

**FILOZOFICKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO
V OLOMOUCI**

Katedra sociologie a andragogiky

Studijní rok 2008/2009

Martina Kalendová

HOSPIC JAKO JEDNA Z FOREM PALIATIVNÍ PÉČE

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Kliment Ph.D.

Olomouc 2009

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně na základě uvedené literatury a pramenů.

V Olomouci dne

.....

Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu diplomové práce PhDr. Pavlu Klimentovi Ph.D. za jeho připomínky, rady a celkové vedení mé práce. Dále děkuji sociálním pracovnícům, slečně Ležákové a paní Kafkové, za poskytnutí informací. V neposlední řadě bych ráda poděkovala personálu Hospice Anežky České v Červeném Kostelci za vytvoření příjemného prostředí a vstřícný přístup.

Obsah

1. Úvod.....	6
2. Vymezení pojmu hospic a hospicová péče	9
2.1 <i>Hospic</i>	9
2.1.1 Podmínky pro přijetí do hospice.....	10
2.1.2 Zaměstnanci hospice	12
2.1.3 Financování provozu hospice	15
2.1.4 Dětský hospic	16
2.2 <i>Hospicová péče</i>	17
2.2.1 Formy hospicové péče.....	18
2.2.2 Hospicová péče z časového hlediska.....	23
3. Historie hospicového hnutí	24
3.1 <i>Historie termínu hospic</i>	24
3.2 <i>Vývoj hospiců v zahraničí</i>	25
3.3 <i>Vývoj hospiců v České republice</i>	27
4. Paliativní péče	31
4.1 <i>Definice paliativní péče</i>	31
4.2 <i>Typologie paliativní péče</i>	34
4.3 <i>Principy paliativní péče</i>	35
4.4 <i>Složky paliativní péče</i>	36
5. Eutanazie jako jedna z otázek lékařské etiky.....	38
5.1 <i>Historie eutanazie</i>	42
5.2 <i>Eutanazie ve světě</i>	44
5.3 <i>Eutanazie v Evropě</i>	45
5.4 <i>Eutanazie v České republice</i>	46
6. Potřeby umírajících	51
7. Péče o pečující a pozůstalé jako součást hospicové péče	56

8. Představení vybraných hospiců.....	62
8.1 <i>Hospic Anežky České v Červeném Kostelci</i>	62
8.1.1 Základní informace o zařízení	62
8.1.2 Podmínky pro přijetí do hospice.....	64
8.1.3 Financování hospice	64
8.1.4 Zaměstnanci hospice	64
8.1.5 Jiné činnosti hospice.....	65
8.1.6 Péče o pozůstalé.....	66
8.2 <i>Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce</i>	66
8.2.1 Základní informace o zařízení	67
8.2.2 Podmínky pro přijetí do hospice.....	67
8.2.3 Financování hospice	68
8.2.4 Zaměstnanci hospice	68
8.2.5 Jiné činnosti hospice.....	68
8.2.6 Péče o pozůstalé.....	69
8.3 <i>Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna</i>	69
8.3.1 Základní informace o zařízení	69
8.3.2 Podmínky pro přijetí do hospice.....	70
8.3.3 Financování hospice	70
8.3.4 Zaměstnanci hospice	71
8.3.5 Jiné činnosti hospice.....	72
8.3.6 Péče o pozůstalé.....	73
9. Závěr.....	74
10. Anotace.....	76
11. Seznam použité literatury	78
12. Přílohy	82

1. Úvod

Zdraví představuje důležitou lidskou hodnotu. V hodnotových orientacích obyvatelstva se zdraví objevuje na předních místech důležitosti pro život, zejména je-li život člověka zasažen dlouhodobou a těžkou nemocí. Takové onemocnění poté zasahuje do způsobu života, čímž dochází i ke změně v žebříčku hodnot člověka. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka.“¹ Opakem zdraví je nemoc, která signalizuje, že s námi není něco v pořádku. „Nemoc je porucha zdraví“, jak konstatuje Křivohlavý ve své publikaci. Vyvrcholením nemoci může pak být i smrt.²

Umírání a smrt představuje závěrečnou etapu života každého člověka. Umírání je určitý sociální proces lidského života. V dřívějších dobách znal člověk smrt zblízka, setkával se s ní v rodině, uměl umírajícího doprovázet. Smrt nadešla po určitém rituálu rozloučení, kdy umírající vyslovil své poslední přání a učinil zpověď, na jejímž konci se smířil s osudem, a tak mohl v klidu zemřít. V současné době třetího tisíciletí je však smrt tabuizována, nemluví se o ní a umírající lidé se “odevzdávají“ do péče neosobních institucí, ať už jsou to nemocnice, ústavy nebo domovy důchodců, kde se mnohdy jejich utrpení neustále prodlužuje prostřednictvím stále vyspělejší lékařské technologie. Svatošová píše, že to, co je pro naši generaci tabu, to bylo pro generaci našich prababiček zcela běžnou součástí života. Většina lidí umírala doma, jen výjimečně v nemocnici.³ S tím nejde nesouhlasit. Je nutno si přiznat, že se čím dál více preferuje krásný, šťastný a úspěšný život, kde pro umírání a smrt není místo. Haškovcová hovoří o tom, že normální člověk je biofilní, to znamená, že touží po dlouhém a šťastném životě.⁴ Lidé nejsou připraveni na konfrontaci se smrtí, neboť smrt blízkého člověka jim připomíná vlastní smrtelnost. Prostředkem k takové nápravě může být ochota naučit se o smrti mluvit, nebát se jí a brát ji jako normální přirozenou součást života.

¹ Matoušek, O.: Sociální práce v praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, s. 196.

² Srov.: Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 17-18,154.

³ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vydání. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 19.

⁴ Srov.: Haškovcová, H.: Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990, s. 354.

„Neinformovanost, tabuizování smrti, absence rituálů v našem životě od narození do smrti, mediálně budovaný obraz života bez starostí jakožto správného života, několikagenerační nezkušenost se smrtí - to jsou překážky, které je třeba trpělivě překonávat.“⁵

Pro lékaře znamená smrt člověka určitou prohru, profesní selhání, a tak se ze všech sil snaží udržet člověka při životě, někdy i za cenu velkého trápení nemocného. Dobře to vystihuje Svatošová: „Lékařská věda může hodně, ale není všemocná.“⁶ Nicméně je potřeba si uvědomit, že většině umírajícím lidem stačí pouhá přítomnost jiné osoby, aby se cítili bezpečně a spokojeně.

Já jsem umírání a smrt těžce nemocného člověka poprvé zažila ve svých jedenácti letech. A až po pár letech jsem si uvědomila onu důležitost okamžiku, kdy u lůžka umírajícího je někdo přítomen, nejlépe blízký člen rodiny. V tomto poznatku jsem se utvrdila později, kdy jsem měla možnost vykonávat praxi v hospicích. Problém ovšem spočívá v tom, že zařízení jako jsou nemocnice, léčebny apod. na to nejsou dostatečně vybaveny, a to jak personálně, tak co se týká časových možností. Nemocnice navíc působí dojmem neosobnosti a přílišného shonu. A tak dochází k tomu, že většina lidí umírá nejen v bolestech, ale především osamoceně, bez doprovodu svých nejbližších. V 19. století Hutchinson pronesl slova, která platila, platí a vždy platit budou: „Lékař může uzdravit někdy, ulevit často, potěšit vždycky.“⁷

Zneklidňujícím faktem je, že umírání se netýká pouze starých lidí, ale dotýká se člověka ve všech fázích jeho života. Jinou smutnou skutečností je to, že mnoho lidí umírá nikoli v důsledku vysokého věku, ale na následky nejrůznějších nemocí, tou nejčastější bývá rakovina. Mnozí nemocní stráví své poslední dny v nemocnici upoutaní na lůžku, kde lékaři bojují s chorobou, ale často si neuvědomují, že zbavení bolesti není to jediné, co nemocný potřebuje. Proto se v posledních letech rozrůstají speciální zařízení tzv. hospice, které si za svůj cíl kladou zlepšení kvality zbývajících života. Tato zdravotnická zařízení garantují, že pacienti nebudou trpět nesnesitelnými bolestmi a že v posledních dnech svého života nezůstanou osamoceni. Jak praví Blumenthal-Barby: „Nejhorší není umírat, ale být při tom osamocen.“⁸

⁵ <http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf> [2009-01-04]

⁶ Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplněné vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 17.

⁷ Matoušek, O.: Sociální práce v praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, s. 199.

⁸ Blumenthal-Barby, K.: Kapitoly z thanatologie. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1987, s. 19.

Tato práce tedy pojednává o hospici, což je zdravotnické zařízení, ve kterém pobývají lidé, kteří jsou nevléčitelně nemocní. Tito lidé zde obvykle prožívají své poslední období života.

V první části práce se budu věnovat hospicovému hnutí, historii hospiců, formám hospicové péče (domácí hospice, stacionáře, lůžkové hospice) a podám definici paliativní péče. Rovněž se tu budu zabývat velmi diskutovanou otázkou eutanazie, poukážu na potřeby těžce nemocných a umírajících lidí a neopomenou se zmínit ani o důležité součásti hospicové péče, kterou je péče o pečující a pozůstalé. Ve druhé části práce představím tři vybrané hospice. Čtenáře seznámím s Hospicem Anežky České v Červeném Kostelci, Hospicem na Svatém Kopečku u Olomouce a Domem léčby bolesti s hospicem sv. Josefa u Brna. Všechny tři hospice jsem osobně navštívila. Ve dvou z těchto zařízení jsem navíc vykonávala praxi. Důvod, proč jsem si vybrala právě tyto hospice byl ten, že všechny se mohou pochlubit jistým prvenstvím. Dílčí struktura oddílu je rozčleněna podle kapitol v teoretické části, aby bylo patrné, jestli a jak se liší teorie a praxe hospiců. Na úplný závěr práce zařadím i několik příloh, které souvisejí s hospicovou tematikou, jako je adresář hospicových zařízení v České republice, statistika hospicových lůžek, hospicové dokumenty (např. žádost o přijetí, sociální záznam aj.) a celou práci uzavřu Chartou práv umírajících.

Důvodem, který mě vedl k výběru tohoto tématu, bylo rovněž hlubší proniknutí do této aktuální problematiky.

Cílem této diplomové práce bude uvést hospic, jako jednu z možných forem paliativní péče, do širších souvislostí a ukázat na současný stav hospicové péče v České republice.

V první části této diplomové práce jsem vycházela z informací, které jsem čerpala z odborné literatury a internetu. Ve druhé části, tedy při prezentaci vybraných hospiců, jsem jednak použila interní materiály, které jsem obdržela v hospicích, a jednak jsem využila poznatků, které jsem nabyla během absolvování praxí.

2. Vymezení pojmu hospic a hospicová péče

2.1 Hospic

V prvé řadě je potřeba poznamenat, že „myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti.“⁹ To znamená, že jeho snahou je, aby nebyla omezována žádná ze stránek člověka. Důraz je kladen nejen na biologickou dimenzi pacienta, ale pomoc a péče se orientuje také na psychologickou, sociální a duchovní rovinu lidské osobnosti.

Hospic je zařízením, které pečuje o nevléčitelně nemocné osoby v terminální fázi jejich onemocnění.¹⁰ Poskytuje paliativní lékařskou péči těm,¹¹ u nichž medicína vyčerpala všechny své možnosti ke zlepšení jejich zdravotního stavu.¹² Více se o paliativní péči a léčbě zmíním ve čtvrtém oddílu. Toto zdravotnické zařízení se snaží o naplnění dnů nemocného životem, doprovázet jeho i jeho příbuzné, kteří i přesto, že trpí zároveň s ním, hrají nezastupitelnou roli v hospicové péči. V hospicích se na rodinu nezapomíná ani po smrti zesnulého. Úkolem hospice je pomáhat a sloužit, jeho účelem není odstranit utrpení. Hospic považuje smrt za nedílnou a přirozenou součást života. Jeho filozofie vyžaduje hluboký lidský a současně profesionální přístup, stejně jako i týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků, kteří tvoří neoddělitelnou část týmu.¹³ Hospic se snaží uspokojit klientovi psychické, sociální a duchovní potřeby. Neslibuje uzdravení, ale rovněž nebere naději. Pacient v hospici ví, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.¹⁴

Člověk přichází do hospice s tím, že je nevléčitelný, ale je léčitelný. Šance na uzdravení tu není a předpokládá se, že pacient do několika měsíců zemře. Ovšem nemusí to být vždy pravda.

⁹ Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 123.

¹⁰ Terminální fáze je obdobím, kdy je umírajícím pacientům poskytována poslední kvalifikovaná péče. In: <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> [2007-10-9]

¹¹ Paliativní péči se rozumí tišení bolesti a soucitný doprovod nemocných a umírajících. In: <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> [2007-10-9]

¹² Srov.: <http://www.citadela.cz/aktuality.php> [2007-10-5]

¹³ Srov.: <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php> [2007-10-9]

¹⁴ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplňené vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 511.

Pokud se jeho zdravotní stav zlepšší, a takové případy jsou, může se pacient po nějakém čase vrátit domů. V hospici jde především o udržení důstojnosti člověka a o tišení jeho bolestí. Zdravotnický personál tu léčí příznaky a nikoli příčiny.

Mezi veřejností často dochází k tendenci slučovat hospic a léčebnu dlouhodobě nemocných (LDN) do jednoho celku. A to bývá kámen úrazu. LDN je zařízením, které přijímá nemocné klienty, u kterých je šance na doléčení nebo zrehabilitování. Nemocní tu mohou pobývat pouze tři měsíce, poté se vracejí do domácí péče nebo jsou umístěni do jiného zařízení.¹⁵ Výraznější rozdíl ovšem spočívá v tom, že na pokoji v LDN je umístěno více nemocných lidí, čímž se každý z nich dostává do stavu anonymity a navíc ztrácí veškeré své soukromí. Není tu čas ani prostor na individuální péči, anebo jen na pozastavení se u lůžka nemocného a pohovoření s ním o jeho problémech, tak jak je to zařízeno v hospici. Právě hospicová zařízení mají pacientům připomínat jejich domov, jejich přirozené prostředí, kde se budou cítit dobře a spokojeně. Výhodou hospicového zařízení oproti LDN tedy je, že pacient v hospici obývá samostatný jednolůžkový, dvojlůžkový nebo maximálně čtyřlůžkový pokoj, který je vybaven televizí, běžným nábytkem a součástí je i koupelna se sprchovým koutem a toaletou. Postel pro pacienta je elektricky polohovatelná. Pokoj má přistýlku, která je určena pro příbuzné a známé, kteří chtějí veškerý svůj čas strávit s nemocným. Nicméně Svatošová píše, že je třeba obojího, jak LDN či nemocnice, tak hospice, jelikož se obě zařízení k prospěchu pacienta vzájemně doplňují. Ovšem pod podmínkou, že tato zařízení dobře spolupracují.¹⁶ Konečné rozhodnutí o umístění dlouhodobě nemocného člověka závisí na několika okolnostech. Jednak na stupni pokročilosti jeho choroby, jednak na míře obětavosti členů rodiny a na objektivních možnostech pro ošetřování.

Co se týká historie hospiců, tak ta bude podrobněji popsána v dalším navazujícím oddílu.

2.1.1 Podmínky pro přijetí do hospice

Péče a léčba nemocných v zařízení typu hospic je v případě potřeby určena všem. Nezáleží na rase, pohlaví, národnosti či náboženském vyznání člověka.

¹⁵ Srov.: Holeksová, T.: *Ležící nemocný člověk v domácím prostředí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 86.

¹⁶ Srov.: Svatošová, M.: *Hospice a umění doprovázet*. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 126.

Určujícím kritériem pro přijetí pacienta do hospicové péče je jeho zdravotní indikace. Nejčastěji se jedná o nemocné s pokračujícím onkologickým onemocněním, s potřebou kontroly a léčby bolesti nebo s potřebou ošetrovatelsky náročné preterminální péče, ale může se jednat také o klienty s pokročilým degenerativním onemocněním svalů nebo nervů, s těžkými stavy po poranění míchy, klienty se souborem symptomů doprovázejících rozvinutý AIDS či stavy po mozkových mrtvicích. Žádost o přijetí do hospice vyplňuje ošetřující lékař nemocného. Předpokladem by mělo být, že byly vyčerpány všechny léčebné možnosti, které mohly nemoc vyléčit nebo zastavit.¹⁷

Další podmínka pro přijetí je velmi relativní. Je jí časový horizont maximálně do 6 měsíců od očekávané smrti. Ne každý pacient v hospici umírá. Stává se, že se podaří zvládnout bolest a nastavit léčbu takovým způsobem, že je v ní možno pokračovat doma. Rodina si mezitím trochu odpočine, naučí se v hospici ošetřovat svého nemocného, případně si vypůjčí potřebné pomůcky. Přibližně třetina nemocných se vrací domů poté, co pominul důvod pobytu na lůžku v hospici. V domácí hospicové péči se setkáváme s pacienty, kterým byla naordinována domácí hospicová péče z důvodu nevléčitelného onemocnění, doprovázeného těžkým stavem. Tito lidé bývají většinou propuštěni na přání rodinných příslušníků či blízkých, aby mohli doma v klidu zemřít. Za přítomnosti svých blízkých pak pookřejí a často díky kvalitní domácí péči přežívají i mnohem déle než uvedených šest měsíců. Proto je nutné vnímat časový horizont "do šesti měsíců" pouze orientačně. Nicméně nesmíme zapomínat na fakt, že toto časové vymezení má svůj smysl z důvodu odlišení hospicové péče od dalších forem následné péče, které jsou určeny dlouhodobě nemocným osobám.

Do hospice nemůže být přijat každý nemocný - není určen pacientům, kteří potřebují "běžnou" dlouhodobou péči, to znamená, že nenahrazuje léčbu dlouhodobě nemocných a ani sociální hospitalizaci. Platí zde pravidlo, že nemocný s horší prognózou má přednost před nemocným s prognózou příznivější, resp. delší. Nemocný s nezvládanou bolestí má přednost před nemocným s příznaky zvládanými. Při nedostatku lůžek v hospici má přednost nemocný z domácího prostředí před nemocným hospitalizovaným.¹⁸

¹⁷ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

¹⁸ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

Do hospice také nelze přijmout pacienta bez jeho „svobodného informovaného souhlasu“, jenž je součástí žádosti, kterou vyplní ošetřující lékař. Ten je prakticky nemožné získat bez poučení nemocného, který musí vědět, že lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, jenž už nemohou zlepšit kvalitu jeho života. Naopak se ordinuje vše, co kvalitu života nemocného zlepšit může. Žádost o přijetí do hospice posuzuje několikačlenná komise. Každý její člen posuzuje přítomnost či nepřítomnost čtyř kritérií indikce a naléhavost přijetí:

- a) postupující nemoc ohrožuje pacienta na životě,
- b) je nutná paliativní péče,
- c) nepotřebuje akutní ošetření nebo nemocniční léčbu,
- d) domácí péče nestačí nebo není možná.¹⁹

2.1.2 Zaměstnanci hospice

V hospici se můžeme setkat s personálem, který nemocnému poskytuje určitou službu. Ovšem práce v takovémto zařízení není pro každého. Práce v hospici totiž představuje velmi psychicky a fyzicky náročnou činnost. Je to místo bezprostředního kontaktu s umíráním a bezmocí. Když jsem si po absolvování praxe v jednom hospici položila otázku, zda bych tu v budoucnu mohla pracovat, tak moje odpověď zněla, že nejspíš ne. Důvod je prostý. Tuto velmi náročnou práci musí vykonávat člověk, který má rád lidi, a to bez výjimky, což by pro mě nebyl problém, ovšem dalším předpokladem k výkonu této profese je, aby se člověk dokázal vyrovnat se svojí vlastní konečností, se smrtí, a na to já prozatím nejsem připravená. Svatošová se k tomu vyjadřuje následovně: „Určitě nestačí být jenom lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelkou; odbornost je sice bezpodmínečně nutná, celoživotní vzdělání je povinností všech, ale to samo o sobě nestačí. V hospici může pracovat jen ten, kdo má skutečně a bezvýhradně rád lidi. Ale i to je ještě nedostatečné. V hospici nikdy dlouho nevydrží pracovat ten, kdo není vyrovnán se svou vlastní konečností. A poslední důležitá podmínka práce v hospici, která musí být splněna, zní, že je bezpodmínečně nutné vědět, jak energii, a to nejen sílu, ale i lásku, doplňovat.“²⁰

¹⁹ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

²⁰ Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 124.

Kolektiv pracovníků hospice se nazývá multidisciplinárním týmem, tzn. že je složen z odborníků různých profesí, kteří kooperují a společně se domlouvají na postupu při další péči o pacienta. Je to „vysoce kvalifikovaný a speciálně vycvičený hospicový tým profesionálů a dobrovolníků, který společně pracuje, aby vyhověl fyziologickým, psychologickým, sociálním, spirituálním a ekonomickým potřebám pacientů a jejich rodin a čelil terminálnímu onemocnění a ztrátám.“²¹ Předností této skupiny je vzájemná podpora, která zabraňuje vzniku syndromu vyhoření (k tomuto syndromu a jeho popisu se vrátím později). Tento kvalifikovaný multiprofesní tým je tvořen hospicovým lékařem, zdravotními sestrami, ošetrovatelkami, duchovním - knězem, psychologem, sociálním pracovníkem, dobrovolníky a rodinou pacienta. Nesmíme ale zapomenout ani na kuchařky, úklidový personál a správce. Všichni tito lidé se snaží uspokojovat potřeby těžce nemocného pacienta a dopřát mu kvalitní péči.

Zde bych se ráda blíže zmínila o náplni práce sociálních pracovníků a dobrovolníků. Tyto dvě skupiny jsem zvolila proto, že u sociálních pracovníků není vždy jasné, které činnosti jsou v jejich kompetencích a dobrovolníci představují podstatný a nenahraditelný prvek multiprofesního kolektivu.

Hospicové hnutí se rozvíjelo bez účasti sociálních pracovníků, protože zprvu nebylo zcela jasné, co by měl takový pracovník v hospici vykonávat. V České republice byla profese sociálního pracovníka po dlouhou dobu spojována s výkonem úřednické kontroly a to do prostředí hospice nezapadalo. Předpokládalo se, že práci sociálního pracovníka by mohla zastávat sestra nebo psycholog, který měl v hospicích vyšší prestiž. Jeho potřebnost se zdála menší ve srovnání s jinými profesemi. Ale poněvadž se vývoj hospicového hnutí u nás odvíjel podle zahraničních hospicových zkušeností, tak ke slovu přišla i tato profese. V začátcích byla sociální práce spojována s činnostmi, které se vázaly na chod zařízení, např. účetnictví, administrativní práce aj. S příchodem sociálních pracovníků s odborným vzděláním se však jejich náplň práce vykrystalizovala. Přesto neexistuje žádné pevné vymezení role sociálního pracovníka v paliativní péči a záleží na rozhodnutí každého jednotlivého hospice, jaké kompetence mu ponechá. Mezi nejčastější úkoly sociálního pracovníka patří informační a poradenské služby, kdy zprostředkovává první informace; evidence žádostí a prezentace hospice na veřejnosti. Dále je to kontakt s přijatým pacientem a jeho rodinou, který začíná vstupním sociálním šetřením, od něhož se pak odvíjí další intervence.

²¹ Student, J. CH., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce v hospici a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006, s. 51-52.

Zprostředkovává pomoc a informace při vyhledávání vhodných finančních či věcných dávek. Má na starosti péči o pozůstalé, ať už v podobě organizování jednorázových akcí, anebo vedení svépomocných skupin, které se pravidelně schází. Intervence pracovníka v této oblasti zahrnuje i poskytování praktických rad ohledně pohřbu, dědictví apod. Nedílnou součástí práce sociálního pracovníka bývá i práce s dobrovolníky, neboť se stává jejich koordinátorem a navrhuje, který z pacientů by přítomnost dobrovolníka uvítal. Sociální pracovník musí spolupracovat i s ostatním personálem, kdy se účastní pravidelných setkání multiprofesního týmu. A v neposlední řadě se nevyhne ani administrativě, která tvoří nezbytnou součást sociální práce.²² A právě tato činnost často ubírá sociálním pracovníkům čas na úkor jiných důležitějších aktivit v hospici.

Dobrovolníci jsou nesmírně důležitou součástí hospicového týmu, jsou posilou zdravotníků a podporou nevléčitelně nemocných pacientů. Jejich úkolem je nejen doprovázení pacientů a jejich blízkých, ale mají na starosti i činnosti spjaté s chodem hospice, např. zvelebování prostorů hospice, práce na recepci či shánění financí na provoz hospice prostřednictvím různých sbírek. V rámci doprovázení vedou rozhovory s pacienty i rodinou, obstarávají nákupy, čtou pacientům knihy, pokud o to mají zájem, jednoduše řečeno - jsou jim nablízku. Všechny tyto aktivity dělají dobrovolníci ve svém volném čase a zdarma.²³ Co se týká doprovázení, které je považováno za jednu z nejnáročnějších činností, tak každý začínající dobrovolník musí projít vstupním školením, ve kterém se mimo jiné zjišťuje jeho motivace pro dobrovolnictví v hospici, protože tato práce není vhodná pro každého, jak jsem uvedla výše. Poté by měl absolvovat pravidelné supervize²⁴, které hospic pořádá.²⁵ Supervize jsou nutné z toho důvodu, že lidé, kteří pracují v tomto zařízení, se často bezprostředně setkávají se smrtí. Supervize jim pomáhá k tomu, aby to zvládli bez větších potíží. Dobrovolnictví není omezeno pohlavím, sociálním postavením ani náboženským vyznáním. Stačí mít chuť a ochotu pomáhat těžce nemocným a umírajícím lidem.

