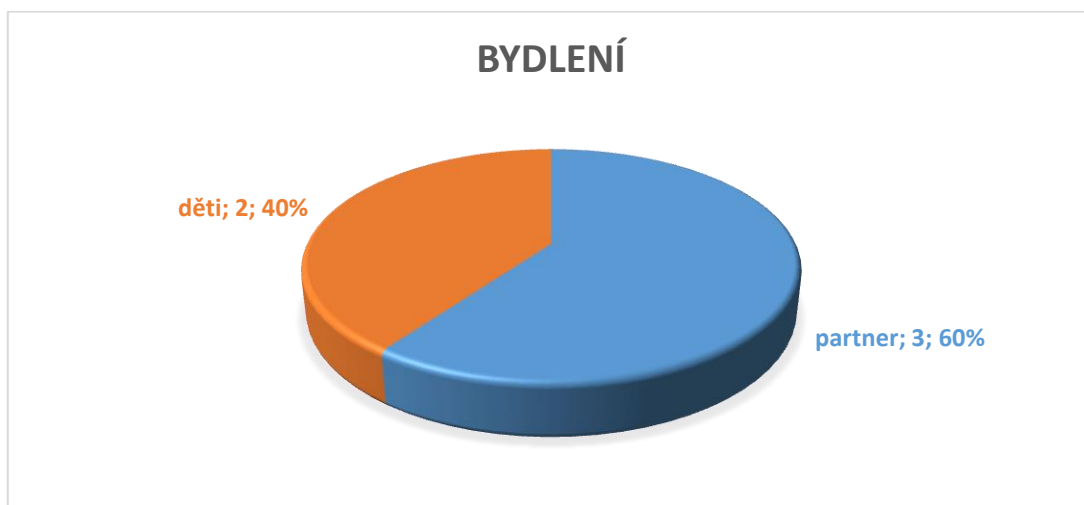
Z grafu vyplívá, že 1 klientovi bylo 63 let, 1 klientovi 64 let, 1 klientovi 79 let a 2 klientům 73 let.

### 3) Diagnóza



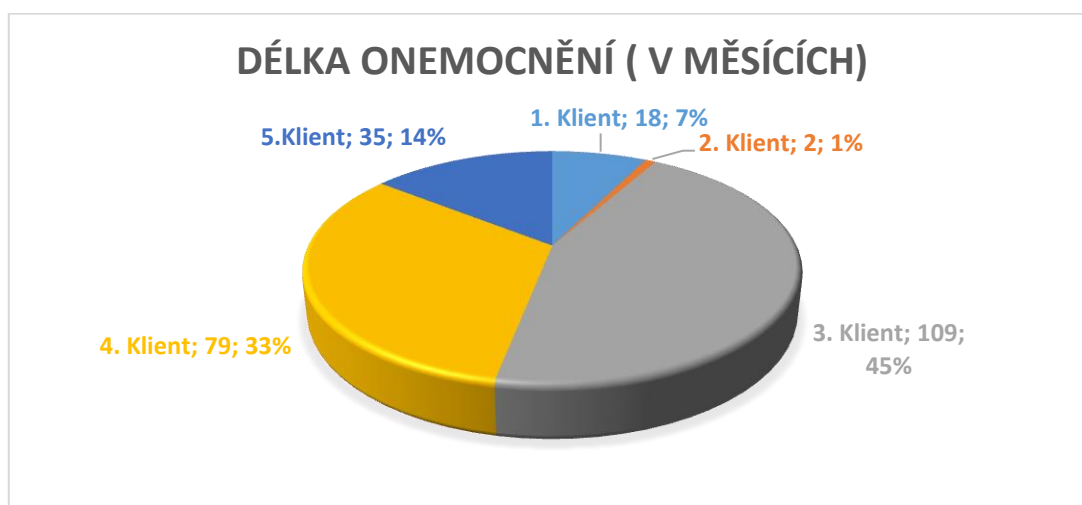
Z grafu vyplívá, že každý dotazovaný má jinou diagnózu.

### 4) Bydlení



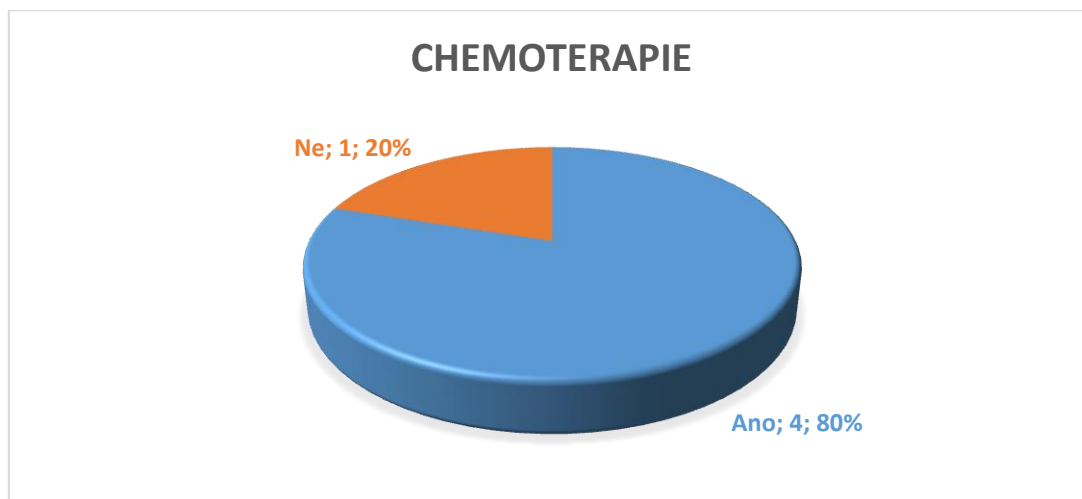
Z grafu vyplívá, že 3 klienti bydlí se svým partnerem a 2 klienti se svými dětmi.

## 5) Délka onemocnění



Z grafu vyplívá, velmi rozdílná délka onemocnění. 1. klient 18 měsíců, 2. klient 2 měsíce, 3. klient 109 měsíců, 4. klient 79 měsíců a 5. klient 35 měsíců.

## 6) Prodělaná chemoterapie



Z grafu vyplívá, že kromě 1 klienta všichni prodělali chemoterapii.

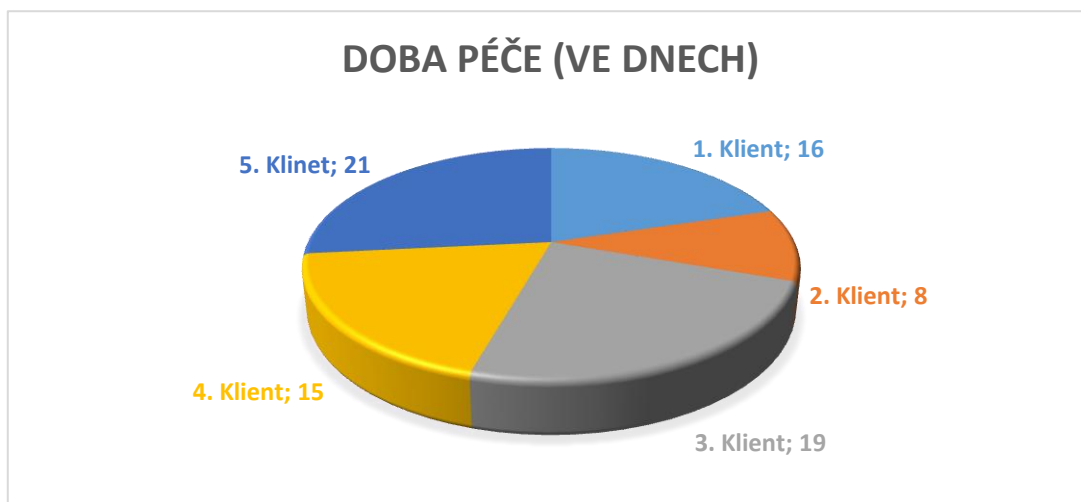


7) Klient CHOS7



Z grafu vyplívá, že všichni dotazovaní byli klienty charitní ošetrovateľské služby.

