

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální práce
Studijní obor: Sociální pracovník
Kód oboru: 7502R022

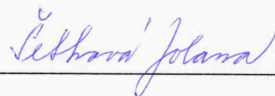
Název bakalářské práce:

HOSPIC JAKO FORMA PALIATIVNÍ PÉČE

HOSPICE AS A FORM OF PALLIATIVE CARE

Autor:
Jolana Šebková
Poutnická 548
460 01 Liberec 1

Podpis autora:



Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Píša

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
81	1	19	18	25	8 + 1 CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 23. 4. 2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení: Jolana Šebková
Adresa: Kaplického 364, 463 12 Liberec 23

Studijní program: Sociální práce
Studijní obor: Sociální pracovník
Kód oboru: 7502R022

Název práce: HOSPIC JAKO FORMA PALIATIVNÍ PÉČE

Název práce v angličtině: HOSPICE AS A FORM OF PALLIATIVE CARE

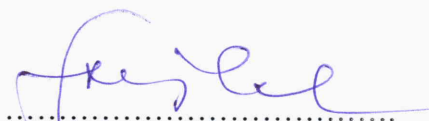
Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Piša

Termín odevzdání práce: 30. 04. 2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).


.....
vedoucí bakalářské práce


.....
děkan FP TUL


.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Jolana Šebková

Datum: 28. 01. 2006

Podpis studenta:

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 23. dubna 2007

Podpis:



Poděkování

Moc ráda bych i tímto způsobem poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Vladimíru Pišovi nejen za cenné rady, odborné vedení a čas, který mi věnoval, ale také za příjemný, optimistický a rovnocenný přístup.

Dále mé poděkování patří neodborníkům. Všem mým blízkých, kteří mě při studiu podporovali. Jsou to především mí rodiče a mé děti. Ti vždy pevně věřili v mé dílčí studijní úspěchy. Snažila jsem se je nezklamat.

Název bakalářské práce: HOSPIC JAKO FORMA PALIATIVNÍ PÉČE
Název bakalářské práce v angličtině: HOSPICE AS A FORM OF PALLIATIVE CARE
Jméno a příjmení autora: Jolana Šebková
Akademický rok odevzdání
bakalářské práce: 2007
vedoucí bakalářské práce: Ph.Dr. Vladimír Píša

Resumé

Bakalářská práce se zabývala problematikou péče o terminálně nemocné pacienty. Vznikem, historií i současností hospicové péče jako jedné z forem poskytování paliativní léčby a léčby bolesti. Jejím cílem byl průzkum informovanosti a postojů veřejnosti na předmětnou problematiku a zmapování situace v oblasti hospicové péče v České republice. Cílů bylo dosaženo. K jejich dosažení byla použita metoda nestandardizovaného dotazníku, rozhovory s odborníky, pozorování v hospicovém zařízení. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Část teoretická popisuje hospicovou péči – pojem, filozofii financování, formy, světové i české průkopníky a zakladatele, postavení hospiců v zahraničí a v ČR. Část praktická vyhodnocuje poznatky a formuluje závěry získané prostřednictvím výše uvedených metod. Výsledky ukázaly nejen pozitivně se zvyšující zájem veřejnosti o informovanost z oblasti paliativní léčby, ale i uvědomování si veřejnosti o nezbytné potřebě paliativní medicíny při péči o umírající. Dále pak výsledky ukázaly na nedostatky v péči o terminálně nemocné v zařízeních, která v současné době převážně pečují o tyto pacienty. Jedná se o nedostatky v oblasti psychologické, sociální a spirituální péče. Současně výsledky potvrdily nedostatek hospicových zařízení v některých krajích České republiky. Konkrétně Liberecký kraj výstavbu hospice teprve plánuje. V neposlední řadě odhalily výsledky velmi problematické financování především lůžkových hospiců. Příčinou je stále nedostatečná legislativa, která neřeší pobyt klientů jako komplex zdravotní a sociální péče. Navrhovaná opatření bakalářské práce, jako například další prohlubování informovanosti veřejnosti o terminální péči, zřízení hospice v Libereckém kraji či vytvoření legislativních podmínek pro poskytování celistvé paliativní péče tedy odpovídají zjištěným skutečnostem.

Klíčová slova: paliativní péče, terminálně nemocný, hospic, hospicová péče, umírání, smrt.

Résumé

The bachelor work deals with a disputable care of terminally ill patients. It concerns the creation, history and present of the hospice care as one of the forms providing palliative care and pain treatment. Its intention was to carry out a survey of the public awareness and attitude to the objective dilemma and surveying of the situation in the area of hospice care in the Czech Republic. The aims were achieved. To reach them the method of a non-standard questionnaire was used and also some interviews with the professionals as well as observing a hospice institution. The bachelor work consists of two parts. The theoretic one describes the hospice care – its concept, philosophy, funding, forms, world and Czech initiators and founders, the role of hospices abroad and in the Czech Republic. The practical part analyzes pieces of knowledge and forms conclusions gained by previously mentioned methods. The results brought out not only a positively increasing public interest in awareness in the area of palliative care but also awakening of the essential need of palliative medicine in care of the dying. In addition the results also presented the deficiency in care of the terminally ill in institutions which particularly took care of these patients at the present time. It concerns a failure in psychological, social and spiritual care. All at once the results confirmed the lack of hospice institutions in some regions of the Czech Republic. In concrete terms the Liberec Region is only planning to build up a hospice. Last but not least, the results uncovered a very problematic funding of bed hospices especially. The reason is always poor legislation which does not solve the stay of the patients as a package of health and social care. It means that the suggested measures in this work such as additional improvement of the public awareness about terminal care, establishing a hospice in the Liberec Region or forming legislative conditions for providing compact palliative care answer to the discovered facts.

Key words: palliative care, terminally ill, hospice, hospice care, dying, death.

OBSAH:

OBSAH:	7
ÚVOD	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Paliativní léčba, péče, medicína	11
1.2 Eutanazie	12
1.3 Pojem hospic	14
1.3.1 Základní filosofie hospice	14
1.3.2 Cicely Saundersová a první hospic svého druhu na světě	15
1.3.3 Postavení hospiců ve vyspělých zemích	16
1.3.4 Formy hospicové péče	17
1.3.5 Dětský hospic	18
1.4 Hospicová péče v České republice	18
1.4.1 Financování hospiců	20
1.4.2 Hlavní důvody nedostatečné péče o terminálně nemocné v ČR	20
1.4.3 První modelové zařízení v Červeném Kostelci – Hospic Anežky České	22
1.5 Klienti hospiců	23
1.5.1 Kritéria pro přijetí	23
1.5.2 Potřeby pacientů	24
1.5.3 Pravda v hospici	25
1.5.4 Fáze Kubler-Rossově	26
1.6 Personál hospiců	28
1.6.1 Postavení sociálního pracovníka v hospicovém týmu	29
1.6.2 Role sociálního pracovníka	29
1.7 Role rodiny pacienta	29
1.7.1 Péče o pozůstalé	30
1.8 Statistika dostupnosti lůžkové hospicové péče v ČR	30
1.9 Hospicová péče v Libereckém kraji	31
1.9.1 Plánovaný hospic v Jablonci n. Nisou	31
1.9.2 Léčebna dlouhodobě nemocných v Liberci	32
1.9.3 Záměr zřízení hospice v Libereckém kraji	32
2 PRAKTICKÁ ČÁST	34
2.1 Cíle praktické části	34

2.2 Názory obyvatel na péči o terminálně nemocné, jejich informovanost o hospicové péči

34

2.2.1	Cíle dotazníkové akce	34
	Dílčím cílem této části práce je zjistit prostřednictvím dotazníku:	34
2.2.2	Dotazník	34
2.2.3	Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu	35
2.2.4	Použité metody	37
2.2.5	Stanovení předpokladů	37
2.2.6	Získaná data a jejich interpretace	37
2.2.7	Ověření předpokladů	57
2.2.8	Shrnutí výsledků dotazníku	58
2.2.9	Závěr dotazníkové akce	59

2.3 Ověření teoretických poznatků v praxi

60

2.3.1	Dílčí cíle ověření teoretických poznatků v praxi	60
2.3.2	Metody a zdroje pro ověření teoretických poznatků v praxi	60
2.3.3	Stanovení předpokladů pro ověření teoretických poznatků v praxi	60
2.3.4	Získaná data a jejich interpretace	61
2.3.5	Ověření předpokladů	64
2.3.6	Zhodnocení ověření teoretických poznatků praxe	65
2.3.7	Závěr z ověření teoretických poznatků praxe	65

2.4 Shrnutí výsledků praktické části

66

3 ZÁVĚR.....

67

4 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ – DOPORUČENÍ.....