²² Srov.: Student, J. CH., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce v hospici a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006, s. 9-15.

²³ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s.134.

²⁴ Supervize je jedním z důležitých prostředků zlepšování kvality poskytované péče, má podobu týmového či individuálního rozhovoru, jenž umožňuje pracovníkům reflektovat pozitivní i negativní zkušenosti. Rovněž jim poskytuje emocionální a psychologickou podporu. In: <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=58&lang=cs> [2007-10-9]

²⁵ Srov.: Student, J. CH., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce v hospici a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006, s. 39, 73.

Při práci v hospici, ale i jiné pomáhající profesi, hrozí vyšší riziko výskytu tzv. syndromu vyhoření (burn out). Nejčastěji se tento syndrom definuje jako stav psychického, někdy i celkového vyčerpání, doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí. Neléčený syndrom vyhoření může mít řadu psychických i somatických následků. Prevencí tohoto syndromu je vyvážení práce a osobního života, péče o duchovní hygienu, vhodné duchovní zázemí a kvalitní supervize.²⁶ Obecně se tato prevence nazývá duševní hygiena, což je „taková úprava životních podmínek člověka, která by u něho vyvolala pocit spokojenosti, osobního štěstí, fyzické a psychické zdatnosti a výkonnosti.“²⁷ To znamená, že by hospicový pracovník měl rozvíjet své zájmy, udržovat sociální kontakty mimo hospic a především vhodně a dostatečně relaxovat, měl by si osvojit „umění odpočinku“.

2.1.3 Financování provozu hospice

Hospic je velmi specifické zařízení, které svojí činností spadá do dvou resortů – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Vzhledem k tomu, že prakticky neexistuje legislativní norma, která by závazně určovala postavení hospice jak ve sféře zdravotnictví, tak ve sféře sociální, existují i nejasnosti v oblasti ekonomické. Hospic je považován za neziskovou organizaci, což znamená, že musí hospodařit minimálně vyrovnaně, v lepším případě se ziskem, ale zisk nesmí být použit na mzdy anebo odměny personálu, ale musí být použit pro další rozvoj zařízení. Hospic počítá s vícezdrojovým financováním. Ministerstvo zdravotnictví zařadilo hospice do kategorie ošetrovatelských ústavů, protože převaha péče spočívá v ošetřování nemocných, i když v léčbě, převážně paliativní, se samozřejmě pokračuje dál. Všechny české hospice mají uzavřeny smlouvy s pojišťovnami podle šablony pro ošetrovatelská lůžka. Z prostředků zdravotního pojištění je pokryta zhruba polovina provozních nákladů. Ministerstvo práce a sociálních věcí dosud přispívalo asi 20 %, a to formou dotace, a stejnou částku se daří získat od dárců a sponzorů. Zbývajících asi 10 % představují platby klientů za nadstandard (jednolůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením, polohovacím lůžkem, televizorem, rádiem a telefonem, případně dalším vybavením).

²⁶ Srov.: <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=58&lang=cs> [2007-10-9]

²⁷ Míček, L.: Duševní hygiena. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984, s. 9.

Nesmíme zapomenout, že chce-li hospic poskytnout lidem individuální a vysoce kvalitní péči, musí mít podstatně vyšší počet sester a ošetřovatelek než předpokládají normy pro běžný ošetrovatelský ústav. To znamená samozřejmě i podstatně vyšší náklady.²⁸ Je tedy zřejmé, že bez sponzorů a dárců se žádný hospic neobejde. Finanční pomoc rodiny je nezbytná.

2.1.4 Dětský hospic

Jak už jsem uvedla v úvodu, proces umírání a smrti se netýká pouze starých lidí, ale bohužel se dotýká i těch nejmenších, tedy dětí. Právě proto byl vybudován dětský hospic, který slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující nemoc, a také jejich rodinám.

Základní rozdíl mezi dětským hospicem a hospicem pro dospělé tkví v tom, že na rozdíl od hospice pro dospělé je dětský hospic zaměřen na respitní, tedy odlehčovací péči. To znamená, že nemocné děti a jejich rodiny přijíždějí na krátkodobé, zpravidla několikadenní či několikátýdenní pobyty, často opakovaně, během nichž mají možnost se zastavit a načerpat novou sílu. Rodiče si zde mohou odpočinout od každodenního náročného ošetřování. Doba mezi stanovením diagnózy a případnou smrtí dítěte bývá různě dlouhá, může se jednat o řadu let i několik desetiletí. Děti a jejich blízcí přijíždějí spíše na zotavovací pobyty. Posláním dětského hospice, a v tom se neliší od hospice pro dospělé, je celkové zlepšení kvality života, včetně péče o duši a ducha. Dětský hospic je samozřejmě schopen a připraven postarat se i o nemocné dítě v terminálním stádiu, ale tento druh péče není ve srovnání s objemem poskytované respitní péče dominantní.²⁹

První samostatný dětský hospic byl založen v Oxfordu v Anglii v roce 1982 pod názvem Helen House. V Evropě můžeme zatím najít tři dětské hospice, a to ve Varšavě, v Lublinu a v Minsku.³⁰

U nás byl dětský hospic vybudován v Malejovicích ve středních Čechách. Prozatím je to jediné zařízení tohoto typu v České republice. Tento hospicový dům je určen pro děti a mladé lidi, kteří utrpěli vážnou nemoc, úraz nebo nehodu, nejsou bezprostředně závislí na nemocniční péči a navíc chtějí strávit nějaký čas v podpůrném a přátelském prostředí.

²⁸ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

²⁹ Srov.: <http://www.hospice.cz/deti.htm> [2008-3-10]

³⁰ Srov.: Matoušek, O.: Sociální práce v praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, s. 204.

Pozornost je zaměřena i na podporu pozůstalých rodinných příslušníků v době zármutku. Pracovní tým je složen z osobních asistentů, zdravotních sester, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, herního specialisty a hospodyně. V případě potřeby je zajištěna externí spolupráce s lékaři, duchovním a psychologem. Pobyty nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění, rodiny přispívají dobrovolnou částkou, a to podle svých možností.³¹ Na projektu výstavby dětského hospice se podílelo Sdružení Klíček, k jehož podstatným cílům náleží:

- ❑ zlepšovat životní podmínky vážně nemocných dětí a jejich rodin,
- ❑ vybudovat dětský hospic,
- ❑ pomáhat při zavádění funkce herního pracovníka a dobrovolníka na dětská oddělení,
- ❑ otevírat diskusi o otázkách nemoci, umírání a smrti a odstraňovat bariéry mezi světem "zdravých" a světem "nemocných".³²

2.2 Hospicová péče

Hospicová péče je formou paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným³³, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje se léčbou symptomatickou s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže, které vyplývají ze základní diagnózy i jejich komplikací, a které zohledňují bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného.³⁴ Cílem této péče je také udržování soběstačnosti nemocného člověka, čili schopnosti se o sebe postarat, zvládat samostatně úkony denní hygieny, najíst se, obléknout se, zajít si na toaletu. Zachování schopnosti dodržovat denní hygienu a obstarání si základních úkonů je pro každého člověka nesmírně důležité a zásadní pro veškeré další posuzování a vnímání, proto hospicová péče považuje pomoc v této oblasti za nenahraditelnou.³⁵

³¹ Informační brožura Dětského respitního hospicového domu v Malejovicích

³² Srov.: http://www.klicek.org/nadace/o_nas.html [2008-3-10]

³³ Terminálně nemocný je člověk, který je nevyлéčitelně nemocný, nachází se v konečném stádiu své nemoci. To znamená, že u něho byla ukončena kurativní léčba, což je léčba, jež léčí příčiny nemoci. Výsledkem kurativní léčby je úplné vyléčení pacienta. In: <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> [2007-10-9]

³⁴ Srov.: <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php> [2007-10-9]

³⁵ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

2.2.1 Formy hospicové péče

Hospicová péče má tři základní formy, kterými jsou:

1. Domácí hospicová péče: tato forma je pro pacienta ideální, ovšem ne vždy dostačující, protože zde působí několik omezujících faktorů, kterými mohou být nevyhovující bytové prostory, odbornost, úbytek sil pečujícího nebo chybějící rodinné zázemí. Už z názvu vyplývá, že se jedná o takový typ péče, kdy tým specializovaných pracovníků (lékařů, zdravotních sester či pečovatelek) dochází za nemocným člověkem domů, do jeho přirozeného prostředí, a tam mu poskytují dostatečnou péči.³⁶ Každý z odborného personálu má na starosti jinou činnost. Lékař domácího hospice se zaměřuje na příznaky, které se u nemocného objevují v době těžké nemoci, např. bolesti, dušnosti, nevolnosti aj. Zdravotní sestra pravidelně dochází do domácnosti a průběžně kontroluje zdravotní stav nemocného, podává mu léky, převazuje rány a poskytuje rady ohledně stravování a jiných potřeb. Pečovatelky pomáhají s péčí o nemocného. S týmem spolupracuje i psycholog a duchovní. Všichni pracovníci domácího hospice poskytují odborné poradenství v oblasti sociálně – právní, sociálních služeb a možností zdravotní péče a rovněž nabízí nemocnému a pečujícím možnost rozhovoru o nemoci a jejím vývoji.³⁷

Péče bývá zprostředkována nejčastěji církevními organizacemi (Charita, Diakonie), někdy agenturami domácí péče (tzv. home care).³⁸ Agenturou domácí péče se rozumí státní nebo soukromé zařízení, které zajišťuje zdravotní a sociální péči o nemocného člověka v jeho domácím prostředí. Účelem agentury není pomoci jen nemocnému, ale i jeho rodině, kterou se snaží podporovat a pomáhat jí s řešením vyskytlých problémů. Pracovníci agentury musí podávat zprávy o aktuálním zdravotním stavu pacienta, popř. o problému, který se při péči vyskytl, obvodnímu lékaři. Agentura domácí péče zabezpečuje množství služeb, patří k nim např. zajištění osobní hygieny, příjem stravy a tekutin, rehabilitace, sociální šetření, prevence a léčba proleženin, aplikace injekcí, poradenství v oblasti sociální péče, spirituální péče a mnoho dalších.

³⁶ Srov.: <http://www.osobniasistence.cz/download.php> [2007-10-9]

³⁷ Srov.: Sláma, O., Drbal, J., Plátová, L.: Umřít doma – Příručka pro laické pečující. 1.vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008, s. 54.

³⁸ Srov.: <http://www.osobniasistence.cz/download.php> [2007-10-9]

Zdravotní péči hradí pojišťovna a sociální péče je hrazena sociálním referátem okresního úřadu. Služby (jako je holič, manikúra apod.) si hradí přímo pacient. Na kvalitu poskytované domácí péče dohlíží Asociace domácí péče České republiky.³⁹

Nejznámější domácí hospic u nás se jmenuje *Cesta domů*. Jeho snahou je, aby těžce nemocný člen rodiny mohl zůstat v důvěrně známém prostředí domova, netrpěl zbytečně bolestmi a konec života mohl prožít mezi svými blízkými. Nabízí služby lékaře, zdravotních sester a dalších pracovníků v situaci, kdy již nemocniční péče není nutná a kdy si nemocný i jeho blízcí přejí být spolu doma. Tento domácí hospic nenahrazuje každodenní péči o dlouhodobě nemocné, kterou poskytují agentury domácí péče, ale s těmito agenturami spolupracuje a společně s ošetřujícími lékaři pomáhají kvalifikovaně zajistit tělesnou a psychickou pohodu pacienta. Mimo jiné toto zařízení zprostředkovává důležité kontakty a informace, související s péčí o umírajícího, pomáhá rodině zvážit možnosti domácí péče a zaškoluje členy rodiny v ošetřování nemocného. Navíc pomáhá rodině zvládnout stres kolem smrti a doprovází pozůstalé v období po smrti, kdy jsou smutní a stýská se jim. Součástí domácího hospice *Cesta domů* je půjčovna pomůcek. Pro pozůstalé, kteří chtějí sdílet své zkušenosti, posedět, popovídat si nebo společně něco vytvořit, byl zřízen Klub Podvečer. Domácí hospic *Cesta domů* působí v Praze a jeho služby jsou bezplatné.⁴⁰

Mobilní paliativní péče je již zakotvena v zákoně, nyní zbývá definovat podmínky a výši úhrady. Novelou Zákona o veřejném zdravotním pojištění, § 22 o Zvláštní ambulanci péči, se konečně dostala do zákona vedle lůžkové, také mobilní paliativní péče (domácí hospic). Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) pokračuje v jednáních s příslušnými orgány, aby se nezbytná paliativní péče, hrazená z veřejného zdravotního pojištění, co nejdříve stala dostupnou každému, kdo ji potřebuje a zároveň nemohla být zneužívána. Citace ze zákona: **„Hrazenou péčí je i zvláštní ambulanci péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci, a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče,**

³⁹ Srov.: Holeksová, T.: Ležící nemocný člověk v domácím prostředí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, s. 85-86.

⁴⁰ Srov.: <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=24&lang=cs> [2007-10-9]

*pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu.*⁴¹

Domnívám se, že tento druh péče o nemocné není u nás tak rozšířen a podporován jako je tomu v jiných vyspělých zemích (např. v Anglii - v zemi, kde započal vznik hospiců), a to i přestože má tato péče pro pacienta nesmírný význam. Nemocný se nachází ve svém domácím prostředí a je obklopen svou rodinou a známými. „Díky domácí hospicové péči je možné zabránit části zbytečných hospitalizací v lůžkových zařízeních, posílit vztahy v rodině a zabránit traumatizujícím zážitkům členů rodiny z odloučení v době umírání a smrti jejich blízkých.“⁴² Na druhou stranu je tato domácí péče velmi vyčerpávající (a to jak fyzicky, tak také psychicky) pro osobu, jež se musí o nemocného starat. Pečující osoba se často musí vzdát svého zaměstnání a veškerý svůj čas věnovat nemocnému, což jak ze zkušenosti vím, není vůbec snadné. „Velmi často by příbuzný rád převzal péči o nemocného, ale nemá možnost být uvolněn ze zaměstnání bez hrozby ztráty místa. Péče je proto pro něj spojena s velikou nejistotou a stresem.“⁴³ Pečuje-li příbuzný o svého nemocného doma, znamená to pro něho 24hodinovou pohotovost. Souběžně s tím se ale musí postarat i o domácnost. Proto je pro tuto formu hospicové péče nezbytné, aby byl splněn jeden podstatný předpoklad - rodina chce, může a umí se o svého nemocného postarat.

2.Stacionáře – denní pobyty: tato forma hospicové péče znamená, že pacient je přijat ráno do hospicového stacionáře a odpoledne či k večeru se vrací zpět domů; tato forma je vhodná pouze pro pacienty, kteří bydlí v místě nebo v blízkém okolí hospicového stacionáře; doprava nemocného může být zajištěna rodinou i samotným hospicem;⁴⁴ tento způsob péče o nemocného rozšiřuje domácí hospicovou péči o prvky respitní péče, neboli péče o pečujícího, kdy cílem je umožnit rodinným příslušníkům oddech a nabrat nové síly; této péče se využívá v případě potřeby lékařského ošetření partnera nebo v případě dovolené.

⁴¹ ÚZ Zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Kapitola I: Zdravotní pojištění. Část pátá: Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. §22 Zvláštní ambulantní péče. Ostrava: Sagit, 2008, s. 21.

⁴² <http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf> [2009-1-4]

⁴³ <http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf> [2009-1-4]

⁴⁴ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplněné vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 127-131.

Respitní péče může být poskytována v nemocnicích, pečovatelských domech, domovech pro seniory nebo hospicích. Ovšem hranice mezi respitní péčí, denním stacionářem a krátkodobou hospitalizací není vždy zcela jasná.⁴⁵ Svatošová konstatuje, že denní stacionáře jsou vhodné pro pacienty v určité fázi nemoci, a to ze 4 důvodů:

- diagnostický důvod – za účelem kontroly bolesti, kterou se doma nepodařilo zvládnout,
- léčebný důvod – za účelem aplikace nejrůznější paliativní léčby,
- psychoterapeutický důvod – za účelem prodiskutování problémů, o kterých rodina nechce nebo není schopna hovořit; této formy využívají i nemocní osamělí,
- azylový důvod – za účelem změny prostředí, jelikož když nemoc trvá dlouho, potřebuje si na chvílku odpočinout jak rodina od nemocného, tak nemocný od své rodiny; může to být považováno za dobré preventivní opatření, které zabrání vyčerpání rodiny i následným konfliktům.⁴⁶

Profesor Student konstatuje, že takováto podoba hospicové péče může mít i rehabilitační funkci v tom smyslu, že pomáhá umírajícímu se znovu zapojovat do společenských vztahů, kdy umožňuje navazování nových vztahů s lidmi v podobné situaci a posiluje sebevědomí nemocných lidí.⁴⁷

3.Lůžková hospicová péče: tento typ hospicové péče se využívá zejména tehdy, není-li možné každodenní dojíždění nemocného, buď z důvodu nepříznivého zdravotního stavu, nebo přílišné vzdálenosti bydliště od hospice; klienti sem přicházejí zcela dobrovolně a svobodně na krátkodobé i opakované pobyty.⁴⁸ Rovněž i tato forma hospicové péče je ukotvena v zákoně. Citují: *„Léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu.“*⁴⁹

⁴⁵ Srov.: <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=58&lang=cs> [2007-10-9]

⁴⁶ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 128.

⁴⁷ Srov.: Student, J. CH., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce v hospici a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006, s. 98.

⁴⁸ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 129.

⁴⁹ ÚZ Zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Kapitola I: Zdravotní pojištění. Část pátá: Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. §22a Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková. Ostrava: Sagit, 2008, s. 22.

O tom, jestli bude nemocný přijat na hospicové lůžko, anebo se o něho lze postarat ve stacionáři či doma, rozhoduje hospicový lékař, který po dohodě s ošetřujícím lékařem pacienta, vezme v úvahu především jeho zdravotní stav, ale i možnosti hospice.⁵⁰

Zda-li bude nemocný pobývat v hospici sám nebo se svou rodinou rozhoduje samotný pacient. V hospicích je návštěvní doba nepřetržitě 24 hodin denně 365 dnů v roce. Je-li rodina schopna a ochotna se o svého příbuzného v hospici starat, je jí to umožněno. Díky tomu má rodina po smrti blízkého pocit, že pro něho udělala vše, co bylo v jejich silách a tato skutečnost jí může následně pomoci při překonávání bolesti ze smrti a při truchlení.⁵¹ Pokud je pacient umístěn na jednolůžkovém pokoji, pak příbuzní mohou pobývat s nemocným na pokoji, kde je jim poskytnuta přistýlka. Jestliže je nemocný umístěn na vícelůžkovém pokoji, má hospic k dispozici pokoje pro příbuzné. V hospicích, které jsem navštívila, se nacházely maximálně čtyřlůžkové pokoje.

Režim dne si pacient určuje sám, čili kdy vstane, kdy bude jíst a co bude během dne dělat je zcela v jeho kompetenci, záleží především na jeho zdravotním stavu. Haškovcová k tomu píše: „Pacienti vstávají a ulehají ke spánku, kdy chtějí. Pokud je to možné, oblékne se pacient hned ráno do civilních šatů a zapojuje se do života v hospici. Rovněž denní hygiena je prováděna podle přání nemocného. Stravovací režim je volný, nemocný si sám může zvolit hodinu, kdy chce jíst.“⁵² Hospic má nemocnému připomínat domov, a to jak atmosférou, tak i jeho vybavením. Je tedy možné vybavit pokoj pacienta jeho vlastním nábytkem, rádiem či televizí. Nemocný si může pokoj zvelebit také květinami nebo obrázky. Všechny hospice jsou bezbariérové.

Dle specializace na věkovou strukturu lze lůžkový hospic ještě dále dělit na:

- hospic pro dospělé,
- dětský hospic.⁵³

⁵⁰ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vydání. Praha: Ecce Homo, 2003, s.131.

⁵¹ Srov.: tamtéž, s. 129.

⁵² Haškovcová, H.: Thanatologie – Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 43.

⁵³ Srov.: <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/> [2007-10-9]

2.2.2 Hospicová péče z časového hlediska

U hospicové péče rozeznáváme z hlediska času tři fáze, jsou jimi prae finem, in finem a post finem. Období prae finem zahrnuje péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých od chvíle zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu. Náplní období in finem je péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu, tzn. umírání v užším slova smyslu. Úkolem období post finem je kromě péče o tělo zemřelého rovněž doprovázení pozůstalých podle jejich potřeby. Zpravidla to bývá po dobu jednoho roku.⁵⁴

⁵⁴ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 132.

3. Historie hospicového hnutí

Hospicové hnutí představuje ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám, který se snaží o svoji vlastní identitu ve stávajícím systému vítězné medicíny⁵⁵ a současně usiluje o zlepšení kvality života umírajících. Do péče o nemocného zapojuje i jeho rodinu.⁵⁶

3.1 Historie termínu hospic

Dnes je hospic zařízením pro nevléčitelně nemocné, ovšem v dřívějších dobách sloužil k jiným účelům. Býval to útulek pro pocestné. Čeština toto slovo převzala z německého Hospitz (noclehárna spravovaná církví), ale vztahuje se k latinskému slovu hospitium (pohostinství, přátelské přijetí, hostinec). Se stejným latinským základem souvisí ubytovací zařízení - hotel. Jeho název se k nám dostal až prostřednictvím francouzštiny, pochází však ze středolatinšského hospitale (místnost pro hosty). Často jsou zmiňovány novodobé termíny odvozené od téhož latinského základu, např. hospitovat znamená být přítomen jako host při vyučování; hospitalizovat znamená přijmout hosta do nemocnice, hospitálu (Spítalu, špitálu apod.). Příbuzný je i název povolání hosteska (průvodkyně, informátorka, tj. vlastně hostitelka), byť k nám připutoval v anglické verzi (hostess). A jak se hospic skloňuje? Jakožto substantivum mužského rodu neživotného, které je zakončeno na měkkou souhlásku, patří ke vzoru stroj (hospic, bez hospice, k hospici atd., v množném čísle hospice, bez hospiců, k hospicům, o hospicích). Principiální podstatu hospiců lze spatřovat ve slově host. Podle věrohodných rekonstrukcí existovalo patrně praslovanské gost a pragermánské gastiz (z německého Gast i anglického guest) ve významu cizinec, příchozí. Ke kurióznímu rozdělení významu došlo v latině, kde hostis lze najít jak ve významu cizinec, příchozí, tak ve významu nepřítel. Zřejmě bylo tenkrát potřeba rozlišit cizince vítané od nevídaných. K novodobým odvozeninám slova host patří hostinný dům neboli hostinec, jímž se ve slovenštině od 2. poloviny 17. stol. označovalo místo, kde se hostům poskytoval placený nocleh (mohli tam nocovat s vozem a koňmi, kdežto v krčmě se jenom jedlo a pilo).

⁵⁵ Vítěznou medicínou se rozumí strategie úspěšné medicíny, která chápe smrt člověka jako svoji prohru. In: Haškovcová, H.: Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 16.

⁵⁶ <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> [2007-10-9]

Na Slovensku se jméno Hostinec dosud vyskytuje jako název samot nebo částí obce, kde dříve takový zájezdní hostinec stával. Do češtiny se toto slovo údajně dostalo prostřednictvím slovensky píšících spisovatelů a po změně způsobu cestování nabylo dnešního významu. S hosty a pohostinností to bývalo odjakživa složité. Stará moudrost však učí: Host do domu - Bůh do domu. Hosta si máme vážit. I toto je patrně jednou z myšlenek novodobých hospiců - neměly by být jen funkční noclehárnou, ale místem, kde je každý vážným a vítaným hostem.⁵⁷ Jak je vidět, význam slova hospic je bohatý a má dlouhou historii.

3.2 Vývoj hospiců v zahraničí

Historie péče o nemocné v terminálním stádiu života začíná už v 7.století, a to rozvojem nových myšlenkových směrů církevní reformy a následným založením specializovaných ošetrovatelských řádů a společenství.⁵⁸ Název je odvozen od křesťanské tradice hospiců, které se objevovaly v Malé Asii jako xenodochium (domov pro cizí). Ve středověku našly uplatnění jako špitály. Úkolem hospiců je nabídnout přístřeší pro umírající lidi, zmírnit jejich utrpení a pomáhat i rodinným příslušníkům.⁵⁹ Hospice později zanikly a znovuobrození zažily teprve v polovině 18. století. Tehdy byla v Dublinu z iniciativy Mary Aikdenheadové otevřena zvláštní nemocnice pro umírající. Nesla název hospic a poskytovala péči odpovídající principům sesterské charity.

Použití termínu hospic jako instituce, která se zabývá péčí o umírající, zavedla poprvé Jeanne Garnier, která tyto útluky založila v Lyonu ve Francii v roce 1842.⁶⁰

K dramatickému nárůstu hospiců došlo po druhé světové válce, což souviselo s rozvojem vítězné medicíny, jež nebyla schopna saturovat potřeby umírajících.⁶¹

⁵⁷ Srov.: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=192&lang=cs> [2007-10-9]

⁵⁸ Srov.: Jakoubková, J.: Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína. 1.vyd. Praha: Galén, 1998, s. 99.

⁵⁹ Srov.: Student, J. CH., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce hospici a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006, s. 141.

⁶⁰ Srov. <http://hospice.cz/hospiccr.html> [2008-10-5]

⁶¹ Srov.: Haškovcová, H.: Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 39-40.