8) Jak dlouho jste byl/a klientem/kou CHOS?



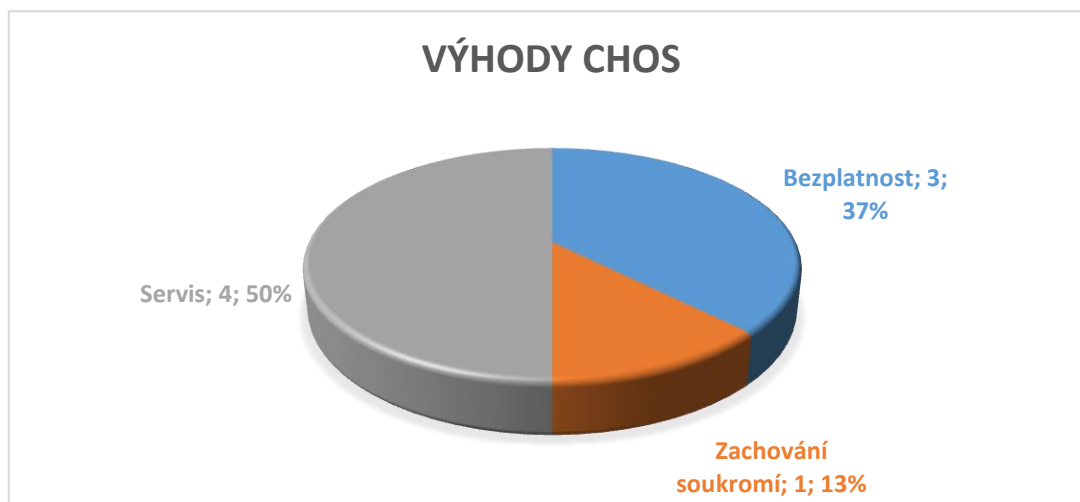
Z grafu je vidět, že dotazovaní nemocní byli klienty charitní ošetrovateľské služby od 8 dní do 29 dní.

### 9) Spokojenost s péčí CHOS



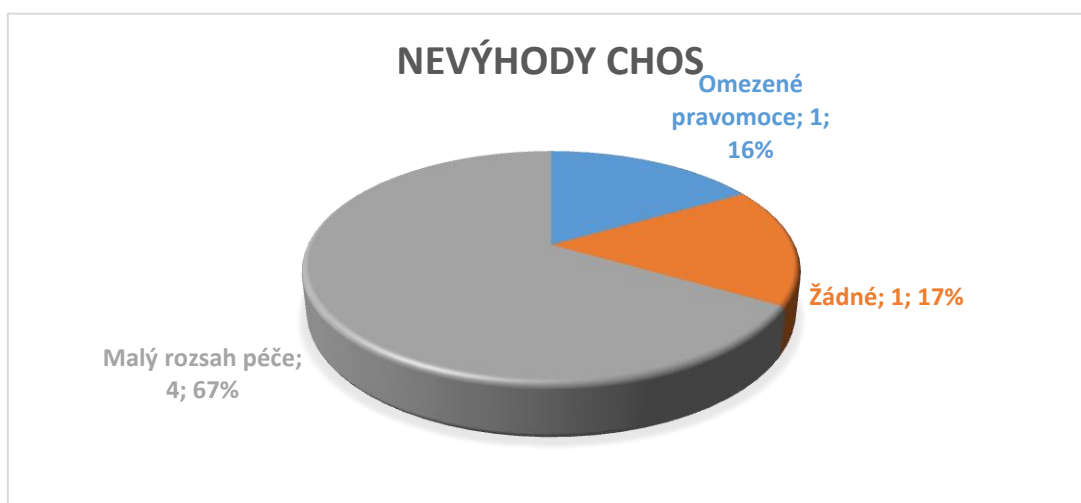
Z grafu vyplívá, že všichni dotazovaní byli s péčí charitní ošetrovatelské služby spokojeni.

### 10) Výhody v péči CHOS?



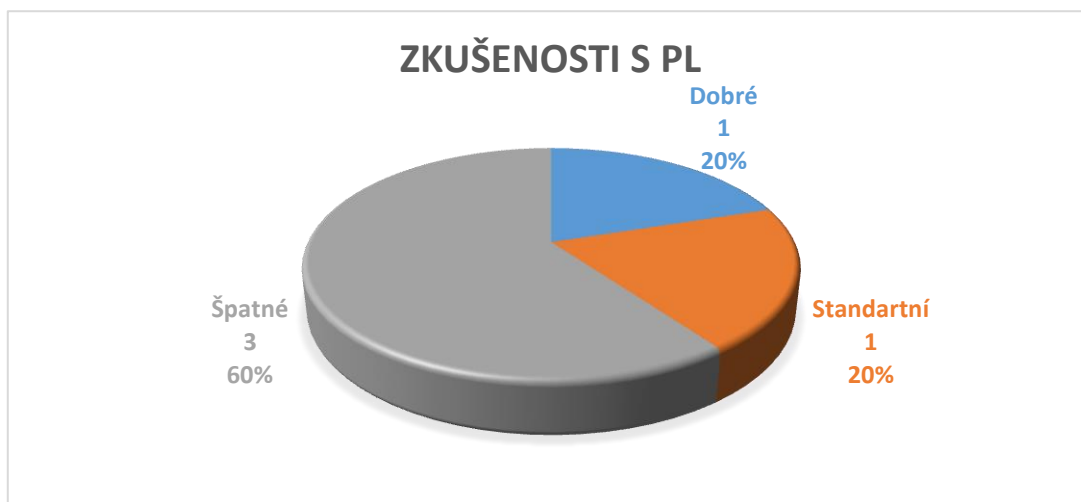
Klienti charitní ošetrovatelské služby, jako výhody uvedli servis (to, že nemusí nikam dojíždět), bezplatnost a zachování soukromí.

### 11) Nevýhody v péči CHOS?



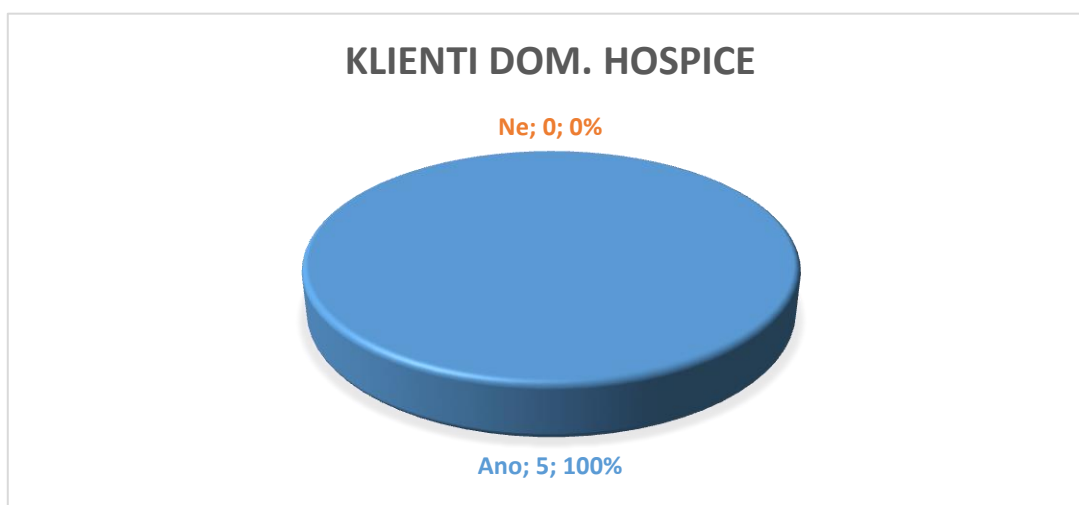
Za nevýhody charitní ošetrovatelské služby 1 klient považuje omezené pravomoci sester, 1 žádné nevýhody nevidí a 4 klienti uvedli malý rozsah péče.