68

5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

69

6 SEZNAM PŘÍLOH.....

72

ÚVOD

Jsem nevěřící. Celý život, už od dětství, se bojím umírání a smrti. Mám strach ze smrti své, ze smrti svých nejbližších. Moje maminka je vnitřně věřící. Svou víru nikomu nevnučuje, nijak na ni nepoukazuje, jen čas od času mi doporučí literaturu, která obsahuje duchovní hodnoty, jež by měl znát i „neznaboh“. S termínem hospic jsem se seznámila poprvé právě její zásluhou, asi dva roky před svým přijetím na současné bakalářské studium, když jsem pro ni hledala rozhovor s její oblíbenou autorkou MUDr. Marií Svatošovou. Nemám ráda, když se občas setkám s názvem, kterému nerozumím, a tak jsem si základní informace o hospicové péči tenkrát hned vyhledala. To téma mne hluboce zaujalo, natolik, že se později stalo i částečnou motivací pro mé další studium na vysoké škole.

Již v začátcích studia jsem se začala zamýšlet nad předmětem své budoucí bakalářské práce a v duchu jsem doufala, že hospicová péče by mohla být zařazena Katedrou sociálních studií a speciální pedagogiky do okruhů možných témat. V létě 2005, hned po ukončení druhého semestru, jsem si domluvila osobní návštěvu Hospice Sv. Štěpána v Litoměřicích a téhož roku na podzim jsem se zúčastnila tamního „Dne otevřených dveří v hospici“. Tato osobní zkušenost a získané informace byly pro mne nesmírně cenné, nejen proto, že mi pomohly zmírnit osobní strach z umírání, ale mnohé ze svých poznatků jsem mohla zúročit ve své bakalářské práci.

Při postupném, náhodném i cíleném shromažďování podkladů jsem s jistým zadostiučiněním shledala, že nejsem zdaleka jediná, kdo tápe v pojmu paliativní péče. Velká část veřejnosti, nejen laické, ale mnohdy i odborné, má představy značně zkreslené. Většina lidí se domnívá, že hospic je jakési nadstandardní zařízení pro „staroušky“. Toto zjištění vyplývá i z výsledků mého průzkumu. Na druhé straně, trvale stoupající zájem o přednášky s hospicovou tematikou i o stáže v hospicích svědčí o postupně probíhající změně v přístupu naší současné společnosti k umírajícím. Cílem všech, kteří se snaží šířit osvětu na tomto poli i těch, kteří obhajují a učí paliativní léčbu v praxi, je prosadit co nejvíce z myšlenky hospice všude tam, kde lidé umírají – v nemocnicích, v domovech důchodců, v ústavech, v léčebnách dlouhodobě nemocných i doma; ve snaze o to, aby zůstala zachována důstojnost a kvalita lidského života i na jeho samotném konci.

Svoji práci jsem pojala jako analýzu paliativní péče, její minulosti, přítomnosti a budoucnosti. V úvodu teoretické části definuji, co obnáší paliativní medicína, hospicový program, rozdělení hospicové péče. Zmiňuji se o prvním hospici v České republice v Červeném Kostelci. Zaměřila jsem se také na jejich provoz, kapacitu i financování. Velká

část mé teoretické práce je logicky věnována klientům, jejich skladbě, symptomům a potřebám na jedné straně a jejich doprovodu, blízkým a pozůstalým na straně druhé. V této souvislosti nešlo opomenout duchovní a spirituální stránku pobytu. Důležitou a nedílnou kapitolou je personál hospiců, jeho skladba a zkušenosti. Eutanazie je téma, kterému jsem věnovala jednu seminární práci v průběhu studia a dala jsem mu prostor i v této bakalářské práci, i když spíše ve smyslu alternativním k hospicové péči. Diskuzi o legalizaci eutanazie, eventuální asistované sebevraždy, totiž zvažují někteří lékaři především jako reakci na často katastrofální nedostatky v péči o terminálně nemocné v našich nemocnicích.

V praktické části práce definuji cíl a účel průzkumu na základě stanovených hypotéz. Účelem průzkumu byl hlavní předpoklad, že o hospicové péči panuje všeobecně stále malá informovanost, a též předpoklad, že tento druh paliativní léčby by využili pro sebe či své blízké převážně lidé na základě své konkrétní zkušenosti či znalosti nebo na osobní doporučení svých nejbližších. Vzala jsem v úvahu rovněž dva předpoklady vedlejší. Rozhodnutí využít hospicovou péči je závislé na konkrétním umístění zařízení, tzn. zda se hospic nachází v místě bydliště potenciálního klienta, či v jeho blízkém okolí nebo naopak je vzdálen více, což úzce souvisí s faktem, zda je rodina klienta mobilní. Druhý vedlejší předpoklad se opírá o skutečnost, že klientela se skládá z větší části z osob věřících (obecně).

Při přípravě práce samotné jsem použila následující výzkumné metody. Pozorování a rozhovor při osobní návštěvě Hospice Sv. Štěpána v Litoměřicích, studium dokumentů, konkrétně obsahovou analýzu dokumentů šířících informace (médiu, výroční zprávu apod.) a vlastní dotazník. Celý průzkum a jeho jednotlivé výsledky jsem podrobně popsala a interpretovala.

Při psaní bakalářské práce jsem studovala dokumenty, informace a výzkum autorů, kteří jsou (alespoň z mého pohledu) pro paliativní medicínu stěžejní. Ať už se jednalo o duchovní matku českého hospicového hnutí MUDr. Marii Svatošovou nebo zakladatelku paliativní medicíny Cicely Saundersovou, která otevřela v r. 1967 v Londýně první hospic svého druhu na světě. Použila jsem rovněž některé poznatky z díla americké psychiatricky švýcarského původu Elizabeth Kübler-Rossovové, která popsala psychické stavy v návaznosti na tělesnou krizi a psychickou odezvu rozdělila do pěti fází, které nejsou pouhou teorií, ale skutečně fungují v praxi. Myšlenky o duchovních potřebách člověka na konci života jsem čerpala z knih francouzské psycholožky a psychoanalytičky Marie de Hennezelové a rovněž Prof. PhDr. Heleny Haškovcové, která se věnuje zejména psychologickým a etickým problémům vážně a nevléčitelně nemocných, umírání a smrti, pravdy na nemocničním lůžku a problematice práv nemocných.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Paliativní léčba, péče, medicína

Paliativní (z lat. pallium - plášť, přehoz, přikrývka) neboli útěšná, zmírňující léčba a péče, je nejstarší lékařskou a ošetrovatelskou disciplínou.

Když se Cicely Saundersová začala v padesátých letech 20. století věnovat problému bolesti, zjistila, že k tomuto tématu neexistuje téměř žádná odborná literatura. Výjimku tvořilo několik málo prací, jejichž autoři se věnovali převážně posttraumatickým a pooperačním bolestem. V Hospici sv. Josefa a později v Hospici sv. Kryštofa, se tedy zaměřila na výzkum bolesti a jejího tišení u onkologicky nemocných. V průběhu let se jí a jejím kolegům podařilo ustavit a obhájit nový obor, kterému se dnes běžně říká paliativní medicína.

Hlavním akcentem v současné medicíně, která bývá právem označována jako medicína vítězná, je kurativní léčba. Jejím výsledkem je časté vyléčení pacienta. U vážně nemocných je však nezbytně nutné propojit postupy kurativní s podpůrnými a paliativními formami pomoci. U paliativního způsobu léčby se sice neodstraní nemoc, subjektivní stav pacienta se však přesto zlepší. Paliativní péče smrt významně neurychluje, ani neoddaluje. Její přístup se často shrnuje slovy: Pomáhat v umírání ano, pomáhat ke smrti ne.

Principy paliativní medicíny odpovídají potřebám umírajících a zahrnují tyto základní cíle:

- symptomatickou léčbu
- zmírňující péči
- efektivní terapii somatické a psychické bolesti
- emotivní podporu
- spirituální pomoc
- sociální zázemí
- aktivní nebo aktivizační individuální program pro umírající
- doprovodnou odbornou pomoc rodině umírajícího¹

Definice Světové zdravotnické organizace (WHO):

¹SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 2003, s. 16. ISBN 80-902049-4-5.