Vítězná medicína znamenala prodloužení střední délky života, čímž byla smrt neustále odsouvána, lékaři přestali brát na vědomí konečnost lidského osudu, tím pádem nebyly včas zohledněny potřeby člověka, který se ocitl v procesu umírání. Zde pak končí vítězná medicína a nastupuje paliativní péče.⁶²

Specializované instituce pro umírající přicházejí až ve 20. století. Zasloužily se o to příslušnice Charity irských sester, které stály u zrodu St. Joseph's Hospice v Hackney ve východním Londýně.⁶³

Kolébkou hospicového hnutí je Velká Británie, kde s myšlenkou hospice přišla zdravotní sestra, sociální pracovnice a později i lékařka Cecilly Saundersová. Tato dáma vytvořila koncept tzv. celkové bolesti, jehož ústřední zásadou je, že fyzická bolest souvisí a navzájem se ovlivňuje s bolestí v psychické, sociální a duchovní sféře. Tuto vzájemnou provázanost lze pozorovat právě u terminálně nemocných a umírajících lidí. Saundersová založila v roce 1967 St. Christopher Hospice (hospic sv. Kryštofa), dnes známý po celém světě. V tomto hospici byla poprvé zabezpečena péče o všechny potřeby pacienta multidisciplinárním týmem.⁶⁴ Saundersová se zpočátku potýkala s problémem motivace lékařů pro tuto práci, kteří v případě dlouhodobě a nevyléčitelně nemocných lidí byli přesvědčeni, že tady medicína už nic nezmůže. Proto začala prosazovat postoj, že medicína musí pacientovi pomoci zemřít v komfortu a důstojnosti, a to není málo.⁶⁵ V současné době je na světě kolem 2000 hospiců.⁶⁶

V USA a západní Evropě se v 50. a 60. letech 20. století do popředí dostává kritika lékařů a zdravotního systému za nedostatečnou péči o terminálně nemocné osoby, která je více zaměřena na nemoc než na samotného pacienta. Dále byli kritizováni za nedostatek pozornosti, které se těmto lidem dostává. V neposlední řadě byla kritiky vytykána nedostatečná schopnost pracovníků, kteří vykonávali domácí péči.

⁶² Srov.: Haškovcová, H.: *Thanatologie - Nauka o umírání a smrti*. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 31-32.

⁶³ Srov.: *tamtéž*, s.40.

⁶⁴ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: *Paliativní medicína*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 20.

⁶⁵ Srov.: Haškovcová, H.: *Spoutaný život*. 1.vyd. Praha: Panorama, 1985, s. 299.

⁶⁶ Srov.: Svatošová, M.: *Hospice a umění doprovázet*. 5.doplněné vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s.133.

Reakcí na tuto kritiku byl vznik hospicového hnutí, které se těmito výhradami začalo zabývat, a tak začaly změny v péči o nevléčitelně nemocné osoby.⁶⁷

3.3 Vývoj hospiců v České republice

V našich zemích se péče o nemocné v terminálním stádiu života objevila brzo, a to založením první nemocnice knížetem Boleslavem I. v Praze. Poté následoval rozvoj špitálů Anežky Přemyslovny, vznik ošetřovacích bratrstev (nejprve laických, která později přešla v duchovní, např. Křížovníci s červenou hvězdou). Později byly zakládány špitály, které byly organizovány rytířskými řády. S rozvojem měst přešla tato péče do městské organizace péče o chudé a staré, do tzv. chudobinců a starobinců. Tento stav trval až do konce II. světové války.⁶⁸

Rozvoj hospicové péče, což je málo známo, byl u nás jednoznačně umožněn státní podporou. Vývoj hospicové péče byl v České republice nastartován v rámci změn, které v českém zdravotnictví probíhaly od začátku devadesátých let. V roce 1991 byl na Ministerstvu zdravotnictví zřízen odbor zdravotně sociální péče, který podporoval rozvoj nových druhů zdravotních služeb, které v České republice dosud chyběly nebo byly nedostatečně rozvinuty. Pro tyto služby je typické, že přesahují hranice rezortních kompetencí, jsou komplexní a zahrnují i účast příjemců péče a jejich zainteresovaného okolí. Ministerstvo zdravotnictví podporovalo v první polovině devadesátých let rozvoj home care, komplexní domácí péče, jejíž součástí je i zdravotní péče, která se poskytuje v domovech pacientů. Od roku 1991 do roku 1994 probíhal experimentální projekt s názvem Charitní ošetřovatelská služba v rodinách, jehož úkolem bylo rozšířit v České republice domácí zdravotní péči v situaci, kdy pro ni ještě neexistovaly legislativní podmínky. Zdravotní péči poskytovanou v domovech pacientů bylo nutno v průběhu experimentu hradit nesystémově přímo ze státních dotací, poskytovaných Ministerstvem zdravotnictví. Výsledkem byl po čtyřech letech stav, který umožnil “za pochodu“ přejít na systémové financování ze zdravotního pojištění.

⁶⁷ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 23.

⁶⁸ Srov.: Jakoubková, J.: Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína. 1.vyd. Praha: Galén, 1998, s. 99.

V České republice již v té době pracovala více než stovka agentur domácí péče a veřejnost i zdravotníci začali domácí péči vnímat jako běžnou součást zdravotních služeb. Již v průběhu zmíněného experimentu se však začala vyčleňovat péče o pacienty v terminálních stavech jako samostatná problematika. A není náhodou, že současně s ukončením experimentu Charitní ošetrovatelská služba v rodinách začalo Ministerstvo zdravotnictví investičními dotacemi podporovat vznik prvního modelového hospice v České republice. Dá se říci, že potřeba hospicové péče vyrostla přímo ze zkušeností, které byly spojeny s poskytováním domácí zdravotní péče. Pokud z nějakého důvodu není možné pacientovi zachovat komfort domácího prostředí, je východiskem hospice, lůžkové zdravotnické zařízení, které zohledňuje jeho biologické, psychické, sociální i spirituální potřeby. Přestože si vznik každého nového hospice vyžádal investiční dotace v řádu několika desítek milionů korun, zdaleka to nestačilo. Bylo nutné systematicky podporovat šíření hospicové myšlenky všemi způsoby, které měl odbor zdravotně sociální péče Ministerstva zdravotnictví k dispozici. Současně byly státními dotacemi podpořeny kurzy paliativní medicíny pro zdravotníky i projekty rozsáhlé edukační činnosti, které byly určené nejširší veřejnosti. Jednalo se o přednášková turné k problematice hospicové péče. Bylo zřízeno hospicové edukační centrum, vydávány tématické publikace a natáčeny videa i audiopořady s hospicovou tematikou, které byly šířeny v médiích. V souhrnu se jednalo o informační ofenzívu, která připravovala půdu pro přijetí hospicové myšlenky v celé společnosti, a která stále probíhá.⁶⁹

První pokus o zřízení lůžkového oddělení hospicové péče byl podniknut v roce 1992 v rámci Nemocnice TRN v Babicích nad Svitavou. Ovšem prvním samostatně stojícím hospicem u nás byl hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který byl vybudován za podpory Diecézní charity v Hradci Králové. Slavnostní otevření se konalo 8.12.1995 a už v lednu následujícího roku byly přijati první pacienti. Od ledna roku 1998 pak vznikají další hospice.⁷⁰ Zřizovatelem hospicového zařízení bývá nejčastěji občanské sdružení nebo církevní organizace (charita, diakonie).⁷¹

V roce 1993 založila Marie Svatošová občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí pod názvem Ecce homo.

⁶⁹ Srov.: <http://hospice.cz/hospiccr.html> [2007-10-5]

⁷⁰ Srov.: Haškovcová, H.: Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 40.

⁷¹ Srov.: <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php> [2009-1-27]

Cílem tohoto sdružení je prosazování práv pacientů a úcty k lidskému životu od jeho početí až do přirozené smrti, podpora rozvoje hospicového hnutí spolu s domácí péčí v celé České republice.⁷² Sdružení podporuje vznik hospiců v České republice, pomáhá jim a spolupracuje s nimi. Získané zkušenosti využívá k prosazování myšlenky hospice i mimo budovy hospice, tedy všude tam, kde lidé umírají - v nemocnicích, v domovech důchodců, v ústavech, v rodinách a ve společnosti vůbec.⁷³

Pro dodržování a naplňování potřebné úrovně a odpovídající kvality specializované paliativní péče byly vytvořeny standardy hospicové paliativní péče. Standardy se týkají struktury a procesu péče, náplně léčby a péče, vzdělávání pracovníků, duchovních a existenciálních aspektů péče, sociálních aspektů péče, etických a právních aspektů péče.⁷⁴

V červnu roku 1998 bylo založeno Sdružení poskytovatelů hospicové péče v České republice, předsedkyní se stala Marie Šamánková. Toto sdružení si vytyčilo osm základních cílů:

- I. připravit koncepci hospicové péče pro Českou republiku,
- II. vytvořit samostatnou složku – obor hospicové péče v rámci státních a nestátních zdravotnických zařízení,
- III. spolupracovat na podkladech pro poskytování hospicové péče, včetně standardů a zabezpečení kvality poskytované péče,
- IV. stanovit etický kodex pro poskytování hospicové péče,
- V. spolupracovat na podkladech pro kvalitní přípravu a vzdělání poskytovatelů hospicové péče,
- VI. spolupracovat s lékařskými a sesterskými odbornými a profesními organizacemi,
- VII. spolupracovat se zahraničím v oblasti hospicové péče,
- VIII. spolupracovat s orgány státní správy v České republice.⁷⁵

V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), sdružující všechny známé hospicové aktivity v ČR. Prezidentkou APHPP je Marie Svatošová.

⁷² Srov.: Haškovcová, H.: Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 40.

⁷³ Srov.: <http://www.hospice.cz/eccehomo/> [2009-3-21]

⁷⁴ Srov.: <http://www.asociacehospicu.cz/download/standardy.doc> [2009-3-21]

⁷⁵ Srov.: Haškovcová, H.: Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 41-42

Asociace je dobrovolnou samosprávnou nezávislou nepolitickou organizací, jejímž cílem je prosazování hospicové a paliativní péče. Také podporuje přátelské vztahy mezi jednotlivými hospici v České republice, zprostředkovává mezi nimi kontakty. Přispívá k osvětě v oblasti hospicové a paliativní péče formou konferencí, výstav a dalších aktivit, pořádá benefiční kulturní a společenské akce. Tato organizace se snaží přispět k pozitivní proměně vztahu ke smrti a umírání v České republice.⁷⁶

Díky mnohým různorodým aktivitám a propagační činnosti zakladatelky hospicového hnutí Marie Svatošové dochází v dnešní době k rozvoji nejenom lůžkových hospiců, ale mezi občany roste i povědomí o těchto zařízeních. Stoupá též zájem o absolvování stáží v jednotlivých hospicích. Nadále jsou vydávány knihy, které pojednávají o hospicové tematice, pořádají se různé přednášky, semináře či konference a probíhají kurzy pro zdravotníky v oblasti paliativní péče.

V České republice je momentálně v provozu 12 lůžkových hospiců. S počtem denních stacionářů je to už horší. V současnosti zatím neexistuje žádné zařízení, které by poskytovalo stacionární hospicovou péči. Nicméně svítá na lepší časy, poněvadž první takovéto zařízení se již buduje, a to v Čerčanech. Nejlépe to u nás vypadá s domácí hospicovou péčí. V současné době ji poskytuje zhruba 14 zařízení.

⁷⁶ Srov.: http://hospice.cz/hospice1/data/stanovy_asociace.doc [2009-22-3]

4. Paliativní péče

4.1 Definice paliativní péče

Ve svých počátcích (ve Velké Británii v 60. letech) se péče o terminálně nemocné onkologické pacienty vyznačovala důrazem na empatickou, lidsky autentickou přítomnost pečujících. Tato péče byla poskytována většinou mimo nemocnice, často s hlubokým přesvědčením, že nemocnice není vhodným místem pro umírající. Následující desetiletí znamenala výrazný posun směrem k „medikalizaci“ paliativní péče. Začíná se hovořit o paliativní medicíně. Tento vývoj odráží základní tendenci vývoje lékařských oborů – narůstající systém poznatků a postupů vede ke stále rostoucímu počtu lékařských oborů a specializací. Profesní kariéra lékaře a nověji i sester se vyvíjí a krystalizuje v rámci lékařských oborů a odborností. V některých zemích (Velká Británie, Austrálie, Nový Zéland) byla paliativní medicína uznána jako samostatná lékařská specializace. V jiných zemích (USA, Belgie) lze odbornost v paliativní medicíně získat po absolvování určitých certifikačních zkoušek, samostatný obor to však není. V České republice byla před několika lety vytvořena koncepce oboru Léčba bolesti a paliativní medicína. Významným krokem bylo v roce 2001 založení Subkatedry paliativní medicíny při Institutu pro postgraduální vzdělávání ve zdravotnictví v Praze.⁷⁷

Jednotná všeobecně přijímaná definice paliativní (úlevné) péče neexistuje. Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako „přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojených s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“⁷⁸

O jiném vymezení paliativní péče, které se užívalo ve Velké Británii v roce 1987, se zmiňuje Vorlíček: „Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných.

⁷⁷ Srov.: <http://www.cestadomu.cz/res/data/000113.doc?seek=1107275541> [2007-10-9]

⁷⁸ Munzarová, M.: Eutanazie nebo paliativní péče?. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 62.

Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.⁷⁹ Pojem kurativní léčba je vysvětlen výše. A ještě uvedu jednu definici, kterou lze najít v zákonu o zdravotní péči. Tady se v oddílu o formách zdravotní péče nachází samostatný paragraf Paliativní a hospicová péče a ten vysvětluje paliativní péči následovně: „*Paliativní péčí se rozumí soubor léčebných a ošetrovatelských výkonů, organizačních metod, postupů a opatření poskytovaných pacientům v pokročilých stádiích a terminálních stádiích onemocnění, u kterých byly vyčerpány možnosti léčby vedoucí k vyléčení, ale pokračuje aktivní léčba s cílem zmírnit bolest a ostatní obtíže vyplývající ze základního onemocnění. Paliativní péče je poskytována s důrazem na kvalitu života a zohledňuje psychické, sociální a duchovní potřeby pacienta a jeho blízkých.*“⁸⁰ Z uvedených definic je evidentní, že paliativní léčba neusiluje o přiblížení nebo oddálení smrti, ale jde jí o zlepšení kvality života nemocného člověka. Nezaměřuje se pouze na aspekty lékařské, ale nahlíží na člověka jako na komplexní osobnost, která má své psychické, sociální a duchovní potřeby.

Mnozí lidé si mohou spojovat paliativní péči s eutanazií. Ale není tomu tak. Jak uvádí Matoušek, jednou ze zásad hospice je: „Pomáhat v umírání – ano, pomáhat k smrti – ne.“⁸¹

Paliativní medicína, která tedy jednoznačně odmítá eutanazii, je veřejností často považována za novou disciplínu, ve skutečnosti je asi nejstarším lékařským oborem, poněvadž až do novověkého pokroku medicíny byly jen u mála chorob k dispozici skutečné možnosti účinné léčby. V té podobě, jak je dnes známá, v sobě slučuje prvky medicíny, ošetrovatelství, sociální práce, duchovní péče, fyzioterapie a ergoterapie⁸² (a podle potřeby i dalších disciplín).⁸³ První oddělení paliativní péče bylo zřízeno v Royal Victoria Hospital v Montrealu roku 1975 a zasloužil se o to doktor Balfour Mount.⁸⁴

⁷⁹ Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 24.

⁸⁰ <http://www.cestadomu.cz/res/data/000113.doc?seek=1107275541> [2007-10-9]

⁸¹ Matoušek, O.: Sociální práce v praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, s. 203.

⁸² Fyzioterapií se rozumí léčba fyzikálními metodami (např. vodoléčba) a ergoterapie je druh pracovní terapie založené na činnosti přiměřené zdravotnímu postižení. In: Kolektiv autorů: Kapesní slovník cizích slov. 1.vyd. Praha: OTTOVO nakladatelství, 2000, s. 109,130.

⁸³ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

⁸⁴ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 20.

Paliativní léčbu můžeme začlenit do onkologické péče vedle léčby kurativní, přičemž všechny tyto přístupy se vzájemně prolínají.⁸⁵

Paliativní léčba a péče může být poskytována jak v domácnostech, tak i v hospicích či nemocnicích. Poněvadž požadavky na zdravotní péči jsou závislé na druhu nemoci, existují již speciální programy paliativní péče pro onemocnění rakovinou nebo AIDS.⁸⁶

V současné době je rozšířena oblast chorob, které vyžadují paliativní léčbu. K těmto nemocem a stavům se řadí nejen tedy onkologická onemocnění, ale i neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, konečná stadia chronických orgánových onemocnění (chronické srdeční či jaterní selhání), některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění (cystická fibróza). Dále je paliativní medicína určena pro pacienty v persistujícím vegetativním stavu, pro kriticky nemocné pacienty s nevratným multiorgánovým selháním v prostředí intenzivní péče a pro polymorbidní geriatrické pacienty.^{87 88}

V posledním desetiletí je mnohými celosvětovými, evropskými i národními institucemi zdůrazňován fakt, že paliativní péče musí být jednou z prioritních oblastí rozvoje zdravotnické péče a že všichni lidé mají právo na její všeobecnou dostupnost.

⁸⁵ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

⁸⁶ Srov.: <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]

⁸⁷ Srov.: <http://www.cestadomu.cz/rest/data/004000505.pdfseek=1108593386> [2007-10-9]

⁸⁸ Aby bylo zřejmé, kteří pacienti, kromě tedy onkologicky nemocných lidí, potřebují paliativní léčbu, podám vysvětlení výše uvedených nemocí podle slovníku medicíny. Neurodegenerativní onemocnění jsou nemoci způsobené úbytkem nebo ztrátou specializované funkce nervových buněk, konkrétně pak roztroušená skleróza znamená chronické onemocnění centrálního nervového systému, která jsou způsobena poškozením obalů nervových vláken. Symptomem může být porucha chůze nebo řeči, těžké obrny. Těžký průběh choroby může způsobit invaliditu. Parkinsonova nemoc je onemocnění mozku, mající příznaky jako třes, svalová ztuhlost, pohybová chudost i změna řeči. Cystická fibróza je dědičná nemoc žláz se zevní sekrecí. Porucha jejich funkce se projevuje v plicích (porucha dýchání) a v zažívacím ústrojí (porucha trávení). Pacienti ve vegetativním stavu jsou ti, kteří jsou udržováni při životě nezávisle na vůli. Vegetativní funkce jsou těmi funkcemi organismu, které probíhají mimovolně na rozdíl od pohybů končetin, hlavy, které jsou řízeny naší vůlí. Dále pacienti s multiorgánovým selháním v prostředí intenzivní péče jsou ti, kteří trpí onemocněním více orgánů a pobývají na nemocničním oddělení, jelikož jejich zdravotní stav je natolik vážný, že potřebují trvalý dozor a intenzivní péči. Takovým příkladem nemocí, které se léčí jednotce intenzivní péče je např. akutní infarkt myokardu nebo závažná onemocnění mozku. No a polymorbidní geriatrickí pacienti jsou staří nemocní lidé, u nichž je přítomno více chorob současně, např. cukrovka, srdeční choroba a vysoký tlak. In: Vokurka, M.: Praktický slovník medicíny. 1.vyd. Praha: MAXDORF, 1994, s. 60, 64, 108, 165, 222, 251, 264, 290, 346.

Světová zdravotnická organizace pokládá rozkvět kvalitní paliativní péče za jednu ze svých priorit již od začátku 90.let 20.století.⁸⁹

4.2 Typologie paliativní péče

Paliativní péči lze rozdělit na dva základní typy, podle toho kde a kým je poskytována:

□ obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností; jejím základem je sledování, rozpoznání a ovlivňování toho, co je významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba nejčastějších symptomů, respekt k pacientově autonomii, citlivost a empatická komunikace s pacientem a jeho rodinou, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.); obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

□ specializovaná paliativní péče (SPP) je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi; poskytování paliativní péče je hlavní pracovní náplní tohoto týmu; SPP je poskytována v následujících formách:

- zařízení domácí paliativní péče, tj. domácí (případně „mobilní“),
- hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení, které poskytuje specializovanou paliativní péči,
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben),
- konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny)⁹⁰,
- specializovaná ambulance paliativní péče (ambulantní péče pro pacienty doma či v sociálních zařízeních může být přidružena k lůžkovým hospicům, anebo může být oddělením paliativní péče lůžkových zařízení či součástí domácí paliativní péče),
- denní stacionář paliativní péče (denní hospicový stacionář),

⁸⁹ Srov.: <http://www.cestadomu.cz/rest/data/004000505.pdfseek=1108593386> [2007-10-9]

⁹⁰ Konzilium je společná porada lékařů o postupu léčení. In: Rejman, L.: Kapesní slovník cizích slov. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1971, s. 93.

- zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.).⁹¹

Alternativou je též respitivní péče. Jedná se o pobyt na omezenou dobu (asi do tří měsíců), jehož cílem je podpořit neformální poskytování péče rodinnými příslušníky v domácím prostředí. Hospic může mít pro tuto péči specializovaná lůžka, anebo řeší tato místa v rámci své celkové kapacity.⁹²

4.3 Principy paliativní péče

Paliativní péče:

- 1) se neodvrací od nevyлéčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života,
- 2) dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění,
- 3) podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces; neusiluje o urychlení nebo oddálení smrti,
- 4) je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, proto v sobě integruje lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,
- 5) vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů; respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení,
- 6) zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných; nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých,
- 7) nabízí všestrannou a účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,
- 8) vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.⁹³

⁹¹ Srov.: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs> [2007-10-9]

⁹² Srov.: <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/> [2007-10-9]

⁹³ Srov.: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=182&lang=cs> [2007-10-9]

Tyto principy paliativní péče souvisí s potřebami umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- zmírňující péči,
- symptomatickou léčbu,
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti,
- emotivní podporu,
- spirituální pomoc,
- sociální zázemí,
- aktivní nebo aktivizační program pro umírající,
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího.⁹⁴

4.4 Složky paliativní péče

Dobrá paliativní péče by měla obsahovat následující složky:

- Kontrola fyzických symptomů – u umírajících je vhodné se soustředit na příznaky, protože úlevy pro zbytek života lze dosáhnout tím, že se jimi budou lékaři účinně zabývat. Pokud se pacient necítí lépe, není schopen se ničemu věnovat podle svých přání a potřeb.⁹⁵ Primárním úkolem zdravotníků je tedy zbavit nemocného bolesti nebo ji alespoň zmírnit. Právě bolest totiž může být jedním z mnoha důvodů žádosti těžce nemocného a umírajícího člověka o provedení eutanazie.
- Emocionální podpora a kontakt – emocionální úzkost vyžaduje lidské pochopení a oporu, ale nestačí pouhá slova – integrální součástí jsou rovněž správné postoje a konkrétní činy. Od lékaře se vyžaduje empatie, schopnost vcítit se do postavení druhého a reagovat na jeho potřeby.⁹⁶ V této složce paliativní péče sehrávají významnou roli nejen blízcí, ale i dobrovolníci, kteří pacienty vyslechnou a povzbudí. Dobrovolníci by měli být schopni mluvit i o smrti a umírání, poněvadž umírající chtějí a potřebují o tomto tématu s někým hovořit. A pro někoho může být lepší o tom rozmlouvat s někým cizím než s vlastní rodinou, zejména jestliže má rodina tendenci se tomuto tématu vyhýbat.

⁹⁴ Srov.: <http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php> [2007-10-9]

⁹⁵ Srov.: Pollard, B.: Eutanazie ano či ne?. 1.vyd. Praha: Dita, 1996, s. 35.

⁹⁶ Srov.: tamtéž, s. 37.

- Respektování pacientových přání – podle zvykového práva může každý člověk odmítnout jakoukoli léčbu, ba i tu, která ho může udržet při životě, s výjimkou sebevražedných motivů. Naopak žádný lékař nesmí realizovat léčbu bez vyžádání a získání souhlasu. Tato složka paliativní péče souvisí s eutanazií, o které bude řeč později.
- Týmová práce – ta je důležitá pro rozhodnutí o tom, jaký bude zvolen léčebný postup. Aby léčba byla opravdu efektivní, je potřeba k ní přidružit dobrou ošetrovatelskou péči. Týmovou práci zajišťuje multidisciplinární tým hospice, o kterém jsem se zmiňovala výše.
- Rodina – rodina někdy může trpět více než samotný pacient, jelikož mívá podobné obavy a úzkosti, podléhá hněvu, frustraci a pocitu bezmoci.⁹⁷ U rodiny a přátel, stejně jako u umírajícího člověka, je nezbytná emocionální podpora a pomoc, kterou poskytují lékaři, ošetřující i dobrovolníci.

⁹⁷ Srov.: Pollard, B.: Eutanazie ano či ne?. 1.vyd. Praha: Dita, 1996, s. 41-46.

