

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

ODLIŠNOSTI A SPECIFIKA OBECNÉ A SPECIALIZOVANÉ  
DOMÁCÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Vedoucí práce: Mgr. Monika Vachová

Autor práce: Hana Žáčková

Studijní obor: SSCHP KS

Ročník: 3

2020

## Prohlášení:

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

25.3.2020

Hana Žáčková

## Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Monice Vachové, vedoucí mé bakalářské práce a vedoucí Hospice Sv. Veroniky, za odborné vedení a konzultace, za její rady a metodické vedení.

## OBSAH

ÚVOD.....	4
1 SPECIALIZOVANÁ DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE .....	6
1.1 Charakteristika domácí hospicové péče .....	6
1.1.1 Vymezení pojmů hospic, hospicová a paliativní péče .....	6
1.1.2 Specifikace domácí hospicové péče .....	9
1.2 Multidisciplinarita týmu a komplexní biop-psycho-socio-duchovní péče.....	12
1.2.1 Složení multidisciplinárního týmu.....	12
1.2.2 Kooperace v rámci multidisciplinárního týmu .....	14
1.2.3 Péče multidisciplinárního týmu o potřeby umírajícího.....	15
1.3 Legislativa domácí hospicové péče.....	18
1.3.1 Nedostatky v současné právní úpravě domácí hospicové péče .....	19
1.4 Shrnutí.....	22
2 DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH .....	24
2.1 Základní charakteristika hospice.....	24
2.2 Základní služby poskytované Domácím hospicem sv. Veroniky .....	25
2.3 Shrnutí.....	26
3 OBECNÁ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	29
3.1 Charakteristika domácí zdravotní péče .....	29
3.2 Obecná hospicová péče jako součást domácí zdravotní péče .....	31
3.3 Shrnutí.....	33
ZÁVĚR .....	35
LITERATURA A ZDROJE.....	37

# ÚVOD

Když se řekne hospic či domácí hospicová péče, patrně si již dnes velká část české veřejnosti dokáže pod těmito pojmy vybavit to, co k nim patří – tedy např. důstojné umírání, umírání mezi blízkými v prostředí, které jedinec zná. Nicméně bližší informace mají pravděpodobně pouze odborníci, kteří působí v dané oblasti, či lidé, kteří mají zkušenost s lůžkovými hospici a domácí hospicovou péčí.

Teprve po roce 1989 se v České republice začala rozvíjet hospicová péče, jako první vznikaly kamenné hospice.<sup>1</sup> Muselo uběhnout více než 20 let, aby začala být podporována i domácí hospicová péče. V současné době se lze setkat s jejími různými formami, které však ne vždy poskytují potřebnou alternativu výběru. Aktuálně je velkou měrou prosazována hospicová péče realizovaná v rámci domácí zdravotní péče. Dochází k jejímu podporování finančně, mnohdy na úkor specializované domácí hospicové péče.

Cílem bakalářské práce je analyzovat koncepci domácí zdravotní péče a specializované domácí hospicové péče a určit, v čem spočívají hlavní rozdíly v poskytování domácí zdravotní péče a v poskytování specializované domácí hospicové péče, se zřetelem k péči o osoby v terminálním stádiu nemoci.

Práce je koncipována jako teoretická. Obsahuje tři hlavní kapitoly. Nejobsáhlejší je první z nich, která podává úvod do zkoumané problematiky. Přiblížena je myšlenka i koncepce hospicové péče, poukázáno je na rozdíly mezi hospicovou a paliativní péčí, charakterizován je multidisciplinární tým a důraz na saturaci potřeb umírajícího v rámci hospicové péče.

Ve druhé kapitole práce je přiblížena podoba specializované domácí hospicové péče na příkladu Domácího hospice sv. Veroniky v Českých Budějovicích. Tato kapitola ilustruje současnou praxi specializované domácí hospicové péče.

Třetí kapitola práce charakterizuje domácí zdravotní péči, v jejíž rámci lze poskytovat obecnou hospicovou péči. Uvedeny jsou její základní parametry a poukázáno je na hlavní rozdíly mezi oběma koncepcemi domácí hospicové péče.

Závěr práce shrnuje prezentované poznatky, které jsou vztaženy k cíli bakalářské práce. Nastíněny jsou možnosti navazujících empirických šetření a zodpovídá na otázky,

---

<sup>1</sup> Pozn. První hospic v České republice byl založen v roce 1995, a to M. Svatošovou. Jednalo se o hospic Svaté Anežky České v Červeném Kostelci (Srov. MUNZAROVÁ, M. *Euthanasie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005).

které v kontextu předložených informací a cíle práce vyvstaly a které se týkají toho, jak je přístupováno k saturaci potřeb klientů hospicové péče a jaké jsou přednosti a úskalí současného systému domácí hospicové péče.

# 1 SPECIALIZOVANÁ DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

První kapitola se zaměřuje na koncepci domácí hospicové péče v České republice. Nejprve jsou charakterizovány hlavní pojmy, jakými jsou hospicová a paliativní péče či hospic. Uveden je i rozdíl mezi hospicovou a paliativní péčí. Domácí hospicová péče je blíže popsána včetně významu multidisciplinárního týmu v hospicové péči. V závěru kapitoly je popsána stávající legislativa hospicové péče, i s uvedením změn, které v této oblasti v nedávné době nastaly.

## 1.1 Charakteristika domácí hospicové péče

Termín domácí hospicová péče je spojen s mnoha nejasnostmi, resp. voleny jsou i další výrazy pro domácí hospicovou péči, a to často jako synonyma, ne vždy ovšem správně. V úvodu pojednání o hospicové péči je tedy vhodné stručně charakterizovat pojmy, které se k domácí hospicové péči pojí a budou dále v textu užívány.

### 1.1.1 Vymezení pojmů hospic, hospicová a paliativní péče

Hospicem se podle zákona o zdravotních službách rozumí „*poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta.*“<sup>2</sup>

Výraz hospic pochází z latinského slova hospitium a bývá překládán jako útulek či útočiště. V minulosti byly tímto termínem označovány domy odpočinku, určené pro poutníky k zotavení, přičemž se jim v době pobytu v hospici dostávalo alespoň základní lékařské pomoci. Hospice v této podobě postupně zanikaly a objevily se znovu v 18. století, nově však již jako zařízení pro umírající, kdy tento koncept později rozvinula a přispěla k jeho celosvětovému šíření Angličanka C. M. Saunders. Saunders byla lékařkou, založila první hospic na světě<sup>3</sup> (Hospic Svatého Kryštofa), který existuje dodnes a mimo jiné v něm probíhají školení zaměřená na hospicovou péči.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 8. 12. 2011, § 44a.

<sup>3</sup> Vorlíček a Sláma (2005) spojují první zřízení hospice s Jeanne Garnierovou, která založila v Lyonu společenství žen, konkrétně vdov, které se věnovaly péči o nevléčitelně nemocné. Toto společenství pak o tři roky později otevřelo v Paříži první dům nesoucí název hospic – již v této době bylo za hospic považováno zařízení pro osoby v závěru života. Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014.

<sup>4</sup> KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, s. 30.

Hospic je zařízením či specifickým typem péče, která je poskytována umírajícím a jejich blízkým s cílem prožít závěr života důstojně, bez bolesti, klidně, v bezpečí. Důraz je kladen na respekt k umírajícímu i jeho nejbližším či obecně k životu.<sup>5</sup> Svým zaměřením se hospic řadí mezi zdravotně sociální zařízení, což v praxi znamená, že hospice spadají pod Ministerstvo zdravotnictví i Ministerstvo práce a sociálních věcí. V nemocnicích či jiných zařízeních bývá cílem vyléčení pacienta. Posláním hospice je péče o umírající, kteří již nejsou léčeni kurativně, ale cílem je zajistit jim možnost důstojného umírání, se saturací významných potřeb, které jsou v závěrečné fázi nemoci aktualizovány. Nicméně i když je pozornost soustředěna na proces umírání, neznamená to, že v hospici se pouze umírá. V některých případech (při zlepšení zdravotního stavu, vhodné úpravě podmínek) se např. klient vrací do domácí péče, resp. terénního hospice. Mezi pacienty či klienty hospiců patří nejčastěji lidé s onkologickým onemocněním, ovšem může se jednat i o jiná onemocnění.<sup>6</sup> Společným prvkem je nemožnost realizace další kurativní léčby.<sup>7</sup>

Hospicová péče se rozprostírá do tří fází nemoci: první je *pre finem*, tedy stav, kdy již nelze pacienta dále úspěšně léčit, pacient začíná pociťovat bolesti či se objevují další projevy nemoci, často si také dotyčný uvědomuje, že umírá. Fáze *in finem* je fází umírání, kdy nemocnému ubývají fyzické i psychické síly, objevit se může nezájem o komunikaci s vnějším světem. Přítomny bývají závažné zdravotní obtíže, nutná je odborná péče. V této fázi potřebují pomoc také nejbližší pacienta, mnohdy větší než pacient sám, který nezřídka pro svoji slabost, únavu či somnolenci s okolím komunikuje minimálně. V této fázi také pacient umírá a pomoc jeho blízkým se tak stává klíčovou v hospicové péči, která přechází do třetí fáze označované jako *post finem*. Úkolem pracovníků hospicové péče je umožnit blízkým důstojné rozloučení s pacientem, postarat se o mrtvé tělo, významné je doprovázení pozůstalých, které může trvat i poměrně dlouhou dobu.<sup>8</sup>

Setkat se lze s dalším termínem, kterým je paliativní péče. V praxi jsou oba pojmy nezřídka zaměňovány, byť mezi nimi existují významné rozdíly. V zákoně o zdravotních službách je paliativní péče definována jako „*péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.*“<sup>9</sup> Lze doplnit, že paliativní péče tedy na rozdíl od péče hospicové může být poskytována v různých

---

<sup>5</sup> KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, s. 30.

<sup>6</sup> Na webových stránkách Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ([www.asociacehospicu.cz](http://www.asociacehospicu.cz)) jsou uvedena i další možná onemocnění klientů hospiců (např. AIDS, pokročilé stádium demence). Srov. <https://www.asociacehospicu.cz/co-je-hospic>

<sup>7</sup> MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010, s. 27-28.

<sup>8</sup> Tamtéž, s. 27-28.

<sup>9</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 5, odst. 2, písm. h).

prostředích, především však různě dlouhou dobu, což není případ hospiců. Právě délku poskytování paliativní/hospicové péče zmiňuje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče jako hlavní aspekt, který tyto formy péče odlišuje: doba poskytování obecné paliativní péče není vymezena legislativně, odvíjí se od onemocnění jedince, přičemž se navíc zaměřuje především na řešení zdravotních obtíží. Ovšem kritériem pro přijetí do hospicové péče je předpokládaná délka života dle určení lékařů maximálně 6 měsíců, tj. terminální stádium nemoci, aktivní léčba je u těchto pacientů ukončena.<sup>10</sup>

Jak vysvětluje Tomeš, oba pojmy jsou užívány mnohdy souběžně, resp. s termínem hospicová péče se úzce pojí termín paliativní péče, který je pojmem novějším a mimo jiné též pojmem lékařským, na rozdíl od termínu hospicová péče, který se větší měrou pojí s rovinou sociální. Paliativní péče je založena na paliativním lékařství. Zohledňována je však i rovina sociální, psychická, duchovní, důraz je kladen na kvalitu života pacienta a paliativní péče se též zabývá blízkými pacienta. Jak autor dále doplňuje, paliativní péče se dělí na obecnou, která primárně zmírňuje bolest, a na paliativní péči specializovanou, která již akcentuje i sociální hledisko.<sup>11</sup>

Sláma uvádí, že specializovaná paliativní péče je péčí interdisciplinární, což tedy mimo jiné znamená, že je poskytována odborníky z různých oborů, a to takovými, kteří získali vzdělávání v poskytování paliativní péče. K nejčastějším formám specializované paliativní péče řadí autor lůžkový a domácí hospic, oddělení paliativní péče, která jsou součástí nemocničních zařízení, konsiliární tým paliativní péče a ambulance paliativní medicíny v rámci nemocnic.<sup>12</sup> Systém paliativní a hospicové péče, dostupný v České republice (ČR), je zachycen na obrázku 1.