### 12) Zkušenosti s praktickým lékařem



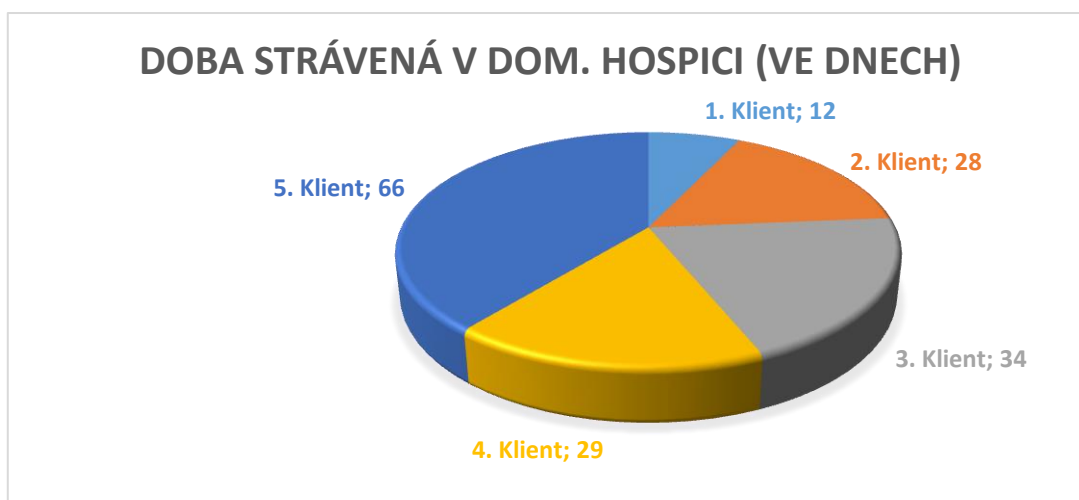
Z grafu je vidět, že 1 klient má s praktickým lékařem zkušenosti dobré, 1 standardní a 3 klienti špatné zkušenosti.

### 13) Klient domácího hospice



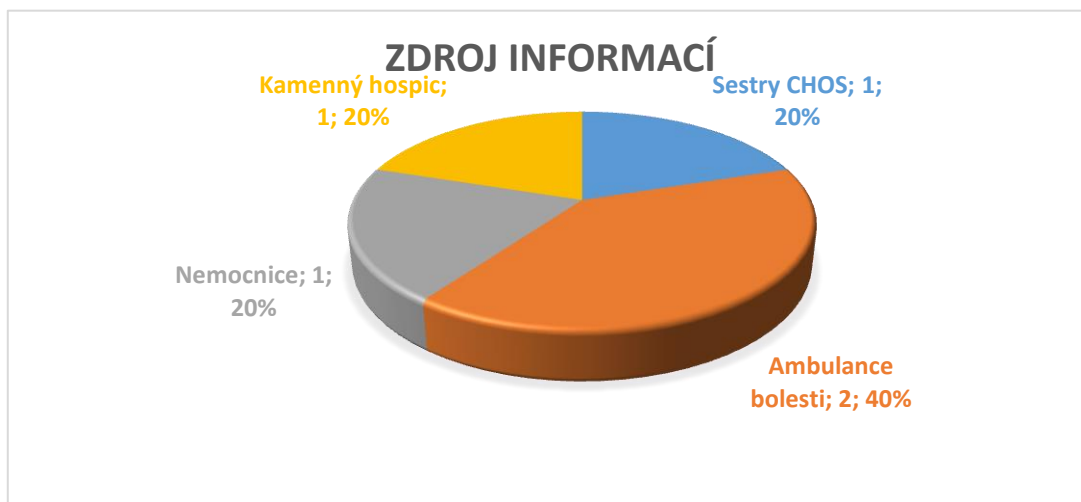
Z grafu vyplívá, že všichni dotazovaní byli klienty domácího hospice.

### 14) Délka péče domácího hospice



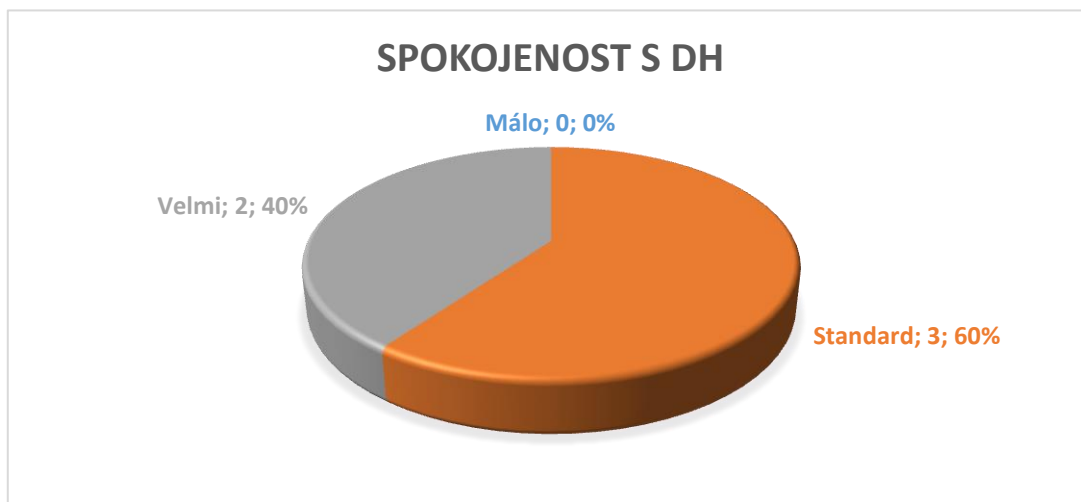
Z grafu vyplívá, že nemocní byli klienty domácího hospice od 12 dní do 66 dní.

### 15) Získání informací o domácím hospici



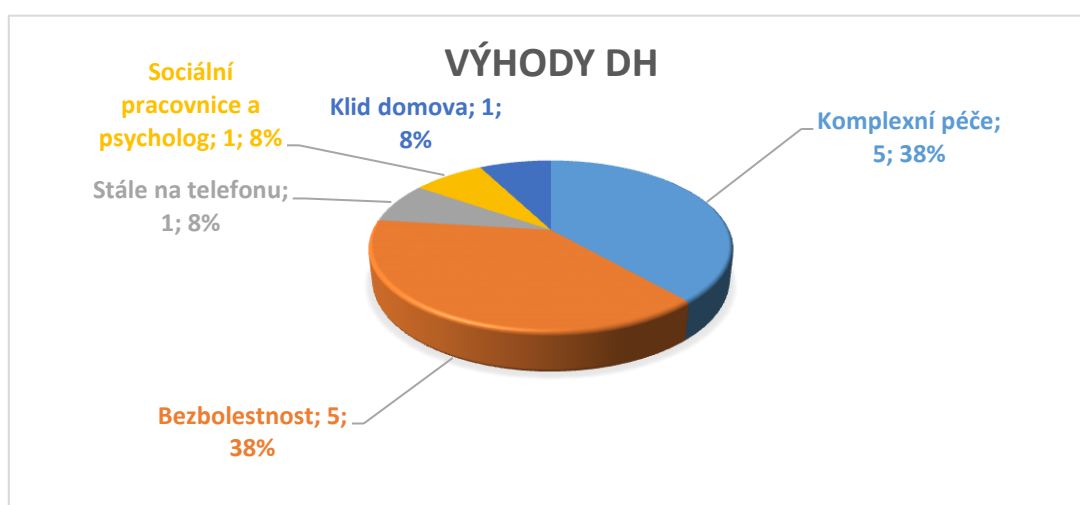
Z grafu vyplývá, že se 1 klient dozvěděl o domácím hospici od sestry z charitní ošetrovatelské služby, 2 klienti z ambulance bolesti, 1 klient v nemocnici a 1 klient v kamenném hospici.