5. Eutanazie jako jedna z otázek lékařské etiky

Většina laické veřejnosti se domnívá, že těžce nemocný a umírající člověk má pouze dvě možnosti. Buď bude umírat v krutých bolestech, nebo bude rychle a bezbolestně zabit. Existuje však ještě třetí alternativa, a tou je právě hospicová péče a s ní související paliativní léčba. I přes dnes už docela rozšířenou síť hospiců, můžeme najít jedince, kteří nechtějí dále žít se smrtelnou nemocí a přejí si ukončit život. Záleží na postoji, jaký zaujímá člověk k životu. V celém fenoménu eutanazie figurují dvě základní hodnoty - hodnota lidského života a hodnota svobodného rozhodnutí a je otázkou, co je víc. Svatošová k tomu dodává, že pokud se nemocnému dostává dostatek všestranné péče, tak o smrt nežádá. Vyslovení takového přání je potom důkazem neuspokojení všech jeho potřeb.⁹⁸ Podle Cecily Saundersové lze u touhy umírajících lidí po eutanazii rozlišovat tři roviny. Tou první bývá komunikační motiv, pocit osamění, kdy člověk chce hovořit o umírání a společně o tom přemýšlet.⁹⁹ Člověk volá a touží po společnosti, potřebuje někoho, s kým si může popovídat a kdo ho trpělivě vyslechne. Je to volání o pomoc ve smyslu potřeby sociálního kontaktu. Druhá úroveň, podle Saundersové, představuje výraz neštěstí, kdy člověk už nechce s momentálním stavem žít, např. kvůli bolestem, které zažívá.¹⁰⁰ V tomto případě bývá pochybení na straně lékaře, neboť nedostatečně neuspokojil jednu z jeho biologických potřeb. No a konečně na třetí rovině a jenom ve výjimečných případech znamená toto přání opravdu „zabij mě“.¹⁰¹ Profesor Pafko v jednom televizním dokumentu poznamenal, že hospic a eutanazie se doplňují a že otázka eutanazie je záležitostí myšlenkového vývoje.¹⁰² Pollard ve své publikaci píše, že hlavními argumenty, kterými se ospravedlňuje eutanazie, jsou snaha milosrdně zbavit člověka utrpení, dát průchod lidským právům, zvláště právu na respektování osobní autonomie, osvobození jedince od nepřijatelně bídné kvality života. Argumentuje se i regulací nákladů na zdravotní péči.¹⁰³

⁹⁸ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5. doplněné vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 36.

⁹⁹ Srov.: Student, J. Ch., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce v hospici a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006, s. 84.

¹⁰⁰ Srov. : tamtéž, s. 84.

¹⁰¹ Srov. : tamtéž, s. 84.

¹⁰² Smrt už není tabu. Ta naše povaha česká [2008-2-28]

¹⁰³ Srov.: Pollard, B.: Eutanazie ano či ne?. 1.vyd. Praha: Dita, 1996, s. 26.

Termín eutanazie je složen ze dvou řeckých slov eu – dobrý a thanatos – smrt, v překladu to tedy znamená dobrá, bezbolestná smrt, kterou někdo způsobí nemocnému, aby zkrátil jeho utrpení. Dotyčný ukončí život sám nebo na přání trpícího.¹⁰⁴

„Termín eutanazie by měl být výhradně rezervován pro soucitem motivované, úmyslné, rychlé a bezbolestné ukončení života někoho, kdo je postižen nevyлéčitelnou a progredující chorobou. Trpící a terminálně nemocná osoba není „ponechána zemřít“, nýbrž její život je ukončen.“¹⁰⁵ V etickém kodexu České lékařské komory se praví, že: „Lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“¹⁰⁶ Asistovaná sebevražda je formou eutanazie, kterou provádí sám pacient, pokud je nevyлéčitelně nemocný, trpí nesnesitelnými bolestmi a přeje si zemřít. Tehdy žádá lékaře o nějaký prostředek či radu, jak zemřít. Asistence lékaře je odborná.¹⁰⁷ Podle výsledků z jednoho průzkumu veřejného mínění by většina zdravých lidí byla pro zavedení eutanazie. Svatošová uvádí hned několik důvodů, např.:

- strach z bolesti,
- nedostatečná informovanost laiků o možnostech léčby bolesti,
- nedostatečná nebo chybná komunikace,
- nerespektování autonomie pacienta.

Sama Svatošová (mající zkušenosti z Hospice Anežky České v Červeném Kostelci) tvrdí, že jsou-li uspokojeny všechny potřeby nemocného (tzn. bio-psycho-socio-spirito), nikdy o eutanazii nežádá, přestože jeho situace není nikterak záviděníhodná.¹⁰⁸ Příčinou přání pacienta ukončit život mohou být bolesti, strach ze ztráty lidské důstojnosti a v neposlední řadě i nezáměr a neúcta k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti.¹⁰⁹

¹⁰⁴ Srov.: Brabec, L.: Křesťanská thanatologie. 1.vyd. Praha: Gemma89, 1991, s. 101.

¹⁰⁵ Jakoubková, J.: Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína. 1.vyd. Praha: Galén, 1998, s. 106.

¹⁰⁶ Munzarová, M.: Eutanazie nebo paliativní péče?. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 58.

¹⁰⁷ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 445.

¹⁰⁸ Srov.: <http://hospice.cz/dokumenty/alter.html> [2007-10-16]

¹⁰⁹ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplněné vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 36.

Rozlišují se čtyři druhy eutanazie:

1. Eutanazie aktivní, kdy pacient trpí nesnesitelnými bolestmi a opakovaně žádá o urychlení smrti, vykonavatelem je lékař.
2. Eutanazie nevyžádaná, která se liší od aktivního druhu tím, že pacient není schopen o urychlení smrti požádat.
3. Eutanazie nedobrovolná je nevyžádaná a zároveň nechtěná.
4. Eutanazie pasivní je ekvivalentem přerušení nebo odnětí léčby, neznamená však ukončení péče.¹¹⁰ V tomto případě jde o to, že lékař nepodá nemocnému potřebný lék (nebo nezapojí přístroje), anebo mu lék odejme (odpojí přístroje). Ale pokud se ukáže, že pacient měl naději žít, může se to klasifikovat jako aktivní eutanazie. Tento způsob ukončení života je sporný a uvažuje se o tom, zda by se měl vůbec používat. Příčinou je současný zmatek v terminologii.

Rozhodující pro určení typu eutanazie je úmysl, prvotní záměr lékaře, ovšem ten je u každého doktora různý. Z tohoto důvodu je pak nesnadné zjistit, o jaký typ eutanazie se v daném případě jednalo.

Podle Virta záleží na vnějším a vnitřním postoji zúčastněných. Pokud je nevléčitelný člověk zabit, pak příčinou je vnější zásah. Lékař podá smrtící injekci, která usmrtí zdravého i nemocného člověka. Ovšem v případě, že lékař upustí od dalších léčebných postupů, pak pacient umírá na svoji nemoc.¹¹¹

V souvislosti s eutanazií se v některých zemích používá Living will, což doslovně znamená živoucí, resp. živá vůle. Jedná se o písemné vyjádření svobodné vůle nemocného pro futuro, tedy pro případ, kdy pacient nebude pro závažnost stavu schopen posoudit svou situaci ani projevit své přání.¹¹² Podle mého názoru je toto písemné vyjádření sporné, poněvadž ve fázi terminálního stavu choroby dochází u člověka k různým emocionálním zvrátům. Umírající člověk zažívá nejrůznější emoce, od deprese a zoufalství až k pocitům strachu, často tedy ani neví, co a proč podepisuje. Otázkou tedy zůstává, kdy takové vůle sepsovat, v jakém stádiu nemoci. Nicméně toto prohlášení by nemělo mít závazný charakter, ale mělo by lékaři sloužit pouze jako pomoc při rozhodování o dalším postupu léčby. Živá vůle se mi v tomto případě jeví jako určité ospravedlnění pro lékaře.

¹¹⁰ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 444.

¹¹¹ Srov.: Virt, G.: Žít až do konce – Etika umírání, smrti a eutanazie. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 33.

¹¹² Srov.: <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> [2007-10-9]

Ve spojitosti s eutanazií se hovoří o postupech DNR (do not resuscitate), v češtině známé jako NR (neresuscitovat). Tyto postupy dovolují za určitých podmínek zastavit léčbu. Bezprostředním důsledkem je smrt pacienta. Programy DNR se využívají převážně na anesteziologicko – resuscitačních odděleních.¹¹³ V rámci použití těchto metod jsou nemocní lidé vyzýváni, aby se předem vyjádřili k tomu, zda si v období konce svého života přejí nebo nepřejí aplikaci určitého léčebného postupu. Je možné pověřit i blízkou osobu, aby v případě jejich budoucí nemohoucnosti tlumočila jejich přání.¹¹⁴

Na opačném pólu stojí dystanazie neboli zadržovaná smrt, což je stav, kdy je smrt neodvratná, a přesto je stále oddalována.¹¹⁵ Nevýhody z pohledu pacienta nebo jeho blízkých převažují nad jejími výhodami. Dystanazie se stává nepříjemným následkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího člověka vyžadují paliativní přístup.¹¹⁶ Dystanazie představuje udržování života za každou cenu, nemocný by už dávno zemřel, kdyby nebylo nesmyslných snah lékařů odvrátit nepříznivý zdravotní stav nemocného.¹¹⁷ Haškovcová tvrdí, že lékaři by měli respektovat tzv. zásadu umírněnosti, která zdůrazňuje, že v léčbě, která prodlužuje život se nepokračuje v tom případě, způsobuje-li nemocnému více útrap než prospěch. Toto ukončení života je eticky ospravedlnitelné.¹¹⁸ Důležitým předpokladem pro ukončení léčby tedy je, zda-li určitá léčba přináší více užitku nebo utrpení. Toto rozhodnutí je na zvážení každého lékaře. Avšak je nutné připomenout, že utrpení se nemusí týkat pouze bolesti, kterou člověk snáší, ale trápení je třeba vnímat i v podobě samoty nebo strachu nemocného a umírajícího člověka. Proto je nezbytné zjistit původ bolesti. Nicméně platí, že i přes ukončení léčby nesmí být ukončena péče.

Ve většině zemí bývá tolerována tzv. situační etika, kdy má lékař povinnost ulehčit umírajícímu těžké umírání, a to tím způsobem, že provede ukončení léčby podáním dostatečného množství utišujících léků.

¹¹³ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 445.

¹¹⁴ Srov.: Munzarová, M.: Eutanazie nebo paliativní péče?. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 17.

¹¹⁵ Srov.: Haškovcová, H.: Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 32.

¹¹⁶ Srov.: <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> (9.10.2007)

¹¹⁷ Srov.: Haškovcová, H.: Etické problémy. In: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 423.

¹¹⁸ Srov.: tamtéž, s. 427.

V minulosti si to lékař mohl dovolit často, protože nemusel zvažovat, jestli další léčba bude účinná nebo marná, neboť evidentně vyčerpал všechny dostupné prostředky a mohl se tedy autoritativně rozhodnout, protože měl povědomí o předpokládaném přání nemocného a uskutečňovaná pomoc byla vymezena dyadickým rámcem péče. Dnes jsou podmínky pro situační etiku nepříznivé z důvodu existence současného systému péče, který mimo jiné klade důraz na právo nemocných na sebeurčení.¹¹⁹

5.1 Historie eutanazie

Termín eutanazie vymyslel anglický filozof Francis Bacon a používal ho pro označení bezbolestné, šťastné a snadné smrti. Ale už pravěká společnost, žijící v krajně drsných podmínkách, se z domnělé praktické nutnosti zbavovala některých jedinců. Praxe starověkého Řecka, konkrétně např. Sparty (známé házení nemocných novorozenců ze skály), byla obdobná. Řečtí lékaři i filozofové si velmi cenili zdraví a kult tělesné zdatnosti byl výrazně rozvíjen. Mnozí významní učenci se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života, patřil k nim například Platón, stoický filozof Zenón nebo Seneca. Naproti tomu antická lékařská kultura od počátku spolupůsobení lékaře na ukončení útrap umírajícího odmítala, což je nejlépe vyjádřeno textem Hippokratovy přísahy („Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit.“¹²⁰)

Náboženství jihovýchodní Asie, jako je buddhismus a hinduismus, se rovněž k eutanazii staví odmítavě. Buddhisté i hinduisté jsou přesvědčeni, že utrpení je nutnou součástí života. Každý člověk musí odčinit své nedostatky právě cestou strasti. Kdo by se tedy chtěl zbavit utrpení předčasnou smrtí, stejně si nepomůže, protože utrpení na něj čeká v nějaké podobě v dalším životě.

Mnohem více však evropské myšlení ovlivnilo křesťanství, které bezvýhradně odsuzuje svévolný zásah proti životu druhého i proti životu vlastnímu. Tento pohled se udržuje ve většině států dodnes. Medicína vzešlá z prostředí judaisticko-křesťanské kultury se s problematikou eutanazie vyrovnala poměrně brzy, a to odkazem na význam starozákonných textů.

¹¹⁹ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 445.

¹²⁰ <http://schwarz.blog.idnes.cz/c/43643/Eutanazie-versus-Hippokratova-prisaha.html>
[2009-1-27]

Život je darem od Boha a jen on rozhoduje o tom, kdy a jakým způsobem člověk umře. V židovské kultuře byla naopak věnována všestranná péče umírajícím. Lékaři i společnost byli vyzýváni, aby těmto lidem pomohli nést jejich úděl. Byly doporučovány modlitby za šťastnou smrt.¹²¹

Vážné diskuse ohledně problematiky eutanazie se začaly mezi lékaři vést až koncem 19. století. Tyto diskuse byly vyvolány z několika zdrojů. Jeden z podnětů pro diskusi ohledně eutanazie vyšel z prostředí sociálního darwinismu. Darwinovo učení o selekci a adaptaci totiž začalo být chápáno nejenom jako přírodní fakt, ale i jako kulturní zákon. Na půdu medicíny, která měla do jisté míry garantovat pokrokové myšlení kulturního optimismu konce 19. století, přenesl tyto myšlenky E. Haeckel (1834-1919). Je známo, že tento vlivný biolog měl velké pochopení pro Spartány, kteří zabíjeli nemocné děti.¹²²

Historie eutanazie ve smyslu smrti ze soucitu je ale poměrně krátká. Její počátek lze spatřovat v roce 1895, kdy v Německu vyšla Jorstova kniha pod názvem Právo zemřít. V roce 1920 byla vydána publikace s názvem Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který žití není hoděn od německého právníka Karla Bindinga a lékaře Alfreda Hocha, která na rozdíl od předchozí "padla na úrodnou půdu". Není žádným tajemstvím, že se uvedená kniha stala "etickým" zdůvodněním vyhlazovacích akcí určitých skupin obyvatelstva. Eutanazie a diskuse o ní byla (a v Německu dodnes je) po druhé světové válce striktně odmítnuta a několik desítek let se o ní prakticky nemluvilo.¹²³

Bezprostředně po druhé světové válce usilovala předsedkyně komise OSN pro lidská práva E. Roosveltová o to, aby právo na eutanazii bylo zahrnuto do Charty Spojených národů. Tato její snaha nevyšla, avšak diskuse o eutanazii neutichaly. V roce 1954 se pro eutanazii vyslovil J. Fletcher, jeden ze zakladatelů moderní lékařské etiky a teolog protestantské církve.¹²⁴ V roce 1873 byla ve Velké Británii založena nejstarší společnost Voluntary Euthanasie Society.¹²⁵ Zvrat v celé moderní historii eutanazie nastal při procesu s doktorkou Postmovou, která byla v roce 1973 obžalována za to, že z milosti zabila svou matku. K události došlo v Holandsku. Doktorka Postmová byla sice shledána vinnou, ale její trest byl v podstatě symbolický, dostala jednoroční podmínku.

¹²¹ Srov.: <http://www.gymfry.cz/zmp0304/frycova/sindex4.htm> [2008-3-10]

¹²² Srov.: <http://www.gymfry.cz/zmp0304/frycova/sindex4.htm> [2008-3-10]

¹²³ Srov.: <http://www.gymfry.cz/zmp0304/frycova/sindex4.htm> [2008-3-10]

¹²⁴ Srov.: <http://www.gymfry.cz/zmp0304/frycova/sindex5.htm> [2008-3-10]

¹²⁵ Srov.: Ivanová, K., Klos, R.: Kapitoly z lékařské etiky. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 76.

Ve stejném roce byla založena Holandská společnost pro dobrovolnou eutanazii a Královská holandská lékařská asociace prohlásila: "Právně by eutanazie měla zůstat zločinem, ale když lékař po zvážení všech aspektů případu zkrátí život pacienta, který je nevléčitelně nemocný a umírá, bude muset soud rozhodnout, zda došlo ke konfliktu povinností, který by mohl lékařův úkon ospravedlnit."¹²⁶

V současné době už existuje několik společností pro eutanazii, a to v Belgii, Dánsku, Nizozemí, Itálii, Švýcarsku, Španělsku, Německu, Kanadě, USA, Austrálii, Novém Zélandu a v Japonsku. V roce 1988 se národní společnosti sjednotily a vytvořily světové společenství, které organizuje různé sjezdy a vydává časopis. K cílům těchto společností patří:

- uzákonění beztrestnosti eutanazie,
- uzákonění beztrestnosti napomáhání suicidu,
- zajistit právní ochranu pro lékaře provádějící eutanazii,
- vytvořit klima nakloněné pro eutanazii mezi obyvatelstvem, lékaři a zdravotnickým personálem,
- vypracovat formuláře pro žádosti nemocných žádajících o eutanazii, včetně ověření u notáře.¹²⁷

5.2 Eutanazie ve světě

V Japonsku je Společnost pro důstojné umírání, ovšem klima pro eutanazii tu není nijak příznivé. Nicméně většina lékařů je toho názoru, že by mělo být respektováno rozhodnutí terminálně nemocných pacientů o ukončení jejich života.

Z Číny je známa pouze eutanazie dětí, kdy rodiče odnášejí své děti mající tělesnou nebo duševní poruchu do zdravotnických zařízení, kde jsou usmrcovány.

Severní teritorium Austrálie je státem, který přechodně uzákonil beztrestnost aktivní eutanazie. Tento zákon vstoupil v platnost v roce 1995, ale po krátké době byl tento zákon zrušen. Centrální vláda vznesla námitky proti její legalizaci. Její uzákonění bylo pozastaveno, protože se vyskytly pochybnosti o tom, zda má teritorium vůbec právo schvalovat legalizaci tak důležitého zákona. Eutanazie tedy není v Austrálii legalizována, přesto je např. ve státě Victoria prováděna.

¹²⁶ Srov.: <http://www.gymfry.cz/zmp0304/frycova/sindex5.htm> [2008-3-10]

¹²⁷ Srov.: Ivanová, K., Klos, R.: Kapitoly z lékařské etiky. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 76.

V USA není eutanazie povolena, ale ve státu Oregon, v němž se uskutečnilo referendum na téma „právo zemřít“, byla legalizována asistence při suicidu. V roce 1990 prezident Bush podepsal zákon o právu nemocného na sebeurčení, což znamená, že v nemocnici, sanatoriu a jiných zdravotnických zařízeních má pacient právo se na počátku své hospitalizace písemně vyjádřit, jestli si přeje v terminálním stádiu resuscitaci, umělou výživu a další život udržující zákroky.¹²⁸

5.3 Eutanazie v Evropě

Ve Francii je vytvořena Etická národní komise, která se staví proti eutanazii. Argumentuje tím, že by zákon byl zneužíván a špatně interpretován. Nicméně tlak společnosti na povolení eutanazie neustále sílí.

V Německu je eutanazie posuzována jako zločin proti lidskému životu. Asistenci při suicidu trestní zákon nepovoluje a trestá odnětím svobody od pěti měsíců do pěti let. Veřejné mínění zde není nakloněno eutanazii a je to pochopitelné. Stačí si vzpomenout na nacistické Německo, kdy smrtící experimenty na lidech, sterilizace a zabíjení nemocných lidí s genetickými a duševními onemocněními byly na denním pořádku.

I přes zákaz konání eutanazie byla založena Společnost pro humánní umírání, která vyhotovila směrnice, jak uskutečnit suicidium. Eutanazie je rovněž zakázána v Maďarsku, Polsku, Rumunsku a Řecku, kde se trestá vězením.¹²⁹

Aktivní forma eutanazie není uzákoněna nikde na světě, ovšem v Holandsku je uzákoněna beztrestnost aktivní eutanazie. Byl vyhotoven seznam podmínek, které dovolují provést aktivní eutanazii. Každé provedení aktivní eutanazie se musí ohlásit. Nicméně mnozí lékaři tak nečiní a jako příčinu úmrtí uvedou něco jiného. Důvod je prostý. Proti lékaři, který tuto eutanazii vykonal je zahájeno trestní řízení, které je ovšem zastaveno, jestliže soudce shledá, že lékař jednal podle pravidel. Tak jako každá věc má i tato praxe své pro a proti. Jednou z pojistek proti zneužití je vysoká trestní sazba, až 12let vězení. Další výhodou je, že pokud má lékař nějakou pochybnost, nemusí aktivní eutanazii vykonat, a to ani při splnění všech předepsaných podmínek.

¹²⁸ Srov.: Ivanová, K., Klos, R.: Kapitoly z lékařské etiky. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 76-77.

¹²⁹ Srov.: tamtéž, s. 77-79.

Na druhé straně, nevýhodou je komplikovaný proces přešetřování, což je hlavní podmínkou následné beztrestnosti.¹³⁰ Aby byla eutanazie klasifikována jako beztrestná, musí být dodrženy následující zásady:

- lékař se musí opřít o konzultaci s jiným lékařem,
- lékař musí o svém činu sepsat písemnou zprávu, ve které musí uvést všechny důležité skutečnosti,
- lékař je povinen informovat policii,
- doklady se musí uchovat sedm let,
- žádný lékař nemá být k provedení eutanazie nucen.¹³¹

V některých státech je povolena asistovaná sebevražda (např. Švýcarsko). K pasivní formě eutanazie je tolerantní většina států.¹³²

Je zřejmé, že jednotlivé státy nejsou příliš homogenní, co se týká této problematické otázky. Některé země eutanazii zcela zakazují, jiné státy naopak některou z jejích typů umožňují a beztrestně provádějí.

5.4 Eutanazie v České republice

V České republice není eutanazie ani asistovaná sebevražda povolena a obojí se pokládá za trestný čin.¹³³ Zajímavé je zjištění na otázku, zda by lidé v České republice chtěli legalizovat eutanazii. Z celkového počtu 263 578 odpovědí se vyjádřilo 34% pro ano, 33% pro ne a 33% pro nevím.¹³⁴ Jak je vidět, je u nás stále dost zastánců eutanazie. Důvodem pro uzákonění eutanazie bývá strach z fyzické bolesti při umírání a z utrpení spjatého s její léčbou. Většina lidí by si totiž přála zemřít bezbolestně a ve spánku.

¹³⁰ Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 445-446.

¹³¹ Srov.: Ivanová, K., Klos, R.: Kapitoly z lékařské etiky. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, s. 80.

¹³² Srov.: Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 446.

¹³³ Srov.: Haškovcová, H.: Thanatologie - Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000, s. 111.

¹³⁴ <http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=3> [2009-1-4]

Podle jedné statistiky OSN bylo zjištěno, že Česká republika má nízkou spotřebu opiátů v kontrastu s vysokým počtem indikovaných pacientů. Nelze se tedy divit, že řada lidí v konfrontaci se zbytečným utrpením vidí řešení v eutanazii.¹³⁵

Diskuse o eutanazii trvá v České republice už několik let a v důsledku toho jsou občané rozděleni do dvou táborů, kdy v jednom jsou zastánci eutanazie a druhá skupina se vyslovuje proti eutanazii. Příznivci eutanazie většinou argumentují tím, že se zbytečně prodlužuje utrpení nemocného, čímž se narušuje lidská důstojnost, ale především tu hlavní roli hrají peníze. Čím delší hospitalizace a péče, tím více peněz to stojí. Naopak odpůrci tvrdí, že lidská důstojnost by měla být zachována až do konce a že lékař nemá právo zabíjet, jeho povinností je pomáhat. Eutanazie se pak jeví v rozporu s povinností lékaře zachovávat život. Zejména věřící část populace se snaží poukázat na tu skutečnost, že lepším řešením než zákonem ošetřená možnost ukončení života za asistence lékaře by mělo být specializované zařízení pro umírající, a tím je právě hospic.

Obě skupiny mluví o důstojné smrti, ale každá z nich tomuto pojmu přisuzuje jiný význam. Pro jedny znamená důstojnost zbavení umírajícího trápení, zabití, tedy eutanazie, druhí chápou důstojnost také jako zbavení umírajícího trápení, ale prostřednictvím uspokojení základních potřeb nemocného. Na významu nabývá i autonomie člověka, tedy možnost svobodně se rozhodnout o ukončení či neukončení svého života a následné vyhovění jeho přání lékařem. Pacient by se měl spolupodílet na rozhodnutích, které se týkají jeho zdravotního stavu a dalšího léčebného postupu. Rozhodnutí nemocného a umírajícího pacienta by se mělo respektovat i přes jeho větší zranitelnost a snadnější ovlivnitelnost. V této souvislosti se Virt ve své knize zmiňuje o Konvenci Rady Evropy o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny, o tzv. Bioetické konvenci z roku 1996, ve které se uvádí, že „zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu (článek 5), u pacienta, jenž v době zásahu není schopen svá přání vyslovit, je nutno přihlížet k přáním, která v souvislosti s provedením zásahu vyslovil dříve (článek 9).“¹³⁶

Pollard, vedoucí oddělení paliativní péče, se domnívá, že je morálně špatné legalizovat usmrcení kohokoli, kdo nepředstavuje žádnou hrozbu jiné osobě.

¹³⁵ Srov.: <http://hospice.cz/hospiccr.html> [2008-10-5]

¹³⁶ Virt, G.: Žít až do konce – Etika umírání, smrti a eutanazie. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 18.