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“

Paliativní neboli hospicový?

Skutečnosti označované slovy paliativní či hospicový se překrývají. Obě adjektiva bývají často používána jako synonyma. Především v USA jsou obsahy pojmů „hospice“ a „palliative care“ zaměnitelné. Na evropském kontinentu se může používáním některého z nich zdůraznit určitý speciální aspekt. U paliativní péče spíše ten medicínský, u hospicového programu někdy naopak ten psychosociální či spirituální. A to i přesto, že paliativní péče v sobě obsahuje i psycho-socio-spirituální komponenty a naopak hospicová péče stojí a padá s tišením bolestí a symptomů. Též lze říci, že hospice jakožto instituce jsou jednou z několika možných forem poskytování paliativní péče a léčby bolesti.²

1.2 Eutanazie

Eutanazie je dnes většinou interpretována jako souhrnný pojem pro celou řadu značně odlišných situací. Původně znamenala eutanazie dobrou smrt /z řec. Eu = dobrý, thanatos = smrt/ a byla synonymem "snadné smrti". Onu snadnost zakládala skutečnost, že lidé v minulosti poměrně krátce stonali a rychle umírali. Bylo-li umírání bolestné, pak zasahoval lékař, jehož terapeutické prostředky byly značně redukovány, pověstnou dávkou ulevujícího morfia. Podstatné je, že důstojnost takového umírání se odehrávala v rámci dyadického vztahu lékaře a pacienta. Tato okolnost je mimořádně důležitá, protože morfium v řadě případů "uspíšilo vstup smrti" a milosrdenství smrti našlo svůj prostor v situační etice.³

Zprávy Mezinárodního úřadu pro kontrolu omamných látek uvádí, že některé země s velkým výskytem rakoviny (a Česká republika mezi ně patří) mají v současné době stále relativně nízkou spotřebu morfinu. Zdá se, že v některých zemích s nízkou spotřebou se jako analgetikům i nadále dává přednost pethidinu, či jiným syntetickým opiátům. Nelze zde však vyloučit možnost vážného zanedbání tišení bolestí souvisejících s rakovinou, jinými slovy, že

² VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 1998. ISBN 80-7262-034-7.

umírající u nás mnohdy zbytečně trpí. Technické řešení je přitom po ruce, problém je v organizaci zdravotní péče a příčinou je nedostatečná pozornost věnovaná potřebám pacientů v preterminálních a terminálních stavech.⁴

„Po dlouhá desetiletí se na veřejnosti o eutanazii mlčelo,“ konstatuje Helena Haškovcová, ale dodává, že „v odborné veřejnosti byla situace o něco lepší“. „Po listopadu 1989 se téma umírání stalo mimořádně frekventní, což mělo své četné a relativně známé důvody.“ V následných diskusích převažovaly emoce a mnohdy docházelo k nepřesnému přenosu informací masovými sdělovacími prostředky. Uplynulé období by se dalo charakterizovat i všeobecným podceňováním možnosti zneužití eutanazie, přičemž případná změna právních norem, které by upravovaly podmínky jejího provádění v praxi, byla považována za dostatečnou ochranu. Zastánci eutanazie v České republice dále po vzoru svých zahraničních kolegů argumentovali především nutností ochrany lidských práv a individuálních svobod. V lékařských kruzích se o problematice umírání nepřestalo hovořit a zainteresovaní autoři shodně uvádějí, že je nezbytně nutné o problémech dále diskutovat a v přijatelné míře s nimi seznamovat i širokou veřejnost. K nejpálčivějším problémům v této oblasti bezesporu patří léčba bolesti a fenomén utrpení spojený s celkovými podmínkami institucionálního umírání.⁵

V souvislosti s paliativní medicínou jsem se setkala s názorem odborníků, kteří diskuzi o legalizaci eutanazie, eventuálně asistované sebevraždy, považují za reakci na často katastrofální nedostatky v péči o terminálně nemocné v našich nemocnicích. Myšlenka a praktická realizace hospice totiž představuje alternativu k eutanazii. Sledovala jsem se zájmem vývoj rekodifikace trestního zákoníku, která zahrnuje mimo jiné i legalizaci eutanazie – usmrcení na žádost § 115. Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky nepřehlasovala na podzim roku 2006 senátní veto a nepřijala nový trestní zákoník, lidovci kodex odmítli právě kvůli pasážím o eutanazii. Na současné české právní úpravě eutanazie se nic nezmění do doby přijetí nového trestního zákoníku.⁶

³ HAŠKOVCOVÁ H. *Práva pacientů*. 1. vyd. Havířov: nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7

⁴ DE HENNEZEL, Marie. *Smrt zblízka*. 1. vyd. Praha: 1997. ISBN 80-86006-15-8

⁵ HAŠKOVCOVÁ H. *Práva pacientů*. 1. vyd. Havířov: nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7

⁶ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

1.3 Pojem hospic

Slovo hospic má svůj základ v latinském hospes, hospitis - host, a odtud hospitium - pohostinství, hostinný dům; přátelské přijetí; ale také hostinec, hospoda. Hospicia, hospice, existovaly již v antice. V časech christianizace Evropy vznikaly hospice podél cest, jež vedly do Svaté země. Byly zřizovány mnichy (např. Hospice v malém a velkém průsmyku svatého Bernarda v Alpách) nebo laickými bratrstvy. Poutníci se v nich mohli zastavit a odpočinout si. Byla jim zde poskytnuta tehdy dostupná ošetrovatelská péče a duchovní podpora. Často byli natolik vyčerpaní útrapami svého putování, že zde umírali.

Použití pojmu hospice k označení institucí zabývajících se péčí o umírající zavedla poprvé paní Jeanne Garnier, která založila tyto útulky v roce 1842 v Lyonu ve Francii. Irské charitativní sestry otevřely v Dublinu ženský hospic v roce 1879 a v Londýně útulek sv. Josefa v roce 1905. První moderní hospic, který nese jméno sv. Kryštofa vznikl z iniciativy Cecilly Saundersové v Londýně v roce 1969. Stal se příkladem pro mnoho obdobných zařízení, kterých je ve světě v současné době více než 2000.⁷

Hospic je specializované zařízení, poskytující tzv. paliativní péči, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci.

Jaká forma hospicové péče se v každé zemi vyvine, záleží na místních zákonech, způsobu financování zdravotní péče a v neposlední řadě na výši myšlení lidí, kteří o těchto věcech rozhodují. Tam, kde má kvalita života nemocného přednost před ekonomickým aspektem, se dá předpokládat, že i hospicová péče je rozvinutá více. Jak uvádí MUDr. Svatošová ve své knize, bylo také zjištěno, že všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích.⁸

1.3.1 Základní filosofie hospice

V principu to znamená, že když se těžce nemocný člověk dostane do hospicu, jsou vyčerpany všechny ostatní možnosti léčby. Hospic je určen pro terminálně nemocné.

⁷ <http://www.etf.cuni.cz/~library/>, BENEŠ, L. *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních*. Seminář na Evangelické teologické fakultě UK, Praha, 2000., 18. 9. 2006

⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.

Neslibuje uzdravení, ale také nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost. Před tím, než se nemocný dostane do hospicu, měl by být o svém stavu informován. Bohužel, to se tak někdy nestává, což pak ztěžuje situaci jak pacientu samotnému, jeho rodině, tak i odbornému týmu v hospici.

Myšlenka hospice vychází z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti, a z jeho potřeb: biologických, psychologických, sociálních a duchovních. V hospicích je akcentován duchovní rozměr péče, který obyčejně v nemocnicích chybí. Proto jsou standardně jako součást profesionálních týmů v hospicích navíc přítomní sociální pracovník, psycholog, teolog. Přijímání jsou ovšem všichni nemocní bez ohledu na vyznání. Podobně je to i s personálem. V Čechách i na Slovensku jsou zakladateli hospiců církve nebo řády.

Hospic nemocnému slibuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí
- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen⁹

1.3.2 Cicely Saundersová a první hospic svého druhu na světě

V r. 1967 otvírá Cicely Saundersová v Londýně St. Christopher's Hospice, Hospic sv. Kryštofa. Je to první hospic svého druhu na světě. Od té doby počet hospiců roste, dnes, zhruba po třiceti letech vývoje hospicového hnutí, se jejich počet odhaduje na 2000 na celém světě.