### 16) Spokojenost s domácím hospicem



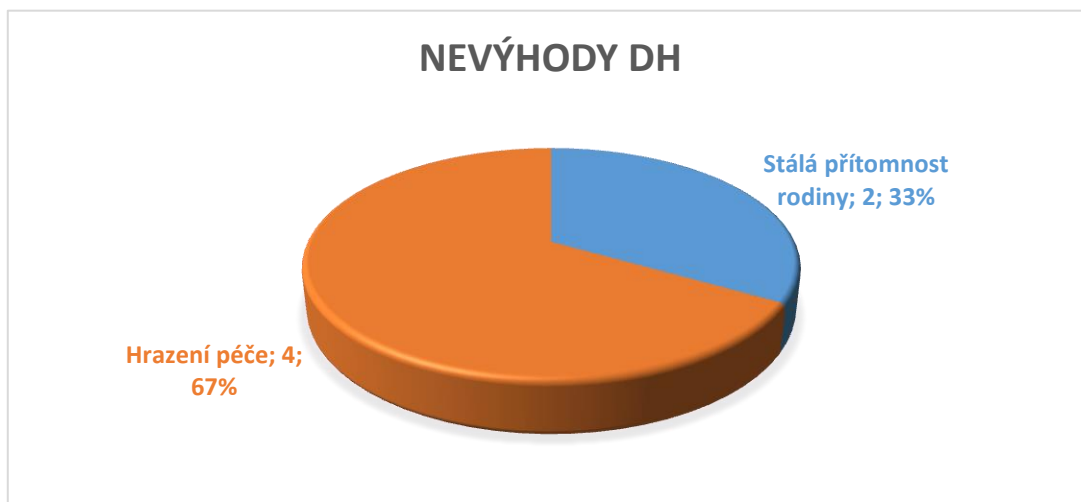
Z grafu je vidět, že 3 klienti byli spokojeni s péčí domácího hospice a 2 klienti velmi spokojeni s péčí domácího hospice.

## 17) Výhody domácího hospice



Z grafu je vidět, že všichni klienti jako výhodu domácího hospice považují komplexní péči a netrpí bolestí, 1 ještě uvedl, že jsou sestry stále na telefonu, 1 uvedl jako výhodu návštěvu sociální pracovnice a psychologa a 1 mezi výhody zařadil, že může být v klidu domova.

## 18) Nevýhody domácího hospice



Z grafu vyplývá, že klienti vidí jako nevýhody stálost rodiny a hrazení péče.

## 19) Zvládání finanční stránky



Z grafu je vidět, že zatím všichni klienti domácí hospicovou péči finančně zvládají.

### 13 DISKUSE

Z důvodu nenalezení adekvátního výzkumu pro srovnání výsledků, jsou výsledky rozhovorů porovnány pouze mezi sebou a rozhovorem s vrchní sestrou mobilního hospice. Pro přehlednost jsou výsledky rozděleny do několika skupin a následně komentovány.

Hlavním a jediným cílem bylo zjistit rozdíly v poskytované péči mobilním hospicem a charitní ošetrovatelskou službou. Z rozhovorů s klienty moc rozdílů nevyplynulo, zato z rozhovoru s vrchní sestrou z domácího hospice vyplynula spousta rozdílů.

Výzkumná otázka zněla: *Jak se liší poskytovaná zdravotní péče?* Z výzkumu vyplynulo, že se liší už jen v době trvání a intervalech návštěv. Sestry z charitní ošetrovatelské služby u klienta stráví zhruba pětinu času než sestry z domácího hospice. Sestry z charitní ošetrovatelské služby splní pouze pokyny praktického lékaře, zatímco sestry z domácího hospice poskytují komplexní péči (komplexní ošetrovatelskou péči, vyřízení všech potřebných formulářů a smluv, dovezení a odvezení potřebných kompenzačních pomůcek atd.). Proto by měla být vnímavá, aby jí neunikla žádná změna v chování, být velice soustředěná na činnosti, které vyžadují přesnost, jako je podávání léků, umět se správně rozhodnout, rychle a samostatně řešit nenadálé situace např. zástava dechu pacienta nebo ztráta vědomí (1). Většina nevyлéčitelně nemocných trpí bolestmi, které je nutné odstraňovat pomocí opiátů. Klienti domácího hospice nepocítují žádné bolesti nebo jen minimální, protože jim lékař hospice předepíše vše potřebné k zvládnání nemoci. Někteří praktičtí lékaři však nejsou vždy ochotni opiáty lidem v domácím prostředí předepsat (42, 43). Velmi málo onkologů a praktických lékařů informuje své klienty a jejich blízké o možnosti využití mobilní hospicové péče.

Další odlišností je finanční stránka, jak je patrné z grafu č. 18. Charitní ošetrovatelská služba je plně hrazena pojišťovny, kdežto mobilní hospic si klient z velké části hradí sám. Platí denně 100 Kč, které jdou na placení telefonů mobilního hospice, částečnou mzdu sociálního pracovníka a psychologa. Také si plně hradí morfin (47).



Když byli klienty charitní ošetrovatelské služby, mohli být nemocní doma sami a všem to bylo jedno, ale když se stali klienty domácího hospice, musel s nimi doma být nějaký rodinný příslušník. Z výzkumu vyplynulo, že to nejčastěji bývá partner nebo potomek, graf č. 4. Domácí hospic má totiž ve smlouvě, že s nemocným doma musí někdo být. Nesplnění tohoto požadavku je důvod k odstoupení smlouvy a zrušení péče (47).

Rozdílly jsou i v délce poskytované služby. Klientem charitní ošetrovatelské služby byli nemocní průměrně 20 dní, kdežto klientem domácího hospice průměrně 1 – 2 měsíce, graf č. 14. Služeb mobilního hospice klienti a jejich blízcí využívají v průměru déle než měsíc. Kolik zaměstnavatelů umožní svým zaměstnancům zůstat se svým blízkým doma po dobu delší než měsíc? Příbuzní to řeší výběrem dovolené, pokud mají dobrého praktického lékaře, tak i pracovní neschopností nebo si zažádají o uvolnění ze zaměstnání na devět dní, ale tak krátká doba většinou nestačí (7).

Pro zaměstnance mobilního hospice je velkou úlevou a šetřením času pro další klienty, pokud nemusí při každé bolesti či jiné obtíži osobně klienta navštívit a podat potřebný lék k odstranění problému, např. analgetikum, antiemetikum,... Avšak ne všichni blízcí mají odvahu aplikovat také injekční léky (47).