Rovněž zastává názor, že každý zákon, který by připustil uzákonění eutanazie, by bezpochyby mohl být zneužit. Je scestné takový zákon navrhopat, když je v dnešní době medicína schopná poskytovat při umírání účinnější řešení než je eutanazie.¹³⁷ K legalizaci eutanazie se tento autor vyjádřil následovně: „Eutanazie nebyla legalizována, protože se neshledala možnost, jak odstranit zdroje jejího eventuálního zneužití. A to i přes názory zastánců eutanazie, kteří tvrdí, že se zneužití eutanazie nebude vyskytovat.“¹³⁸

Eutanazie je velice složitý problém, kolem kterého se vznáší několik sporných otázek. Např. Jaký je dostačující důvod pro odpojení pacienta od přístrojů? Je to mozková smrt nebo až selhání všech orgánů? Jak by se měla eutanazie kvalifikovat: jako vražda či jako zabití?

Dne 21.7.2004 předložila vláda sněmovně nové znění trestního zákoníku. Eutanazie, respektive otázka jejího případného trestněprávního postihu, byla v tehdy projednávaném znění trestního zákoníku patřičně zohledněna a obsažena v dikci ustanovení § 118 zákonného návrhu jako tzv. usmrcení na žádost, které je obsaženo v hlavě I zvláštní části návrhu zákona „Trestné činy proti životu a zdraví“. Tímto ustanovením bylo tak poprvé výslovně řečeno, že eutanazie jako usmrcení na žádost je trestný čin se všemi důsledky, které z něho vyplývají. **„Kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let. Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.“** JUDr. Pavel Šámal, Ph.D, hlavní autor návrhu zákona a soudce Nejvyššího soudu, k tomu dodává: „Do zákona jsme nový čin zanesli, protože je nutné rozlišit mezi ní a vraždou, která je mnohem závažnějším činem.“ Tato navrhovaná zákonná úprava neřeší případy, kdy informovaný pacient nedá souhlas k provedení lékařského zákroku, a proto není z tohoto důvodu zahájena životně důležitá léčba, anebo je tato léčba přerušena, a to vzhledem k tomu, že informovaný pacient nedá souhlas k jejímu pokračování. Podle právní úpravy je totiž informovaný souhlas pacienta jednou ze základních podmínek lékařského zákroku.

¹³⁷ Srov.: Pollard, B.: Eutnázie ano či ne?. 1.vyd. Praha: Dita, 1996, s.16-17.

¹³⁸ tamtéž, s. 120-121.

Ustanovení § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, stanoví: „**Vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat. Odmítá-li nemocný i přes náležité vysvětlení potřebnou péči, vyžádá si ošetřující lékař o tom písemné prohlášení (revers).**“ Podle této úpravy má tedy pacient právo jakýkoli lékařský zákrok odmítnout a toto jeho rozhodnutí musí být lékařem respektováno.¹³⁹

Tato úprava rovněž neřeší případy zkrácení života pacienta v důsledku podávání stále se zvyšujících dávek léků nutných pro účinné tlumení bolesti, kdy vlastním záměrem jednání není zkrátit život, ale tlumit bolest. V tomto směru je třeba zdůraznit, že tyto postupy jsou lékařem považovány nejen za přípustné, ale za příkázané, a nespádají pod pojem eutanazie.¹⁴⁰ Toto bylo znění návrhu zákona ze dne 21.7.2004 a čekalo se, jak se zákonodárce s otázkou navrhovaného uzákonění eutanazie, jako nového trestného činu, vypořádá. Nevypořádal, jelikož v současném trestním zákoně není o eutanazii ani slovo. V ustanovení § 219 „Vražda“ zákona č. 140/1961 Sb. v hlavě VIII trestního zákona „Trestné činy proti životu a zdraví“, je pouze stanoveno: „**Je trestné i uspíšení smrti, která by byla stejně nastala, třeba i za krátkou dobu.**“ V ustanovení §230 „Účast na sebevraždě“ zákona č.140/1961 Sb. v hlavě VIII trestního zákona „Trestné činy proti životu a zdraví“, se píše: „**Trestná je účast na sebevraždě, pokud spočívá v tom, že pachatel pohne jiného k sebevraždě, nebo v tom, že pachatel jinému k sebevraždě pomáhá. Svedení a pomáhání k sebevraždě je pachatelstvím, nikoli účastenstvím. Donutí-li pachatel jiného k sebevraždě násilím, dopouští se vraždy.**“¹⁴¹

V zákoně se tedy přímo s pojmem eutanazie nepracuje, nicméně není žádným tajemstvím, že se u nás eutanazie realizuje a netrestá se. Lékaři to ve většině případech ani neohlásí a jako příčinu úmrtí uvedou něco jiného. Nicméně jsem se v jednom novinovém článku, který pojednával právě o tomto problému, dočetla, že přestože je u nás eutanazie zakázána „lékaři mohou odpojit pacienty, kterým fungují třeba všechny orgány – až na jeden : mozek. Rovněž je možné odmítnout léčbu, ale ne výživu nebo doplňování tekutin.

¹³⁹ <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html> [2009-1-27]

¹⁴⁰ <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html> [2009-1-27]

¹⁴¹ Jelínek, J.: Trestní zákon a trestní řád s poznámkami a judikaturou a předpisy souvisící. 25. aktualizované vydání podle právního stavu k 1.9.2007. Praha: Linde, 2007, s. 263, 278.

Například pacienti trpící rakovinou mohou urychlit svou smrt odmítnutím chemoterapie. Není však možné se zříct výživy a nechat sebe nebo své blízké zemřít vyhladověním nebo na dehydrataci.¹⁴²

Eutanazie je velice složitý morální, náboženský, ale i medicínský problém, jehož řešení se zdá být v nedohlednu. Proto bych na závěr pouze poznamenala, že místo nekonečných diskusí o tom, zda eutanazii legalizovat či nikoli, by bylo efektivnější soustředit se na propagování kvalitní paliativní péče, která má své pevné a nezastupitelné místo v hospicovém hnutí.

¹⁴² Suchá, L., Gazdík, J.: Eluana začala včera ráno umírat. Mladá Fronta Dnes, XX/32, 2009, s. A7.

6. Potřeby umírajících

Každý člověk potřebuje uspokojovat své základní potřeby, aby se cítil příjemně a spokojeně. U těžce a nevléčitelně nemocného člověka je uspokojování životních potřeb obzvlášť potřebnou a důležitou součástí péče.

Potřeba se vymezuje jako projev nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je něčím, co člověk nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, jako je pozornost, myšlení či emoce. Lidské potřeby nejsou neměnné, ale mění se, vyvíjejí se a kultivují. Každý člověk vyjadřuje a uspokojuje své potřeby svým vlastní způsobem. Potřeby lze uspokojovat dvěma způsoby, a to žádoucím a nežádoucím. Za žádoucí způsoby se považují ty, které neškodí nám ani jiným, jsou uspokojovány v mezích zákona a navíc jsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami individua. Na druhé straně, nežádoucí způsoby jsou ty, které škodí nám nebo druhým lidem, nejsou ve shodě se sociálně-kulturními hodnotami individua nebo přesahují meze zákona.¹⁴³

Maslow sestavil model lidských potřeb podle jejich biologické, psychologické a sociální významnosti následujícím způsobem :

1. fyziologické potřeby
2. potřeba jistoty (ochrana před bolestí, strachem)
3. potřeba náklonnosti a sociální vazby
4. potřeba sociálního uznání a sebeúcty
5. potřeba seberealizace

Pořadí je stanoveno hierarchicky, kdy nižší potřeba má přednost před následujícími.¹⁴⁴ U těžce nemocných pacientů se obecně vymezují čtyři okruhy potřeb, kterými jsou potřeby biologické (podle Maslowa potřeby fyziologické); psychologické a sociální, které se často překrývají (potřeba jistoty, náklonnosti a sociálního uznání v podání Maslowa) a nakonec potřeby duchovní (potřeba seberealizace).

¹⁴³ Srov.: Trachtová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, s. 10.

¹⁴⁴ Srov.: Feldmann, H.: Kompendium lékařské psychologie. 1.vyd. Praha: Victoria Publishing, 2000, s. 141.

A) Potřeby biologické

V oblasti biologických potřeb zajišťuje personál hospice péči o tělo. Spadá sem potřeba hladu, žízně, spánku, prevence proleženin, nucení k močení a ke stolici a potřeba mírnění bolesti. Svatošová uvádí, že v terminálním stádiu významně klesá potřeba tekutin a výživy. Nechutenství je třeba chápat jako normální obranný mechanismus. Není-li tento fakt respektován, pak každá forma výživy znamená pro pacienta velkou zátěž. Může se objevit zvracení nebo zežloutnutí pacienta.¹⁴⁵

Jiným problémem je otázka zavodňování umírajícího. Žízeň trápí většinu umírajících a nepomáhá ani občasné podání vody. Pocit žízně bývá zachován až do doby krátce před smrtí.¹⁴⁶ Svatošová tvrdí, že odborníci na celém světě se shodují v názoru, že infuze pro umírající má své opodstatnění zcela výjimečně. Problém žízně se tím nevyřeší a navíc může uškodit. V každém případě se jedná o "hadičku", která zhoršuje kvalitu života. Řešením problému žízně je kostka ledu. V ústech se totiž nachází receptory, které reagují na ledovou kostku tak, že pacient přestane pociťovat žízeň. Důležité je ovšem starat se o zavodňování pacienta, dokud je ještě schopen přijímat tekutiny ústy.¹⁴⁷

U těžce nemocného a ležícího pacienta se vytvářejí velmi bolestivé proleženiny, tzv. dekubity. Jedná se o odumírání tkání spojené s rozpadem v místě, kde je kost blízko kůže a kde nejvíce působí tlak váhy těla. Výskyt těchto dekubitů může někdy způsobit i malý záhyb u shrnutého prostěradla. Prevencí tvorby dekubitů je častější změna polohy na lůžku.¹⁴⁸

Dalším problémem pacientů v terminálním stádiu nemoci je zvýšené pocení. Tento pot výrazně zapáchá, proto je nutná zvýšená hygiena a častější výměna prádla.¹⁴⁹

Podstatnou potřebou člověka v terminálním stavu je mírnění bolesti. Bolest je doprovodným jevem života, výrazněji se objevuje při nádorových onemocněních.¹⁵⁰ Každý nemocný prožívá svoji bolest individuálně.

¹⁴⁵ Srov.: Svatošová, M.: Hospic slovem a obrazem. 1.vyd. Praha: Ecce Homo, 1998, s. 27.

¹⁴⁶ Srov.: Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S.: Poslední úsek cesty. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995, s. 23.

¹⁴⁷ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 27-28.

¹⁴⁸ Srov.: Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S.: Poslední úsek cesty. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995, s. 20-22.

¹⁴⁹ Srov.: tamtéž, s. 23.

¹⁵⁰ Srov.: tamtéž, s. 24.

Jakoubková píše, že: „Pro hodnocení intenzity bolesti jsou k dispozici stupnice, podle nichž může nemocný a lékař odhadovat i účinnost terapie. Ve světě se nejčastěji používá VAS (numerická vizuální analogová stupnice) o 10 stupních od 0 do 10, resp. od 10 do 100, kdy nesnesitelná bolest je stupeň 10, resp. 100.“¹⁵¹

Jednou z fyziologických potřeb je i potřeba spánku. Častým problémem nemocných lidí je, že v noci nemohou spát, a proto je potřeba, aby ošetřující personál tyto potíže zaznamenal a reagoval na ně, např. podáním léku na spaní.¹⁵²

B) Potřeby psychologické

Vymětal zdůrazňuje, že: „Psychologické působení navazuje na kvalitní základní lékařskou a ošetrovatelskou péči.“¹⁵³ V této oblasti je podstatné věnovat pozornost nejen potřebě respektování lidské důstojnosti, pocitu bezpečí a jistoty, ale také pozornosti, myšlení a emocionálnímu stavu pacienta. Ochotný a příjemný přístup personálu přispívá k psychické pohodě pacienta a navíc přispívá k zachování lidské důstojnosti. Jednou z hlavních zásad, podle Svatošové, je říkat nemocnému jen tolik, kolik chce slyšet, a jen tehdy, kdy to slyšet chce.¹⁵⁴ Je potřeba si uvědomit, že komunikace není pouze verbální, ale mnohé za nás řekne i náš neverbální projev.

Představa blížící se smrti vyvolává v psychice jedince výraznou odezvu, a to jak v oblasti emocí, tak v oblasti myšlení a chtění. V situaci umírání se nejčastěji vyskytují emoce úzkost a strach. Úzkostí se rozumí neurčitý pocit obav a tísně. Jedná se o obavy z vlastní existence, hovoří se o tzv. ontologickém ohrožení, o obavách o vlastní existenci. Strach představuje obavu až hrozivý pocit zažívaný před určitým a konkrétním nebezpečím. Ve spojitosti s umíráním se setkáváme s tzv. strachem ze smrti. V tomto strachu ze smrti lze stanovit několik složek:

- ❑ strach z bolesti,
- ❑ strach z opuštěnosti,
- ❑ strach ze změny vzezření,
- ❑ strach ze selhání,
- ❑ strach z utrpení,

¹⁵¹ Jakoubková, J.: Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína. 1.vyd. Praha: Galén, 1998, s. 53.

¹⁵² Srov.: Pichaud, C., Thareaudová, I.: Soužití se staršími lidmi. 1.vyd. Praha: Portál, 1998, s. 138-141.

¹⁵³ Vymětal, J.: Základy lékařské psychologie. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, s. 110.

¹⁵⁴ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 23-24.

- ❑ strach z regrese,
- ❑ strach ze ztráty samostatnosti,
- ❑ strach o rodinu,
- ❑ strach z nedokončené práce.

Strach se projevuje typickými příznaky v oblasti fyzické, psychické i sociální. Přesáhne-li strach určitou hranici únosnosti, pak hovoříme o panice, která je sociálně nakažlivá. Lze se s ní setkat jak u pacienta, tak u jeho doprovázejícího. Je nutné si uvědomit, že strach je přirozená reakce člověka v situaci, kdy se cítí bezmocný. Je důležité se někomu vypovídat a úlevou pro nemocného může být zjištění, že tomu, komu si pacient uleví, je též úzko a cítí to stejně jako nemocný člověk. Vzájemné sdělování pocitů úzkosti a strachu pomáhá tyto pocity překonat.¹⁵⁵

Ukazuje se, že míra bolesti a utrpení pacienta je přímo úměrná míře jeho obav a strachu. Strach totiž zabraňuje vidět věci reálně. Abychom mohli bolest a utrpení změnit, je třeba obojí nejprve akceptovat jako fakt.¹⁵⁶

V souvislosti s neúspěšným zvládnutím bolesti a s utrpením, které nemoc doprovází, se u těžce nemocných lidí často objevuje agrese, pocit zlosti a vzteku. V takové situaci je nejdůležitější takové chování pacientovi neopětovat a soucítit s ním.¹⁵⁷

Pro pocit sebeúcty má mimořádný význam soběstačnost. Ve chvíli, kdy je pacient odkázán na pomoc druhých, nastává vážný problém, a proto je užitečné posilovat soběstačnost pacienta až do poslední chvíle jeho života.¹⁵⁸

Do oblasti psychických potřeb náleží též potřeba informovanosti, jež souvisí s pravdivým sdělením diagnózy. Pacient by měl do hospice přicházet s tím, že zná pravdu o své diagnóze a souhlasí s pobytem. I lidská důstojnost je jednou z psychických potřeb a ovlivňuje ji jednak fyzický vzhled pacienta, jednak prostředí, které pacient obývá.¹⁵⁹

¹⁵⁵ Srov.: Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S.: Poslední úsek cesty. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995, s. 22.

¹⁵⁶ Srov. : tamtéž, s. 24.

¹⁵⁷ Srov. : tamtéž, s. 25.

¹⁵⁸ Srov. : tamtéž, s. 31.

¹⁵⁹ Srov.: Malkovská, N.: Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů. 1.vyd. Praha: Vydavatelství ČVUT, 2007, s. 29.

C) Potřeby sociální

Potřeby sociální se překrývají s již zmíněnými potřebami psychologickými. Mezi tyto sociální potřeby se řadí nutnost komunikace a pozitivního kontaktu, který směřuje k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Pacient se nesmí dostat do izolace vzhledem k domovu či přátelům.¹⁶⁰ U těchto potřeb se v podstatě jedná o to, že člověk je bytost společenská, čili potřebuje mít kolem sebe blízké osoby. Jak uvádí Svatošová - člověk nechce žít izolovaně a už vůbec nechce osamoceně umírat, jelikož umírání o samotě zvyšuje intenzitu prožívání obav, bolesti a utrpení, proto je důležité udržovat kontakt s nemocným a navštěvovat ho.¹⁶¹ O uspokojování sociálních potřeb se v hospicích starají především dobrovolníci.

D) Potřeby duchovní

Spirituální péče znamená péči o duši. V této kategorii potřeb je nejdůležitější povzbuzování, těšení nemocného a uspokojování potřeby smysluplnosti vlastního života. Je chybou domnívat se, že se jedná o jakési uspokojování potřeb pouze věřících, protože v době umírání se každý člověk zamýšlí nad otázkou smyslu života a potřebuje vědět, že mu bude odpuštěno a že jeho život měl smysl.¹⁶² Povinností personálu hospice je zjistit, zda má klient, ať už je věřící či nikoli, zájem o návštěvu kněze a pokud ano, tak mu toto setkání zprostředkovat. Často se totiž stává, že nevěřící člověk těsně před smrtí přechází do skupiny věřících. Je to způsobené tím, že si nemocný uvědomuje blížící se konec. Personál hospice by měl respektovat náboženské vyznání pacienta. Součástí hospice bývá také kaple, do které mohou pacienti zavítat a vyslechnout si mši.

Podle Malkovské nepatří do této kategorie pouze náboženské potřeby, ale např. i potřeba ticha a klidu či potřeba usmíření se se svými blízkými.¹⁶³

¹⁶⁰ Srov.: Vymětal, J.: *Základy lékařské psychologie*. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994, s. 110.

¹⁶¹ Srov.: Svatošová, M.: *Hospice a umění doprovázet*. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 23.

¹⁶² Srov.: tamtéž, s. 23-24.

¹⁶³ Srov.: Malkovská, N.: *Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů*. 1.vyd. Praha: Vydavatelství ČVUT, 2007, s.30.

7. Péče o pečující a pozůstalé jako součást hospicové péče

Nemoc a umírání zasahuje nejen samotného umírajícího, ale i jeho rodinu, proto cílovou skupinou hospicové práce je nejen těžce nemocný a umírající člověk, ale i jeho pečovatelé, rodinní příslušníci a přátelé. Podporu a péči potřebují rovněž pečující, pokud o nemocného pečují doma, jelikož pečování o umírajícího není snadným úkolem. Péče o nemocného člověka v domácím prostředí je náročná činnost, někdy smutná, ale může být i obohacující v tom smyslu, že si pečující i nemocný uvědomí skutečné hodnoty života.

V jedné z publikací, která pojednává o paliativní péči, se rodinný pečovatel definuje následovně: „Rodinný poskytovatel péče je osoba nebo osoby, které mají primární odpovědnost za každodenní péči o lidi s neléčitelnými nemocemi nebo o ty, kteří se blíží konci života. Často se podílejí na poskytování emoční, tělesné, sociální a duchovní podpory nemocnému člověku. Poskytovatelé péče obecně participují na péči z rodinných, přátelských nebo příbuzenských důvodů a obvykle bydlí společně s lidmi, o něž pečují.“¹⁶⁴

Lidé, kteří cítí, že se blíží jejich konec, chtějí strávit zbytek života doma, ve svém prostředí. Jak už jsem uvedla, ošetřování těžce nemocných je velice náročná činnost a to nejen fyzicky, ale zejména psychicky, a proto je rozhodující věcí to, zda je rodina ochotna se o nemocného a umírajícího blízkého člověka postarat. Péče o terminálně nemocného člena rodiny v domácnosti totiž s sebou přináší problémy, zejména změnu rolí v rodině, což může vyvolávat napětí a stres. Pečující tak může dospět do stavu tzv. vyhoření. Syndrom vyhoření se projevuje tělesným a emočním vyčerpáním, únavou, nedůvěřivostí, depresivitou. Prevence syndromu spočívá v dostatečném odpočinku a duševní hygieně, např. rozvíjení zájmů nebo udržování kontaktů s přáteli. Jiným problémem může také být snižující se ekonomický a sociální standard, protože pečující zůstává doma, soustředí se často jen na péči o umírajícího.¹⁶⁵ Rodina se musí těmto novým okolnostem přizpůsobit a zaujmout nové role, které tato situace vyžaduje. A právě v tomto období je podpora rodiny ze strany profesionálů obzvláště důležitá. Podpora a pomoc od pracovníků hospice spočívá v poskytování emocionální podpory, v podávání pravdivých informací či praktických rad, jak o nemocného pečovat a především v doprovázení.

¹⁶⁴ Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch.: Principy a praxe paliativní péče. 1. vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 332.

¹⁶⁵ Srov.: <http://www.cestadomu.cz/res/data/014/001695.doc?seek=1157492508> [2007-10-9]

Svatošová ve své publikaci popisuje doprovázení jako povzbuzování rodiny nemocného a jeho cílem je pomoci jim dospět do fáze smíření, akceptace.¹⁶⁶

Jednou ze zvláštností, čím se hospicová péče liší od běžné nemocniční péče, je skutečnost, že nekončí smrtí pacienta. Je-li třeba, pokračuje i péčí o pozůstalé, jejich doprovázením. Nejenom těžce nemocní a umírající lidé totiž potřebují péči. „Při vlastní smrti člověk jen umírá, ale při smrti druhého musí žít!“¹⁶⁷ A jaký by měl být doprovázející? Měl by to být člověk - přítel, který je citlivý, pozorný a empatický. Podle Křivohlavého je to důvěryhodná osoba, které se dotyčný může svěřit, je s ním ve chvílích osamění a sdílí s ním ty nejtěžší okamžiky.¹⁶⁸ Pera zase popisuje doprovázejícího jako někoho, kdo se musí nějakým způsobem nejprve vyrovnat sám se sebou, se svými problémy, chybami, přednostmi a hlavně se svojí smrtelností. Dále by měl být doprovázející schopen vcítit se do pocitů, které prožívá ten druhý. Měl by být schopen naslouchat.¹⁶⁹

Obecně se rozeznávají dvě fáze, kterými blízcí těžce nemocného procházejí:

A) Období doprovázení

- a) šok, popření, negace – doprovázející odmítají uvěřit; obvyklým projevem může být věta typu „To není možné.“,
- b) agrese, vzpoura a hněv – tato fáze je typická hledáním viníků a příčin; objevuje se obviňování „Čí je to vina?“;
- c) smlouvání – blízcí se snaží o zvrácení situace tím, že hledají nějaká řešení, např. jiné lékaře či se obracejí na léčitelství,
- d) deprese a smutek – zde je dominantní zármutek nad ztrátou blízkého,
- e) přijetí a smíření – blízcí se vyrovnávají s novým stavem, ale neznamená to jejich rezignaci.¹⁷⁰

¹⁶⁶ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 28,137.

¹⁶⁷ Student, J. Ch., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce v hospici a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006, s. 64.

¹⁶⁸ Srov.: Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S.: Poslední úsek cesty. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995, s. 60.

¹⁶⁹ Srov.: Pera, H., Weinert, B.: Nemocným nablízku. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1996, s. 48-51.

¹⁷⁰ Srov.: Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003, s. 29.

Těmito jednotlivými fázemi procházejí nejen doprovázející, ale mohou je prožívat i samotní nemocní, jakmile se dozví o svém zdravotním stavu. Délka a intenzita těchto období je různá. Některé z těchto stádií se mohou opakovat, jiné se naopak nemusejí vůbec dostavit.

Bezprostředně po smrti blízkého člověka přichází doba smutku, což je reakce na pocit ztráty milované osoby. V těchto chvílích prožívají truchlící různě silné emoce a snaží se smířit se smrtí blízké osoby. Ale jak uvádí Pollard, zachová-li se v paměti nějaká událost, po které zůstávají pocity viny nebo lítosti, smutek a žal se tím prodlužuje.¹⁷¹

B) Období post finem

Má několik fází období smutku pozůstalých:

- a) šok a odmítání reality, kdy rodina odmítá ztrátu blízkého člověka; v této fázi je důležité prožití smutečního obřadu, aby si pozůstalí uvědomili ten fakt, že jim zemřel blízký člověk a že se to již nedá vrátit,
- b) pocit viny, kdy příbuzní mají výčitky, že neudělali nebo neřekli vše, co měli,
- c) popírání skutečnosti,
- d) hněv a agrese namířená proti mrtvému, že je tady nechal a odešel, ale i vůči ošetřujícím, kteří mohli něco zanedbat,
- e) smutek a deprese – po tomto období dochází k emocionální úlevě,
- f) přijetí smrti druhého; smíření se se skutečností a pozůstalí mohou opět žít normálním životem.¹⁷²

Se smutkem úzce souvisí i proces truchlení. Někteří autoři tyto dvě reakce nerozlišují, ale doktorka Špatenková, která se fenoménem truchlení zabývá podrobněji, charakterizuje truchlení jako „komplexní psychologickou, sociální a somatickou reakci na ztrátu.“¹⁷³ V jiné publikaci se dále zmiňuje o fázích truchlení, kterými pozůstalí procházejí. Je to krátké *období otřesu, období intenzivního zármutku a žalu a období rekonvalescence*, kdy se pozůstalí pomalu navracejí k normálnímu životu.