Na strastiplné cestě od nápadu k realizaci vystudovala Cicely Saundersová (nar. 1918) komplikovaně mj. sociální práci se specializací na zdravotnictví, zdravotní školu a nakonec i medicínu. Svoji trojí kvalifikaci završuje (v r. 1957) v devětatřiceti letech. Po úspěšném dokončení studia medicíny se jí dostává vědeckého stipendia k výzkumu bolesti. Ve dvacetičlenném týmu vědců zaměřených na výzkum tišení bolesti však byla jediná, kdo se věnoval bolestem umírajících pacientů. Osobní zkušenost Cicely Saundersonové s umírajícím milovaným člověkem se jí stala životní výzvou; pomohla jí ujasnit si základní potřeby umírajících lidí a též možnosti, jak by bylo možno je naplnit. Sedm let pracovala v Hospici sv.

⁹ MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Specifika různých cílových skupin práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 203. ISBN 80-7367-002-X

Josefa, který v tomto století otevřely irské řeholní sestry v Londýně. Provedla zde studii na více než 1000 pacientech, a prokázala, že podávání opiátů před nástupem průlomové bolesti a v pravidelných intervalech účinně tlumí bolest, aniž by u pacientů hrozil návykový efekt. Její práce představuje počátek moderní paliativní léčby chronických bolestí, Saundersová je průkopnicí v prevenci bolesti u onkologických onemocnění.¹⁰

1.3.3 Postavení hospiců ve vyspělých zemích

První hospice v šedesátých letech ve Velké Británii a postupně i v dalších zemích plnily zpočátku, podobně jako v České republice, funkci jakési záchranné sítě. Záchrané sítě pro nejkomplikovanější a nejzoufalejší situace pacientů. Od té doby se hodně změnilo. Především udělala obrovský pokrok paliativní medicína. Možná také díky hospicům, v nichž je prakticky aplikována, její zkušenosti jsou sbírány, analyzovány a samozřejmě předávány dál. Při každém hospici pracuje edukační centrum, které se stará nejen o průběžné vzdělávání vlastních zaměstnanců a spolupracovníků, ale organizuje pravidelné kurzy a stáže pro všechny, kdo mají zájem. Pro zdravotníky i nezdravotníky. Hospicová péče je záležitostí týmová, bez aktivní účasti rodiny a přátel nemocného by nebyla úplná. Tyto laiky si však hospic musí nejprve vyškolit. Ponechání napospas velmi často chybují, i když úmysl mají dobrý. Při stáži v hospici se mohou naučit základům ošetřování, ale i komunikaci s nemocným. Samozřejmě se tu neučí paliativní medicíně, ale leccos se o ní dozví a přesvědčí se tu o jejích nemalých možnostech. Pochopí, proč je nutno bolest léčit "podle hodin", nikoliv "podle potřeby". Přesvědčí se, že člověk může klidně a důstojně umírat i bez pověstných "hadiček" a je větší naděje, že jednou nebudou lékaře nutit k různému nesmyslnému alibistickému jednání, např. k transportu umírajícího na posledních pár hodin do nemocnice. Je pravděpodobné, že jednou budou mít odvahu svému nemocnému dosloužit doma.

Vedle lůžkové a domácí formy hospice existují v zahraničí zcela běžně i denní stacionáře. Ty se od sebe ale dost liší podle toho, zda se zaměřují především na ambulantní léčbu samotné choroby a jejích symptomů, anebo se hlavně snaží vyplnit volný čas pacientů. Jednotlivé stacionáře se od sebe liší ale také podle toho, zda se věnují nemocným již v raných stádiích závažných onemocnění anebo spíše pacientům v pokročilém stadiu choroby, včetně období preterminálního. Některé se tak podobají více onkologické ambulanci, jiné spíše

¹⁰ Hospicové občanské sdružení Cesta domů. Dokument *O organizaci paliativní péče*. Doporučení Rec Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. 2004, s. 17

klubu, kde se nemocní mohou vypovídat, vyptat, povzbudit, zabavit a také připravit na neodvratnou smrt. Obojí má nepochybně svůj význam a jistě si dovedeme představit, kolik práce by se tam našlo pro dobrého klinického psychologa.¹¹

1.3.4 Formy hospicové péče

Běžně ve světě se hospicová péče rozděluje do tří forem:

- Domácí hospicová péče

je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. V Čechách a na Slovensku zatím není moc rozvinutá. Dobrý systém je praktikován v Rakousku. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.

- Stacionáře - denní pobyty

Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče.

- Lůžková hospicová péče

Je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče.

Bez ohledu na to, zda je hospicová péče poskytována ve specializovaném lůžkovém zařízení, v prostředí domácím anebo kdekoli jinde, vždycky je ve svých důsledcích přínosem pro celou společnost. Podmínkou ovšem je, aby tato péče byla skutečně komplexní. To znamená, že musí zohledňovat nejen tělesné, ale také psychologické, sociální a spirituální potřeby nemocného a také jeho nejbližšího okolí.¹²

¹¹ <http://hospice.cz/svatosova/poptavka.htm>, 17. 7. 2006

¹² Přednáška MUDr. M. Svatošové „Hospic a umění doprovázet“, Jablonec n. N. Farní sbor Českobratrské církve evangelické, 30. 11. 2005

1.3.5 Dětský hospic

Motto:

*...Neodcházejte pryč. Zůstaňte tady.
Potřebuji teď hlavně vědět, že tu je někdo,
kdo mě bude držet za ruku, až to budu potřebovat. Mám strach...
Ještě nikdy v životě jsem totiž neumíral...*

(třináctiletý chlapec, který zemřel na zhoubný nádor)

Dětský hospic se od hospice pro dospělé pacienty v několika významných rysech liší. Slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující choroba, a jejich rodinám. Těžištěm jeho práce není terminální péče, ale péče realitní (odlehčovací). Doba mezi stanovením diagnózy a případnou smrtí dítěte bývá různě dlouhá, u některých onemocnění může jít o řadu let i několik desetiletí. Pak děti a jejich blízcí přijíždějí do hospice spíše na zotavovací pobyty. Hospic se jim snaží nabídnout praktickou pomoc a bezpečné, povzbuzující zázemí.

Dětské hospice jsou do značné míry kulturně podmíněným fenoménem. Mají své místo v civilizaci západního typu, kde v průběhu posledních let došlo k dramatickému rozpadu širší rodiny jako podpůrné sociální struktury. Právě tuto strukturu do určité míry supluje.

Dětský hospic je schopen a připraven postarat se i o nemocné dítě v terminálním stadiu onemocnění, ale tento druh péče není ve srovnání s objemem poskytované realitní péče dominantní. První samostatný dětský hospic, Helen Jouse, vznikl v roce 1982 ve Velké Británii v Oxfordu. V regionu střední a východní Evropy zatím existují tři dětské hospice, které nabízejí domácí formu hospicové péče (Polsko, Bělorusko). V České republice je dětský hospic Nadace Klíček.¹³

1.4 Hospicová péče v České republice

Rozvoj 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

¹³ MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 204. ISBN 80-7367-002-X

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, poskytovaná v domovech pacientů.

Od roku 1991 do roku 1994 probíhal experimentální projekt s názvem "Charitní ošetrovatelská 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. 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.

Lůžková forma hospicové péče je u nás asi nejznámější. Ta ale přichází v úvahu až tehdy, nestačí-li nebo není-li z nějakého důvodu možná domácí forma hospicové péče. Ta je ve světě nejrozvinutější a u nás jednou určitě bude také. Předpokladem je, že se tento pojem ocitne v sazebníku zdravotních pojišťoven. Přesto jsou lidé, kteří vzornou domácí hospicovou péči někomu ze svých blízkých poskytl. Pokud dokázali doma uspokojit všechny potřeby umírajícího člověka (potřeby tělesné, psychické, sociální i duchovní), poskytl mu domácí hospicovou péči, i když to tak nenazývali. V době, kdy si pojišťovna nehlídala každou korunu a nemocnice každý čtvereček mulu, to nebylo tak těžké. Podmínkou byla přítomnost ochotného zdravotníka v rodině nebo aspoň v sousedství a také obětavá rodina, případně přátelé. Mnoho takových rodin dodnes s vděčností vzpomíná na empatického obvodního

lékaře, který ošetřujícím členům rodiny v kritickém období vystavil pracovní neschopnost a tím jim umožnil dosloužit nemocnému v domácím prostředí až do posledního vydechnutí.¹⁴

V současné době je v ČR je v provozu zatím deset hospiců s 280 lůžky, jedenáctý se buduje. Podle zahraničních zkušeností by na 100.000 obyvatel mělo připadat pět hospicových lůžek. V tuzemsku by jich tedy mělo být zhruba 500.¹⁵

1.4.1 Financování hospiců

Hospicová péče v České republice je koncipována jako zásadně přístupná pro všechny indikované pacienty bez sociální diskriminace příliš vysokými doplatky. Financování hospiců je vícezdrojové, obdobně jako je tomu u hospiců v jiných zemích. V našich podmínkách pokrývají platby zdravotních pojišťoven zpravidla 25 až 40% celkových provozních nákladů. Zbytek je nutno zajistit z jiných zdrojů např. z dotací jiných orgánů (zejména Ministerstva práce a sociálních věcí), dále z vlastních prostředků zřizovatele, z darů, příp. z výnosů vlastní hospodářské činnosti. V zahraničí je určitá část provozních nákladů kryta i z odkazů pacientů, kteří v hospici ukončili svůj život. Tato praxe se u nás zatím příliš neujala.