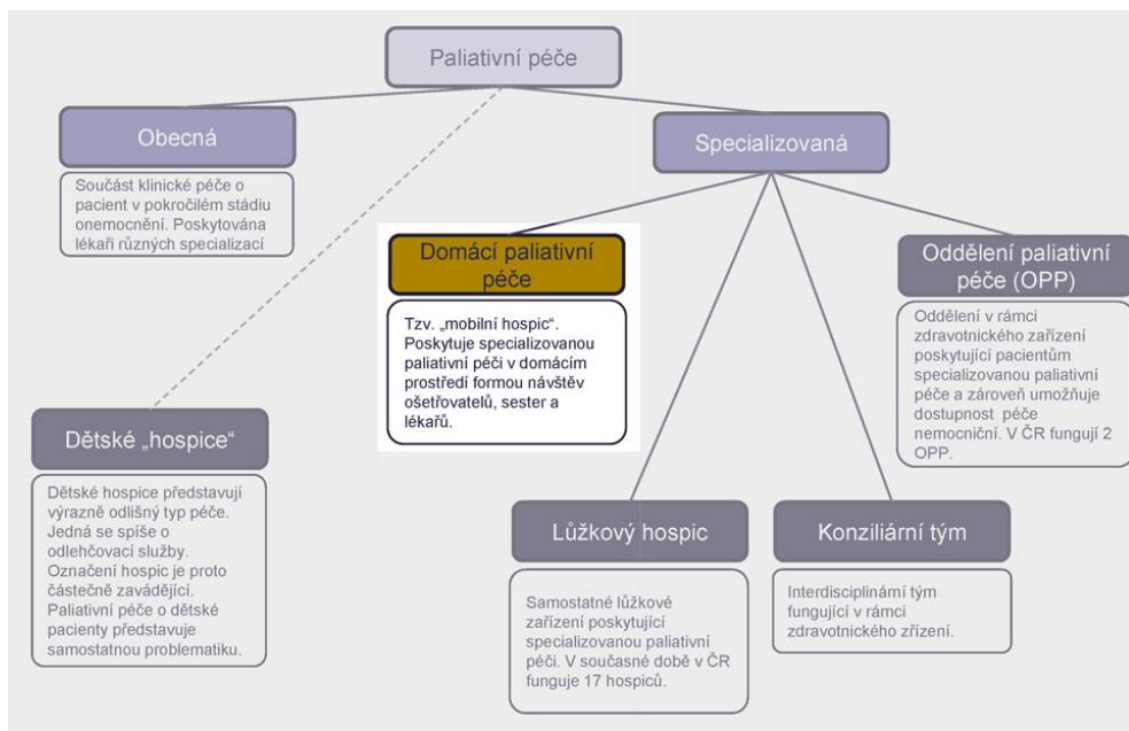
---

<sup>10</sup> APHPP. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku*. [online] 2017a.

<sup>11</sup> TOMEŠ, I. Vývoj pojmů a pojetí, in TOMEŠ, I. a kol. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015, s. 8-21

<sup>12</sup> SLÁMA, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, roč. 22, č. 4, s. 184.





Obrázek 1. Schéma paliativní péče v ČR (zdroj: Švancara a kol.<sup>13</sup>)

Na obrázku 1 si lze povšimnout, že hospice (dětské, lůžkové, ale i domácí hospicová péče) jsou řazeny pod péči paliativní. Termín domácí paliativní péče, který je na obrázku užít, značí mobilní hospice, které značí domácí hospicovou péči. Lůžkový hospic bývá někdy označován jako kamenný hospic, byť se opět nejedná o oficiální termín.

### 1.1.2 Specifikace domácí hospicové péče

Domácí hospicovou péčí se podle Jarošové rozumí hospicová péče ve všech třech výše uvedených etapách a je poskytována klientům, u kterých jejich praktický lékař očekává závěr terminálního stádia nemoci během nejbližších šesti měsíců. Jedinec tak pobývá ve svém domácím prostředí, pracovníky domácí hospicové péče mu je poskytována odborná péče, která nezohledňuje pouze medicínské hledisko, ale významně je zastoupena emocionální podpora a pochopitelně též management bolesti.<sup>14</sup>

Kromě podmínky terminálního stádia nemoci existují i další, bez nichž nelze domácí hospicovou péči poskytovat. Je pochopitelně důležité, aby si jedinec přál domácí hospicovou péči využít, přičemž je zároveň nezbytné, aby byl dotyčný i jeho nejbližší dobře obeznámeni s tím, jaké jsou principy, možnosti, ale i limity domácí hospicové péče.

<sup>13</sup> ŠVANCARA, J. a kol. *Národní datová základna paliativní péče*. [online] Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016.

<sup>14</sup> JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007, s. 66.

To se týká i obeznámenosti s tím, že u dotyčného již byly možnosti kurativní léčby vyčerpány a domácí hospicová péče se tak bude soustředit na zmírnění bolesti a též potíží, které v souvislosti s daným stavem dotyčný prožívá či může prožívat.<sup>15</sup>

Tato forma hospicové péče je v zahraničí poměrně běžná, rozšířená, v České republice se jedná o relativně nový koncept, který je postupně zaváděn do oblasti zdravotnictví, ale i sociálních služeb. Vítají ji sami klienti a jejich blízcí, nicméně ne vždy je možné ji realizovat. Překážkou může být nevhodné prostředí, nevhodné rodinné zázemí, přičemž nastávají situace, kdy jsou nejbližší pacienta natolik vyčerpáni dosavadní péčí o něj, že již nemohou dále fungovat jako laičtí pečovatelé, což je podmínkou realizace domácí hospicové péče, neboť klient nemůže zůstat ve svém přirozeném prostředí bez přítomnosti druhé osoby.<sup>16</sup>

Kurucová doplňuje, že i v případě, kdy blízcí klienta chtějí a mohou pečovat o klienta v domácím prostředí, je nutné, aby jimi skutečně byla přijata role pečovatele, a to již ve fázi *pre finem*. Role pečovatele o umírajícího je nejen náročná psychicky, ale též fyzicky. Pakliže tedy blízcí umírajícího nemohou být v tomto ohledu dostatečně k dispozici, je zapotřebí hledat jinou formu paliativní či hospicové péče o umírajícího.<sup>17</sup>

Domácí hospicovou péči indikuje registrující praktický lékař, dále ambulantní specialista (jedná se o lékaře paliativní medicíny, lékaře léčby bolesti, onkologa, geriatra, neurologa případně jiné odborníky, a to dle nemoci klienta) či ošetřující lékař v případě hospitalizace na dobu 14 dnů po ukončení hospitalizace. V úvodu dochází ke stanovení rozsahu potřebné zdravotní péče, což obnáší ošetrovatelské úkony včetně medikace a též předběžná frekvence návštěv. Dále je vypracován individuální plán komplexní hospicové péče. Odborná péče, výkony lékařské a sociální služby či dalších potřebných služeb (psychologické, duchovní) jsou poskytovány dle potřeb klienta, zohledněny jsou i potřeby blízkých osob. Co se týče sociálních služeb, ty jsou poskytovány na základě smlouvy o poskytování sociální služby dle platné legislativy. Využívána je zejména služba pečovatelská, odlehčovací, osobní asistence, tísňová péče apod. Součástí nabídky pomoci bývá i možnost zapůjčení kompenzačních pomůcek a pomoc s vybavením domácnosti.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> ZDRAVOTNICKÉ KOLEGIUM CHARITY ČESKÁ REPUBLIKA. *Koncepce domácí hospicové péče*. [online] 2017, s. 5.

<sup>16</sup> SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, 2007, s. 127.

<sup>17</sup> KURUCOVÁ, R. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada, 2016, s. 71.

<sup>18</sup> ZDRAVOTNICKÉ KOLEGIUM CHARITY ČESKÁ REPUBLIKA. *Koncepce domácí hospicové péče*. [online] 2017, s. 5-6.

Ze strany blízkých umírajícího je zapotřebí, aby dokázali optimálně fungovat ve své roli pečujícího. V tomto ohledu pomáhá, pakliže jsou nejbližší dobře obeznámeni s danou problematikou: tedy zejména musí vědět, jakou nemocí blízký trpí, jaká je prognóza, obtěžující symptomy, jaké formy pomoci lze využívat. Rodina či jiní blízcí většinou potřebují také vědět, na jakou finanční a materiální pomoc mají nárok, nutné je pomoci nejbližším zorientovat se v nabídce pomoci, včetně toho, jaké agentury domácí hospicové péče či jiných služeb jsou v okolí bydliště umírajícího dostupné. Postupně se nejbližší seznamují s prováděním potřebných úkonů. V obecné rovině se jedná o osobní péči, kdy je důležitá minimalizace obtěžujících symptomů (kromě bolesti bývá přítomno zvracení, zácpa, únava, dušnost apod.). Příbuzní jsou edukováni v podávání léků a provádění doporučených cvičení nebo činností (polohování, dechová rehabilitace, podávání kyslíku, krmení sondou apod.). Rodina je vedena k tomu, že je nutné vhodně si přerozdělit rodinné role, včetně péče o domácnost. Významné je také to, aby tito blízcí měli možnost hovořit o svých pocitech, dokázali se s nimi svěřit druhé osobě. K nejčastěji se vyskytujícím emocím patří smutek, hněv, ale i vina, nejistota. Sami nejbližší tak potřebují pomoc a podporu, mít čas pro sebe, neopustit zcela dosavadní způsob života. Důležité je, aby laičtí pečovatelé dostatečně dodržovali zásady psychohygieny, zůstala jim též možnost alespoň částečné preferované seberealizace. I blízcí mohou využít respitní péči, o čemž by též měli být informováni.<sup>19</sup>

Návštěva lékaře u nemocného probíhá většinou ve standardní pracovní době. Ovšem mimo standardní pracovní dobu je lékař k dispozici všeobecné sestře domácí hospicové péče, a to prostřednictvím telefonické konzultace, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu, i s možností nutného výjezdu za klientem. Sestra je též k dispozici klientovi a jeho blízkým prakticky kdykoliv, resp. neomezená dostupnost se týká telefonických konzultací, ale i návštěv, kdy je vycházeno z indikace lékaře a stavu klienta. Domácí hospicová péče je ukončena úmrtím pacienta, ovšem příbuzní a další blízcí dále mohou čerpat např. sociální nebo psychologickou pomoc. Další možností ukončení péče je nesouhlas klienta s poskytováním domácí hospicové péče, změna rodinné situace, kdy se již blízcí nemohou nebo nechťejí o umírajícího v domácím prostředí starat, jedná se též o zhoršení

---

<sup>19</sup> KURUCOVÁ, R. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné*. Praha: Grada, 2016, s. 72-73.

zdravotního stavu klienta, které vyžaduje převoz do zdravotnického zařízení či hospice a pochopitelně i o zlepšení stavu klienta.<sup>20</sup>

## **1.2 Multidisciplinarita týmu a komplexní biop-psycho-socio-duchovní péče**

S ohledem na skutečnost, že je v rámci hospicové péče kladen důraz na saturaci všech potřeb klienta, je zapotřebí, aby byli klientů a jejich rodinám k dispozici odborníci z různých oborů. Tento požadavek je naplněn v podobě multidisciplinárních týmů.