¹⁷¹ Srov : Pollard, B.: Eutnázia ano či ne?. 1.vyd. Praha: Dita, 1996, s. 46.

¹⁷² Srov.: Malkovská, N.: Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů.1.vyd. Praha: Vydavatelství ČVUT, 2007, s. 43.

¹⁷³ Špatenková, N.: Krizová intervence pro praxi. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 69.

Průběh truchlení je individuální záležitostí. Roli tu hraje spousta faktorů, k těm základním se řadí věk a pohlaví truchlíciho, příbuzenský vztah k zemřelému, okolnosti smrti, sociální podpora, životní zkušenosti a osobnostní rysy pozůstalého.¹⁷⁴

Obecně se rozlišují dva druhy truchlení, a to komplikované a nekomplikované truchlení. Rozdíl spočívá nikoli ve způsobu, ale v rozdílné intenzitě a délce symptomů truchlení.¹⁷⁵

Úmrtí blízkého člověka je pro pozůstalého zátěžovou životní situací, klade nároky na jeho psychiku, odráží se v jeho tělesném stavu, zasahuje do sociálních vztahů. Způsob, jakým se člověk vyrovnává s takovou ztrátou je individuální. „Smrt milovaného člověka nevyvolává pouze silné emoční reakce,“ jak uvádí doktorka Špatenková, ale navíc „nabourává také jejich pocit vlastní identity, pocit vlastní integrity, vztahy s jinými lidmi a přesvědčení o stabilitě a bezpečnosti světa.“¹⁷⁶

V těchto těžkých chvílích poskytují hospice pomoc prostřednictvím zdravotní sestry, lékaře nebo sociální pracovnice, a to formou rozhovoru, poskytnutím praktických rad, ale především empatickým nasloucháním.

Obecně se rozeznávají tři úrovně podpůrných služeb pro pozůstalé, jejichž cílem je zmírňování následků ztráty blízké osoby. Služby pro pozůstalé obsahují tyto důležité roviny:

1) *Všeobecná podpora pozůstalých*, zajišťovaná celým zdravotnickým týmem (lékař, sociální pracovník, psycholog, kněz i dobrovolníci) – tyto služby se poskytují všem pozůstalým bez rozdílu a mezi základní prvky této roviny se řadí:

a) Účast na pohřbu, který mívá pro pozůstalé nesmírný osobní význam; truchlíci mohou celou situaci snášet lépe, když budou vedle sebe mít osobu, která zemřelého znala a pečovala o něho.

b) Písemné nebo telefonické vyjádření soustrasti – v případě domácího ošetřování se mohou kontakty s pečovateli v hospici či jiném zařízení paliativní péče přerušit, a tak dochází k tomu, že se zdravotnický tým dozvídá o smrti pacienta až za několik dnů, proto se v tomto případě doporučuje písemné nebo telefonické vyjádření soustrasti.

c) Nabídka vzdělávacích materiálů o zármutku a prožívání ztráty blízkého člověka.

¹⁷⁴ Srov.: Kubíčková, N.: Zármutek a pomoc pozůstalým. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001, s. 30,36, 43-44.

¹⁷⁵ Srov.: Kubíčková, N.: Zármutek a pomoc pozůstalým. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001, s. 30,36, 151.

¹⁷⁶ Špatenková, N.: Poradenství pro pozůstalé. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, s. 9.

d) Následné návštěvy u pozůstalých doma – tento prvek podpory pozůstalých se u nás nepraktikuje, většinou z časových důvodů.

e) Vzpomínkové akce¹⁷⁷ – naopak tento prvek se realizuje ve všech našich hospicích, kdy tyto akce probíhají zpravidla 1x až 2x do roka; součástí těchto akcí bývá mše, konaná v hospici, posezení a pohovoření s pozůstalými a menší občerstvení.

2) *Selektivní preventivní podpora vysoce ohrožených osob* se uplatňuje v případě výskytu faktorů, které poukazují na vysoké riziko patologického nebo komplikovaného zármutku.

a) Individuální terapie pozůstalých je vhodná, pokud je pozůstalý:

- ❑ osobně zranitelný – jedinec není schopen zvládat zátěže,
- ❑ má ambivalentní vztahy – např. cítí hněv v souvislosti s nevěrou či finančními problémy,
- ❑ cítí se vyloučen – pozůstalý není schopen otevřeně přiznat ztrátu a veřejně nad ní truchlit,
- ❑ vyhýbá se jiným – není schopen se zapojit do skupiny.

Rizikem tohoto přístupu může být vzniklá závislost jedince na poradci. Pozornost je věnována tomu, aby se pozůstalí pomocí vzpomínek naučili snadněji žít bez zesnulého.

b) Skupinová terapie pro pozůstalé se odehrává ve vybrané skupině pozůstalých, které postihlo podobné neštěstí. Tento přístup pomáhá znovu navazovat vztahy v případě, kdy jsou pozůstalí izolováni od ostatních nebo patří k nějaké homogenní podskupině (např. sourozenci, dospívající aj.).

c) Rodinná terapie s pozůstalými, která umožňuje sdílení zármutku, což vede ke zlepšení fungování rodiny.

3) *Specifické intervence u osob, které zažívají komplikovaný zármutek*, kdy úkolem bývá vymanit pozůstalého ze zaběhnutých vzorců jednání, kdy se uzavíral do sebe a vyhýbal se svému okolí, a dosáhnout tak větší socializace pacienta pomocí různých aktivit. V tomto případě musí ošetřovatelé u pozůstalého diagnostikovat komplikovaný zármutek a následně mu doporučit specialistu.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Srov.: Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch. : Principy a praxe paliativní péče. 1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 569 – 574.

¹⁷⁸ Srov. : tamtéž, s. 575 – 580.

Jak uvádí Payneová, nejčastější podporou pozůstalých v hospicích v Japonsku je zasilání soustrastných dopisů a organizování vzpomínkových akcí. Tyto činnosti mají na starosti ošetřovatelé. Nejmenší zastoupení mají svépomocné skupiny a rodinné poradenství.¹⁷⁹

Co se týká podpory pozůstalých v České republice, tak běžnou praxí v hospicích je korespondence s pozůstalými, která se udržuje různě dlouho, záleží na zájmu a situaci pozůstalých. Hospice pořádají též nejrůznější vzpomínkové akce (např. zápis do knihy živých). U nás se rovněž můžeme setkat s podporou pozůstalých ve formě svépomocných skupin, které se pravidelně konají v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci. Tyto skupiny vede terapeutka a sociální pracovnice. Hospice nabízejí i možnost posledního rozloučení se zesnulým, což je považováno za další moment, který může pomoci překonat bolest a smutek.

Péče o pozůstalé, kteří se vyrovnávají se ztrátou milovaného člověka, je považována za podstatný prvek paliativní péče.

¹⁷⁹ Srov.: Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch. : Principy a praxe paliativní péče. 1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007, s. 581.

8. Představení vybraných hospiců

V této části bych chtěla představit tři hospice. Tuto prezentaci uvádím z důvodu, abych nastínila současný stav hospicové péče v České republice. Zvolenými hospici jsou Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce a Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa u Brna. Tento výběr nebyl náhodný, poněvadž všechny tři hospice jsem měla možnost osobně navštívit, prohlédnout si je a seznámit se s jejich chodem a pravidly. Ve dvou z těchto uvedených hospiců jsem navíc vykonávala praxi. Všechny tři hospice se navíc mohou pochlubit určitým prvenstvím, o kterém se u každého z těchto zařízení zmíním. Dílčí struktura kapitoly je členěna podle členění kapitol v teoretické části, aby bylo zřejmé, jestli a jak se liší teorie a praxe hospiců.

8.1 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci¹⁸⁰

Hospic Anežky České jsem si k prezentaci zvolila z jednoho prostého důvodu. Je to totiž úplně první hospic vybudovaný v České republice. Podle něho se pak začaly budovat další hospicová zařízení. Inspirací pro stavbu Hospice Anežky České byl britský lůžkový hospic.

8.1.1 Základní informace o zařízení

Hospic byl založen 1.12.1994, ale činnost zahájil až 1.1.1996. Zřizovatelem je Diecézní charita v Hradci Králové. Na budování hospice se podstatnou měrou podílelo město Červený Kostelec, které pro tento účel darovalo pozemek, a Ministerstvo zdravotnictví, které výstavbu prvního hospice v České republice podpořilo finančně. Svůj podíl na výstavbě tohoto hospice má Marie Svatošová, hlavní propagátorka a realizátorka hospicové myšlenky. Toto charitní, nestátní a sociálně zdravotnické zařízení slouží především nevléčitelně nemocným pacientům, mající většinou onkologické onemocnění v pokročilém stádiu.

Účelem hospice je pomáhat terminálně nemocným pacientům a jejich rodinám. Poskytuje celostní individuální péči a paliativní léčbu, která je zaměřena na biologickou, psychologickou, sociální a duchovní stránku člověka.

¹⁸⁰ Informace získané během praxe (září 2008); interní materiály hospice

Jeho úkolem je rovněž podpora vztahů nemocného se svojí rodinou a jinými blízkými osobami. Hospic pomáhá i pečujícím, kteří se starají o nemocného v domácím prostředí, a to prostřednictvím půjčování zdravotnických pomůcek a poskytováním odborného poradenství. V neposlední řadě je cílem Hospice Anežky České vzdělávání v problematice hospicové péče.

Cílovými skupinami jsou nevléčitelně nemocní lidé; doprovázející osoby; osoby, které se o nemocného starají doma; pozůstalí, ale i široká odborná a laická veřejnost. V tomto hospici mohou být umístěni i lidé, kteří mají jiná či méně závažná onemocnění. Přednost má ale vždy pacient, který potřebuje paliativní léčbu, není u něho nutná hospitalizace v nemocnici a pacient, u kterého není možná nebo je nedostatečná domácí péče.

Za 12 let své působnosti přijal hospic zhruba 4451 nemocných pacientů a počet žádostí o přijetí stále přibývá, což svědčí o vzrůstající informovanosti veřejnosti o hospici. Statistika z roku 2007 ukazuje, že počet přijatých pacientů byl 394, zemřelo zde 308 pacientů a propuštěno bylo 93 pacientů.

Do celého objektu budovy hospice je bezbariérový přístup. Pacienti mohou z přízemí vyjet na lůžku přímo na venkovní terasu a do zimní zahrady s papoušky. Kapacita zařízení je 20 pokojů s 30ti lůžky. Hospic je dvojpatrový, na každém patře je tedy 10 pokojů. Toto rozmístění vyžaduje dvě samostatné sesterny na každém patře. Nacházejí se tu jednolůžkové, dvojlůžkové ale i čtyřlůžkové pokoje, které jsou vybaveny polohovacími lůžky, jejichž součástí jsou antidekubitové matrace. Tyto matrace zabraňují vzniku proleženin u nepohyblivých pacientů. Na jednolůžkových pokojích je k dispozici přistýlka pro člena rodiny či přítele nemocného. V pokojích se dále nachází vlastní sociální zařízení a sprchový kout se sedačkou. Součástí vybavení pokoje je rovněž televizor, stůl s židlemi, křeslo, šatní skříň a telefon, který umožňuje kontakt pacienta s lidmi mimo hospic. Nechybí tu ani signalizační zařízení pro přivolání personálu v případě, že by měl pacient potíže nebo by něco potřeboval. Poněvadž má hospic nemocnému připomínat domov, je možné si dovézt vlastní nábytek nebo nějaké vlastní obrázky na výzdobu. Pokud je pacient ubytován na vícelůžkovém pokoji a příbuzní s ním chtějí zůstat v hospici, pak pro tyto případy je určeno nedaleké středisko pod názvem HÁČKO, které slouží nejenom jako edukační a nízkoprahové centrum pro volnočasové aktivity dětí, mládeže a dospělých, ale je též určeno pro ubytování příbuzných a stážistů. V prostorách hospice se dále nachází kaple, ve které se konají mše; jídelna; společenská místnost; místnost posledního rozloučení a nechybí tu ani recepce, sesterny a pracovny lékařů.

8.1.2 Podmínky pro přijetí do hospice

Před nástupem do tohoto zařízení je nutné podat žádost, ve které ošetřující lékař vyplní osobní údaje o nemocném včetně jeho zdravotního stavu. Sociální postavení, věk, náboženské vyznání či národnost pacienta není rozhodující. Určujícím faktorem pro přijetí je diagnóza a zdravotní stav nemocného, který plyne z pokročilosti jeho nemoci. Žádosti posuzuje několikačlenná komise. Další podmínkou pro přijetí je vlastní přání nemocného a ještě svobodný a informovaný souhlas, jenž pacient potvrdí svým podpisem.

8.1.3 Financování hospice

Financování Hospice Anežky České je vícezdrojové. Zhruba 50% nákladů hradí zdravotní pojišťovny, to pokryje jídlo a pobyt pacienta. Asi 9% platí pacient. (od 75Kč/den, tento poplatek závisí na příjmu pacienta). Nemocný si přispívá na péči. Zbývající deficit musí hospic získávat od dárců, sponzorů a ostatních dotací. Největším přispěvatelem je Královehradecký kraj a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Podpořit provoz hospice lze různými způsoby, např. darem, který lze poslat složenkou na adresu hospice či bankovním převodem na konto hospice. Taktéž je možné odevzdat dar osobně v hospici. Pomoc ale nemusí být pouze finanční povahy. Přispět je možné dobrovolnictvím, duchovní podporou, eventuálně zprostředkováním nových kontaktů a propagací.

Po započtení plateb od zdravotních pojišťoven, státu a klientů chybí na zajištění provozu hospice zhruba 5500 Kč /den, proto byl vyhlášen projekt Dárcovství jednoho dne, kdy fyzické osoby nebo firmy uhradily svým příspěvkem část provozních nákladů jednoho nebo i několika dnů.

8.1.4 Zaměstnanci hospice

Ošetřovatelský multidisciplinární tým se skládá z lékařů, zdravotních sester, ošetřovatelek a ošetřovatelů, rehabilitační pracovnice, sociální pracovnice, psychoterapeutky, kněze, stážistů a samozřejmě dobrovolníků. Dobrovolníci zajišťují některé služby pacientů, ale mimo jiné mají na starost péči o květiny, slouží v recepci, obsluhují v kavárně a vykonávají některé administrativní činnosti.

Odměnou jsou jim pravidelná setkání, možnost vzdělávání a volná účast na benefičních akcích. Personál hospice se každý měsíc účastní supervize, kterou provádí externí pracovník.

Pracovní náplní sociální pracovnice je evidování žádostí o přijetí, sepisování smluv a sociálních záznamů, vybírání poplatků za péči. Je v kontaktu s rodinou, dělá statistiky, na starosti má i péči o pozůstalé a to zdaleka není veškerá její práce.

8.1.5 Jiné činnosti hospice

V Hospici Anežky České nefunguje pouze lůžkové oddělení, ale je tu možnost využití i respitní, ambulantní a domácí formy péče. Dále je nezbytné se zmínit i o dalších aktivitách, kterými se toto zařízení zabývá. Je to edukační centrum, kavárna a čajovna, půjčovna zdravotnických pomůcek a v neposlední řadě i prodejna s oděvy.

Edukační centrum při hospici pořádá pro zdravotníky i laickou veřejnost přednášky a semináře s hospicovou tematikou. Organizuje rovněž exkurze do hospice, jejichž součástí je prohlídka a výklad.

V místní kavárně – čajovně si mohou pacienti i široká veřejnost nejen posedět nad kávou a čajem, ale mohou si zde zapůjčit nebo zakoupit knihy, audiokazety apod. Obsluhu zajišťují dobrovolníci.

Prostřednictvím půjčovny zdravotnických podpůrných a kompenzačních pomůcek podporuje hospic domácí péči tak, aby bylo o nemocné odborně postaráno a zároveň aby mohli zůstat co nejdéle doma se svými blízkými. V půjčovně je možné si za menší poplatek vypůjčit např. polohovací postel s antidekubitovou matrací, pojízdné WC křeslo, chodítka apod. Pro zájemce z řad veřejnosti i pro ty, kteří se chtějí naučit správně starat o svého nemocného doma, se pořádají kurzy domácího ošetřování. Vedle půjčovny pomůcek disponuje hospic odbornou poradnou, ve které se pečujícím pomáhá při orientaci v nabídce zdravotních pomůcek. Taktéž tu funguje poradenství ohledně péče o tělesné a psychické pohodlí nemocného, prevence proleženin či jiných těžkostí.

Za zmínku stojí i prodejna s levnými oděvy, která je umístěna v suterénu hospice společně s kuchyní, prádelnou, sklady a kotelnou. V obchodě je možné zakoupit si starší, ale kvalitní oděvy. Zisk z této prodejny je určen na podporu hospicového zařízení.

Zájemci o hospicovou péči mohou v tomto zařízení absolvovat exkurze a stáže, díky kterým získají nové vědomosti i praktické dovednosti.

Praxi v hospici může vykonávat osoba starší 15ti let, musí být bezúhonná a zdravá, na náboženském vyznání a vzdělání nezáleží, i když je výhodou mít sociální nebo zdravotní vzdělání, ale není to podmínkou. Před nástupem do hospice se doporučuje seznámit se s myšlenkou hospice a hospicového hnutí. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že o praxi konkrétně v tomto hospici je stále velký zájem a zájemců stále přibývá, a to nejen z řad studentů.

8.1.6 Péče o pozůstalé

Péči o pozůstalé má na starosti sociální pracovnice. V rámci podpory pozůstalých se každý měsíc píše vzpomínkové pohledy. Dále se 4x do roka organizují vzpomínkové akce, při kterých se slouží mše, na jejímž konci se učiní tzv. zápis do knihy živých. V této knize jsou zapsána jména všech, kteří v tomto hospici zemřeli. V rámci této akce se pozvou pozůstalí od zesnulých pacientů (např. na zápis konaný v dubnu jsou zváni příbuzní od zemřelých v říjnu, listopadu a prosinci minulého roku). Zápis se koná vždy v sobotu, začíná mší svatou, slouženou za zemřelé v daném období. Při přímlovách jsou čtena jména a bydliště zemřelých. Kniha živých je při mši položena před oltář. Po mši jsou příbuzní pozváni k posezení s občerstvením. Kniha živých je vystavena na chodbě v hospici a každému je volně přístupná. Podle sociální pracovnice je tato vzpomínková akce pozůstalými přijímána a někteří dokonce říkají, že v tomto aktu vidí důležitý bod při truchlení.

Jak už jsem se zmínila výše, tak v Hospici Anežky České mohou truchlící navštívit svépomocnou skupinu, která se schází pravidelně 1x měsíčně. Na tomto setkání mohou příbuzní zemřelého konzultovat své pocity, obavy, starosti, ale i radosti s psychoterapeutkou. Rovněž se mohou podělit o své zkušenosti s ostatními pozůstalými, kteří procházejí podobnou nesnadnou situací.

8.2 Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce¹⁸¹

Stejně jako v předchozím hospici i v tomto zařízení jsem vykonávala praxi, čili jsem měla možnost hlouběji proniknout do jeho fungování i do náplně práce personálu. Výběr tohoto zařízení proběhl podle kritéria blízkosti zařízení od mého pobytu a studia.

¹⁸¹ Informace získané během výkonu praxe (září - prosinec 2006); interní materiály hospice

8.2.1 Základní informace o zařízení

I Hospic na Svatém Kopečku u Olomouce se může chlubit určitým prvenstvím. Je to totiž první hospic v Olomouckém kraji. Slavnostní otevření se konalo 28. listopadu roku 2002 a první pacienti nastoupili do hospice už v prosinci roku 2002. Zřizovatelem je Arcidiecézní charita Olomouc (ACHO). Hospic na Svatém Kopečku se nachází v příjemné klidné lokalitě. Lidé, které jsem za celou dobu mého pobytu měla možnost poznat, ať už to byli pacienti nebo jejich příbuzní či přátelé, byli spokojeni s kvalitami služeb, které hospic poskytuje.

Účelem tohoto hospice je poskytnout pacientům místo pro jejich důstojné a bezbolestné umírání. Cílovými skupinami jsou nevléčitelně nemocní lidé s onkologickým onemocněním. Mohou zde být umístěni i lidé, kteří mají jiná, méně závažná onemocnění, a lidé, kteří podstoupili nějakou operaci a nemají kam jít. Toto jsou ale výjimečné situace, které nastávají v případě, že má hospic dostatek volných lůžek. Pacient tu může pobývat i několikrát.

Celý hospic, jenž má dvě patra, je bezbariérový. V současné době je kapacita hospice 30 lůžek v 25 jedno a dvoulůžkových pokojích, které jsou vybaveny novým nábytkem, polohovacím lůžkem s antidekubitní matrací a přistýlkou. Součástí každého pokoje je hygienická buňka s WC, umyvadlem a sprchou. Z přízemí je možno vyjet na terasu přímo z pokoje. K dispozici jsou též nejrůznější pomůcky, které mají nemocnému usnadnit život, např. pojízdné koupací vany, zvedáky apod. V prostorách hospice se nachází kaple, kde se konají mše a která je přístupná jak pro personál, tak pro klienty. Rovněž tu je pro pacienty vybudována zimní zahrada s akváriem a knihovnou. Součástí hospice je i pokoj pro stážisty, jídelna – společenská místnost, pietní místnost, terasa a provozní prostory (recepc, pracovna lékaře, sesterna, šatny, dílna, sklady).

8.2.2 Podmínky pro přijetí do hospice

Těžce nemocný je do hospice přijat na základě vlastní žádosti nebo na žádost své rodiny a na doporučení lékaře. Do formuláře musí ošetřující lékař uvést informace o dosavadní léčbě, o informovanosti pacienta o jeho diagnóze a navíc informace o tom, co pacient očekává od pobytu v hospici. Žádosti posuzuje komise složená z lékaře, sociální pracovnice a ředitelky hospice. Další nezbytnou podmínkou pro přijetí je svobodný a informovaný souhlas, který nemocný stvrdí svým podpisem.

Pacient při nástupu rovněž podepisuje souhlas s tím, že se o něj v průběhu pobytu budou starat stážisti, kteří budou seznámeni s jeho dokumentací.

8.2.3 Financování hospice

Financování provozu hospice je vícezdrojové, převážně ze zdravotních pojišťoven, dále pak z příspěvků dárců, sponzorů a ostatních dotací. Podpořit provoz hospice lze různými způsoby. Třeba darem, který lze poslat složenkou na adresu hospice či bankovním převodem na konto hospice. Dar lze i osobně odevzdat v hospici. Podpořit hospic může člověk i dárcovskou sms či pravidelným příspěvkem. Rodinní příslušníci si svůj pobyt hradí (cca 50Kč za noc). Pacienti si přispívají na pobyt podle výše svého příjmu. Z vážných sociálních důvodů lze částku za pobyt snížit.

8.2.4 Zaměstnanci hospice

V čele vedení hospice je paní ředitelka. Personál hospice tvoří okolo 30 ošetřovatelek (ošetřovatelů) a zdravotních sester, které se střídají po 12ti hodinových směnách. Zajímavé bylo zjištění, že hodně ošetřovatelek v minulosti vykonávalo úplně odlišnou profesi od té nynější, např. pracovaly jako prodavačky v obchodě. Dále je tu zaměstnán vedoucí lékař a 2 lékařky, vrchní a staniční sestra, rehabilitační sestra, sociální pracovnice, dochází sem i kněz. Součástí týmu jsou rovněž stážisté, dobrovolníci, ale i ekonomka, recepční, správce, kuchařky a úklidový personál.

Poněvadž je tu zaměstnána pouze jedna sociální pracovnice, tak všechna sociální práce podléhá jí samotné. Její náplní práce je vyřizování žádostí o umístění, přijímání klientů, má na starosti i vyřizování různých formulářů, např. ohledně sociálních dávek, je v kontaktu s příbuznými a se státními institucemi. Dokonce je v kontaktu i se samotnými pacienty. Dochází za nimi, aby si společně popovídali, čímž dochází k vzájemnému sbližování.

8.2.5 Jiné činnosti hospice

Kromě lůžkového oddělení je součástí tohoto hospice i poradna. Pro dobrovolníky se pořádají supervize a pravidelně se konají mše svaté, které jsou přístupné pacientům, rodinným příslušníkům, personálu i veřejnosti.

8.2.6 Péče o pozůstalé

Ani zde není výjimkou pořádání vzpomínkových akcí. Tyto ceremoniály se konají 3x do roka a vždy se pozvou rodiny klientů, kteří v hospici zemřeli. Koná se za ně zádušní mše a poté je připraveno i menší občerstvení.

8.3 Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna¹⁸²

V tomto hospici jsem sice praxi nevykonávala, ale navštívila jsem ho v rámci dnů hospicové péče, kdy součástí byla prohlídka zařízení a výklad. Měla jsem možnost hovořit se sociální pracovnící a psycholožkou.

8.3.1 Základní informace o zařízení

I tady figuruje jedno prvenství. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa je největším hospicovým zařízením v České republice. Zřizovatelem je Diecézní charita Brno, která v roce 1994 nalezla vhodný objekt vojenské ubytovny v areálu kláštera sester Těšitelek Božského srdce Ježíšova v Rajhradě. Výstavba byla zahájena roku 1995 po obdržení dotace z Ministerstva zdravotnictví. Dům léčby bolesti s hospicem byl slavnostně otevřen 18. ledna roku 1999 a první pacienti byli přijati 8. května téhož roku. Patří mezi neziskové, církevní a nestátní zdravotnické zařízení.