Když shrneme celou teoretickou část a výzkum vyjdou nám tyto rozdíly: Součástí týmu mobilního hospice je lékař se specializací na paliativní medicínu a léčbu bolesti, sociální pracovník, psycholog a sestry (z části hrazeno zdravotními pojišťovnami). V charitní ošetrovatelské službě jsou v týmu pouze sestry (plně hrazeno zdravotními pojišťovnami). U mobilního hospice všeobecné sestry poskytují komplexní ošetrovatelskou péči v rozsahu předepsané péče jejich lékařem (hrazeno zdravotními pojišťovnami). V charitní ošetrovatelské službě všeobecné sestry poskytují ošetrovatelskou péči v rozsahu předepsané péče praktickým lékařem (hrazeno zdravotními pojišťovnami). Všeobecné sestry mobilního hospice drží pohotovost na telefonu a jsou připravené kdykoliv vyrazit za klientem. Všeobecné sestry charitní ošetrovatelské služby jedou za klientem jen na pokyn praktického lékaře a to jen v době od 7 do 19 hodin. U domácího hospice je nutná podpora pečujícího rodinného příslušníka, kdyžto u charitní ošetrovatelské služby není nutno. Domácí hospic půjčuje podpůrné a léčebné pomůcky, kdyžto

charitní ošetrovatelská služba ne. Nemocný, aby se stal klientem domácího hospice, vyplňuje Žádost o přijetí pacienta do mobilního hospice Anežky České v Červeném Kostelci a sepisuje se sestrou Smlouvu o podmínkách poskytování mobilní hospicové péče plus Svobodný informovaný souhlas klienta. Tyto dokumenty se s charitní ošetrovatelskou službou neseписují. Domácí hospic zvládne poskytnout péči pouze 5 klientům, na rozdíl od charitní ošetrovatelské služby, která má najednou 40 – 50 klientů.

Sestry mobilního hospice používají kódování služeb stejné jako charitní ošetrovatelská služba, ale je to pro ně nedostačující (47).

## 14 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na porovnání péče dvou institucí, mobilního hospice a charitní ošetrovatelské služby. Pro zpracování tématu byl stanoven cíl, který měl zjistit rozdíly zdravotnické péče o nevléčitelné pacienty.

Cíl práce byl splněn. Z výzkumného šetření vyplynuly rozdíly v poskytované péči. Rozdíl v délce trvání a intervalech návštěv, finanční stránka, v poskytování péče, mírnění bolesti.

Šetření bylo prováděno metodou kvalitativního výzkumu, technikou individuálního nestandardizovaného rozhovoru. Výzkumný soubor tvořilo 5 nemocných v terminálním stadiu rakoviny, kteří byli klienty obou institucí.

Výsledky výzkumného šetření budou předány vrchním sestřám obou institucí. Tato práce by mohla upozornit na rozdíly v poskytované péči a oddělit je od sebe. Vytvořit nové kódování poskytovaných služeb, aby si klienti domácího hospice nemuseli v takové míře hradit péči.

## 15 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAŠTECKÁ, B a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003. 420s. ISBN 80-7178-735-3.
2. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 279s. ISBN 80-7178-774-4.
3. MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. 257s. ISBN 382-128-00.
4. STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2003. 50s. ISBN 80-7013-263-9.
5. ROZSYPALOVÁ, M., STAŇKOVÁ, M. *Ošetřovatelství I/1.: pro střední zdravotnické školy*. 3.vyd. doplněné aktualizované. Praha: Informatorium, 1999. 234s. ISBN 80-86073-39-4.
6. FEHLAU, E. *Konflikty v práci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 112 s. ISBN 80-247-0533-8.
7. JAKUBKA, J. *Zákoník práce 2010 – s výkladem*. 11.vyd. Praha: Grada, 2010. 96s. ISBN 978-80-247-3366-1.
8. MASTIALIKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství: 1. díl – systémový přístup*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2002. 187s. ISBN 80-246-0429-9.
9. LINET. *Vzdělávání je pro sestry klíčové*. [on-line], [cit. 2013-05-14]. Dostupné z: <http://www.linnet.cz/zdravotnicka-technika/o-spolecnosti/casopis-komfort/Komfort-2-2006/27714/Vzdelani-je-pro-sestry-klicove>
10. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetřovatelství – teorie*. 1.vyd. Martin: Osvěta, 2006. 211s. ISBN 80-8063-227-8.
11. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Platná znění právních z předpisů*. [on-line], [cit. 2013-05-26]. Dostupné z:

<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Categories/961-platna-zneni-pravnich-predpisu.html>

12. NERUDOVÁ, I. *Moderní sestra v moderní době*. [on-line], [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/cislo.php?stat=161>
13. BÁRTLOVÁ, S. *Dny Marty Staňkové III. Celoživotní vzdělávání sester*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006. 113s. ISBN 80-7262-434-2.
14. ZÁBLESKÁ, M., KINDLOVÁ, M. *Nové trendy III. Motivace sester k celoživotnímu vzdělávání*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2004. 317 s. ISBN 80-7040-705-0.
15. POCHYLÁ, K. *České ošetřovatelství. Koncepce českého ošetřovatelství*. 2. Přpracované vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 183 s. ISBN 80-7013-420-8.
16. *Registr (zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu)*, [on-line], [cit. 2013-05-01]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/>
17. BÁRTLOVÁ, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s.
18. BÁRTLOVÁ, S.: Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. 9, č. 3, s. 126–128.
19. BÁRTLOVÁ, S.: Pracovní spokojenost zdravotních sester v České republice. *Zdravotnictví v České republice*. Praha: 2006, roč. 9, č. 4, s. 166–169.
20. POLÁCHOVÁ, E. *Bakalářská práce – Role sestry v ambulantní terapii revmatoidní artritidi*.
21. KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena pro zdravotní sestry*. 2.vyd. Praha: Grada, 2004. 80s. ISBN 80-247-0784-5.

22. ŠTĀŇKOVÁ, M. *Základy teorie ošetrovatelství: učební texty pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Karolinum, 1996. 193s. ISBN 80-7184-243-5.
23. ŠISLÁKOVÁ, P. *Udržování duševního zdraví sestry*. In *sestra*, 2006, roč.16, č.7-8, s.20. ISSN 1210-1410.
24. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR (Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi)*. Praha: Cesta domů, 2004, 48 s. ISBN 80-239-4330-8.
25. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000.
26. STUDENT, J., MUHLUM, A., STUDENT, U. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1.vyd. Praha: H a H Vyšehradská, 2006. 161s. ISBN 80-7319-038-9.
27. MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající – Hospicová péče*. Národní centrum domácí péče České republiky ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky a Magistrátem Hlavního města Prahy, 1998, 36 s.
28. DRAHOŇOVSKÝ, F., PINKAVA, J. *Červený Kostelec – město bohatých tradic*. 1.vyd. Velké Poříčí: Tiskárny B.N.B., 2011. 223s. ISBN 978-80-260-0745-6.
29. BRABEC, L. *Křesťanská thanologie*. Praha:Gema89, 1991, 118 s. ISBN 80-852206-06-4.
30. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. *Paliativní medicína pro praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2007, 362s. ISBN 978-80-7262-505-5.
31. Pracovní skupina MZČR s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy hospicové paliativní péče* 1. vydání-duben 2007, 36 s.
32. HAŠKOVCOVÁ, H. *O hospicovém programu.*, [on line] [cit. 2013-06-13] Dostupné na [http://www.vesmir.cz/soubory/1999\\_V046-049.pdf](http://www.vesmir.cz/soubory/1999_V046-049.pdf)
33. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 3.vyd. Praha: Ecce Homo, 1995, 144s. ISBN 80-902049-0-2.

34. VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 480 s. ISBN 80-7169-437-1.
35. <http://www.ochck.cz/res/data/017/002438.pdf/> [cit. 2013-06-15]
36. <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/> [cit. 2013-06-15]
37. ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š. *Standardy domácí paliativní péče*. 1.vyd. Praha: Cesta domů, 2004, 35 s. ISBN 80-239-4329-4.
38. Pracovní skupina MZČR s Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. *Standardy hospicové paliativní péče* 1. vydání-duben 2007, 36 s.
39. TŘEŠŇÁK, P., *O smrti a paragrafech*. [on line] [cit. 28.10.2007] Dostupné na WWW<<http://www.cestadomu.cz/index.php?lang=cs&cmd=page&id=57&item=143>>
40. PENSON, J., FISHER, R. *Palliative Care for People With Cancer*. Second Edition. London: Arnold, 1991, 357 s. ISBN 0-340-61-391-2.
41. LORMAN, J. *O životě má mluvit ten, kdo je na jeho konci*. Křesťanský týdeník Č. 40, ročník 18
42. DIVIŠKOVÁ, P. *Zkušenost rodinných příslušníků s hospicovou péčí*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2002. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové.
43. *Aby bolest neničila život*. Mladá fronta DNES [on line] [cit. 2013-06-20] Dostupné na WWW <http://www.linkaprotiboolesti.cz/index.php?id=080110>
44. STÁRKOVÁ, K. *Někteří pacienti trpí bolestí zbytečně*. [on line] [cit. 2013-06-21] Dostupné na WWW<<http://zdravi.centrum.cz/zpravy/2006/9/28/clanky/nekteri-pacienti-trpi-bolesti-zbytecne/>>
45. MYSLIVCOVÁ, N. *Linka proti bolesti*. [on line] [cit. 2013-06-21] Dostupné na WWW<<http://zdravi.doktorka.cz/linka-proti-bolesti/>>
46. CHODACKI, A. *Osobní svědectví*. [on line] [cit. 2013-06-21] Dostupné na WWW<<http://www.chronickabolest.cz/detail.php?id=63>>
47. Rozhovor s vrchní sestrou domácího hospice Ivou Valerovou (16. 7. 2013).

48. KUTNOHORSKÁ, J. *Historie ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 208s. ISBN 978-80-247-6628-7.
49. HANNEZEL, M. *Smrt z blízka, umírající nás učí žít*. 1.vyd., Praha: ETC Publishing, 1997, 134 s. ISBN 80-86006-15-8.
50. Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Standardy hospicové paliativní péče 1. vydání – červen 2006. [on line] [cit. 2013-06-22] Dostupné na WWW<<http://www.asociacehospicu.cz/download/standardy.doc>>
51. SMOLKOVÁ, M. *Pětileté zkušenosti zdravotní sestry z 1. českého hospice*. Manuál 1. mezinárodní konference Ošetrovatelství, 3. - 4. 9.1998 Olomouc, 149s.
52. SVOBODOVÁ, V. *Současné možnosti a hlavní problémy lůžkové hospicové péče*. Seminář Perspektivy hospicové paliativní péče - Lichtenšternský palác 11. 12. 2007. [on line] [cit. 2013-06-2] Dostupné na WWW<[http://hospice.cz/hospice1/data/php07\\_luzkovy\\_hospic.doc](http://hospice.cz/hospice1/data/php07_luzkovy_hospic.doc)>
53. Výroční zpráva 1997, Diecézní charita Hradec Králové.
54. Výroční zpráva 1998, Farní charita Červený Kostelec.
55. Rozhovor s vrchní CHOS Štěpánkou Martincovou (16. 3.2 013).

## 16 KLÍČOVÁ SLOVA

Sestra

Kompetence



Hospic

Domáci hospic

Charitní ošetrovatelská služba

Odborná kvalifikace

Paliativní péče

## **17 PŘÍLOHY**

### **Seznam příloh**

- 1) Hospice v ČR
- 2) Otázky pro kvalitativní šetření

- 3) Žádost o přijetí do mobilního hospice Anežky České v Červeném Kostelci
- 4) Svobodný informovaný souhlas klienta
- 5) Smlouva o podmínkách poskytování mobilní hospicové péče
- 6) Pohotovostní telefonní linka
- 7) Půjčovna podpůrných a léčebných pomůcek
- 8) Rozdíl mezi domácí zdravotní péčí a mobilním hospicem

### **Příloha 1 – Hospice v ČR**

V dnešní době funguje 15 kamenných hospiců (Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, Hospic Citadela – dům hospicové péče ve Valašském Meziříčí, Hospic Dobrého Pastýře Čerčany, Hospic Frýdek – Místek, Hospic Malovická, Hospic na Svatém Kopečku Olomouc, Hospic

Smíření, Chrudim, Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic sv. Jana N. Neumana v Prachaticích, Hospic sv. Lazara v Plzni, Hospic sv. Lukáše Ostrava, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, Hospic Štrasburk v Praze a Hospic v Mostě). V hospicích je 388 lůžek pro nemocné a připravuje se ještě 20 – 28 lůžek v ještě neotevřeném hospici v Liberci. Ten by měl být dokončen do konce roku 2013 (13).

#### **Příloha 2 – Otázky pro kvalitativní šetření**

- 1) Jaké je Vaše pohlaví?
  - a) Muž
  - b) Žena
- 2) Kolik je Vám let?

- 3) Jakou máte diagnózu?
- 4) S kým žijete?
- 5) Jak dlouho znáte diagnózu?
- 6) Prodělal/a jste chemoterapii?
- 7) Byl/a jste klientem/kou CHOS?
- 8) Jak dlouho jste byl/a klientem/kou CHOS?
- 9) Byl/a jste spokojen/a s péčí CHOS?
- 10) Jaké vidíte výhody v péči CHOS?
- 11) Jaké vidíte nevýhody v péči CHOS?
- 12) Jaké máte zkušenosti s praktickým lékařem?
- 13) Byl/a jste klientem/kou domácího hospice?
- 14) Jak dlouho jste byl/a klientem/kou domácího hospice?
- 15) Odkud jste se dozvěděl/a o domácím hospici?
- 16) Byl/a jste spokojena s péčí domácího hospice?
- 17) Jaké vidíte výhody v péči domácího hospice?
- 18) Jaké vidíte nevýhody domácího hospice?
- 19) Zvládáte péči po finanční stránce?

### **Příloha 3 – Žádost**



## Žádost

o přijetí pacienta do Mobilního Hospice Anežky České  
 v Červeném Kostelci, okr. Náchod

vyplní rodina	jméno, příjmení, titul pacienta:	
	rodné číslo:	stav:
	pojišťovna:	
	adresa trvalého bydliště:	
	adresa nynějšího pobytu pacienta:	
	telefon:	
	osoba, která o pacienta pečuje:	
	jméno a příjmení:	vztah:
	adresa:	
	telefon :	
email:		
další pečující osoba:		
jméno a příjmení:	vztah:	
adresa:		
telefon:		
email:		
diagnózy - uveďte priority dle závažnosti příznaků, přiložte propouštěcí či překladovou zprávu		
vyplní lékař	dosavadní a současná terapie - vypište ji včetně dávkování, není-li uvedena v příložené zprávě	
odesílající lékař:	praktický lékař:	
tel.:	tel.:	
adresa:	adresa:	

Co očekává od mobilního hospice:	pacient		rodina		odesíl. lékař	
	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
<b>léčbu bolesti a dalších příznaků nemoci</b> upřesněte kterých:	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
<b>odbornou sesterskou péči</b>	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
<b>podporu a pomoc psychologa</b>	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
<b>podporu a pomoc sociální pracovnice</b>	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
<b>zajištění duchovní péče</b>	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE
<b>další očekávání</b> jaká:						