Předpona „multi“, která je součástí slova multidisciplinární, značí podle Kodymové mnoho větví či může být chápána ve smyslu mnohonásobného opakování určitého děje, jevu. Multidisciplinární přístup, který se tedy týká multidisciplinárního týmu, znamená podle autorky spoluúčast více odlišných vědeckých disciplín na řešení určitého problému.<sup>21</sup>

### **1.2.1 Složení multidisciplinárního týmu**

Jak uvádí Sedlářová, obecně platí, že multidisciplinární tým tvoří pracovníci ze zdravotnických i nezdravotnických oborů. Nicméně přesně stanovit složení multidisciplinárního týmu nelze, neboť vždy záleží na tom, o jaké klienty tým pečuje, v jakém rozsahu je poskytována péče apod. Přesto však autorka podává představu o tom, jaké by složení multidisciplinárního týmu mělo být, a to v případě lůžkového hospice: při počtu 30 lůžek uvádějí autoři, že by měl multidisciplinární tým disponovat 2 lékaři, 10 sestrami, 10 ošetřovateli, sociálním pracovníkem a dále psychologem na polovinu úvazku a duchovním, u kterého považují autoři za dostačující 0,2 úvazku.<sup>22</sup> Je zřejmé, že v případě domácí hospicové péče budou tyto počty jiné, a to i se zohledněním různé skladby klientů či rozsahu poskytované hospicové péče. Dle Čípkové v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče obecně působí zdravotní sestry, které absolvovaly odborné školení v paliativní péči, dále sociální pracovník, který by měl být vzdělán též v problematice hospicové a paliativní péče, navíc by měl být dobře obeznámen s řešením

---

<sup>20</sup> ZDRAVOTNICKÉ KOLEGIUM CHARITY ČESKÁ REPUBLIKA. *Koncepce domácí hospicové péče*. [online] 2017, s. 6-7.

<sup>21</sup> KODYMOVÁ, P. Úvod. In KODYMOVÁ, P. (ed.). *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 2015, s. 5.

<sup>22</sup> SEDLÁŘOVÁ, K. Rozhovory s řediteli hospiců, in TOMES, I. a kol. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015, s. 45

traumatických situací a oblastí psychohygieny, k dalším členům patří lékař, psycholog, duchovní a velmi často také dobrovolníci.<sup>23</sup>

Za pozornost stojí, že Svatošová považuje za důležitou součást multidisciplinárního týmu hospicové péče též rodinu klienta a též samotného klienta, kterého vnímá jako plnohodnotného člena týmu. Klient potřebuje nablízku zejména své nejmilovanější, tedy rodina či nejbližší osoby klienta nemohou být dle autorky vynechány z týmu. V praxi si často blízcí svoji roli neuvědomují, což může být dáno dřívějšími zkušenostmi se zdravotní péčí poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. Je tak velmi důležité, aby multidisciplinární tým zprostředkoval rodině náhled na to, jaký je její význam pro klienta i pro kvalitu poskytované péče. Rodina musí být povzbuzována k tomu, aby se své role nezdříkala, neboť její role je jen zčásti suplována ostatními členy týmu, nikoliv však nahraditelná.<sup>24</sup>

Pochopitelně složení multidisciplinárního týmu může být v případě každé domácí hospicové péče specifické. Členy týmu mohou být např. psychoterapeuti (s různým zaměřením psychoterapie či různou formou terapie – biblioterapie, muzikoterapie, canisterapie apod.), pastorační asistenti, nutriční specialisti, aktivizační pracovníci, fyzioterapeuti, pečovatelky, ošetřovatelky. Vždy je zapotřebí vycházet z potřeb klientů zařízení.

Co se týče rolí hlavních členů týmu, resp. těch, kteří jsou v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče zastoupeni vždy, lékař je odpovědný za hodnocení stavu klienta, léčbu, koordinuje poskytovanou péči. Lékař je také tím, kdo klientovi a jeho rodině sděluje informace o zdravotním stavu klienta. Lékař je také odpovědný za zajištění léků a potřebných kompenzačních pomůcek. Sestra má na starosti ošetrovatelskou péči. Psychologická péče je poskytována klientovi, jeho blízkým i členům týmu. Psycholog má na starosti hodnocení psychického stavu klienta, mapuje hlavní potřeby umírajícího, věnuje pozornost komunikaci s rodinou. Sociální pracovník se zaměřuje na psychosociální situaci klienta, ekonomické zajištění, vztahovou síť. Doprovází také blízké, edukuje je, zajišťuje respitní péči, sociální poradenství, péči o pozůstalé, může mít na starosti management dobrovolnictví, jedná s úřady, může zastupovat pacienta při jednání s úřady, např. vyřizování sociálních dávek. Spirituální péče respektuje individualitu klienta (víru, hodnoty, příslušnost k určité sociální či kulturní skupině), vždy

---

<sup>23</sup> ČÍPKOVÁ, I. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*. [online] Sociální práce/Sociálna práca, 2015.

<sup>24</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998, s. 24-25.

je záměrem v případě zájmu klienta zajistit konzultaci s duchovním vyznávajícím stejnou víru jako klient. Je možné také zajistit a realizovat různé náboženské rituály, duchovní péče je poskytována i rodině klienta.<sup>25</sup>

### 1.2.2 Kooperace v rámci multidisciplinárního týmu

Pro optimální fungování multidisciplinárního týmu je důležité, aby se všem členům dostávalo ze strany kolegů respektu, byla přiznána stejně významná hodnota každému odborníkovi při poskytování hospicové péče. Každý člen musí mít jasně vymezenou roli v týmu, dochází k respektování nastavené odpovědnosti a hierarchie v týmu. Významná je kolegiálnost, což v praxi znamená, že jednotliví členové nevykonávají pouze automaticky a rutinně svoji roli, ale vždy se řídí aktuální situací klientů a v případě potřeby jsou ochotni jeden druhého dle možností zastoupit.<sup>26</sup>

J. Mozéšová, která působí jako sociální pracovníce v domácí hospicové péči Plamienok (jedná se o mobilní dětský hospic), přibližuje, jakou podobu tato spolupráce, resp. především kolegiálnost v praxi má. Tým má k dispozici speciální software, do kterého jsou zaznamenávány všechny události spojené s péčí o klienta. Systém je zabezpečený tak, aby do něj měli přístup pouze členové týmu. V případě výjezdu za klientem pracovník co nejdříve zaznamená okolnosti výjezdu a další členové týmu pak mají kdykoliv v případě potřeby tyto údaje k dispozici. Nastat může situace, kdy rodina urgentně volá např. sestře či lékaři. Tito odborníci pak mohou při jednání s rodinou zohlednit dané informace, získávají přehled o aktuální situaci klienta a jeho rodiny. To je velmi důležité jak pro kvalitu poskytované péče, tak i pro klienty a jejich rodiny, kterým tento přístup dodává potřebný pocit bezpečí a jistoty, že je o klienta co nejlépe pečováno. Informace bývají velmi podrobné a týkají se okolností návštěvy klienta, co bylo výstupem návštěvy, jaké bylo provedeno vyšetření, ošetření, jaké informace byly podány, jaké pomůcky byly využity apod. Zároveň tyto poznámky obsahují i návrhy dalších možných postupů či informace o tom, jaké další intervence by byly u klienta vhodné. Součástí těchto záznamů jsou i podněty pro budoucí supervizní setkání. Do systému má přístup i klient, resp. rodina klienta. Rodina vede záznamy o podávání léků a záznamy týkající se bolesti klienta. Zároveň tým zaznamenává údaje důležité pro vedenou statistiku – např. informace o délce trvání návštěvy, době zahájení a ukončení výjezdu, věk klienta, najeté

---

<sup>25</sup> APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online] 2016, s. 5-9.

<sup>26</sup> HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. [online] 2018, s. 97.

kilometry apod.<sup>27</sup> Tento přístup lze pochopitelně označit za dobrou praxi, neboť nejen že jsou vytvořeny podmínky pro optimální kooperaci mezi členy týmu, ale navíc tým disponuje v každém okamžiku nejaktuálnějšími informacemi, což umožňuje vhodně reagovat na měnící se situaci klienta.

I přes jasné vymezení rolí v týmu je nutné, aby žádný z jeho členů nevnímal své postavení jako nadřazené nebo podřazené. Všichni jsou stejně důležití, byť každý z členů týmu má jiné úkoly a v některých etapách péče o klienta může být jeho role významnější než role jiného člena. Kooperace však musí být sledována vždy, přičemž tato kooperace směřuje k blahu klienta. Tím, jak členové týmu společně prožívají, i když v některých případech zprostředkovaně, situaci klienta, dochází k větší kohezi týmu, což posiluje pohodu v týmu, která následně opět pozitivně ovlivňuje vzájemnou spolupráci.<sup>28</sup>

Dle APHPP by se měl multidisciplinární tým scházet minimálně jednou týdně, za účasti všech členů týmu. Na setkání týmu lze pozvat i jiné odborníky, opět dle potřeby. Všechny profese musí vést o své činnosti dokumentaci.<sup>29</sup>

### **1.2.3 Péče multidisciplinárního týmu o potřeby umírajícího**

Jak uvádějí Wylie, Dayringer a Davidson, hospicová péče je možná pouze v případě, že je multidisciplinární tým schopen aplikovat základní principy filozofie hospicové péče v rámci saturace potřeb klienta. Péče o potřeby umírajících jsou tak dle autorů základním úkolem hospicové péče, konkrétně základním úkolem multidisciplinárního týmu, neboť dle autorů není možné poskytovat adekvátní péči klientům hospicové péče jednotlivci. Tím, že je práce jednotlivých odborníků v týmu sdílena, dochází ke konfrontaci pohledů na stejnou situaci z více hledisek, stává se činnost multidisciplinárního týmu více efektivní. Potřeba kooperace snižuje tendenci rivality či obranné pozice ze strany některého z členů týmu, čímž je posilováno společné směřování ke stanovenému cíli, kterým je tedy primárně uspokojení potřeb klienta.<sup>30</sup>

Vývoj multidisciplinárních týmů je reakcí na biopsychosociální model zdraví a nemoci, který nahradil původní model biomedicínský. Zdraví, nemoc či úzdravu je zapotřebí pojímat ve všech relevantních rovinách, kterými jsou rovina biologická,

---

<sup>27</sup> KOPŘIVOVÁ, J. Děti a rodiče v pozici pozůstalých. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2010, roč. 10, č. s. 30-31.

<sup>28</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*, s. 24-25.

<sup>29</sup> APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online] 2016, s. 5-6.

<sup>30</sup> WYLIE, N. A., DAYRINGER, R. and G. W. DAVIDSON. Training an Interdisciplinary Team, pp. 74-75.

psychická, sociální, ale též rovina duchovní. Multidisciplinární tým disponuje odborníky na každou z těchto oblastí, a tak je možné při hospicové péči o klienty saturovat všechny jejich potřeby, neboť ty jsou s danými oblastmi spojeny. Uspokojování těchto potřeb pacientů však neznamená pouze překlenutí určitého deficitu. Důležité je také s klienty hovořit o jejich potřebách. Zdravotník nemusí plně rozumět duchovním potřebám klienta, podobně jako duchovní nebude rozumět zdravotní problematice. I z tohoto hlediska je tak zapotřebí, aby o potřeby klienta pečovalo více odborníků z různých oborů.<sup>31</sup>

Ke zmíněným rovinám je ovšem potřeba doplnit i již nastíněnou rovinu duchovní. Elichová konstatuje, že v běžném životě jsou potřeby uspokojovány dle pyramidového systému navrženého A. Maslowem, tj. nejprve dochází k saturaci potřeb základních, biologických, posléze potřeb vyšších. Též umírající disponují těmito potřebami. Ošetřující personál naplňuje potřeby biologické, celý multidisciplinární tým usiluje o naplnění potřeby jistoty a bezpečí, rodina či např. sociální pracovník z týmu usilují o naplnění potřeby ocenění a uplatnění, k sociálním potřebám lze přiřadit i potřebu lásky a sounáležitosti. I nejvyšší potřeby, jako např. potřeba seberealizace, nabývají v závěru života na významu. Umírající často hledá smysl svého života. Jak však autorka zdůrazňuje, v úplném závěru života „*dochází k obrácenému hladovění. Umírající často hladoví na té nejvyšší rovině – spirituální.*“<sup>32</sup> Jak zmiňuje Svatošová, spirituální potřeby jsou mnohdy mylně ztotožňovány s potřebami věřících. Věřící mnohdy mají své potřeby vycházející z víry a často také vědí, jak s nimi naložit. Ve složitější situaci se mohou ocitát nevěřící, byť to není pravidlem. Duchovní potřeby nejsou vyčerpány potřebami spojenými s vírou, ale váží se ke smyslu života. Nenaplnění této potřeby označuje autorka jako stav „*duchovní nouze.*“<sup>33</sup>

V současné době je tedy vycházeno z toho, že je úkolem multidisciplinárního týmu zajistit uspokojení všech potřeb klienta, kdy je pochopitelně stěžejní, jaké potřeby považuje klient sám za klíčové v daném stavu, fázi umírání. Student, Mühlum a Student soudí, že jsou nejčastěji u umírajících aktualizovány čtyři potřeby, kdy každá z nich přináší k jedné z uváděných rovin: za nejnaléhavější potřebu považují autoři potřebu neumírat sám, která patří do roviny sociální. Zde je navíc možné vnímat situační přesah této potřeby: lidé si přejí umírat obklopeni svými nejbližšími, v prostředí, které znají.