Péče o pacienty v hospicech, které se potýkají s finančními problémy, je od léta 2006 proplácena z veřejného zdravotního pojištění díky příslušné novele, kterou v rámci zákona o zaměstnaneckém penzijním pojištění schválila Poslanecká sněmovna. Prezident republiky podepsal změnu zákona 48/1997 Sb., dne 9. 6. 2006. Znamená to, že po více než desetiletém usilování a fungování hospiců v naší zemi máme pojem hospic v zákoně.¹⁶

1.4.2 Hlavní důvody nedostatečné péče o terminálně nemocné v ČR

MUDr. Ondřej Sláma, IHOK FN Brno:

Několik čísel a myšlenek o péči o terminálně nemocné v ČR

¹⁴ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

¹⁵ <http://www.hospice.cz/hospice1/leg.php>, 12.7. 2006

¹⁶ Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. <http://www.asociacehospicu.cz/onas.html>, 14. 7. 2006

- Péče o terminálně nemocné není ze strany tvůrců zdravotní politiky, ale i zdravotníků samotných považována za důležitou. Zůstává stranou hlavního zájmu v přípravě lékařů i sester.
- Řada lékařů prakticky neumí léčit symptomy terminálního onemocnění, nezná zásady kontroly bolesti, základní zásady komunikace s terminálně nemocným atd.
- Podle provedeného průzkumu kolem 20% praktických lékařů vůbec nemá /nevyzvedli si je/ speciální tzv. opiátové recepty. Nejsou tedy schopni předepsat silné opioidy např. morfin v případě silných bolestí u svých pacientů.
- Chybí zákonná úprava, jež by flexibilně umožnila zůstat příslušníku rodiny s nemocným v terminální fázi onemocnění s přiměřenou náhradou ušlé mzdy.
- Chybí síť domácí pečovatelské a ošetrovatelské péče, jež by zajistila nepřetržitou péči v domácím prostředí.
- Důsledkem předchozích dvou bodů je fakt, že mnoho pacientů proti svému přání tráví poslední část svého života na drahých lůžkách akutní péče v nemocnicích.
- Chybí specializovaná lůžka paliativní péče v hospicích či na odděleních paliativní péče v nemocnicích. MZ ČR je doporučený počet 5 lůžek na 100 000 obyvatel. V současné době je tento počet splněn asi z poloviny. Doporučení je však přebráno z Velké Británie, kde funguje hustá síť paliativních domácích služeb. Reálná potřeba paliativních lůžek je t.č. v naší republice mnohem vyšší.
- Legislativní, organizační a praktické řešení výše uvedených „slabých míst“ se musí stát prioritou.¹⁷

¹⁷ <http://hospice.cz/dokumenty/cisla.html>, 17. 7. 2006

1.4.3 První modelové zařízení v Červeném Kostelci – Hospic Anežky České



Kraj:	Královéhradecký
Datum otevření:	8.12.1995
Architektonické řešení:	Jan Falta
Status budovy:	novostavba
Počet hospicových lůžek:	30

Hospic Anežky České je první český hospic. Byl vybudován ve velmi krátké době pouhých 13 měsíců, v plném provozu je od ledna 1996. Je společným projektem nadace Ecce homo a Diecézní charity Hradec Králové, která je jeho zřizovatelem.

Hospic je zaregistrovaný jako nestátní zdravotnické zařízení a do českých poměrů se snaží přenášet svůj anglický vzor. Klienty hospice jsou z převážné většiny pacienti s nádorovým onemocněním v pokročilém stádiu nemoci (92%). V Hospici Anežky České jsou dvě oddělení po 13 lůžkách, většina pokojů je jednolůžkových s přistýlkou. Přistýlky nebývají rodinnými příslušníky využívány, jak by se možná dalo očekávat. Nicméně tzv. obložnost rodinných příslušníků byla ve 3. roce provozu hospice třikrát vyšší než v roce prvním.

Důvodem přijetí bývá z 90% nemožnost již zvládnout příliš náročné ošetřování doma, z 60% nezvládnutá bolest a z 30% vyčerpanost pečujících osob. Průměrná doba ošetřování byla

v prvním roce 38 dnů, v dalších letech již jen cca 20 dnů. Věk nejmladší doprovázené pacientky byl 24 let. Věk nejstarší 98 let.¹⁸

Informační leták o Hospici Anežky České je přílohou č. 4

1.5 Klienti hospiců

1.5.1 Kritéria pro přijetí

Pro přijetí na hospicové lůžko je indikován pacient, kterého jeho postupující choroba ohrožuje na životě, potřebuje paliativní léčbu a péči, (především symptomatickou) a současně není nutná hospitalizace v nemocnici a není možná, nebo nestačí péče domácích. Nejčastěji se jedná o nemocné s pokračujícím onkologickým onemocněním, s potřebou kontroly a léčby bolesti nebo s potřebou ošetrovatelsky náročné preterminální péče. Jak již z toho vyplývá, hospic není pro každého nemocného.

Jediným kritériem pro přijetí je zdravotní indikace nemocného a jeho svobodný informovaný souhlas. Každý hospic by měl mít formulář žádostí o přijetí, který si můžete vyzvednout přímo vy nebo ošetřující lékař nemocného v hospici (nebo telefonicky), vyplnit a pak se svým ošetřujícím lékařem a lékařem v hospici prohodit. Ten rozhodne o dalším postupu. Přesný postup se bude v každém jednotlivém hospicu pravděpodobně lišit. Kontaktujte nejbližší hospic ohledně úplných informací a postupu při přijímání.

V Hospici Anežky České například hodnotí několikačlenná komise čtyři kritéria indikace a naléhavosti přijetí:

- postupující nemoc pacienta ohrožuje na životě
- je nutná paliativní (úlevná) léčba a péče
- nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční
- domácí péče nestačí nebo není možná

¹⁸ SVATOŠOVÁ, M. *Hospic Anežky České se představuje*. 1. vyd. Červený Kostelec: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-3-7.

Oproti běžné hospitalizaci je umístění v hospici podmíněno změnou doposud převažujícího stereotypu milosrdné lži. K přijetí je nutný plný a vědomý souhlas nemocného. To ovšem zároveň předpokládá informovanost pacienta o vlastním zdravotním stavu.¹⁹

Tiskopis „Žádost o přijetí pacienta do hospice“ je přílohou č. 9

1.5.2 Potřeby pacientů

Priorita potřeb se v průběhu onemocnění mění. V preterminálním a terminálním stádiu choroby se vedle potřeby zvládnout bolest a vedle dalších potřeb výrazně dostávají do popředí potřeby duchovní, spirituální. Je zapotřebí naučit se je vidět a rozlišovat. Je ale také zapotřebí vytvářet podmínky a prostředí, ve kterém mohou být bez obav a s důvěrou vysloveny a uspokojeny. Nutnost jednolůžkových pokojů v hospicích pro smrtelně nemocné pacienty, nutnost soukromí jsou velmi důležité.

Zkušenosti ze všech hospiců jsou velmi podobné zkušenostem, o kterých píše dr. Cecily Saundersová, zakladatelka St. Christopher Hospice v Londýně. Jejich studie zaměřená na spirituální potřeby hospicových pacientů ukázala jednoznačně, že žijeme v sekulární společnosti, ale že je to sekulární společnost s mnoha spirituálními potřebami. Lidé tyto potřeby stále mají, jenom je vyjadřují v jiných pojmech, a ne v náboženských termínech.