NÁSLEDUJÍCÍ TABULKU VYPLŇTE, POKUD POŽADOVANÉ INFORMACE NEJSOU SOUČÁSTÍ PROPOUŠTĚCÍ ČI PŘEKLADOVÉ ZPRÁVY

co bylo řečeno pacientovi o jeho diagnóze, event. prognóze?
<input type="checkbox"/> seznámen <input type="checkbox"/> neseznámen <input type="checkbox"/> částečně seznámen (upřesněte)
chce pacient mluvit o své situaci? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
známé alergie:

#### POSTUP PRO PŘIJETÍ PACIENTA DO MOBILNÍHO HOSPICE:

- žádost vyplní ošetřující lékař (praktický lékař či odborný lékař v nemocnici) společně s pacientem a rodinou
- lékař poučí pacienta o tom, co je to mobilní hospic (v rozsahu dokumentu létáku Mobilního Hospice Anežky České) a jeho zdrav. stavu
- k žádosti přiloží překladovou nebo propouštěcí zprávu a podepsaný **Informovaný souhlas pacienta**
- tiskopisy **INFORMOVANÝ SOUHLAS** či **ŽÁDOST** je možné získat v hospici, u Vašich ošetřujících lékařů nebo na internetových stránkách [www.hospic.cz/mobilni](http://www.hospic.cz/mobilni)
- vyplněné je doručíte osobně, poštou, faxem či e-mailem na:

**Hospic Anežky České**  
k rukám MUDr. Jany Svobodové  
5. května 1170,  
549 41 Červený Kostelec

tel./fax: 491 467 054, tel. lékaři: 491 467 035, tel. ústředna: 491 467 030  
e-mail: [lekari@hospic.cz](mailto:lekari@hospic.cz), [social.prac@hospic.cz](mailto:social.prac@hospic.cz),

- po přijetí žádosti se s pacientem nebo jeho rodinou telefonicky spojí lékař nebo vrchní sestra mobilního hospice domluví první osobní kontakt (v hospici v rámci ambulance paliativní péče nebo přímo v domácnosti pacienta) o přijetí / nepřijetí pacienta do péče mobilního hospice rozhoduje lékař mobilního hospice
- s informacemi bude nakládáno v souladu se zákonem č. zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat

Hospic poskytuje poradenství a půjčuje zdravotnické pomůcky.

Datum a místo:

Razítko a podpis lékaře:

.....

## Příloha 4 – Svobodný informovaný souhlas klienta



### SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS KLIANTA

*příloha k žádosti o přijetí do Mobilního Hospice Anežky České v Červeném Kostelci*

Jméno a příjmení klienta: ..... RČ: .....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro mobilní hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že péče poskytovaná týmem mobilního hospice bude hlavně zaměřená na zmírnění příznaků mé nemoci za účelem dosažení nejlepší možné kvality života. Souhlasím, že cílem péče není umělé prodlužování života. V případě zhoršení mého zdravotního stavu, který by mi neumožnil rozhodování o další péči, si přeji, aby tuto odpovědnost na

sebe vzal/a .....

kteřý je obeznámen s tímto informovaným souhlasem. Dále souhlasím, aby k informacím o mém zdravotním stavu měli přístup pracovníci mobilního hospicového týmu.

Datum a místo: ..... Podpis pacienta: .....

## Příloha 5 – Smlouva

### SMLOUVA č.....

**o podmínkách poskytování mobilní hospicové péče**  
uzavřená na základě Občanského zákoníku v platném znění mezi:

Oblastní charita Červený Kostelec, 5. května 1170, Červený Kostelec 549 41, IČ: 48623814,  
středisko: **Mobilní Hospic Anežky České**, Husova 649, Červený Kostelec 549 41,  
čas poskytované služby: 365 dní v roce, 24 hodin denně  
statutární zástupce: Ing. Miroslav Wajsar, ředitel,  
zastoupený sociální pracovníci (dále jen mobilní hospic)

a

jméno, příjmení, titul klienta ..... datum narození .....

adresa ..... (dále jen klient)

#### I. Doba platnosti smlouvy

Smlouva se uzavírá na dobu  neurčitou od.....na dobu  určitou od .....do.....  
Případné prodloužení doby trvání smlouvy se řeší Dodatkem ke Smlouvě.

#### II. Předmět smlouvy

Mobilní hospic se zavazuje zajistit klientovi sesterskou zdravotní péči minimálně v rozsahu indikované péče jeho praktickým lékařem, lékařskou péči dle aktuálního stavu klienta vlastním lékařem nebo jiným zdravotnickým zařízením, péči psychologa, odborné sociální poradenství (kontakt se sociální pracovníci Hospice Anežky České) a v případě zájmu také zajištění kontaktu s duchovním a zapůjčení kompenzačních pomůcek.

#### III. Prohlášení klienta

Souhlasím s tím, aby zařízení Mobilní Hospic Anežky České využívalo mé osobní údaje pro zajištění péče o mě v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních dat.

Byl(a) jsem poučen(a), že mohu nahlížet do svého osobního spisu.

Prohlašuji, že po celou dobu, po kterou budu odebírat služby Mobilního hospice Anežky České, bude u mne přítomen(na) 1. .... vztah.....

2. .... vztah.....

3. .... vztah.....

#### IV. Platební podmínky

Cena za poskytování služeb Mobilního Hospice Anežky České, které nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, je stanovena na 100 Kč za každý započatý den, kdy je klient evidován v péči mobilního hospice.

Klient se zavazuje platit úhradu za dohodnuté služby zálohově (zpravidla při přijetí do péče mobilního hospice).

Platba bude provedena v  týdenních  měsíčních intervalech v  hotovosti  složenkou

na účet: 8282670227/0100 VS 2226 .

Mobilní hospic se zavazuje předložit klientovi vyúčtování úhrady nejdéle 3 dny po ukončení péče o klienta.

Platby za poskytování zdravotnických služeb v rozsahu námi nasmlouvané péče se ZP nejsou zahrnuty v úhradě za poskytování mobilní hospicové péče. Jsou hrazeny ze zdrojů ZP.

V odůvodněných případech má právo ředitel Oblastní charity Červený Kostelec snížit částku za poskytování služeb.



## V. Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

Klient je oprávněn vypovědět tuto smlouvu bez uvedení důvodů. Mobilní Hospic Anežky České je oprávněn smlouvu vypovědět pouze z důvodu vážného porušení obecně závazných právních předpisů, nedostatečné péče blízké osoby nebo provozních důvodů, které by bránily poskytování adekvátní péče klientovi. Výpovědní lhůta je 3 kalendářní dny ode dne doručení písemné výpovědi. Mobilní Hospic Anežky České může vypovědět smlouvu také v případě, že u klienta došlo ke stabilizaci zdravotního stavu nebo k vyřešení nejpálčivějších problémů a kapacita mobilního hospice nedovoluje další poskytování mobilní hospicové péče. Veškerá ujednání smlouvy je možné měnit se souhlasem obou stran. Tyto změny je nutné zakotvit v písemném dodatku této smlouvy.

## VI. Práva klienta

Klient má právo na rovné a nediskriminující zacházení. Je oprávněn podat proti kvalitě a způsobu poskytovaných služeb připomínku či stížnost vrchní sestře mobilního hospice, lékaři mobilního hospice. V případě nespokojenosti s jejím řešením se lze obrátit písemně nebo osobně k zástupci ředitele pro ambulantní a terénní služby RNDr. Janu Machovi, tel. 491 610 342, případně ke statutárnímu zástupci – řediteli organizace Ing. Mgr. Miroslavu Wajsarovi, tel. 491 610 301, nebo k řediteli Diecézní charity v Hradci Králové – RNDr. Jiřímu Stejskalovi, tel. 495 063 135, nebo na Kancelář veřejného ochránce práv Brno, JUDr. Jaroslav Kupka, Údolí 39, 602 00 Brno, č. telefonu 542 542 888.