---

<sup>31</sup> CONNOR, S. R. et al. Interdisciplinary approaches to assisting with end-of-life care and decision making, p. 343.

<sup>32</sup> ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, s. 196.

<sup>33</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 23.



Institut domácí hospicové péče tuto potřebu též vnímá jako jednu z nejdůležitějších. Druhá nejčastější potřeba se vztahuje podle autorů k rovině tělesné a týká se přání zemřít bez bolesti. Dále se jedná o rovinu psychickou. Umírající pociťují potřebu dokončit určité úkoly, uzavřít určité záležitosti, které Kübler-Rossová, jež popsala stádia vyrovnávání se se smrtí, označuje jako záležitosti neodkladné. Dané záležitosti se často týkají mezilidských vztahů. Lidé si přejí vyjasnit si v nejbližších vztazích to, co se dosud nepovedlo, zároveň potřebují vnímat, že je druhý dokáže nechat odejít, necítí vůči umírajícímu např. zlost, křivdu z jeho strany apod. Poslední rovina je spirituální. Váže se velkou měrou ke smyslu lidského života a počinání a je aktualizována různými pochybnostmi a otázkami ze strany klienta hospicové péče. Je zapotřebí umět zůstat s klientem v dané situaci, vydržet jeho zpochybňování, nejistotu, úzkost či strach.<sup>34</sup>

Haškovcová podává vlastní výčet potřeb umírajících. Zmiňuje potřebu nebýt sám, potřebu soukromí a identity, potřebu autentičnosti, ve smyslu mít možnost mluvit o tom, co dotýčný potřebuje (aktuální stav, smysl života, prožívané emoce apod.), ovšem dle autorky je zapotřebí, aby se v rámci těchto hovorů neztrácela naděje, kterou lze nalézt prakticky v jakékoliv situaci. Umírající potřebují porozumět smyslu v prožívané bolesti a ztrátě, potřebují také ujištění, že jejich odchod ze života blízcí unesou. Důležité je též ujištění klienta, že vše probíhá tak, jak má, co nejlépe. Autentičnost se týká i reflexe pocitů viny, možnosti truchlit. Za důležitou potřebu považuje autorka též potřebu připravit se na svoji smrt.<sup>35</sup>

Je zapotřebí ovšem také doplnit, že i blízcí klienta hospicové péče mají své potřeby, které multidisciplinární tým neopomíjí. Elichová zmiňuje jako významné potřeby blízkých v době, kdy klient pobývá v hospicové péči, potřebu informací, ale též potřebu emocionální podpory, kterou zajišťují všichni členové týmu.<sup>36</sup> Dle Mokřejšové, která vychází z výsledků vlastního výzkumu, kterého se zúčastnilo 101 rodinných příslušníků klientů vybraného hospice, potřebují rodinní příslušníci zejména odpočinout si, mluvit s někým o svých pocitech, problémech, dále se jednalo o více informací, kontakt s konkrétními členy multidisciplinárního týmu (v pořadí sociální pracovník, psycholog, duchovní), pouze 15 % dotázaných uvedlo, že nemají žádné potřeby.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> STUDENT, J.-Ch., MÜHLUM, A. a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006, s. 37.

<sup>35</sup> HAŠKOVCOVÁ, M. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, s. 163-164.

<sup>36</sup> ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*, s. 185.

<sup>37</sup> MOKREJŠOVÁ, L. Rodina v paliativní péči. *Zdravotnictví a medicína*. [online] 2011.

Svatošová se zabývá spirituální bolestí blízkých poté, co klient zemře. Mnohdy potřebují blízcí též odpuštění viny. Nezřídka je vhodné odkázat pozůstalé na duchovního, zprostředkovat rodině kontakt s duchovním, pokud nepomáhá podpora ze strany multidisciplinárního týmu.<sup>38</sup>

### 1.3 Legislativa domácí hospicové péče

Jak již bylo uváděno v kapitole 1.1.1, základní ukotvení hospice v současné platné legislativně nacházíme v zákoně o zdravotnických službách, v němž je hospic pojímán jako poskytovatel zdravotních služeb nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stádiu nemoci, přičemž služby jsou poskytovány pacientům a jejich blízkým, v domácím prostředí nebo v kamenném hospici, kdy se mezi poskytované služby řadí i služby navazující. V tomto zákoně jsou také vymezeny druhy zdravotní péče, která je v domácí hospicové péči poskytována: jedná se o ošetrovatelskou péči o nevléčitelně nemocné, kdy je tedy úkolem zdravotní sestry zmírňovat utrpení klienta hospicové péče, zajistit mu klidné umírání a důstojnou přirozenou smrt. Dále je zde popsána paliativní péče, jejíž cílem je zmírnění utrpení a zachování kvality života u jedinců, kteří jsou nevléčitelně nemocní. Zdravotní péče, která je poskytována ve vlastním sociálním prostředí jedince je v tomto dokumentu pojímána jako domácí péče, jejíž formami může být ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče a péče paliativní. Zároveň je určeno, že domácí péče je možné provádět pouze takové zdravotní úkony, které nevyžadují vybavení dostupné ve zdravotnickém zařízení. V přirozeném prostředí jedince lze provádět dialýzu a umělou plicní ventilaci.<sup>39</sup> V zákoně o veřejném zdravotním pojištění je zakotvena úhrada paliativní péče ze zdravotního pojištění.<sup>40</sup>

Další vymezení činnosti domácí hospicové péče je v zákonu o sociálních službách, který explicitně zmiňuje speciální lůžková zařízení hospicového typu. V zákoně jsou uvedeny také možnosti čerpání příspěvku na péči. Sociální služby mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní. V případě domácí hospicové péče se tedy jedná o službu terénní. Z konkrétních služeb sociální péče se může jednat o osobní asistenci jako terénní službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení či chronického onemocnění. Stejnou indikaci má i pečovatelská služba a

---

<sup>38</sup> SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012, s. 65.

<sup>39</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., § 5, odst. 2, písm. g, h, § 10, § 44a.

<sup>40</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 13.

odlehčovací služba. Platí, že sociální služby musí být registrované v registru poskytovatelů sociálních služeb a též že sociální služby poskytují základní a/nebo odborné sociální poradenství.<sup>41</sup>

### 1.3.1 Nedostatky v současné právní úpravě domácí hospicové péče

I když se jedná o pozitivní změny, ve smyslu změny legislativy umožňující provozování domácí hospicové péče a její větší dostupnost veřejnosti, stále není legislativní vymezení domácí hospicové péče optimální.

Podle Loučky a Polákové je problematické již samotné vymezení hospicové a paliativní péče ve stávající legislativě. V zákoně o zdravotnických službách je paliativní péče vymezena pouze svým účelem a místem poskytování. Chybí specifikace vzdělávání osob, které paliativní péči poskytují, není stanoveno, jaká by měla být optimální síť poskytovatelů paliativní péče. Navíc dle autorů zcela chybí vymezení obsahu pojmu paliativní péče: pokud je realizována zdravotní péče za účelem zmírnění utrpení a zachování kvality života, vždy se jedná o paliativní péči. Bližší specifikace provádění paliativní péče chybí. Podobně chybí explicitní vymezení hospiců a hospicové péče, vymezen je pouze typ a forma hospicové péče. Není již určeno, jaký druh péče dle § 5 zákona o zdravotnických službách hospicová péče poskytuje (tj. např. péči neodkladnou, akutní, nezbytnou). Hospicem je tak dle autorů, kteří se opírají o právní výklad stávající právní úpravy, zadaný odborem zdravotnictví Jihočeského kraje, jakýkoliv poskytovatel, který pečuje o nevléčitelně nemocné osoby v terminálním stádiu nemoci, a to v zařízení lůžkového typu či ve vlastním sociálním prostředí klienta. Není určeno, zda je v hospici poskytována komplexní lékařská nebo ošetrovatelská péče, nebo pouze ošetrovatelská péče či péče zajišťovaná multidisciplinárním týmem, podobně jako není stanoveno, zda má být v zařízení poskytována paliativní péče obecná nebo speciální (více viz kapitola 3.2). To v praxi znamená, že hospic není samostatným segmentem paliativní péče a poskytovatelé hospicové péče tak mohou poskytovat specializovanou paliativní péči (příkladem je domácí hospicová péče tak, jak je na ni v bakalářské práci nahlíženo), ale též se může jednat jen o agentury domácí péče, které poskytují lidem v terminálním stádiu nemoci ošetrovatelskou péči indikovanou praktickým lékařem, ve vlastním sociálním prostředí jedince. Dle autorů tak lze za hospic označit i praktického lékaře, který realizuje domácí návštěvu u svého pacienta v terminálním stádiu nemoci, a to za účelem podání

---

<sup>41</sup> Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 7, § 32-40, § 44.

analgetik. Vhodnější by dle autorů bylo jasně vymezit mobilní specializovanou paliativní péči,<sup>42</sup> za kterou je v této práci považována domácí hospicová péče, což je pojem, který v české legislativě není zakotven.

Pozitivním krokem, ovšem nikoliv zakončeným optimálně, byl pilotní projekt VZP, který probíhal od jara roku 2015. Jeho cílem bylo ověřit, zda je domácí hospicová péče (tedy mobilní specializovaná hospicová péče) bezpečnou formou zdravotní péče a též zda není dražší než do té doby existující způsoby péče o umírající (v nemocnicích, v léčebnách dlouhodobě nemocných). Do programu bylo zapojeno 8 zařízení hospicového typu z celé České republiky, sledováno bylo v letech 2015-2016 celkem 327 pacientů v terminálním stádiu nemoci. Domácí hospicová péče byla zajišťována v režimu 24/7/365 (tj. 24 hodin, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce, tj. nepřetržitě). Vyhodnocení provedl Ústav zdravotnických informací a statistiky. Projektem bylo zjištěno, že je tato forma hospicové péče kvalitní, bezpečná, prováděná zákonným způsobem, navíc je levnější než do té doby (resp. stále) upřednostňované formy zdravotní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. Určeno bylo, že denní náklady na péči o pacienta v rámci domácí hospicové péče činí 1316 Kč, zatímco v případě ostatních forem zdravotní péče se jednalo o částku 1 632 Kč. Nicméně skutečné náklady domácí hospicové péče byly vyšší (1700-1900 Kč<sup>43</sup>), rozdíl tak v rámci pilotního programu hradily daní poskytovatelé domácí hospicové péče, stejně jako další služby a péči, která nepatří do zdravotní péče – jedná se např. o terénní sociální práci, péči o pozůstalé apod. V průměru trvala délka o pacienty v pilotním programu 15,6 dní, medián činil 8 dní, ovšem osmina pacientů byla v péči déle než 30 dní, což již VZP též nehradilo.<sup>44</sup> Nutno ovšem doplnit, že je zapotřebí zohlednit skutečné náklady na domácí hospicovou péči, tedy např. bez započtení kompenzačních pomůcek apod. Jak zdůrazňují Slámová, Marková, Kubáčková a Antonová, v praxi je vždy domácí hospicová péče levnější než péče o pacienta na nemocničním lůžku. Domácí hospicová péče či obecně paliativní péče se tak podle autorek postupně stávají nikoliv nadstandardem, ale zcela přirozeně se začleňují do systému komplexní péče o pacienta.<sup>45</sup>

V návaznosti na tento projekt byla domácí hospicová péče zahrnuta od ledna roku 2018 do úhradové vyhlášky, což znamená, že je hrazena zdravotními pojišťovnami.