Toto zařízení poskytuje paliativní léčbu a péči pacientům, jejichž choroba už nereaguje na kurativní léčbu a slouží i pacientům, kteří trpí chronickou bolestí. Cílem je zajistit zázemí pro nemocné i jejich rodiny.

Cílovými skupinami jsou lidé všech věkových kategorií, kteří trpí progredujícími nemocí, nejčastěji se jedná o onkologicky nemocné osoby. Mohou být přijati i jedinci, u nichž se objevilo jiné než onkologické onemocnění, např. chronické srdeční, jaterní a ledvinové selhání, cévní mozkové příhody aj.

Co se týká statistických údajů, tak ty nejčerstvější pocházejí z roku 2006, kdy bylo přijato 456 klientů, z nichž nejstaršímu bylo 97 let a nejmladšímu 21 let. Tady můžeme vidět, že hospic neslouží pouze pro staré občany, ale pacienti mohou být i mladí lidé.

¹⁸² Informace získané během osobní návštěvy (říjen 2007); interní materiály hospice

Ve stejném roce zde zemřelo 361 osob a propuštěno bylo 104 pacientů. Průměrná délka hospitalizace byla 36 dní. Nejčastější diagnózou byla onkologická onemocnění (67,14%). Věk přijatých klientů se pohyboval v rozmezí 61- 80 let.

Dům léčby bolesti s hospice sv. Josefa je třípatrová budova s bezbariérovým přístupem. V přízemí se nachází přijímací kancelář, edukační centrum, rehabilitace a kaple s místností pro poslední rozloučení. V prvním poschodí je lůžková část A s 28 lůžky a společenská místnost. Ve druhém patře je lůžková část B s 17 standardními lůžky a s 5 lůžky tzv. zvýšeného sledování. Ty jsou určeny pro pacienty, kteří se nacházejí v bezvědomí ve vegetativním stavu a pro pacienty, kteří musí být po 24 hodin denně pod zvýšeným dohledem. Tito lidé jsou ve vigilním komatu v důsledku úrazů hlavy nebo autonehody. Na každém oddělení se nachází knihovna, kde si nemocní mohou půjčovat knihy. No a ve třetím poschodí jsou kanceláře personálu, zasedací místnost, ubytovací prostory pro příbuzné pacientů a stážisty a dobrovolnické centrum. Pokoje jsou vybaveny elektricky polohovacími postelemi, šatní skříní, nočním stolem, stolem s křesly, signalizačním zařízením pro případ zavolání sestry a samostatnou telefonní linkou. Na přání pacienta je tu možnost umístění televize a rádia. Samozřejmostí je vlastní koupelna se sprchovým koutem a toaletou. Po přijetí na oddělení je pacientovi přiřazena sestra, jež odpovídá za celkovou péči, vypracovává a doplňuje jeho ošetrovatelský plán a spolupracuje nejen s nemocným, ale i s jeho rodinou.

8.3.2 Podmínky pro přijetí do hospice

Stejně jako v jiných hospicích i tady je nutné před nástupem podat žádost o přijetí pacienta, ve kterém se vyplňují osobní údaje o nemocném včetně jeho aktuálního zdravotního stavu. Samozřejmostí je i jeho svobodný a informovaný souhlas. Žádost a časová naléhavost je posuzována přijímací komisí ve složení vedoucí lékař nebo jeho zástupce, vrchní sestra a sociální pracovníce, která zároveň oznamuje rozhodnutí komise rodině a domlouvá termín přijetí pacienta.

8.3.3 Financování hospice

Příjmy ze zdravotnických pojišťoven uhradí asi jednu třetinu nákladů tohoto hospice. Zbylou část peněz získává prostřednictvím darů a dotací.

Finanční dary je možné věnovat v hotovosti, zasláním peněžní sumy složenkou, převodem z bankovního účtu a i pravidelnou srážkou z platu na bankovní účet hospice. Rozvoji hospice pomáhá výtěžek z Tříkrálové sbírky, což je jeden z nejvýznamnějších finančních zdrojů zařízení. Za tímto účelem funguje v hospici fundraising, k jehož úkolům náleží např. vyhledávání sponzorů, shánění finanční pomoci, organizování veřejných sbírek, informování veřejnosti o činnostech v hospici, vydávání tiskových zpráv atd.

8.3.4 Zaměstnanci hospice

Léčba a péče je poskytována lékaři s odborností vnitřního lékařství, interny a geriatry; vrchní sestrou; zdravotními sestrami; rehabilitačními sestrami; pečovatelkami; psychologem; sociálními pracovníky; duchovním a dobrovolníky, které má na starost koordinátor dobrovolníků. Provoz a rozvoj hospice zajišťují ředitel, fundraiser, ekonom, účetní, provozní, pracovnice edukačního centra a již zmíněný koordinátor dobrovolníků.

Činnost psychologa v hospici je rozdělena do 4 oblastí, kterými jsou: práce s pacientem, s rodinou, s personálem a s dobrovolníky. Pacientovi psycholog pomáhá s adaptací na momentální situaci a na hospicové prostředí. Základem práce s pacientem je individuální rozhovor, ale neméně důležité je organizování skupinových aktivit, kdy se schází pacienti, dobrovolníci a občas také příbuzní nemocného k tzv. společenskému odpolední. Smyslem těchto setkávání je zabránit sociální izolaci a současně efektivní využití času.

Rodinným příslušníkům nabízí psycholog podporu, možnost ventilovat emoce. Psycholog se stává prostředníkem mezi pacientem a jeho rodinou. V případě potřeby zůstává v kontaktu s rodinou i po smrti klienta.

Co se týká zdravotnického personálu, tak s ním je v každodenním kontaktu, spolupracuje v řešení problémů konkrétních pacientů, čímž napomáhá prevenci syndromu vyhoření.

Psycholog se rovněž podílí na výběru nových dobrovolníků, na jejich odborném výcviku a věnuje se i stážistům, kteří do hospice přicházejí. Hlavní náplní práce dobrovolníků je dialog s nemocným. Jejich pomoc zahrnuje i široké spektrum jiných činností, např. organizují besedy a volnočasové aktivity, pečují o prostory a zahradu hospice, pomáhají s péčí o nemocné aj. Pro setkávání dobrovolníků slouží dobrovolnické centrum, jehož posláním je poskytnutí opory pacientům a jejich rodinám.

Dobrovolníci jsou velmi pečlivě vybíráni. Nejprve musí absolvovat vstupní pohovor s psychologem a poté musí projít jednodenním výcvikem, který se skládá z psychologické, bezpečnostní, ošetrovatelské, duchovní a dobrovolnické části. Odměnou za jejich poskytnuté služby jsou supervize, pobytové akce, osvědčení, vzdělávání v podobě seminářů a věcné dárky.

Neboť jsou v zařízení zaměstnány dvě sociální pracovníce, tak mají sociální práci rozdělenou. Jedna pracovníce má v náplni své práce kontakt s pacienty, druhá naopak kontakt s rodinou. Dalšími činnostmi sociálních pracovníc je zpracovávání a vedení evidence žádostí o přijetí, vedení sociálních záznamů, vyřizování žádostí klientů o příspěvky na péči, spolupráce s úřady a organizacemi a napomáhají i při propuštění pacienta do domácího ošetřování.

8.3.5 Jiné činnosti hospice

Dům léčby bolesti s hospice sv. Josefa nenabízí pouze lůžkovou péči, ale poskytuje i respitní péči na přechodnou dobu. Zájemci si tu mohou půjčit zdravotnické pomůcky.

V rámci hospicové a paliativní péče o pacienta se provádí lůžková a ambulantní fyzioterapie. Lůžková fyzioterapie je realizována 1x denně, pokud to dovoluje klientův zdravotní stav. Ambulantní fyzioterapie využívá vodoléčbu, elektroléčbu, jejíž součástí je magnetoterapie, a tělocvičnu. Cílem obou fyzioterapií je pomoci využít pacientových možností ke zlepšení životního komfortu a psychického stavu.

Součástí Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa je od roku 2000 edukační centrum. Jeho úkolem je propagovat myšlenku hospicové péče a vzdělávání zdravotnických pracovníků v oblasti paliativní medicíny, léčby bolesti a péče o chronicky nemocné. Za značný přínos edukačního centra se pokládá pořádání kurzů a stáží v rámci postgraduální přípravy lékařů. Významná je taktéž spolupráce s Českou onkologickou společností a Paliativní sekcí České asociace sester. V rámci edukačního centra je možno domluvit si exkurzi hospice nebo si zde dojednat praxi.

Nezbytné je konání supervizí, kdy pro zdravotnický personál je zajištěn externí pracovník a pro dobrovolníky je k dispozici hospicový psycholog a duchovní. Laická i odborná veřejnost má možnost zde absolvovat stáže.

8.3.6 Péče o pozůstalé

V rámci péče o pozůstalé se pořádá tzv. strom vzpomínek. V rámci této akce se pozvou příbuzní zesnulých pacientů na mši a poté všichni společně vzpomínají. Pozůstalým je k dispozici sociální pracovnice, která je při úmrtí rodině nablízku, pomáhá s vyřizováním vdovských či sirotčích důchodů a společně s psychologem jsou psychickou podporou pozůstalých.

9. Závěr

Zhruba 75 % všech úmrtí nastává ve zdravotnické či sociální instituci (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných či domovy důchodců), ale 80 % z dotázaných, kteří se k této otázce v průzkumu veřejného mínění vyjádřili, si nepřeje v tomto prostředí zemřít.¹⁸³

Pro těžce nemocné a umírající osoby bývá nejpříznivější domácí prostředí, které nemocný dobře zná, je tu obklopen blízkými lidmi, kteří se o něho starají, a proto se tu cítí spokojeně a bezpečně. Ovšem ne vždy je péče v domácím prostředí možná. Právě pro tyto situace se jako vhodná alternativa nabízí lůžkový hospic, zdravotnické zařízení, které pečuje o dlouhodobě a nevléčitelně nemocné. Hospic nemocnému zaručuje, že nebude trpět bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane opuštěn. Hospic (na rozdíl od jiných zařízení) nabízí nejen tišení bolesti, ale především emocionální a duchovní podporu, vřelost a empatii, doprovázení umírajících i jejich rodin. Jeho snahou je zlepšení kvality posledních dnů těžce nemocných. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že už po prvním příchodu do hospice může člověk vycítit celkovou atmosféru, která v zařízení vládne. Hospicovou péči je možné poskytovat i ve formě mobilního hospice nebo denního stacionáře.

Hospic je jednou z několika možných forem, která nabízí paliativní péči. Multidisciplinární tým ji však může poskytnout též v domácnostech nebo v nemocnicích. Tato péče zajišťuje, aby člověk mohl co nejplněji a nejaktivněji prožít poslední chvíle svého života, pokud možno s blízkými.

Ve 20. století založila Cecily Saundersová hospic ve Velké Británii a od té doby se hospicová myšlenka šíří po celém světě. U nás se o propagaci a rozvoj hospicového hnutí zasloužila Marie Svatošová, která stála u zrodu prvního hospice v České republice, kterým je Hospic Anežky České v Červeném Kostelci.

S hospicem úzce souvisí hodně diskutovaný problém, kterým je eutanazie. K této otázce zaujímá hospic jednoznačně vyhraněný postoj - pomáhat v umírání, ale nepomáhat ke smrti. Nemocný člověk nepožádá o eutanazii, pokud jsou dostatečně uspokojeny všechny jeho potřeby. Těžiště hospicové práce tedy spočívá v uspokojování nejen biologických, ale hlavně psychických, emocionálních a spirituálních potřeb nevléčitelně nemocného a umírajícího člověka.

¹⁸³ Srov.: <http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf> [2009-1-4]

Nedílnou součástí hospicové péče je péče o pečující a pozůstalé. Pečující potřebují rady a podporu ohledně ošetřování nemocného a pozůstalí vyhledávají pomoc při truchlení a vyrovnávání se smrtí svého blízkého. V těchto náročných situacích bývá oběma skupinám oporou právě personál hospice.

Myslím si, že se mi v této práci podařilo naplnit stanovený cíl, tedy představit hospic jako jednu z forem paliativní péče i to, co s tímto zařízením bezprostředně souvisí.

Prostřednictvím této práce jsem se dozvěděla řadu nových poznatků, hodně věcí jsem si ujasnila a doufám, že tato práce bude přínosná i pro jiné čtenáře.

Při psaní práce jsem vycházela z odborné literatury a internetových stránek, které se hospicovou problematikou zabývají. Při prezentaci hospiců jsem využila jak informací, které jsem se dozvěděla v rámci výkonu mých praxí nebo osobního setkání, tak interních materiálů, které mi byly v hospicích poskytnuty.

10. Anotace

Autor: Martina Kalendová

Název fakulty a katedry: Filozofická fakulta, katedra sociologie a andragogiky

Název diplomové práce: Hospic jako jedna z forem paliativní péče

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Pavel Kliment Ph.D.

Počet znaků: 132 842 znaků

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 36 titulů

Klíčová slova: eutanazie, hospic, hospicové hnutí, hospicová péče, paliativní péče, péče o pečující, péče o pozůstalé, potřeby umírajících

Key words: euthanasia, hospice, hospice movement, hospice care, palliative care, care about caring, care about mourners, needs of dying;

Tato diplomová práce je zaměřena na jednu z několika forem paliativní péče, kterou je hospic. Práce je rozdělena do osmi hlavních oddílů, kdy některé z nich jsou ještě rozčleněny do kapitol. Závěr práce jsem obohatila i několika přílohami, které souvisí s hospicovou tematikou.

Předkládaná práce si klade za cíl představit hospic, v našich podmínkách novodobou instituci, nastínit historii hospiců, typy hospicové péče a problém eutanazie, vymezit hospicové hnutí a paliativní péči, poukázat na potřeby umírajících a péči o pozůstalé. Dále je mým cílem ukázat na současný stav hospicové péče v České republice, a to tím způsobem, že představím několik vybraných hospiců v České republice. Dalším důvodem, vedoucím k výběru tohoto tématu, bylo rovněž hlubší proniknutí do této aktuální problematiky.

This thesis is concentrated on one of several forms of palliative care which is hospice. The thesis is divided into eight basic sections when some of them are compartmentalized into chapters. I enriched the conclusion of the thesis with some supplements which relate with hospice theme.

The purpose of the thesis is to present hospice, in our conditions kind of a modern institution, delineate history of hospice, types of hospice care and problem of euthanasia, define hospice movement and palliative care, alert on the needs of dying and care about mourners.

Furthermore, my aim is to refer to the present situation of hospice care in the Czech republic done the way that I will present some selected hospices in the Czech republic. Another reason for me choosing this theme was deeper insight in these topical problems.

11. Seznam použité literatury

- Blumenthal-Barby, K.: Kapitoly z thanatologie. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-052-87.
- Brabec, L.: Křesťanská thanatologie. 1.vyd. Praha: Gemma89, 1991. ISBN 80-852206-06-4.
- Feldmann, H.: Kompendium lékařské psychologie. 1.vyd. Praha: Victoria Publishing, 2000. ISBN 80-85605-67-8.
- Haškovcová, H.: Fenomén stáří. 1.vyd. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.
- Haškovcová, H.: Thanatologie – Nauka o umírání a smrti. 1.vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.
- Haškovcová, H.: Spoutaný život. 1.vyd. Praha: Panorama, 1985. ISBN 80-8582-2403-5.
- Holeksová, T.: Ležící nemocný člověk v domácím prostředí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-2470-212-6.
- Ivanová, K., Klos, R.: Kapitoly z lékařské etiky. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-2440-892-9.
- Jakoubková, J.: Trendy soudobé onkologie - Paliativní medicína. 1.vyd. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-8582-478-4.
- Jelínek, J.: Trestní zákon a trestní řád s poznámkami a judikaturou a předpisy související. 25. aktualizované vydání podle právního stavu k 1.9. 2007. Praha: Linde, 2007. ISBN 80-7201-304-1.
- Kolektiv autorů: Kapesní slovník cizích slov. 1.vyd. Praha: OTTOVO nakladatelství, 2000. ISBN 80-7181-410-5.
- Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- Křivohlavý, J., Kaczmarczyk, S.: Poslední úsek cesty. 1.vyd. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495-43-0.
- Kubíčková, N.: Zármutek a pomoc pozůstalým. 1.vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2001. ISBN 80-85866-82-X.
- Malkovská, N.: Sociálně ekonomické aspekty typologie hospicových domů. 1.vyd. Praha: Vydavatelství ČVUT, 2007. ISBN 978-80-01-03800-0.
- Matoušek, O.: Sociální práce v praxi. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- Míček, L.: Duševní hygiena. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.

- Munzarová, M.: Eutanazie nebo paliativní péče?. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- Payneová, S., Seymourová, J., Ingletonová, Ch.: Principy a praxe paliativní péče. 1.vyd. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.
- Pera, H., Weinert, B.: Nemocným nablízku. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 1996. ISBN 80-7021-152-0.
- Pichaud, C., Thareudová, I.: Soužití se staršími lidmi. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
- Pollard, B.: Eutanazie ano či ne?. 1.vyd. Praha: Dita, 1996. ISBN 80-85926-07-5.
- Rejman, L.: Kapesní slovník cizích slov. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1971.
- Sláma, O., Drbal, J., Plátová, L.: Umřít doma – Příručka pro laické pečující. 1.vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008. ISBN 978-80-254-2788-0.
- Student, J. CH., Mühlum, A., Student, U.: Sociální práce hospiců a paliativní péče. 1.vyd. Praha: H&H Vyšehradská, 2006. ISBN 80-7319-059-1.
- Svatošová, M.: Hospice a umění doprovázet. 5.doplňené vyd. Praha: Ecce Homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
- Svatošová, M.: Hospic slovem a obrazem. 1.vyd. Praha: Ecce Homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.
- Špatenková, N.: Poradenství pro pozůstalé. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1740-1.
- Špatenková, N.: Krizová intervence pro praxi. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0586-9.
- Trachtová, E. a kolektiv: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 2.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-324-4.
- Virt, G.: Žít až do konce – Etika umírání, smrti a eutanazie. 1.vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. ISBN 80-7021-330-2.
- Vokurka, M.: Praktický slovník medicíny. 1.vyd. Praha: MAXDORF, 1994. ISBN 80-85800-06-3.
- Vorlíček, J., Adam, Z., Pospíšilová, Y.: Paliativní medicína. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- Vymětal, J.: Základy lékařské psychologie. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1994. ISBN 80-901601-3-1.

- ÚZ Zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Kapitola I: Zdravotní pojištění. Část pátá: Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. §22a Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková. Ostrava: Sagit, 2008.
- ÚZ Zákona č. 48/1997Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Kapitola I: Zdravotní pojištění. Část pátá: Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. §22 Zvláštní ambulantní péče. Ostrava: Sagit, 2008.

Internetové zdroje :

- <http://czp.az4u.info/redakce/index.php?lanG=cs&portal=90&slozka=5100&xsekce=5102&clanek=5205&> [2009-1-27]
- http://hospice.cz/hospice1/data/stanovy_asociace.doc [2009-22-3]
- <http://hospice.cz/hospiccr.html> [2007-10-5]
- <http://hospice.cz/dokumenty/alter.html> [2007-10-16]
- <http://hospice.fsv.cvut.cz/hospice/> [2007-10-9]
- <http://hospic.webpark.cz> [2007-10-16]
- <http://schwarz.blog.idnes.cz/c/43643/Eutanazie-versus-Hippokratova-prisaha.html> [2009-1-27]
- <http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=statistika&lang=cz&PHPSESSID=6db3c58147502c0e68054f8b82e18bf7> [2009-2-15]
- <http://www.asociacehospicu.cz/download/standardy.doc> [2009-3-21]
- <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=24&lang=cs> [2007-10-9]
- <http://www.cestadomu.cz/res/data/000113.doc?seek=1107275541> [2007-10-9]
- <http://www.cestadomu.cz/rest/data/004000505.pdfseek=1108593386> [2007-10-9]
- <http://www.cestadomu.cz/res/data/014/001695.doc?seek=1157492508> [2007-10-9]
- <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=58&lang=cs> [2007-10-9]
- <http://www.cestadomu.cz/res/data/000118.doc?seek=1107644581> [2007-10-9]
- <http://www.citadela.cz/aktuality.php> [2007-10-5]
- <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html> [2009-1-27]
- <http://www.gymfry.cz/zmp0304/frycova/sindex4.htm> [2008-3-10]
- <http://www.gymfry.cz/zmp0304/frycova/sindex5.htm> [2008-3-10]

<http://www.hospice.cz/deti.htm> [2008-3-10]
<http://www.hospice.cz/eccehomo/> [2009-3-21]
<http://www.hospice.cz/hospice1/data/umirani.pdf> [2009-1-4]
<http://www.hospice.cz/hospice1/index1.php> [2007-10-9]
<http://www.hospice.cz/hospice1/index2.php?id=574> [2008-3-7]
<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2> [2007-10-9]
<http://www.hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=3> [2009-1-4]
http://www.klicek.org/nadace/o_nas.html [2008-3-10]
<http://www.osobniasistence.cz/download.php> [2007-10-9]
<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=192&lang=cs> [2007-10-9]
<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs> [2007-10-9]
<http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=182&lang=cs> [2007-10-9]

Jiné materiály :

- Informační brožura Dětského respitního hospicového domu v Malejovicích
- Interní materiály Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradu u Brna
- Interní materiály Hospice Anežky České v Červeném Kostelci
- Interní materiály Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce
- Suchá, L., Gazdík, J.: Eluana začala včera ráno umírat. Mladá Fronta Dnes, XX/32, 2009.

12. Přílohy

- 1) Adresář hospicových zařízení v České republice
- 2) Statistika hospicových lůžek
- 3) Informace před přijetím do hospice
- 4) Smlouva o poskytnutí služby sociální péče
- 5) Žádost o přijetí pacienta do hospice
- 6) Slovo lékaře
- 7) Svobodný informovaný souhlas
- 8) Sociální záznam
- 9) Domácí řád Domu Léčby bolesti s hospicem svatého Josefa
- 10) Charta práv umírajících

ADRESÁŘ HOSPICOVÝCH ZAŘÍZENÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Hospicové občanské sdružení Cesta domů – domácí hospicová péče, půjčovna pomůcek
Bubenská 421/3
170 00 Praha 7

Hospicové hnutí Vysočina - hospicové služby v sociálních a zdravotních zařízeních a doma
Žďárská 610
591 31 Nové Město na Moravě¹⁸⁴

Mobilní hospic Ondrášek o.p.s – domácí hospicová péče
Horní 288/67
700 30 Ostrava – Dubina

Domácí hospic Brno
Kamenná 36
639 00 Brno

Domácí hospic David, charita Kyjov
Palackého 194
697 01 Kyjov

Domácí hospic, oblastní charita Uherské Hradiště
Velehradská třída 247
686 01 Uherské Hradiště

Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav, charita Opava
Kylešovská 10
746 01 Opava¹⁸⁵

¹⁸⁴

<http://czp.az4u.info/redakce/index.php?lanG=cs&portal=90&slozka=5100&xsekce=5102&clanek=5205&> [2009-1-27]

Hospic sv. Anežky České – lůžková, ambulantní a domácí péče, půjčovna zdravotnických pomůcek, poradna

5.května 1170

549 41 Červený Kostelec

Hospic Štrasburk - lůžková a domácí péče, půjčovna zdravotnických pomůcek, poradna

Bohnická 12

180 00 Praha 8 – Bohnice

Hospic sv. Lazara - lůžková péče, půjčovna zdravotnických pomůcek

Sladkovského 66

326 00 Plzeň

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa - lůžková a ambulantní péče, půjčovna zdravotnických pomůcek, odlehčovací služby – respitní pobyty

Jiráskova 47

664 61 Rajhrad u Brna

Hospic sv. Alžběty - lůžková a domácí péče, odlehčovací služby – respitní pobyty, půjčovna pomůcek, poradna

Kamenná 36

639 00 Brno

Hospic sv. Štěpána - lůžková a domácí péče, půjčovna zdravotnických pomůcek, poradna

Rybářské náměstí 662/4

412 01 Litoměřice

Hospic na Svatém Kopečku - lůžková péče, poradna

Sadové nám. 24

772 00 Olomouc

¹⁸⁵ Sláma, O., Drbal, J., Plátová, L.: Umřít doma – Příručka pro laické pečující. 1.vyd. Brno: Moravskoslezský kruh, 2008, s. 68-69.

Diakonie ČCE – hospic CITADELA - lůžková péče, poradna
Žerotínova 1421
757 01 Valašské Meziříčí

Hospic v Mostě, o.p.s – lůžková a domácí péče, půjčovna zdravotnických pomůcek
Svážná 1528
434 00 Most

Hospic sv. Jana N. Neumanna – lůžková a respitní péče, půjčovna zdravotnických pomůcek, poradna
Neumannova 144
383 01 Prachatice

Hospic sv. Lukáše – lůžková, domácí a respitní péče, poradna
Charvátská 8
700 30 Ostrava – Výškovice

Hospic Dobrého Pastýře - lůžková, domácí, ambulantní a stacionářová péče, půjčovna zdravotnických pomůcek
Sokolská 584
257 22 Čerčany

Dětský hospic v Malejovicích - lůžková péče, respitní pobyty
Malejovice 22
285 04 Uhlířské Janovice¹⁸⁶

¹⁸⁶ <http://www.hospice.cz/hospice1/org.php> [2009-1-27]

Statistika hospicových lůžek¹⁸⁷

	Počet obyvatel	Počet potřebných lůžek	Aktuální počet lůžek
Česká republika	1.024.6522	515	280
Hlavní město Praha	1.180.100	59	25
Středočeský kraj	1.154.193	58	0
Jihočeský kraj	627.516	31	30
Plzeňský kraj	551.062	28	28
Karlovarský kraj	304.540	16	0
Ústecký kraj	823.462	41	41
Liberecký kraj	428.661	22	0
Královohradecký kraj	548.380	28	30
Pardubický kraj	505.903	25	0
Vysočina	510.340	26	0
Jihomoravský kraj	1.130.837	56	66
Olomoucký kraj	639.346	32	30
Zlínský kraj	590.469	30	30
Moravskoslezský kraj	1.251.713	63	30

187

<http://www.asociacehospicu.cz/index.php?op=statistika&lang=cz&PHPSESSID=6db3c58147502c0e68054f8b82e18bf7> [2009-2-15]



INFORMACE PŘED PŘIJETÍM

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci je charitní nestátní zdravotnické zařízení pro pacienty v pokročilém stádiu většinou onkologického onemocnění, u nichž náročnost léčebné a ošetrovatelské péče přesahuje možnosti domácí péče. Do hospice jsou přijímáni pacienti různého věku z celé republiky bez ohledu na národnost a náboženské vyznání. Jedná se o první zařízení svého druhu v ČR.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Snažíme se zkvalitnit pacientovy dny strávené v hospici a zároveň respektujeme smrt jako nedílnou a přirozenou součást života.