Má právo obrátit se na mobilní hospic se žádostí o zprostředkování specializované služby, která není součástí nabídky mobilního hospice. Náklady spojené se zprostředkováním a poskytnutím takové služby nese ze svého klient.

## VII. Závěrečná ustanovení

Případné spory ze smlouvy se řídí platnými právními předpisy. Zúčastněné strany prohlašují, že se seznámily se zněním smlouvy, smlouva vyjadřuje jejich svobodnou vůli, rozumí obsahu smlouvy, zavazují se ji dodržovat a svým podpisem ji stvrzují. Smlouva je vyhotovena ve 2 exemplářích. Pokud stav klienta neumožňuje uzavření smlouvy, zastupuje stranu klienta ve vyjednávání podmínek služeb mobilního hospice oprávněná osoba (§. č. 40/1964 Sb. OZ).

v Červeném Kostelci dne: .....

.....  
podpis klienta

nebo dle z. č. 40/1964 Sb., OZ, Hlava III

.....  
za Mobilní Hospic Anežky České  
středisko OCH ČK

.....  
podpis osoby blízké

## Příloha 6 – Pohotovostní telefonní linka

# Pohotovostní telefonní linka 491 610 610

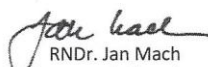
---

Vážený kliente Mobilního hospice Anežky České!

V rámci naší péče Vám nabízíme možnost kontaktovat nás s prosbou o radu nebo návštěvu 24 hod denně. Spojení na sestru, která pro Vás právě drží pohotovost, zajišťuje naše telefonní ústředna, která automaticky přepojuje hovor z linky 491 610 610 na mobilní telefon sestry podle rozpisu služeb. Správné fungování tohoto spojení je závislé na třech dnes běžných věcech: dodávce elektrické energie, funkčnosti sítě našeho mobilního operátora a internetovém připojení. Internetové připojení je pro případ výpadku zajištěno ještě náhradním internetovým připojením jiného poskytovatele.

Přes naši snahu zajistit dostupnost této pohotovostní linky může dojít k situacím, kdy linka nebude fungovat: výpadek dodávek elektrického proudu, výpadek obou internetových připojení, výpadek sítě operátora (zatím není v našich finančních možnostech zajistit v případě výpadku elektrické energie alternativní zdroj). V případě, že nastane taková situace, obraťte se, prosím, na některou z našich sester přímo. Niž uvádím seznam čísel na jejich mobilní telefony. Zároveň Vás velmi prosím, abyste v první řadě využívali pohotovostní linku a nevolali sestřím přímo. Mohlo by to být právě v době, kdy nejsou v práci a věnují se třeba své rodině nebo jiným způsobem tráví svůj zasloužený čas odpočinku mimo práci.

S přáním všeho dobrého



RNDr. Jan Mach

*zástupce ředitele pro ambulantní a terénní služby*

Iva Valerová	724 094 556
Veronika Svobodová	731 604 675
Ilona Pažoutová	733 676 759
Lucie Térová	733 676 760
Kateřina Dostálová	733 676 761
Mirka Jelečková	734 765 404

**Příloha 7 – Půjčovna podpůrných a léčebných pomůcek**



# Půjčovna



## podpůrných a léčebných pomůcek

### Půjčovné

<b>Pomůcka:</b>		
Antidekubitní matrace na lůžko	▶	17,- Kč/den
Antidekubitní matrace sedací ROHO	▶	15,- Kč/den
Berle		2,- Kč/den
Dekuba – antidekubitní podložka		2,- Kč/den
Dřevěná kozička		1,- Kč/den
Francouzské hole		2,- Kč/den
Glukometr	▶	3,- Kč/den
- papírky ke glukometru 1 ks		17,- Kč/ks
Hrazda a hrazdička		4,- Kč/den
Chodítko – podpažní	▶	8,- Kč/den
Chodítko – strkací	▶	8,- Kč/den
Chodítko nízké kovové		4,- Kč/den
Infúzní stojan		2,- Kč/den
Kontinuální injekční dávkovač	▶	17,- Kč/den
Kyslíkový koncentrátor	▶	30,- Kč/den
Mycí židle		4,- Kč/den
Nástavec WC		2,- Kč/den
Odsávačka		4,- Kč/den
Postel polohovací s el. ovládáním	▶	30,- Kč/den
Sedačka do vany		4,- Kč/den
Stolek jídelní		2,- Kč/den
Stolek k lůžku – pojízdný		6,- Kč/den
Vozík elektrický	▶	40,- Kč/den
Vozík mechanický	▶	12,- Kč/den
WC pojízdné	▶	12,- Kč/den
WC židle		7,- Kč/den
Zvedací zařízení elektrické	▶	35,- Kč/den

U pomůcek označených ▶ vybíráme vratnou zálohu 1.000,- Kč

Platnost od 1. 6. 2010. Změny vyhrazeny.

TEL. 491 46 7 044

491 46 7 030

## Příloha 8 – Rozdíly mezi domácí zdravotní péčí a mobilním hospicem

### Rozdíl mezi domácí zdravotní péčí a mobilním hospicem

Rodiny často nevědí, jaký je rozdíl mezi domácí zdravotní péčí (sestřičky jezdí domů a vše je zdarma) a péčí Mobilního hospice Anežky České (100 Kč za den v péči). Proto přikládáme základní rozdíly mezi těmito službami jako vodítko k nalezení odpovědi, proč nemůže být péče mobilního hospice zcela zdarma.

Domácí zdravotní péče	Mobilní hospic Anežky České
není	součástí týmu je lékař se specializací na paliativní medicínu a léčbu bolesti a lékař s dlouhodobou zkušeností v lůžkovém hospici (z části hrazeno zdravotní pojišťovnou)
všeobecné sestry poskytují ošetrovatelskou péči v rozsahu předepsané péče praktickým lékařem (hrazeno zdravotní pojišťovnou)	všeobecné sestry poskytují komplexní ošetrovatelskou péči v rozsahu předepsané péče naším lékařem nebo praktickým lékařem (hrazeno zdravotní pojišťovnou)
není	všeobecné sestry drží pohotovost na telefonu a jsou připravené kdykoliv vyrazit za pacientem
není	součástí týmu je sociální pracovník
není	součástí týmu je psycholog
není pravidlem	podpora pečujících rodinných příslušníků

## **Poznámky**

Respitní péče- je forma péče, jejímž cílem je umožnit rodinným příslušníkům dočasný oddech od péče o pacienta; tato péče může být potřebná například pro umožnění lékařského ošetření partnera nebo v případě dovolené. Repsitní péče může být poskytována v nemocnicích, pečovatelských domech, domovech pro seniory nebo hospicích. Hranice mezi respitní péčí, denním stacionářem a krátkodobou hospitalizací není vždy zcela jasná.

Interdisciplinární péče – využívá expertních znalostí lékařů (specialistů různých oborů: onkologů, geriatrů, algeziologů, internistů, chirurgů neurologů, kardiologů aj.), předpokládá úzkou spolupráci lékařů a sester, zdravotníků a psychologů, sociálních pracovníků a poradců, duchovních, zapojení rodin a přátel nemocného a využívá dobrovolníků.

Vzdělávání - Oblastní charita Červený Kostelec pořádá již čtyři roky kurz Domácí hospicová péče určený všeobecným sestrám pracujícím v agenturách domácí péče. Kurz je 72 hodinový, 48 hodin je teoretická část a 24 hodin praktická. Na kurzu přednášejí lékaři, sestry, sociální pracovníci, duchovní a psycholog. Kurz již absolvovalo 150 sester z celé republiky.

Semiambulantní péče – je stacionární péče, je poskytována nemocným ve stacionářích a nahrazuje jejich domov na část dne.