Utrpení hospicového pacienta bychom teoreticky mohli rozdělit do dvou velkých skupin. Na změníitelné a nezměníitelné. To změníitelné řeší paliativní medicína. Vždycky ale zůstane mnoho bolesti, kterou medicína zmírnit nedokáže. Má-li se táta rozloučit s mladou ženou a nezaopatřenými dětmi, je to vždycky mimořádně bolavé. Některým nemocným a jejich blízkým tady velmi pomáhá víra a důvěra v Boha. Problém ovšem je, že spiritualita v našem zdravotnictví je velké tabu.²⁰

Umírající často potřebují vyslovit fakt, že umírají. M Hennezelová ve své knize popisuje případ starší, rázné ženy, kterou přivedla na oddělení paliativní péče její dcera. Žena se chovala neklidně a mluvila velmi zmateně, takže bylo třeba dát na lůžko sítě a zajistit u ní neustálou přítomnost. Je u ní pomocná ošetřovatelka. Ve chvíli, kdy je pacientčina dcera

¹⁹ Zdravotnické noviny, číslo 37, ročník XLVIII, 19. září 1999

požádána, aby na chvíli opustila pokoj, nastane okamžik, kdy žena znovu vysloví, že zemře. Tentokrát zde není její dcera, která by ji okřikovala. Naopak, pacientka je přijata vážně a bez odmítnutí, je jí navíc slíbeno, že bude doprovázena až do konce. Okamžik působí osvobodivě. Najednou její pomatenost mizí, žena je opět sama sebou; později diktuje svou závěť a svá poslední přání. Organizuje poslední návštěvu vnuků. Dcera jí konečně naslouchá. Snad je to spíše potřeba smět vyslovit a být přijat. Každopádně moci být sám sebou a být právě takto přijat, to je bezpochyby způsob, jak umřít důstojně. Opakovaná zkušenost jen potvrzuje, že nejhorší osamělostí umírajícího je to, že nemůže oznámit svým blízkým, že zemře.²¹

1.5.3 Pravda v hospici

"Pokud jste už někdy byli u umírajícího, pak víte, že člověka, který stojí blízko smrti, bereme vážně. Nasloucháme-li slovům umírajícího, nejsou už naše reakce tak povrchní a nerozvážené a při čtení závěti, do níž člověk tváří v tvář poslednímu velkému kroku vložil své myšlenky a poslední vůli, se ztišíme. A tušíme něco z velikosti každého bytí. Vidíme člověka ve světle, v jakém jsme ho ještě nikdy neviděli. Zapadající slunce může všední scénu proměnit v nesmazatelnou vzpomínku." (Reinhold Stecher)

Sdělit nemocnému pravdu a nevzít naději je kus umění. Hodně se v tom chybuje. Mnoho lékařů buď neřekne nemocnému nic, anebo ho naopak zahltlí spoustou informací v příliš krátkém čase, pacient je nestačí vstřebat, takže si ze slyšeného vybere jen co chce. V každodenní lékařské praxi však nastávají situace, kdy je s nemocným nutno otevřeně hovořit nejen o nemoci, ale i o smrti. Ne od rána do večera, ne když my chceme, ale tehdy, kdy to nemocný potřebuje. Kdy si o to sám řekne. Na začátku onemocnění pacient obvykle ještě smysl choroby nehledá. V hospici tomu už bývá jinak. Zde má většina nemocných naléhavou potřebu pochopit smysl situace, v níž se ocitl a otázka "proč" nebo "k čemu" je tu na denním pořádku. Úkolem personálu je brát nemocného vážně, jeho problémy nebagatelizovat, ale pomoci mu odpověď na palčivé otázky hledat. Nikoliv mu je hotové předkládat, nebo dokonce moralizovat. To by byla chyba. Je známou zkušeností, že poctivou a upřímnou odpovědí "nevím, taky tomu nerozumím", zdravotnický personál důvěru pacienta neztrácí, spíše získává.²²

²⁰ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5

²¹ HENNEZEL, M. *Smrt z blízka*. 1. vyd. Praha: ETC Publishing, 1997. ISBN 80-86006-15-8

²² ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. 1. vyd. Praha: nakl. Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci sbírá zkušenosti se sdělováním pravdivé diagnózy i prognózy. Zásadně se tu nemocným nelže. Vymstilo by se to hodně brzy. Často je zpočátku (než dobře poznáme pacienta) nutné využít možnosti zámlky, ale nikdy není nutné lhát. Platí tu stejná zásada jako při výchově malých dětí. Něco lze říci dítěti tříletému, něco k tomu přidat v šesti, něco až v pubertě. Důležité je k jedné pravdě přidávat pravdu další a nenechat se lží zatlačit do slepé uličky a pak trapně koktat jako v té pohádce "odvolávám, co jsem odvolal". Nechceme-li ztratit důvěru pacienta a připravit ho o tolik potřebný pocit bezpečí, nesmíme si ani na chvíli vypomoci sebemenší lží. Vyžádá-li si to situace, pravdivě přiznáme, že nejsme všemohoucí. Nikdo nám to nemá za zlé, naopak nemocní upřímnost oplácejí upřímností a paradoxně se zklidňují. Poukazem na příklady státníků a jiných známých osobností, kteří zemřeli na stejnou nemoc, není těžké přivést nemocného k pochopení skutečnosti, že uzdravení není otázka ani peněz, ani známostí a kontaktů. Neslibujeme vyléčení (není-li možné), ale vždycky zdůrazňujeme léčitelnost toho, co pacienta trápí, tedy symptomů..²³

1.5.4 Fáze Kubler-Rossové

Pacient, jemuž je sdělena diagnóza vážné nemoci, není schopen tuto informaci přijmout okamžitě. Je jakoby chráněn určitou psychologickou obranou. Trvá to nějakou dobu, než tuto informaci prožije a zpracuje. V každé životní krizi dochází k důkladnému prověřování; a nevyléčitelná nemoc a smrt jsou krizemi par excellence, zde se prověřuje úplně vše.

Psychickým stavům v návaznosti na tělesnou krizi (nejčastěji v souvislosti s nálezem nádorového onemocnění), tedy speciálně ve stádiu mezi diagnózou a umíráním, se v šedesátých letech intenzivně věnovala americká lékařka-psychiatřka švýcarského původu Elisabeth Kübler-Rossová. Hovořila s lidmi, které jejich nemoc nutila počítat se smrtí. Její popis psychické křivky (poprvé vyšel tiskem v knize *On Death and Dying - O smrti a umírání* v roce 1969) je dnes již považován za klasický. H. Haškovcová připomíná, že přínos její vědecké práce spočívá také v tom, že doložila nemožnost trvalé udržitelnosti strategie tzv. milosrdné lži (*pia fraus*).

²³ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5

Celou psychickou odezvu rozdělila Kübler-Rossová do pěti fází:

- První fázi nazvala zavírání očí před skutečností a osamění. Pacienti prožívají obrovský šok a následně se stahují do izolace a svoji nemoc po určitou dobu popírají. Zmatek, jimž prosakuje jistota, je zřejmý. Nemocný, který si jaksi více uvědomuje blížící se konec, musí aspoň občas zapírat, aby vůbec mohl ještě žít.
- Ve druhé fázi se psychické prožívání zvrtné ve zlobu a hněv. Je to období velmi náročné. Rodina a nemocniční personál to mají v této fázi s nemocným velmi těžké.
- Třetí fáze je pro všechny zúčastněné snazší. Během ní lze uskutečnit mnoho malých radostí, celkově lze cítit více naděje. Označuje se jako vyjednávání či smlouvání. Pacient si stanovuje cíle, např. promoce syna, svatbu či vnoučata, kterých by se chtěl dožít, a upíná se tak intenzivněji k budoucnosti.
- Ve čtvrté fázi přichází deprese. Zde Kübler-Rossová rozlišuje ještě dvojí druh takové deprese, a sice depresi reaktivní a depresi přípravnou. Jedna pochází z tzv. utrpené ztráty a druhá ze ztráty hrozící, blížící se. Ta první může být velmi hlasitá, neboť pacient řeší, co a jak má rozhodnout či zařídit. Druhá naopak probíhá zpravidla tiše, postačí jeden doprovázející, který s nemocným sdílí bolest.
- Průběh psychické odezvy ústí do fáze poslední, fáze souhlasu. Může mít podobu smíření a přijetí, odpočinku po únavném a náročném pracovním dni. Tak tomu bývá u starých lidí, kteří splnili úkoly svého života. Může mít podobu složení zbraní; boj je dobojován, už prostě nemohu dál. Může mít však také podobu rezignace nebo zoufalství.²⁴

Fáze, kterými člověk prochází, označuje Kübler-Rossová v psychiatrickém smyslu za obranné mechanismy, mechanismy k posílení v extrémně těžkých situacích. Trvají různě dlouho, často jsou od sebe oddělené. Mohou však probíhat i vedle sebe nebo se překrývat. V každé fázi je téměř vždy přítomna naděje, a je záhodno její sílu živit. Do slunce se nemůžeme dlouho dívat a smrti do očí také ne.