Hospic se snaží pacientovi zajistit, že:

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- 2) vždy bude respektována jeho lidská důstojnost
- 3) ani v posledních chvílích nezůstane osamocen

Naším cílem je, aby pacient žil co nejplněji až do poslední chvíle svého života. Prioritou je poskytování kvalitní odborné zdravotní a ošetrovatelské péče, zaměřené na tlumení bolesti a ostatních příznaků nemoci. Kromě péče o tělesnou stránku se věnujeme dalším pacientovým potřebám – duševním, sociálním a spirituálním. Pacient a jeho blízcí mohou využít nabídky služeb psychoterapeuta, duchovního, sociální pracovníce. Všeestrannou péči poskytujeme v rozsahu podle potřeb a dohody s pacientem a jeho blízkými.

Přijetí do hospice probíhá na základě žádosti. ŽÁDOST lze získat u Vašeho lékaře, v nemocnici, v hospici, na internetu www.hospic.cz.

Součástí žádosti je text Informace před přijetím a formulář Informovaný souhlas pacienta. Žádost vyplní pacient či jeho rodina s ošetřujícím lékařem (praktický či odborný lékař z nemocničního oddělení) a zašle ji do hospice spolu s překladovou nebo propouštěcí zprávou a s Informovaným souhlasem (**podepsaným pacientem**). Přijetí jsme schopni vyřešit v krátké době. O přijetí rozhoduje hospicový poradní tým (lékař, ředitel, vrchní sestra nebo staniční sestra, sociální pracovníce). Posuzují, zda uchazeč splňuje všechna tato kritéria:

- pokročilé stádium většinou onkologického onemocnění
- léčba směřující k vyléčení nemoci byla ukončena a je nahrazena léčbou negativních dopadů nemoci
- stav pacienta není stabilizován vzhledem k jasně definovanému terminálnímu nebo preterminálnímu zdr. stavu
- péči o pacienta není možné zajistit v domácím prostředí

Hospic stojí poblíž centra města.

Kapacita hospice je 30 lůžek pro pacienty a 14 míst pro přespávání doprovázejících osob (přistýlka na jednolůžkových pokojích s pacientem).

Pokoje jsou vybaveny polohovací postelí, šatní skříní, křesílkem, nočním stolem, televizí, telefonem, sociálním zařízením a žaluziemi. Pacienti a jejich doprovod mají možnost využít kuchyňku. Kuchyňka je vybavena lednicí s mrazákem, mikrovlnnou troubou, el. sporákem, rychlovarnou konvicí a nádobím.

Pro dopravu do hospice můžete využít naši sanitku - příkaz k transportu vyplní Váš ošetřující lékař. Po přijetí do hospice Vám lékař při vstupním vyšetření vysvětlí rozsah hospicové péče. Zdravotní sestra s Vámi projedná úvodní informace, sociální pracovnice sepíše Smlouvu o podmínkách pobytu v Hospici Anežky České. Během celého pobytu Vám budou sestry, ošetřovatelky, sociální pracovnice a další personál nablízku.

Můžete svobodně pobývat v zimní nebo venkovní zahradě, na terase, v kapli, v čajovně nebo mimo objekt po domluvě s ošetřujícím lékařem. Každou středu a sobotu v 16:30 pořádáme bohoslužby v kapli, která je umístěna v budově hospice. Na přání Vám zprostředkujeme návštěvu duchovního (různých církví) na Vašem pokoji.

Návštěvy jsou v hospici neomezené – po celý týden 24 hodin denně. Blízká osoba pacienta se může v hospici též ubytovat na pokoji s pacientem nebo samostatně v 1 km vzdáleném charitním zařízení Háčko. Chcete-li této možnosti využít, zaškrtněte v žádosti o přijetí kolonku ubytování blízké osoby, a předem zavolejte na **491 467 035/038** . Tel. Háčko **491 465 148**.

Maximální výše majetku, kterou si může pacient uschovat v trezoru hospice činí 50.000,- Kč. Majetkem se rozumí peněžní hotovost, akcie, vkladní knížky apod. Tento majetek zůstává samozřejmě vlastnictvím pacienta. Doporučujeme, abyste si větší finanční obnos, šperky a jiné cennosti nechali raději doma. Na doručování důchodu či nemocenské se můžete domluvit s rodinou, nebo Vám sociální pracovnice zajistí, aby chodil do hospice.

POPLATKY PRO PACIENTY:

Pacient hradí příspěvek na úhradu nákladů sociální péče. Tato částka se odvíjí podle výše měsíčního příjmu pacienta a je spočítána tak, aby po zaplacení nákladů za poskytnutou sociální péči zbylo pacientovi min. 25% z jeho příjmu. Příspěvek se platí za každý započatý den poskytované péče. Platí se předem při příjmu - na dobu maximálně 1 měsíce dopředu nebo na smluvený počet dní. Skutečné náklady na pobyt jsou vyšší než vypočtená úhrada za sociální služby. Zčásti je uhradí Vaše zdravotní pojišťovna a další chybějící prostředky se snažíme získávat od dárců a sponzorů a ze státních a krajských dotací.

POPLATKY PRO DOPROVODY:

nocleh.....70Kč

Snídaně.....27Kč
Oběd.....45Kč
Večeře.....42Kč

CO SI VZÍT S SEBOU

- léky, které běžně užíváte
- pomůcky, které běžně používáte (hůl, berle, vozík apod.)
- toaletní potřeby
- pyžama nebo noční košile (není nezbytné, máme i naše), župan
- pohodlné oblečení na den
- domácí obuv na přezutí
- doklad o výši příjmů (důchodový výměr apod.)
- občanský průkaz a průkazku zdravotní pojišťovny

KONTAKTY

Oblastní charita Červený Kostelec, středisko: Hospic Anežky České, ul. 5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec,

hl. lékař: MUDr. Jan Král, **tel./ fax lékaři:** 491 462 154, **tel. lékaři:** 491 467 035, **e-mail:** lekari@hospic.cz,

tel. ústředna: 491 467 030,

sesterna 1. patro: 491 467 046, **sesterna přízemí:** 491 467 036,

sociální pracovnice: 491 467 038, **e-mail:** social.prac@hospic.cz,

číslo účtu: 8282670227/0100, var.s. 5 000, **IČ:** 48623814,

další informace naleznete na: www.hospic.cz

Hospic poskytuje také poradenství a kurzy domácího ošetřování pro ty, kdo pečují o své blízké v domácím prostředí. Provozuje poradnu a půjčovnu zdravotnických pomůcek. Umožňuje stáže a exkurze v hospici.

Datum poslední aktualizace: 1. 6. 2008

Smlouva o poskytnutí služby sociální péče v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě

Níže uvedeného dne, měsíce a roku **uzavřeli**

1) Pan/paní.....,nar.,
bydliště....., rod. čís.,
v textu této smlouvy dále jen „Osoba“
zastoupený/á.....

a

2) Diecézní charita Brno, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, Jiráskova 47, Rajhrad,
664 47, v textu této smlouvy dále jen „Poskytovatel“

v souladu se zákonem č. 108/2006Sb., o sociálních službách, tuto

smlouvu o poskytnutí služby sociální péče odlehčovací služby podle § 44 cit. zákona
(v textu této smlouvy dále jen „Smlouva“)

I.

Rozsah poskytování sociální služby

(1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat Osobě v Domě léčby bolesti s Hospicem sv. Josefa (DLBsH sv. Josefa)

- a) služby pracovníka sociální péče
- b) služby sociálního pracovníka
- c) služby psychologa a duchovního

(2) Osobě mohou být poskytnuty jako fakultativní další činnosti

II.

Ubytování

(1) Osobě je poskytováno ubytování, jako součást zdravotnických služeb a není předmětem této smlouvy.

(2) Mimo ubytovací prostory může Osoba způsobem obvyklým užívat společně s ostatními osobami v DLBsH sv. Josefa také :

- a) společenské místnosti (je možno je používat i jako jídelny)
- b) společnou bezbariérovou koupelnu
- c) odpočinkové kouty umístěné na schodištních podestách
- d) kapli
- e) zahradu

(3) Poskytovatel je povinen udržovat výše uvedené prostory ve stavu způsobilém pro řádné užívání a zajistit nerušený výkon práv Osob spojených s užíváním těchto prostor.

(4) Osoba je povinna užívat prostory k užívání řádně. V prostorách nesmí Osoba bez souhlasu Poskytovatele provádět žádné změny.

III.

Stravování

(1) Stravování je Osobě poskytováno, jako součást zdravotnických služeb a není předmětem této smlouvy.

IV.

Péče

(1) Péče je poskytována s cílem zachování kvality života Osoby v mezích jejího fyzického a psychického stavu dle individuálně zpracovaného plánu psychosociální intervence.

(2) Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat Osobě tyto základní činnosti :

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,“
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
- e) aktivizační činnosti,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V.

Fakultativní činnosti

Poskytovatel se zavazuje poskytnout Osobě následující fakultativní činnosti nad rámec základních činností uvedených v čl. IV. :

- a) poskytnutí pevné telefonní linky a zapůjčení telefonního přístroje napojeného přímo u lůžka,
- b) doprovod k vyřízení neodkladné úřední záležitosti,
- c) doprovod k zajištění osobní záležitosti (např. kadeřník).

VI.

Místo a čas poskytování sociální služby

(1) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa provozovaném poskytovatelem v Rajhradě, ul. Jiráskova 47.

(2) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje 24 hodin denně (služba pracovníka sociální péče).

Služby sociálního pracovníka jsou Osobě k dispozici v pracovní dny 8 hod. denně.

Služby psychologa a duchovního jsou poskytovány v rozsahu a čase dle individuální dohody.

VII.

Výše úhrady a způsob jejího placení

(1) Osoba je povinna zaplatit částku Kč 85,-/1hod. za poskytované služby, v rozsahu nejméně 2,5 hod. denně. Skutečný sjednaný rozsah činí.....hod/denně.

(2) Osoba hradí poskytované služby z přiznaného příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách.

(3) Pokud osobě tento příspěvek nebyl přiznán nebo byl přiznán v nižší částce než činí platba za poskytované služby, musí služby zaplatit (resp. doplatit) ze svého příjmu.

(4) Poskytovatel je povinen předložit Osobě vyúčtování úhrady podle odstavců 1 až 3 za kalendářní měsíc, a to nejpozději do 5. pracovního dne v kalendářním měsíci, který následuje po kalendářním měsíci, za nějž Poskytovatel vyúčtování předkládá.

(5) Osoba se zavazuje platit úhrady za veškeré služby zálohově, a to do posledního dne v měsíci.

- (6) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu podle tohoto článku
- a) v hotovosti v kanceláři sociálních pracovníků Poskytovatele
 - b) převodem na účet poskytovatele č., vedený u Volksbank a.s.
- Úhrada musí být připsána na účet Poskytovatele nejpozději do 5. dne následujícího měsíce.
- (7) Osoba je povinna doložit Poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006Sb., o životním a existenčním minimu a doklad o přiznání příspěvku na péči. Výši příjmu a doklad o přiznání příspěvku na péči je osoba povinna doložit při nástupu do DLBsH sv. Josefa a dále při každé změně příjmu. Tyto doklady musí Poskytovatel obdržet nejpozději do pěti pracovních dnů po posledním dni kalendářního měsíce, za který se platí úhrada.
- (8) Přeplatky na úhradách za služby poskytované Poskytovatel podle této smlouvy je Poskytovatel povinen vyúčtovat a písemné vyúčtování Osobě předat (doručit) nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za nějž přeplatek vznikl.
- Poskytovatel je povinen přeplatek vyplatit Osobě
- a) v hotovosti
 - b) převodem na účet č.
- nejpozději ve lhůtě, v jaké je povinen předat (doručit) vyúčtování tohoto přeplatku.
- (9) Zamlčela-li Osoba skutečnou výši svého příjmu při jeho doložení podle odst. 9 tohoto článku, je povinna doplatit úhradu do částky stanovené podle skutečné výše jejího příjmu.

VIII.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

Osoba prohlašuje, že byla seznámena s vnitřními pravidly DLBsH sv. Josefa, v němž se poskytuje sociální služba podle této smlouvy. Osoba prohlašuje, že vnitřní pravidla jí byla předána v písemné podobě, že tato pravidla přečetla a že jim plně porozuměla. Osoba se zavazuje a je povinna tato pravidla dodržovat.

IX.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

(1) Osoba může Smlouvu vypovědět bez udání důvodu, a to ihned nebo dle dohody s Poskytovatel.

- (2) Poskytovatel může vypovědět Smlouvu pouze z těchto důvodů :
- a) jestliže Osoba hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se považuje zejména :
 - 1. zamlčení výše příjmu a příspěvku na péči nebo jejich změn,
 - 2. nezaplacení úhrady, byla-li Osoba povinna platit úhradu podle čl. VII. Smlouvy
 - b) jestliže Osoba i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které jí vyplývají z vnitřních pravidel DLBSH sv. Josefa.
- (3) Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 písm. a) a b) tohoto článku činí 15 dní a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla tato výpověď Osobě doručena.

X.

Doba platnosti smlouvy

- (1) Dohodou smluvních stran nabývá tato smlouva účinnosti dnem přijetí Osoby do péče Poskytovatele, tj. dne.....
- (2) Doba platnosti a účinnosti je sjednána
- a) na dobu neurčitou
 - b) do dne.....
- Osoba nemůže práva z této smlouvy postoupit na jiného.

XI.

Ostatní ujednání

- (1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- (2) Smlouva může být změněna nebo zrušena pouze písemně.
- (3) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.
- (4) Smluvní strany prohlašují, že Smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V.....dne.....

.....
(podpis Osoby)

.....
(podpis Poskytovatele)

Poř. č.:	Doručeno dne:
Žádost	
o přijetí pacienta do Hospice na Svatém Kopečku u Olomouce tel : 585319754, 585319758	
Jméno a příjmení pacienta:	
Rodné číslo:	Pojišťovna:
Stav:	Povolání (i dřívější):
Adresa trvalého bydliště (vč. tel.):	
Pacient bydlí sám (zakroužkujte): ano ne	
Adresa nynějšího pobytu pacienta:	
Odesílající lékař:	Praktický lékař:
Tel.:	Tel.:
Adresa:	Adresa:
Nejbližší osoba pacienta (příbuzná nebo jiná osoba, kterou určil pacient):	
Jméno a příjmení:	Vztah:
Adresa:	
Tel. ve dne:	Tel. večer a v noci:
Diagnóza : a/ základní onemocnění :	
b/ přidružené choroby :	
Diabetes: ano ne	alergie: ano ne
Koagulopatie, warfarinizace apod.: ano ne	epilepsie: ano ne
Infekce potlačující imunitu: ano ne	psychózy: ano ne
Tbc: ano ne	hepatitis: ano ne
Alkohol: ano ne	cigarety: ano ne
Drogy: ano ne	
Jiné přidružené choroby:	
Dieta:	

Současné podávané léky: (forma, dávky)		
Jednoznačné vyjádření doporučujícího lékaře o tom, že u klienta byla ukončena onkologická léčba a je indikována pouze léčba symptomatická:		
Co bylo řečeno pacientovi o jeho základní diagnóze, event. prognóze?		
Chce pacient o své situaci mluvit (alespoň občas)?		
Současný stav: a/ vědomí	b/ hybnosti	c/ funkce svěračů
Je v okamžiku překládání do Hospice nemocný celkově tlumený ? Čím ?		
Je nutno podávat léky, které vyžadují laboratorní kontroly ? Např.: antikoagulancia, insulin apod.		
Bude klienta při pobytu v hospici doprovázet rodinný příslušník ? Kdo ?		
Nezbytné součásti žádosti:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. „INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA“ (Je podmínkou přijetí) 2. SOUHRNNÁ ZPRÁVA ODESÍLAJÍCÍHO LÉKAŘE NEBO PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA Z POSLEDNÍ HOSPITALIZACE 		

V dne

Razítko zařízení a podpis lékaře:

Žádost zašlete na výše uvedenou adresu Hospice na Sv. Kopečku.



OBLASTNÍ CHARITA ČERVENÝ KOSTELEC

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec, IČ: 48623814
středisko Hospic Anežky České, www.hospic.cz, tel. 491467030

Slovo lékaře

Vážená paní, vážený pane,

Člověk jako svobodný jedinec má nezadatelné právo na rozhodování o sobě i v otázkách tak citlivých, jako je vlastní zdraví. Aby se mohl správně rozhodovat, musí být dostatečně informován. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

Čím více toho o nemocném víme, tím více pro něho můžeme udělat. Proto prosíme Vás a Vašeho ošetřujícího lékaře o vyplnění údajů v Žádosti o přijetí. Její součástí je i tento písemný svobodný a informovaný souhlas pacienta. "Svobodný" znamená, že si sám nemocný hospitalizaci v hospici přeje, "informovaný" znamená, že nemocný ví, co hospic je. Nechápejte to, prosím, jako pouhou formalitu.

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Lékařská věda může hodně, ale není všemocná. Máte-li to štěstí, že mezi Vámi a lékařem je upřímný a poctivý vztah, možná Vám řekl, že další radikální léčba by byla pro Vás jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodlužování, nýbrž kvalita života. Nejsme pánem nad životem a smrtí, nemůžeme nikomu život prodloužit a proto to neslibujeme. Nebudeme ho ale také zkracovat žádnou euthanasií. Hospic se snaží pacientovi zajistit, že:

- 1) nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- 2) bude vždy respektována jeho lidská důstojnost,
- 3) ani v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života a naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Váš souhlas s hospitalizací v hospici můžete kdykoliv odvolat. Rádi Vám předem zodpovíme další otázky. Základní informace a ceník úhrad najdete v tiskopise Informace před přijetím – získat jej můžete na výše uvedené adrese či u Vašeho lékaře nebo na www.hospic.cz.

Za Hospic Anežky České,

MUDr. Jan Král, vedoucí lékař v hospici

Zde odstříhnete. Horní část si ponechá pacient, dolní přiloží lékař k žádosti o přijetí.



Svobodný informovaný souhlas pacienta

Příloha k žádosti o přijetí do Hospice Anežky České v Červeném Kostelci

Jméno a příjmení pacienta:..... **RČ:**.....

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že cílem péče není umělé prodlužování života, ale jeho kvalita a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou zlepšit kvalitu života. Informace o hospici jsem získal/a (zakroužkujte, event. doplňte na druhé straně formuláře):

- z poučení na tomto listě
- ústně od svého lékaře
- přečtením letáčku Informace před přijetím
- jiným způsobem – upřesněte jak

Souhlasím, aby s informacemi o mém zdravotním stavu byl seznámen (jméno a příjmení, kontakt):.....

Datum a místo: Podpis pacienta:

DOMÁCÍ ŘÁD

Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa.

1. Do DLBsH svatého Josefa jsou nemocní přijímáni na základě lékařského doporučení a s podepsaným informovaným souhlasem nemocného. O příjmu nemocného rozhoduje komise, složená z ředitele DLBsH sv. Josefa, hlavní sestry a sociální pracovnice.
2. V době hospitalizace nemocného v DLBsH sv. Josefa s ním mohou pobývat i příbuzní, buď v samostatném pokoji, nebo přímo na pokoji s nemocným. Poplatek za pobyt průvodce je třeba uhradit na základě platného ceníku předem.
3. Medicínskou a ošetrovatelskou péči o nemocné zajišťují erudovaní zdravotničtí pracovníci s požadovanou kvalifikací. Na odděleních se konají denně lékařské vizity, je zavedena skupinová péče a ošetrovatelský proces zajišťují pověřeni pracovníci pod vedením staniční sestry.
4. Informace o zdravotním stavu nemocného podává s jeho souhlasem pouze ošetřující lékař.
5. Sociální péči včetně poradny a pomoci zajišťují sociální pracovnice ve stanovených úředních hodinách, nebo dle osobní dohody.
6. K lůžku je možno na požádání zapůjčit telefonní přístroj s vlastní vnitřní klapkou, na kterou je možno nemocnému volat zvenčí a ze které lze volat mimo areál DLBsH sv. Josefa bez omezení. Protelefonované impulsy si hradí nemocný či jeho příbuzní na podkladě Dohody o úhradě tarifních telefonních impulsů, kterou v případě zájmu podepisuje nemocný při přijetí.
7. Provoz oddělení je přizpůsoben potřebám a přáním nemocných, ale tak aby nenarušoval soukromí druhých pacientů.
8. Návštěvní doba není pevně stanovena. Návštěvy jsou přijímány kdykoliv. Ve večerních a nočních hodinách je nutné z důvodu uzavření areálu dohodnout návštěvu se službu mající zdravotní sestrou. Vždy je však nutné brát ohled na ostatní nemocné.
9. Propustky nemocným jsou udělovány dle jeho požadavku a zajištění odborné péče v domácím prostředí – vždy však je nutná dohoda s ošetřujícím lékařem.
10. Do DLBsH sv. Josefa si nemocný může přinést své osobní prádlo (jeho výměnu a čistotu si zajistí rodina), nebo může obdržet prádlo ústavní. Toaletní potřeby si pacient přinese své. Nemocný si také může do zařízení přinést svůj televizor či rádio. Při jejich provozu však musí brát ohled na ostatní nemocné.

11. Cenné věci (vkladní knížky, finanční obnosy, cennosti a šperky) si nemocný může uložit do ústavního trezoru. Každý nemocný má uzamykatelný noční stolek, ve kterém si může osobní věci uložit a uzamknout.
12. Strava se podává zpravidla 4x denně. Dietu ordinuje lékař po domluvě s nemocným. Strava pro nemocné je na oddělení dovážena. Nemocný se může stravovat buď v jídelně na svém oddělení, nebo na svém pokoji.
13. Nemocní a rodinní příslušníci si mohou po dohodě s ošetrovacím personálem uložit označené potraviny v kuchyňce na oddělení.
14. Mimo dobu podávání snídaně, oběda a večeře slouží jídelna jako kulturní místnost pro nemocné a jejich doprovod.
15. Příbuzní nemocných mohou využít možnost ubytování v pokoji pro návštěvy v budově Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa. Doba ubytování je možná pouze po dobu hospitalizace nemocného. Při pobytu v těchto pokojích pro návštěvy je třeba brát ohled na režim dne nemocných a nenarušovat jejich klid. Totéž platí pro stážisty a účastníky seminářů, kteří možnosti ubytování využijí.
16. Duchovní potřeby jsou zajišťovány dle vyznání a přání nemocného. Rozpis mší svatých a pobožností je vyvěšen na každém oddělení.
17. Každé oddělení má knihovnu, kde si nemocní i příbuzní mohou zapůjčit knihy. Informace o ostatních kulturních akcích – koncertech, besedách, přednáškách, večírcích jsou vyvěšeny na každém oddělení.
18. Edukační akce pro personál, stážisty, dobrovolníky a zájemce probíhají pouze ve společenské místnosti v přízemí. Je při nich respektován klid na lůžkových odděleních.
19. Personál, stážisté i příbuzní se stravují pouze v prostorách jídelny v budově kuchyně.
20. V případě úmrtí nemocného mohou pozůstalí požádat o uložení těla zemřelého do speciálního boxu v místnosti pro rozloučení ze zemřelým, kde je rodině zajištěno soukromí k tomuto rozloučení před jeho odvozem pohřební službou, kterou si pozůstalí zvolí dle svého přání.
21. Tímto domácím řádem se řídí nemocní i jejich doprovod.

Tento Domácí řád nabývá účinnosti dnem : 1.4.2007

Mgr. Jiří Prokop PhD.
ředitel DLBsH sv. Josefa

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

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

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti,
- častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby,
- umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného,
- nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči,
- nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích,
- obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží,
- chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli,
- nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících,
- sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni a to zejména:

- umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.),
- prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli,
- umírání o samotě a v zanedbání,
- umírání se strachem býti sociální zátěží,
- omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů,
- nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech,
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči,
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče,
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně,
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta,
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající,
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince,
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy,
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii,
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti,

□ aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

□ aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován,

□ aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího,

□ aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak; musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem,

□ aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořizení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit; dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí; rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat; v takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech; konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení,

□ aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností,

- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život; musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“,
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby,
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.¹⁸⁸

¹⁸⁸ <http://www.cestadomu.cz/res/data/000118.doc?seek=1107644581> [2007-10-9]