---

<sup>42</sup> LOUČKA, M. a K. POLÁKOVÁ. *Paliativní péče v hlavním městě Praha/Analýza*. [online] 2018, s. 11-14.

<sup>43</sup> Dle APHPP (2017b) se jedná o částku 2500 Kč.

<sup>44</sup> ČLS JEP. *Mobilní hospice budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění zřejmě od roku 2018*. [online] 2017.

<sup>45</sup> SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A., KUBÁČKOVÁ, P. a B. ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018, s. 73.

Nicméně úhrada je možná dle odbornosti 926 (domácí paliativní péče), a to formou ošetrovacího dne. Pokud pacient splní stanovená kritéria, je mu hrazena péče zdravotnického týmu, tvořeného lékařem se specializací v paliativní medicíně a všeobecnou sestrou, k dispozici jsou také další odborníci (nezdravotničtí pracovníci). Péče je poskytována formou 24/7, intervence jsou realizovány formou pravidelných návštěv ve vlastním sociálním prostředí jedince či formou pohotovostních výjezdů.<sup>46</sup>

Odbornost 926 značí domácí specializovanou paliativní péči, kterou je možné poskytovat pouze nemocným v terminálním stádiu choroby, pojištění jsou zajišťovány veškeré potřebné hrazené služby, které lze vykazovat stanoveným způsobem (rozlišován je klinicky nestabilní pacient a klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy, u obou typů pacientů je účtován ošetrovací den).<sup>47</sup>

Dle Klimeše však velká část současných poskytovatelů domácí hospicové péče nesplňuje požadovaná kritéria (např. není k dispozici lékař s odborností v paliativní medicíně), mnohdy jsou jim nabízeny nevýhodné smlouvy ze strany zdravotních pojišťoven. V důsledku pak mnohé stávající poskytovatelé domácí hospicové péče nedostávají úhradu od pojišťoven za poskytování zdravotní péče, navíc i v tomto systému stále zůstalo zachováno to, že ostatní služby hradí klient nebo jeho rodina, hospic, sponzoři, kraj apod.<sup>48</sup>

Ministerstvo zdravotnictví uvedlo k výběrovým řízením na domácí hospicovou péči, že žadatelé na odbornost 926 musí mít oprávnění k poskytování ošetrovatelské péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta a zároveň i oprávnění k ambulantní nebo zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicíny, případně léčby bolesti. Požadavkem je kontaktní pracoviště, nikoliv ambulance. Lékař – garant pro odbornost 720, která je nadřazená odbornosti 926, musí mít úvazek nejméně v rozsahu 8 hodin týdně, musí být v pracovně právním vztahu s domácí hospicovou péčí, jeho dostupnost musí být nepřetržitá telefonicky a zařízení, ve kterém vykonává odbornou činnost, musí být fyzicky dosažitelné do 30 minut. Není tedy považováno za optimální, aby takový lékař byl nasmlouván např. na dohodu o pracovní činnosti na dohodu o provedené práci. Odborný dohled garantem musí domácí hospicová péče zajistit, také by měla disponovat lékařem ve stálém pracovním úvazku, doporučeno je, aby kromě garanta

---

<sup>46</sup> KLIMEŠ, P. *Chci pečovat o blízkého umírajícího doma. Hradí mobilní hospicovou péči pojišťovny? Kdo tuto péči předepíše?* [online] 2018.

<sup>47</sup> Vyhláška č. 201/2018 Sb., Příloha č. 1, Hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení podle § 11.

<sup>48</sup> KLIMEŠ, P. *Chci pečovat o blízkého umírajícího doma...*, 2018.

byl k dispozici lékař alespoň na půl úvazku, který má specializovanou nebo zvláštní specializovanou způsobilost v oboru, který je základem pro nástavbovou atestaci z oboru paliativní medicíny. Navíc by tito poskytovatelé měli mít alespoň 5 sester na plný úvazek.<sup>49</sup>

Tyto požadavky tedy mnoho poskytovatelů domácí hospicové péče nespĺňuje, tedy nemůže v tomto režimu oficiálně působit, tj. čerpat úhrady za zdravotní péči od pojišťoven. Dalším problematickým aspektem je dle Loučky a Polákové skutečnost omezení čerpání prostředků od pojišťoven na 30 dní, u dětí na 90 dní. U dětí je stanovena maximální délka péče na 180 dní, u dospělých se může jednat až o 60 dní, ovšem po 30. dni dochází ke snížení úhrad na polovinu. Úhrady nejsou dostačující pro všechny úkony a služby, které jsou v rámci domácí hospicové péče poskytovány. Neoptimální je též vykazování veškeré péče pouze na poskytovatele domácí hospicové péče. Jestliže je pacient zařazen pod odbornost 926, již nelze využívat jiných zdravotních služeb, což se týká i vlastního praktického lékaře či jiných agentur domácí péče apod. V praxi by však bylo často vhodnější využívat více poskytovatelů.<sup>50</sup>

Pokud poskytovatel domácí hospicové péče nespĺňuje daná kritéria a pojišťovna tak s ním neuzavře smlouvu, je možné působit v režimu domácí zdravotní péče, která ovšem není adekvátní náhradou mobilní specializované hospicové péče. O domácí zdravotní péče je více pojednáno v kapitole třetí.

## 1.4 Shrnutí

Podaný popis specializované domácí hospicové péče přibližuje, jakým způsobem lze lidem co nejoptimálněji zajistit přání zemřít v domácím prostředí, s nejbližšími, klidným a respektujícím způsobem.

Lidé se většinou obávají své smrti i smrti svých nejmilovanějších. Jedním ze zdrojů tohoto strachu bývá nejistota. Nikdo nemůže podat zprávu o tom, jaký skutečně je závěr života, co obnáší poslední vydechnutí, poslední okamžiky v životě člověka. Nicméně i pozůstalí žijí ve značné nejistotě a obavě. Tyto obavy a strachy pomáhá snáze unášet multidisciplinární hospicový tým, který představuje kvalitu hospicové péče, ve smyslu možnosti zemřít důstojně a se saturací významných potřeb člověka.

---

<sup>49</sup> Doporučení k výběrovým řízením pro odbornost 926 – mobilní specializovaná hospicová péče. [online] 2018.

<sup>50</sup> LOUČKA, M. a K. POLÁKOVÁ. *Paliativní péče v hlavním městě Praha*, 2018, s. 26.

Přiblíženy byly i koncepce paliativní a hospicové péče. I když platí, že domácí hospicová péče je součástí paliativní péče, rozdíl mezi jejím poskytováním např. v nemocničním zařízení a v domácím (mobilním) hospici bývá značný. U domácí hospicové péče lze vyzdvihnout spirituální rovinu péče, která je sice též poskytována v rámci paliativní péče, nicméně mnohdy odlišným způsobem, v odlišné míře a kvalitě.

Lze kladně hodnotit snahu České republiky u ukotvené domácí hospicové péče (mobilní hospicové péče, specializované domácí hospicové péče) v systému zdravotním i sociálním, byť není toto rozložení zcela vhodné. Lze vítat právní úpravu a snahu posílit možnosti využívání hospicové péče.

Zcela jistě by však bylo vhodné, aby se do realizovaných i plánovaných změn zapojila např. i česká veřejnost, které mnohdy chybí i potřebné informace k tomu, aby hospicovou péčí využila. Cesta ke změně byla započata, změna myšlení, ve smyslu přiznání významu a hodnoty závěru lidského života a odcházení z něj, probíhá mnohem pomaleji, což se i odráží v provádění změn potřebných ke zlepšení dostupnosti a postavení specializované domácí hospicové péče.

## 2 DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Druhá kapitola práce přibližuje jeden z vybraných hospiců, zajišťujících domácí specializovanou hospicovou péči. Jedná se o Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích. Podána je základní charakteristika hospice, průběh poskytované péče, personální obsazení hospice, přehled poskytovaných služeb a vybrané statistické údaje týkající se klientů zařízení.

### 2.1 Základní charakteristika hospice

Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích byl založen 1. 10. 2016 a spadá pod Hospic sv. Jana N. Neumanna, o. p. s. Již během prvního roku však pracovníci hospice pečovali o 100 klientů, běžně je souběžně pečováno o 8-10 klientů. V důsledku toho byly hospici zajištěny nové prostory, navýšil se rozpočet. Hospic byl vybaven dalšími potřebnými pomůckami, přístroji, auty, materiálem.<sup>51</sup> Hospic se nachází v Českých Budějovicích, na ulici Dobrovodská 105/32.

Zařízení disponuje kromě pěti zdravotních sester spoluprací s 10 lékaři z různých oborů, součástí týmu je 6 ošetřovatelek, psycholog a duchovní. Kromě toho jsou k dispozici účetní, spolupracovníci zajišťující fundraising, personalistiku, různé projekty.<sup>52</sup>

Hospic poskytuje hospicovou péči potřebným v Českých Budějovicích a okolí v dosahu 25-30 km. Klient podává zařízení žádost o přijetí, která musí obsahovat i vyjádření lékaře. Klient také podepisuje Svobodný informovaný souhlas o poskytování hospicové péče v domácím prostředí. První návštěvy u klienta v domácím prostředí se účastní lékař a zdravotní sestra. Další návštěvy probíhají po domluvě, druhé návštěvy se již většinou účastní sociální pracovník. Pracovníci jsou klientům a jejich blízkým k dispozici nepřetržitě, včetně nocí, svátků, víkendů. Realizovány jsou pravidelné návštěvy u klientů. Samozřejmostí je kooperace se sociální pracovníci, možnost využití psychologické a spirituální pomoci. Je možné také požádat o návštěvy dobrovolníka. Hospicová péče je určena pro klienty v terminálním stádiu nemoci.<sup>53</sup>

---

<sup>51</sup> Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., *Prachalice*. [online] 2018, s. 2, 17.

<sup>52</sup> DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *O nás*. [online] 2019.

<sup>53</sup> DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Žádost o přijetí*. [online] 2019.