V úvodu ke knize E. Kübler-Rossově připomíná H. Haškovcová ještě tzv. fázi nulovou či nulitní, která celému procesu předchází. Tato fáze zahrnuje období, kdy se nemoc intermitentně ohlašuje a člověk se necítí ve své kůži.²⁵

²⁴ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 2003, s. 29. ISBN 80-902049-4-5

1.6 Personál hospiců

Motto:

*...Lékař může vyléčit někdy, ulevit často, potěšit vždy....*²⁶

Cituji slova Moniky Smolíkové, mladé zdravotní sestry, která pracuje v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci:

„Zdravotnický personál v hospici by měl být přeborníkem na vyhledávání pozitivního smyslu věcí a událostí. Každý, kdo chce pracovat v hospici, by měl být naplněn opravdovou radostí, která vyvěrá hluboko z jeho nitra. A rozhodně by mu neměl chybět smysl pro humor. Ten je totiž jednou z mála věcí, které našim nemocným ještě zbývají a drží je nad vodou, a byla by velká škoda nevyužít ho. Je to až neuvěřitelné, kolik radosti a humoru jsou naši nemocní schopni objevovat ve věcech všedních dnů. Sama za sebe musím prohlásit, že jsem se ještě nikde tak nenasmála jako v hospici. Ono to souvisí s tím, že se zde žije opravdu naplno, že je tu čas smát se i čas plakat.“

Najít kvalitní a správně motivovaný personál je v hospici podmínkou úspěchu. Začít od peněz, od budovy nebo od pozemku se může zdát rozumné, ale je nebezpečí, že to skončí fiaskem. Nezbytnou podmínkou také je, aby uchazeč byl vyrovnán se svou vlastní smrtelností a konečností. Pod tímto zorným úhlem by mělo probíhat výběrové řízení. Kromě odbornosti je nutné také dobré zdraví, velká míra empatie a další osobnostní předpoklady. A v neposlední řadě i dobré rodinné zázemí. Čím pečlivěji je proveden výběr personálu, tím méně bude v budoucnu problémů.²⁷

Podstatnou část personálu skoro v každém hospici tvoří dobrovolníci. Ti z nejbližšího okolí hospice přicházejí podle svých možností pravidelně určitý den týdně a věnují se činnosti, která jim nejlépe vyhovuje. Někteří zajišťují služby na recepci, jiní se starají o květinovou výzdobu, navštěvují pacienty nebo pomáhají sestrám a ošetřovatelkám v tom, co je momentálně potřeba. O prázdninách se v hospicích vyskytují i dobrovolníci z daleka, kteří věnují ze svého volna týden nebo dva službě nemocným.²⁸

²⁵ KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992.

²⁶ MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Specifika různých cílových skupin práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o. 2005. s. 199. ISBN 80-7367-002-X

²⁷ <http://hospice.cz/doprovazeni.html>, 17. 7. 2006

Dodržování etických zásad a pravidel etického chování je pro veškerý personál hospiců samozřejmostí.²⁹

1.6.1 Postavení sociálního pracovníka v hospicovém týmu

Ideální by bylo, aby sociální pracovník byl členem týmu již od začátku péče a od počátku v týmu zaujímal odpovídající postavení. Měl by od počátku navázat spolupráci se sociálním odborem na příslušném úřadě i s dobrovolnými organizacemi v regionu. Nelze se vyhnout nárazové práci, za kterou by měl být řádně oceněn. Mělo by mu být umožněno postgraduální studium, případně i účast na výzkumu.

Práce s umírajícími je natolik specifická a náročná, že je třeba věnovat maximální péči i výběru sociálního pracovníka pro zařízení typu hospice. Je na místě výběrové řízení, ale před tím by bylo vhodné zájemcům umožnit stáž, aby poznali tým i práci samu. Vybranému uchazeči by měl být umožněn záznam na kvalitním pracovišti.³⁰

1.6.2 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník se zaměřuje na konkrétní sociální situaci konkrétní osoby. V tom je jeho hlavní přínos pro práci multidisciplinárního týmu. Nabízí praktickou i emoční pomoc jak nemocným, tak i osobám pečujícím o terminálně nemocné. Musí být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy potřeby nemocného a osob pečujících jsou v konfliktu. Musí mít přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu terminálně nemocných a jejich rodin, musí vědět, co nabízí státní i nestátní sektor. Musí být schopen pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu.

1.7 Role rodiny pacienta

Rodina hospicového pacienta to zdaleka nemá jednoduché. Ocítá se současně ve dvou rolích. Je zároveň klientem hospice, protože trpí spolu s pacientem (někdy dokonce více), ale je také nezastupitelným členem hospicového týmu. Práce s rodinou může být těžší a někdy i

²⁸ <http://hospice.cz/dokumenty/anezkaceska.rtf>, 19. 7. 2006

²⁹ MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7367-002-X.

³⁰ MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Specifika různých cílových skupin práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o. 2005. s. 205. ISBN 80-7367-002-X

časově náročnější než práce s pacientem. Vždy je nutno co nejdříve a co nejpodrobněji zmapovat situaci. Ujasnit si, o jaký typ rodiny se jedná, zda je funkční, pečující, milující, anebo s ní moc počítat nelze. Je nutno vzít vážně a zásadně respektovat všechny kulturní, náboženské, etnické i jiné zvláštnosti a zvyklosti každé jednotlivé rodiny. Dlužno poznamenat, že nepříjemní příbuzní, uvažující stylem "stát je povinen" a "já mám nárok", se v hospicích moc nevyskytují. Možná je to tím, že ti se orientují více na záchranu nezachránitelného a odvrácení neodvratitelného a domáhají se proto pomoci v "odbornějších" institucích. Nepoučená rodina může při doprovázení umírajícího nechtěně napáchat spoustu hrubých chyb, naopak dobře poučená a dobře vedená rodina může být obrovským přínosem, především pro pacienta. Hodně záleží i na podmínkách, jaké jim dokážeme vytvořit. Naprosto klíčovým se v těchto extrémních životních situacích kromě kvalitní péče jeví poskytnutí soukromí. Jednolůžkové pokoje s možností ubytování člena rodiny proto v hospicích nelze pokládat za nadstandard, ale právě naopak za opodstatněný standard. Kdy jindy by už měl mít člověk právo na soukromí, ne-li v umírání?

1.7.1 Péče o pozůstalé

Jednou ze zvláštností, čím se liší hospicová péče od běžné nemocniční péče, je skutečnost, že nekončí smrtí pacienta. Je-li třeba, pokračuje péčí o pozůstalé. V našich českých podmínkách se ukazuje, že přibližně dvěma třetinám pozůstalých stačí jednorázová, lidsky upřímná podpora bezprostředně po ztrátě blízké osoby. Tu jim v hospicích formou rozhovoru, poskytnutím praktických rad, ale hlavně empatickým nasloucháním nejčastěji poskytují speciálně vyškolené zdravotní sestry nebo lékaři. Sestra, která uzavírá ošetrovatelskou dokumentaci zemřelého pacienta, musí rozhodnout, zda je nebo není třeba s konkrétní rodinou dále pracovat. Aby její rozhodnutí bylo objektivní, zodpoví si nejprve sama pro sebe otázky, které hospice pokládají za "varovné známky a rizikové faktory".³¹

1.8 Statistika dostupnosti lůžkové hospicové péče v ČR

	Počet obyvatel k 30. 9. 2005:	Počet potřebných lůžek:	Počet hospiců:	Počet lůžek:	Lůžka hrazená VZP	Mobilní hospicová péče:
Česká republika	10246522	515	10	280	244	

³¹ MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Specifika různých cílových skupin práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o. 2005. s. 206. ISBN 80-7367-002-X