Návštěvy jsou v případě potřeby prováděny několikrát denně. Je-li plná kapacita, žadatelé o poskytnutí hospicové péče čekají nejčastěji 14 dní. Pokud rodina zjistí, že nezvládá péči o blízkého v rodinném prostředí, co nejdříve je v případě zájmu zajištěn převoz klienta do kamenného hospice.<sup>54</sup>

Klient hradí 100 Kč denně, minimální cena za poskytnutou hospicovou péči činí 1 000 Kč. V případě potřeby je možné poplatek snížit. Hospicová péče může být hrazena z příspěvku na péči, kterou hospic pomáhá klientům zařídit. V ceně je veškerá péče, ve smyslu dojíždění za klientem, užívání potřebných pomůcek, běžného zdravotnického materiálu.<sup>55</sup> Kromě toho si lze zapůjčit další pomůcky, kdy se platí vratná záloha a určená částka na den, nicméně klienti pomůcky nehradí. Potřebné zařízení hospic zájemcům přepraví za určenou částku na stanovené místo a též za poplatek pomůže s jeho sestavením.<sup>56</sup>

V průměru je klientům 69 let, nejčastěji se jedná o klienty ve věku 65 a více let (71 %). Průměrná délka poskytované péče činí 25 dní. Převažují muži a co se týče onemocnění, nejčastěji jsou zastoupena onkologická onemocnění, kdy tuto diagnózu má 95 % klientů.<sup>57</sup>

## **2.2 Základní služby poskytované Domácím hospicem sv. Veroniky**

Hospic se v rámci poskytované hospicové péče soustředí zejména na léčbu bolesti, dušnosti a dalších symptomů, přičemž služba je poskytována 24 hodin denně a pracovníci multidisciplinárního týmu jsou připraveni vyjet za klientem kdykoliv, když je to potřeba. Poskytovány jsou mimo jiné terénní odlehčovací služby, odborné sociální poradenství, edukace blízkých klienta, psychologické poradenství, doprovázení pro nemocné a jejich blízké, duchovní péče o umírající, poradenství pro pozůstalé. K dispozici je také půjčovna pomůcek a internetová poradna.<sup>58</sup>

Pozůstalým se dostává informací o tom, co je potřeba v souvislosti se smrtí klienta zařídit, dále se jedná o odborné sociální poradenství. Lze využít rozhovor s knězem či

---

<sup>54</sup> DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Otázky a odpovědi*. [online] 2019.

<sup>55</sup> DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Ceník*. [online] 2019.

<sup>56</sup> DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Naše půjčovna pomůcek*. [online] 2019.

<sup>57</sup> *Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., Prachatice*. [online] 2018, s. 41-42.

<sup>58</sup> Tamtéž, s. 36.

anonymní elektronickou podporu a pomoc. Pořádána jsou také setkání pro pozůstalé, vzdělávací přednášky, benefiční koncerty, hospic se účastní Budějovického jarmarku.<sup>59</sup>

Terénní odlehčovací služba umožňuje potřebný odpočinek pečujících osob. Půjčovna kompenzačních pomůcek nabízí např. elektricky polohovatelná lůžka, koncentrátoři kyslíku, invalidní vozíky, chodítka, toaletní židle či otočná sedátka do vany. Lze si zapůjčit také odbornou literaturu. Prováděno je proškolení pečujících v péči o nemocné, které zahrnuje např. edukaci v podávání stravy, polohování, péči o tělo, předáván je kontakt na sociální služby.<sup>60</sup>

Významná je spolupráce s odborníky. Jedná se např. o specialisty z oborů onkologie, urologie, plicního oddělení, oddělení následné péče, zubaře, významná je spolupráce s ambulancí bolesti v nemocnici v Českých Budějovicích. Užívány jsou potřebné přístroje, jako např. lineární dávkovače nebo koncentrátoři kyslíku.<sup>61</sup>

O tom, že jsou tyto služby komplexní, svědčí např. skutečnost, že ze 72 přijatých klientů v roce 2017 zemřel pouze jeden z nich v nemocnici. Do kamenného hospice byli převezeni další 4 klienti.<sup>62</sup>

## 2.3 Shrnutí

Předložené informace přibližují průběh specializované domácí hospicové péče v praxi. V kontextu informací podaných v kapitole první lze ocenit zejména rozsah poskytovaných služeb a kvalitu multidisciplinárního týmu. Každému klientovi se tak může dostat péče „ušité na míru“, se zajištěním kvalitní a odborné péče, ale též taktu, respektu a vhodného načasování.

Předložený text zachycuje základní informace, které byly čerpány především z webových stránek hospice, výroční zprávy a pozorování, které autorka práce realizovala v rámci kontaktování hospice, kdy byl sjednáván souhlas s využitím těchto údajů a potvrzena byla možnost zveřejnění vybraných informací.

To, co tak v textu chybí, je obraz, tedy např. fotografie dokumentující, jak může specializovaná domácí hospicová péče v praxi vypadat. Namísto shrnujících slov jsou tak předány další možné informace pomocí dvou zvolených fotografií, které dokumentují

---

<sup>59</sup>

<sup>60</sup> DOMÁČÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Poskytované služby*. [online] 2019.

<sup>61</sup> *Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., Prachatice*. [online] 2018, s. 37-38.

<sup>62</sup> *Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., Prachatice*. [online] 2018, s. 41.

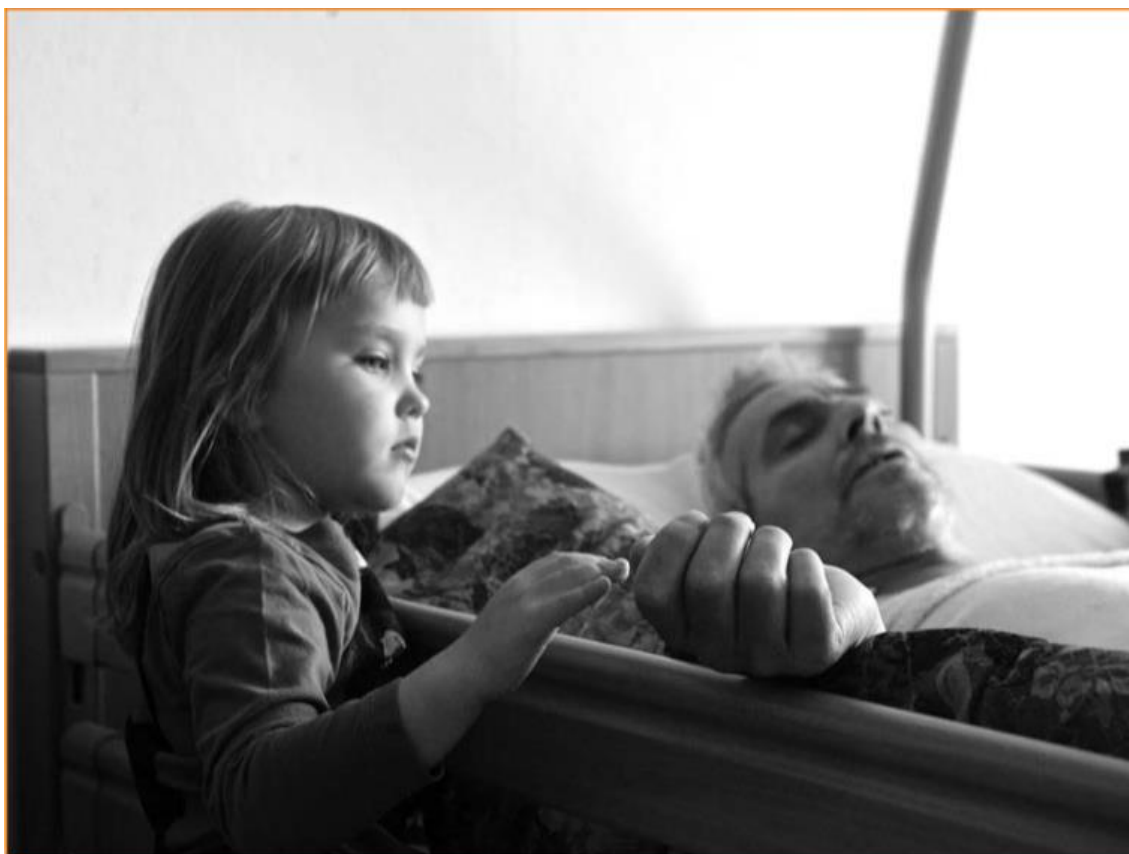
průběh poskytované hospicové péče, a to tedy v domácím prostředí. Název fotografií je převzat z výroční zprávy hospice za rok 2017, stejně jako samotné fotografie. Záměrně pak není podán doprovodný vysvětlující text. Je na čtenáři, aby uchopil tento zachycený moment dle svých možností a potřeb.



Obrázek 2. Odpolední siesta pacientky s dcerou (zdroj: Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s.<sup>63</sup>)

---

<sup>63</sup> Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., Prachatice. [online] 2018, s. 41.



Obrázek 3. Návštěvy blízkých v hospici (zdroj: Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s.<sup>64</sup>)

---

<sup>64</sup> Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., Prachatice. [online] 2018, s. 37.

### 3 OBECNÁ DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Závěrečná kapitola přibližuje koncepci domácí zdravotní péče. Tato forma péče umožňuje poskytovat obecnou hospicovou péči, která se však v mnoha aspektech liší od specializované domácí hospicové péče.

Uvedeny jsou základní znaky domácí zdravotní péče, tedy její rozsah, úkony, které jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, včetně kritérií, za jakých je možné tuto formu péče poskytnout. Zmíněny jsou též rozdíly oproti specializované domácí hospicové péči.

#### 3.1 Charakteristika domácí zdravotní péče

Domácí zdravotní péče je v zákoně o veřejném zdravotním pojištění pojímána jako forma zvláštní ambulantní péče.<sup>65</sup> Jak uvádí Misconiová, „*domácí péče (DP) je nelékařská zdravotní péče, převážně ošetrovatelská a rehabilitační, poskytovaná pacientům v jejich vlastním sociálním prostředí na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost, nebo při propuštění z nemocnice ošetrojícího lékaře příslušného oddělení.*“<sup>66</sup>

Pro domácí zdravotní péči se užívá také termín home care. Jejím cílem je podpora a navrácení zdraví, podpora a rozvoj soběstačnosti pacienta, ale též zmírňování jeho utrpení při nevyléčitelných chorobách a zajištění klidného umírání a smrti. Jedná se o návrat k praxi, která byla běžná až do prvních desetiletí dvacátého století: lidé se léčili či umírali v domácím prostředí. Pokud jedinec tuto možnost neměl, byl léčen v ústavu, což byla obdoba dnešních nemocnic. Tento způsob péče a umírání se však týkal zejména lidí nemajetných. Rozvoj technologií vnesl do této koncepce nutnost soustředit zdravotnický personál na jedno místo, disponující moderním vybavením pro diagnostiku a léčbu. Tím se zdravotní péče přesunula do nemocnic, ovšem za cenu toho, že se z léčby a ošetřování vytratil aspekt psychosociální a spirituální.<sup>67</sup>

K hlavním výhodám domácí zdravotní péče řadí Pekárková a Turková finanční úsporu pro zdravotnictví, neboť tato forma zdravotní péče je méně nákladná, než kdyby byla realizována ve zdravotnických zařízeních. Dochází ke zkracování délky hospitalizace, v domácí zdravotní péče se pacient rychleji uzdravuje, ale i klidněji umírá.

---

<sup>65</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění..., § 22.

<sup>66</sup> MISCONIOVÁ, B. Domácí péče, in KALVACH, Z. a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 183.

<sup>67</sup> SLANÝ, J. *Řízení domácí a chronické péče*. Žilina: Georg, 2014, s. 43.

V domácím prostředí také nevznikají nozokomiální nákazy, s nimiž se lze setkat v nemalé míře ve zdravotnických zařízeních.<sup>68</sup>

Lze však doplnit, že se domácí zdravotní péče vyznačuje i určitými omezeními. Pokud odhlédneme od pojetí hospicové či paliativní péče v rámci domácí zdravotní péče, o nichž je více pojednáno v kapitole 3.2, jedná se především o její pružnost: jak uvádí Červený, zdravotní pojišťovny hradí pouze ty výkony, které předepíše příslušný lékař. Jednat se může o pravidelnou injekční léčbu, cévkování, podávání infuzí, odběr krve. U pacientů většinou bývá přítomna polymorbidita, nejčastěji je tato forma péče indikována u osob s imobilitou, inkontinencí či dezorientací.<sup>69</sup>

Vzhledem k tomu, že je rozsah poskytované péče poměrně široký, lze uvést bližší vymezení Slaného, který v rámci domácí zdravotní péče rozlišuje základní domácí péči, odbornou domácí péči a ostatní služby. Základní domácí péče zahrnuje zejména zajištění základní osobní hygieny, pomoc při sebeobsluze, kontrolu stravovacího režimu, což tedy patří nikoliv do služeb zdravotních, ale služeb sociálních. Odbornou domácí péči lze dále rozdělit na preventivní domácí péči, domácí hospitalizaci, dlouhodobou domácí péči a paliativní či hospicovou domácí péči. Preventivní domácí péče značí např. sledování zdravotního stavu pacienta, monitorování jeho fyziologických funkcí, stavu výživy, odběr krve, moči. Jedná se také o edukaci pacienta o zdravém životním stylu či péči o novorozence. Domácí hospitalizace bývá indikována především u pacientů po úrazech, operacích, v případech, kdy je zapotřebí ošetřování stomie všech druhů, péče o operační rány, převazů, aplikací injekcí, léčbu bolesti, ošetrovatelskou rehabilitaci apod. Dlouhodobá domácí péče se vztahuje k pacientům s chronickým onemocněním, nesoběstačným (stavy po cévní mozkové příhodě apod.), závislým na podpůrných přístrojích, parenterální výživě. Prováděno bývá polohování, masáže, prevence dekubitů. Paliativní (hospicová) péče je určena pro pacienty v preterminálním stádiu a terminálním stádiu nemoci. Součástí tohoto druhu péče částečně bývá i podpora pečujících a pozůstalých. K ostatním službám patří např. poradenství pro rodinu pacienta, zapůjčování zdravotních a rehabilitačních pomůcek, zprostředkování kontaktů na další služby. V zásadě je na domácí zdravotní péči nahlíženo jako na kombinaci home care a home help (sociální péče), a to i se zohledněním péče laické.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> PEKÁRKOVÁ, H. a A. TURKOVÁ. *Je domácí zdravotní péče potřebná a hlavně efektivní?* [online] Hradec Králové, 2016.

<sup>69</sup> ČERVENÝ, R. Primární péče. In: ČELEDVÁ, L., HOLČÍK, J. a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2018, s. 56.

<sup>70</sup> SLANÝ, J. *Řízení domácí a chronické péče*. Žilina: Georg, 2014, s. 44-45.

### 3.2 Obecná hospicová péče jako součást domácí zdravotní péče

Jak je zřejmé z předchozího textu, i v rámci domácí zdravotní péče může být poskytována péče hospicová či spíše péče paliativní (dále v textu užíván termín obecná hospicová péče), nicméně rozsah a zaměření péče poskytované specializovanou domácí hospicovou péčí a domácí zdravotní péčí se značně liší. Specializovaná domácí hospicová péče se zaměřuje na jedince, kteří se ocitají v terminálním stádiu nemoci. Domácí zdravotní péče je určena široké skupině pacientů: jednat se může o osoby různého věku, s různými chorobami, s různými zdravotními obtížemi, které odlišným způsobem ovlivňují kvalitu jejich života.

Rozdíl se týká i osob, které tyto formy péče poskytují. U domácí zdravotní péče jsou to především zdravotní sestry, které pochopitelně jednají v kooperaci s lékařem, který určuje obsah a zaměření poskytované péče, jež je v tomto případě zejména ošetrovatelská, byť i zdravotní sestry mohou poskytovat psychickou, sociální oporu. Nejsou však k tomu primárně vzdělávány a vedeny, na rozdíl od pracovníků specializované domácí hospicové péče, kteří působí ve vzájemné kooperaci v rámci multidisciplinárního týmu.

Z hlediska legislativy vymezení obecné hospicové péče v rámci domácí zdravotní péče jsou významné zejména dva dokumenty, a to zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Dále se jedná o zákony vymezující činnosti každého odborného člena týmu (nelékařské pracovníky, lékařské pracovníky), vyhlášku č. 49/1993 Sb., která definuje odbornou způsobilost poskytovatelů domácí zdravotní péče a materiální, věcné a technické vybavení agentur domácí péče.<sup>71</sup>

Jestliže je pro domácí specializovanou paliativní péči v úhradové vyhlášce vyhrazen kód 926, u domácí zdravotní péče, včetně tedy obecné hospicové péče, je stanoven kód 925. Kromě toho lze užít i kód 06311 pro zavedení a ukončení domácí zdravotní péče a administrativní činnost zdravotní sestry a speciálně pro obecnou hospicovou péči je navíc stanoven signální kód 06349, kterým lze zintenzivnit poskytovanou péči. Rozlišeny jsou dále čtyři typy (I-IV) domácí zdravotní péče, které se liší časovým rozsahem, který může být 15, 30, 45 a 60 minut, s poskytnutím maximálně třikrát denně. Úhradová vyhláška se týká i materiálových nákladů, což zahrnuje např. ošetření stomií, odběr biologického

---

<sup>71</sup> DŮM LÉKAŘŮ. *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [online] © 2019.

materiálu, lokální ošetření, ošetření permanentních katetrů apod., opět maximálně v rozsahu třikrát denně.<sup>72</sup>

V praxi provádějí domácí zdravotní péči většinou agentury domácí péče, které disponují přístroji a pomůckami pro diagnostiku a terapii. Většinou je indikována 3x týdně a zahrnuje mimo jiné i management bolesti a emocionální podporu pacientovi a jeho blízkým. V případě, že je zapotřebí poskytovat tuto péči intenzivněji, než umožňují kódy, musí o tuto změnu požádat ošetřující lékař. Následně lze tuto péči poskytovat kontinuálně, resp. i zde platí časový limit, a to 5 hodin denně. O tuto změnu musí být požádáno, bývá schvalována výjimečně, zejména v souvislosti s managementem bolesti. Obtíže spojené s příjmem tekutin a živin bývají řešeny intravenózní hydratací nebo nasogastrickou sondou, přívod kyslíku bývá zajištěn oxygenoterapií.<sup>73</sup>

Pakliže příslušný lékař rozhodne o domácí zdravotní péči, stanovuje, o jaký typ návštěvy se bude jednat (viz rozsah 15-60 minut), dále jaké budou prováděny výkony a jaké budou náklady z hlediska materiálního. Nutná je spolupráce s agenturou domácí péče, která podává lékaři souhrn, tedy informace o vývoji zdravotního stavu pacienta. Dohodnut je termín podávání souhrnu, nicméně agentury musí okamžitě lékaře informovat o významných změnách. Plán péče, resp. žádost o tuto péči má platnost tři měsíce, následně musí být prodloužena, což lze provádět opakovaně. Dostupnost domácí zdravotní péče je deklarována na 24 hodin denně, 365 dní v týdnu. Tato dostupnost obnáší možnost zavolat na tísňovou linku, tedy mobilní telefon, který má k dispozici vždy určitý člen týmu agentury domácí péče. Je-li potřeba, pracovník je následně nucen zajistit další potřebnou péči a pomoc. Tým ovšem nebývá zpravidla multidisciplinární, zprostředkovává však kontakt na další odborníky a služby. Pacient má k dispozici jednoho stálého manažera péče, který má navíc na starosti harmonogram a organizaci péče. Tento pracovník také podává pravidelné zprávy lékaři. Domácí zdravotní péče bývá doplněna o sociální péči, kterou zajišťuje pečovatelská služba.<sup>74</sup>

Většinou jsou úkony prováděny v rámci běžné pracovní doby (tj. 7:00-15:00), nicméně existují i kódy pro práci zdravotní sestry v době od 22 h do 6 h či o svátcích, víkendech.<sup>75</sup>

---

<sup>72</sup> LUSI. *Seznam kódů*. [online] © 2019.

<sup>73</sup> DŮM LÉKAŘŮ. *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [online] © 2019.

<sup>74</sup> DŮM LÉKAŘŮ. *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [online] © 2019.

<sup>75</sup> LUSI. *Seznam kódů*. [online] © 2019.



### 3.3 Shrnutí

Z uvedeného textu je zřejmé, že se obě koncepce domácí hospicové péče liší. Rozdíly lze spatřovat v rozsahu i frekvenci prováděných úkonů, složení multidisciplinárního týmu, organizaci péče.

Obecná hospicová péče je mimo jiné značně nepružná. O každý nový výkon vzhledem k měnícímu se zdravotnímu stavu klienta musí agentura poskytující zdravotní péči v přirozeném prostředí žádat ošetřujícího lékaře klienta. V zásadě se proto jedná o plánované lékařské a ošetrovatelské intervence, nejsou nepřetržitě k dispozici lékaři a zdravotní sestry. V mimopracovní době je péče zajištěna telefonicky, je možné ambulantní vyšetření lékařem v lůžkovém zdravotnickém zařízení či je volána např. rychlá záchranná služba. Takto nastavená péče je dostačující v případě, že se pacient nachází ve stabilizovaném stavu a nedochází k častým změnám ve zdravotním stavu, výskytu symptomů nemoci. Domácí zdravotní péče je tak optimální pro přibližně 80 % pacientů,<sup>76</sup> kteří mohou využít domácí hospicovou péči.<sup>77</sup>

Odlišná je dostupnost hospicové péče, která je mnohem intenzivnější v případě specializované domácí péče a též obsahově odlišná, ve smyslu složení multidisciplinárního týmu.

Hospicová péče může být jen stěží plánovaná. Stav pacienta, zdravotní i psychický, se může velmi rychle měnit. Je zapotřebí průběžný monitoring, dostupnost odborníků kdykoliv, kdy rodina požádá o pomoc. Tato pomoc by navíc měla být dostatečně odborná, což opět v případě lékaře a zdravotní sestry není splněno. Jako velmi problematické lze vnímat řešení náhlého a závažného zhoršení stavu klienta. Jestliže bylo původním přáním klienta zemřít v domácím prostředí, v kruhu nejbližších, namísto toho je klient např. odvozen do lůžkového zdravotnického zařízení, základní myšlenka domácí hospicové péče je tak zásadním způsobem porušena.

V závěru lze uvést, že odbornost 926 je aktuálně nastavena pouze pro klinicky nestabilní pacienty v terminálním stádiu, pojišťovna hradí pouze 30 dní péče. Tím je tak domácí zdravotní péče určena především pro konkrétní skupinu onemocnění, je značně omezena pro většinu umírajících polymorbidních pacientů.

---

<sup>76</sup> Pozn. Nejčastěji se jedná o polymorbidní pacienty, bez nutnosti 24hodinové specializované odborné péče, jak tomu bývá např. u osob onkologicky nemocných.

<sup>77</sup> *Současná situace péče o pacienty s potřebou paliativní péče v domácím prostředí v ČR: možnosti a limity.* [online] © 2018.

Je zřejmé, že obě služby mají v České republice významné uplatnění. Zároveň lze podotknout, že by mělo být samozřejmostí, aby byla dostupná komplexní paliativní péče všem potřebným pacientům, ve všech zdravotních službách.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou domácí hospicové péče v České republice. Cílem bakalářské práce bylo analyzovat koncepci domácí zdravotní péče a specializované domácí hospicové péče a určit, v čem spočívají hlavní rozdíly v poskytování domácí zdravotní péče a v poskytování specializované domácí hospicové péče, se zřetelem k péči o osoby v terminálním stádiu nemoci.

Naplnění cíle bylo umožněno podáním dostupných informací o současné koncepci domácí hospicové péče v České republice, kdy bylo vycházeno z české i zahraniční odborné literatury, výzkumů na toto téma, statistických dat a též analýzy vybraného domácího hospice v Českých Budějovicích.

První a třetí kapitola práce přiblížily hlavní rozdíly v koncepci specializované domácí hospicové péče a domácí zdravotní péče, která zajišťuje obecnou hospicovou péči. Možnosti péče o klienta v terminálním stádiu nemoci byly charakterizovány s využitím dat týkajících se Domácího hospice sv. Veroniky v Českých Budějovicích.

Z předložených poznatků vyplývá, že rozdíly mezi oběma koncepcemi domácí hospicové péče jsou značné. Týkají se zejména rozsahu poskytované péče, její organizace i kvality, ve vztahu k saturaci potřeb klienta v závěrečné fázi života.

Umírání představuje v mnoha společnostech, zejména tedy moderních vyspělých státech, velké tabu. Umírání se nepojí s výkonem, úspěchem a slávou. Lidé často umírají za plentou v nemocničním zařízení, zcela opuštěni, bez toho, že by byly saturovány jejich přítomné potřeby.

Potřeba bezpečí, kterou lze zajistit např. umíráním ve známém prostředí, nemusí být v rámci domácí zdravotní péče zajištěna. Péče je poskytována primárně lékařem a zdravotní sestrou, je časově omezená, musí být dopředu naplánovaná a v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu pacienta nastává často převoz do zdravotnického zařízení, v lepším případě lůžkového hospice. Ve specializované domácí péči umírá klient většinou v domácím prostředí, za podpory blízkých i pracovníků hospice, kteří též doprovázejí pozůstalé, pomáhají se zajištěním péče o tělo zemřelého, což v koncepci domácí zdravotní péče zcela chybí.

Podobně i sociální potřeby nejsou dostatečně saturovány v domácí zdravotní péči I když dochází ke spolupráci s odborníky, jejich kontakt s umírajícím a jeho blízkými je velmi omezený, na rozdíl od specializované domácí hospicové péče.

Rovina fyzických potřeb bývá též optimálněji zajištěna u specializované domácí hospicové péče. Tato zařízení disponují potřebnými pomůckami a přístroji, které tato zařízení pořizují na vlastní náklady, z darů či vlastními silami pořádaných akcí. Domácí zdravotní péče je mnohem více finančně zajištěna státem, přesto nenabízí potřebou zdravotní péči v rozsahu, jako je tomu u specializované domácí hospicové péče.

Spirituální rovina je záměrně uváděna až jako poslední. Právě spiritualita je fenoménem, který se s hospici a hospicovým hnutím nejvíce pojí. V běžném životě zdravého člověka bývá mnohdy tato oblast opomíjena. Při uvědomění si konce vlastního života však tyto potřeby vyvstávají do popředí. Jak kvalitní život člověk žil? Jaký smysl jeho život měl? Co se podařilo naplnit, v čem jedinec chyboval, co si může stěžít odpustit, jakou vinu si s sebou po celý život nese? To, co bylo po velkou část života vytěšňováno z vědomí, se v něm náhle objevuje s nečekanou naléhavostí. Je velmi cenné, pokud umírající může hledat odpovědi na tyto otázky v okruhu blízkých, s pomocí psychologů, duchovních, pakliže o tuto formu pomoci a podpory stojí. V kontaktu s blízkými či s využitím možnosti dialogu, podání pochopení a vnímání zájmu je možné smířit se s tím, jaký život člověk žil, včetně odpuštění, které si může udělit umírající sám, či jej přijme od druhých. Tuto rovinu domácí zdravotní péče většinou zcela opomíjí.

Přestože práce byla koncipována pouze jako teoretická, lze vnímat její přínos, který se týká zejména podání přehledu současné domácí hospicové péče, která se vyznačuje nejednoznačnou terminologií, problematickým legislativním vymezením, stále probíhajícími změnami, které ne vždy reflektují to, co je pro hospicovou péči klíčové.

Na podané poznatky lze navázat empirickým šetřením. V případě kvantitativního výzkumného šetření by bylo vhodné zkoumat informovanost české veřejnosti o možnostech využívání domácí hospicové péče, včetně preference obyvatel toho, jaké formě této péče dávají přednost. V kvalitativním výzkumu by bylo žádoucí hlouběji prozkoumat, s jakými úskalími se současná koncepce domácí hospicové péče potýká a co lze naopak vyzdvihnout jako příklady dobré praxe.

## LITERATURA A ZDROJE

- CONNOR, S. R. et al. Interdisciplinary approaches to assisting with end-of-life care and decision making. *The American Behavioral Scientist*, 2002, vol. 46, issue 3, pp. 340-356.
- ČERVENÝ, R. Primární péče. In: ČELEDOVÁ, L., HOLČÍK, J. a kol. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Karolinum, 2018, s. 51-63. ISBN 978-80-246-3996-3.
- ELICHOVÁ, M. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4.
- HAŠKOVCOVÁ, M. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262.471-3.
- JAROŠOVÁ, D. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
- KODYMOVÁ, P. Úvod. In: KODYMOVÁ, P. (ed.). *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 2015, s. 5-6. ISBN 978-80-7421-088-4.
- KOPŘIVOVÁ, J. Děti a rodiče v pozici pozůstalých. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2010, roč. 10, č. s. 30-31. ISSN 1213-6204.
- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4650-0.
- KURUCOVÁ, R. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5707-0.
- MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MISCONIOVÁ, B. Domácí péče, in: KALVACH, Z. a kol. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011, s. 183-187. ISBN 978-80-247-4026-3.
- MUNZAROVÁ, M. *Euthanasie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

- SEDLÁROVÁ, K. Rozhovory s řediteli hospiců, in TOMĚŠ, I. a kol. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015, s. 45-63. ISBN 978-80-246-2941-4.
- SLÁMA, O. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*, 2009, roč. 22, č. 4, s. 183-185.
- SLÁMOVÁ, R., MARKOVÁ, A., KUBÁČKOVÁ, P. a B. ANTONOVÁ. *Praktický průvodce koncem života: rozcestník pro nemocné a pečující*. Brno: Edika, 2018. ISBN 987-80-266-1279-7.
- SLANÝ, J. *Řízení domácí a chronické péče*. Žilina: Georg, 2014. ISBN 978-80-8154-063-9.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III: Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2270-2.
- STUDENT, J.-Ch., MÜHLUM, A. a U. STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H & H, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. Praha: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.
- SVATOŠOVÁ, M. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.
- TOMEŠ, I. Vývoj pojmů a pojetí, in TOMĚŠ, I. a kol. 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Praha: Karolinum, 2015, s. 8-21. ISBN 978-80-246-2941-4.
- WYLIE, N. A., DAYRINGER, R. and G. W. DAVIDSON. Training an Interdisciplinary Team. In DAVIDSON, G. W. (ed.). *The Hospice: Development and Administration*. 2nd ed. New York: Routledge, 2013, pp. 74-96. ISBN 978-0-891-16370-1.

Legislativní zdroje:

Vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění platném k 8. 12. 2011.

Elektronické zdroje:

APHPP. *Standardy hospicové paliativní péče*. [online] 2016 [cit. 2019-12-31]. Dostupné na WWW: < <http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>>

APHPP. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku*. [online] 2017a [cit. 2019-12-30]. Dostupné na WWW: <<http://asociacehospicu.cz/uploads/Koncepce%20hospicov%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De%20pro%20%C4%8CR%20-%20final.pdf>>

APHPP. *Právní rámec pro hospice*. [online] 2017b [cit. 2019-12-31]. Dostupné na WWW: < <https://www.asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice>>

ČÍPKOVÁ, I. *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*. [online] Sociální práce/Sociální práce, 2015, č. 4 [cit. 2019-12-30]. Dostupné na WWW: <<http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>>

ČLS JEP. *Mobilní hospice budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění zřejmě od roku 2018*. [online] 2017 [cit. 2019-12-31]. Dostupné na WWW: < <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/11/mobilni-hospice-budou-hrazeny-z-verejneho-zdravotniho-pojisteni-zrejme-od-roku-2018/>>

DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Poskytované služby*. [online] 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<https://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice/poskytovane-sluzby>>

DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Žádost o přijetí*. [online] 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: < <https://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice/zadost-o-prijeti>>

DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Naše půjčovna pomůcek*. [online] 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: < <https://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice/nase-pujcovna-pomucek>>

- DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Pro pozůstalé*. [online] 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<https://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice/co-nabizime-pro-pozustale>>
- DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Ceník*. [online] 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<https://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice/nas-cenik>>
- DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Hospicový tým*. [online] 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<https://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice/nas-tym>>
- DOMÁCÍ HOSPIC SV. VERONIKY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Otázky a odpovědi*. [online] 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<https://www.hospicveronika.cz/ceske-budejovice/otazky-a-odpovedi>>
- Doporučení k výběrovým řízením pro odbornost 926 – mobilní specializovaná hospicová péče*. [online] 2018 [cit. 2019-12-31]. Dostupné na WWW: <[http://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2018/07/Konsenzua%CC%81ni%CC%81\\_stanovisko\\_MSPP\\_C%CC%8CSPM\\_FMH.pdf](http://www.mobilnihospice.cz/wp-content/uploads/2018/07/Konsenzua%CC%81ni%CC%81_stanovisko_MSPP_C%CC%8CSPM_FMH.pdf)>
- DŮM LÉKAŘŮ. *Systém domácí péče – informace pro klienty*. [online] © 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <<http://www.dumlekaru.cz/home-care-domaci-pece/>>
- Hospice sv. Jana N. Neumanna, o. p. s., Prachatice*. [online] 2018 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <[https://www.hospicveronika.cz/www\\_sko/upload/File/rocni\\_zprava\\_2017.pdf](https://www.hospicveronika.cz/www_sko/upload/File/rocni_zprava_2017.pdf)>
- HRDÁ, K., TOLLAROVÁ, B. a kol. *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory*. [online] 2018 [cit. 2019-12-30]. Dostupné na WWW: <[https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP\\_A4.pdf](https://www.sue-ryder.cz/www/files/ckfiles/file/PPPP_A4.pdf)>
- KLIMEŠ, P. *Chci pečovat o blízkého umírajícího doma. Hradí mobilní hospicovou péči pojišťovny? Kdo tuto péči předepíše?* [online] 2018 [cit. 2019-12-31]. Dostupné na WWW: <<https://www.umirani.cz/poradna/chci-pecovat-o-blizkeho-umirajiciho-doma-hradi-mobilni-hospicovou-peci-pojistovny-kdo-tuto>>



- LOUČKA, M. a K. POLÁKOVÁ. *Paliativní péče v hlavním městě Praha/Analýza*. [online] 2018 [cit. 2019-12-31]. Dostupné na WWW: <[https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2019-06/ CPP\\_Praha-2019\\_brozuraA5\\_WEB\\_logoPraha\\_jednostrany.pdf](https://cdn.paliativnicentrum.cz/sites/default/files/soubory/2019-06/_CPP_Praha-2019_brozuraA5_WEB_logoPraha_jednostrany.pdf)>
- LUSI. *Seznam kódů*. [online] © 2019 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<http://www.lusi.cz/seznam-kodu/>>
- MOKREJŠOVÁ, L. Rodina v paliativní péči. *Zdravotnictví a medicína*. [online] 2011 [cit. 2019-12-31]. Dostupné na WWW: <<https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rodina-v-paliativni-peci-461776>>
- PEKÁRKOVÁ, H. a A. TURKOVÁ. *Je domácí zdravotní péče potřebná a hlavně efektivní?* [online] Hradec Králové, 2016 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=85984&pdf=1>. >
- Současná situace péče o pacienty s potřebou paliativní péče v domácím prostředí v ČR: možnosti a limity*. [online] © 2018 [cit. 2020-02-26]. Dostupné na WWW: <<https://www.paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pecce/pro-odbornou-spolecnost/soucasna-situace-pecce-o-pacienty-s-potrebou>>
- ŠVANCARA, J. a kol. *Národní datová základna paliativní péče*. [online] Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016. [cit. 2019-11-16]. Dostupné na WWW: <<https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=poslednich-30-dni-zivota--pilotni-projekt-mobilni-specializovane-paliativni-pecce>>
- VORLÍČEK, J. a O. SLÁMA. *Paliativní medicína – historie a současnost*. [online] Sanquis, 2005, 2005, č. 41 [cit. 2019-12-30]. Dostupné na WWW: <<https://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art345>>
- ZDRAVOTNICKÉ KOLEGIUM CHARITY ČESKÁ REPUBLIKA. *Koncepce domácí hospicové péče*. [online] 2017 [cit. 2019-11-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.domacihospicovapece.cz/res/archive/001/000162.pdf?seek=1500972639>>