Hlavní město Praha	1180100	59	1	25	25	dostupná
Středočeský kraj	1154193	58	0	0	0	dostupná
Jihočeský kraj	627516	31	1	30	15	
Plzeňský kraj	551062	28	1	28	28	
Karlovarský kraj	304540	16	0	0	0	
Ústecký kraj	823462	41	2	41	41	
Liberecký kraj	428661	22	0	0	0	
Královéhradecký kraj	548380	28	1	30	30	
Pardubický kraj	505903	25	0	0	0	
Vysočina	510340	26	0	0	0	
Jihomoravský kraj	1130837	56	2	66	60	
Olomoucký kraj	639346	32	1	30	30	
Zlínský kraj	590469	30	1	30	15	
Moravskoslezský kraj	1251713	63	0	0	0	dostupná

Tabulku mi poskytla Asociace poskytovatelů hospicové péče.³²

1.9 Hospicová péče v Libereckém kraji

1.9.1 Plánovaný hospic v Jablonci n. Nisou

Hlavním iniciátorem vybudování hospice v Jablonci nad Nisou bylo občanské sdružení pro zřízení Hospice v Jablonci nad Nisou v čele s MUDr. Jitkou Čulíkovou. Byl vytipován objekt bývalé dětské nemocnice v ulici Petra Bezruče. V roce 2001 schválilo zastupitelstvo města záměr poskytnout tento objekt ke zřízení hospice. Podporu projektu vyjádřila i Rada Libereckého kraje. V letech 2001 a 2002 se sdružení soustředilo na zajištění financí a pro rok 2003 získalo 14 miliónů ze státního rozpočtu. Bohužel se nepodařilo tuto částku doplnit o dalších 6 miliónů korun z rozpočtu města Jablonce nad Nisou či jiných zdrojů a nebyla tak splněna podmínka Ministerstva zdravotnictví pro uvolnění finančních prostředků ze státního rozpočtu. Z tohoto důvodu i pozbyla platnosti smlouva o převodu vlastnictví objektu na občanské sdružení, která byla podmíněna získáním prostředků na vybudování hospice do 30. 6. 2004.

Město Jablonec nad Nisou a jablonecká nemocnice v průběhu roku 2005 zřídily ambulantní hospicovou péči. Ambulance však nemá k dispozici k zapůjčení kompenzační pomůcky pro paliativní domácí péči. V rámci Nemocnice v Jablonci nad Nisou nejsou vyhrazena lůžka pro hospicovou péči.³³

³² Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Modletická 1401/8, Praha. *Statistika dostupnosti lůžkové hospicové péče v ČR.*

1.9.2 Léčebna dlouhodobě nemocných v Liberci

Měsíčně zde zemře přibližně dvacet pacientů, někteří úplně opuštěni a osamoceni. Cituji názor primářky libereckého oddělení LDN Aleny Jiroudkové:

„Naše česká společnost není absolutně připravena na smrt, protože s ní není konfrontována. Sama smrt je tabuizována, popírána a vytěšňována z našich myslí a lidé přehazují strachem ze smrti odpovědnost na samotné lékaře, aby pacienta vyléčili. Leckdy si ale neuvědomují, že léčit za každou cenu není vždy to nejlepší řešení“.

Podle zkušenosti personálu LDN by většina pacientů chtěla své poslední dny trávit doma v rodinném kruhu. Naráží se však na špatný přístup rodiny a příbuzenstva a často i na lidský hyenismus. V liberecké LDN měli případ, kdy rodině navrhli, že bude pro nemocného nejlepší, když si ho vezmou domů, reagovali slovy, že ho doma nechťejí a že mu nedají raději tři dny najíst, aby ho zase mohli přivést zpět.

Ne vždy je však vhodný převoz nemocného domů. Někdy je pro samotného pacienta lepší být v nemocnici. Bohužel o možnostech medicíny panují ve společnosti hodně zkreslené představy, takže plno lidí se domnívá, že vždy dojde k absolutnímu vyléčení a uzdravení pacienta. Jak zamýšlí Alena Jiroušková: „Zdravotnictví ovlivňuje kvalitu života a zdraví jen z deseti procent. Každý od nás čeká zázraky, ale to přece nejde. My se snažíme zajistit odpovídající kvalitu života až do úplného konce. V některých případech dochází k chybám jak na straně příbuzenstva, tak na straně lékařů. Celých 90 procent doktorů se totiž bojí otevřeně hovořit o smrti a konci života. Příbuzní naopak někdy neumějí pochopit, že vyléčení prostě není možné. Každý zná diagnózu, ale nikdo nechce slyšet prognózu, a to je špatné. Někdy rodina ani nezachová dekorum a začne se tu hádat o majetek. Některé lidé ani nevyužijí příležitosti být s nemocným umírajícím člověkem 24 hodin denně, což liberecká LDN zájemcům nabízí.“

1.9.3 Záměr zřízení hospice v Libereckém kraji

Usnesením Rady Libereckého kraje byl termín realizace stanoven na rok 2008. Důvodovou zprávou byl formulován záměr vybudovat zařízení o kapacitě 20 až 25 lůžek. Zařízení by mělo poskytovat péči terminálně nemocným pacientům všech věkových skupin formou ambulantní i lůžkové. Z důvodu úspory investičních nákladů by měla být

³³ Haló noviny. 21. 12. 2004, rubrika Z krajů, s 13. *Nemocnice spustila mobilní hospic.*

infrastruktura zařízení – tj. stravování, praní prádla, likvidace zdravotnických odpadů podobně napojena na stávající zdravotnická zařízení.

Náklady na vybudování hospice jsou stanoveny předběžně na 50 milionů korun. 25 % nákladů by mělo být hrazeno z rozpočtu Libereckého kraje a 75 % ze státního rozpočtu. Pro výběr lokality vhodné pro zřízení hospice byla stanovena následující kritéria: poloha vůči spádovému území, ekonomická a provozní hlediska se vztahem k poloze lokality, umístění hospice ve vazbě na blízké okolí a majetkové vlastnictví. Na základě těchto kritérií v lednu 2006 vypracovala a. s. Investorsko inženýrská Liberec „Vyhledávací studii pro umístění hospice pro Liberecký kraj“. Touto studií bylo vytipováno celkem osm lokalit, které byly seřazeny následně: vhodná – Vratislavice nad Nisou, podmíněčně vhodné – Jablonec nad Nisou Turnovská ulice, Liberec ulice Krejčího a ulice U Stavokombinátu, lokality k dalšímu sledování – Liberec Purkyňova ulice, Wolkerův ústav, Hrádek nad Nisou, Chrastava.³⁴

³⁴ http://www.kraj-lbc.cz/public/zastupitelstvo/zasedani/2006_09/pisemne_informace/j/duvodova_zprava.doc, 9. zasedání Zastupitelstva Libereckého kraje dne 31. 10. 2006 , 21. 12. 2006

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle praktické části

- zjistit pomocí nestandardizovaného dotazníku názory obyvatel na péči o terminálně nemocné, jejich povědomost o hospicové péči
- získat vlastní zkušenost osobní návštěvou hospice a ověřit si některé teoretické poznatky v praxi

2.2 Názory obyvatel na péči o terminálně nemocné, jejich informovanost o hospicové péči

Pro průzkum informovanosti a názorů respondentů na péči o terminálně nemocné je zvolena dotazníková metoda. Následná analýza je provedena na základě odpovědí, které jsem získala od 85 náhodně vybraných respondentů. Při výběru respondentů jsem kladla důraz na jeho rozmanitost.

2.2.1 Cíle dotazníkové akce

Dílčím cílem této části práce je zjistit prostřednictvím dotazníku:

- informovanost o hospicové péči
- názor na kvalitu stávající péče o terminálně nemocné
- názor na využití hospicové péče v případě potřeby
- schopnost případné péče o terminálně nemocného v domácím prostředí
- překážky v případné péči o terminálně nemocnou blízkou osobu

2.2.2 Dotazník

Pro dotazníkovou metodu byl vypracován nestandardizovaný dotazník, který je uveden v příloze č. 1 bakalářské práce. Dotazník zahrnuje tyto oblasti otázek:

- Otázky, které se týkají povědomí a názorů respondentů na hospicovou péči
- Otázky, které se týkají všeobecně péče o terminálně nemocné
- Otázky, které upřesňují vzorek respondentů (věk, vzdělání, pohlaví, vyznání)

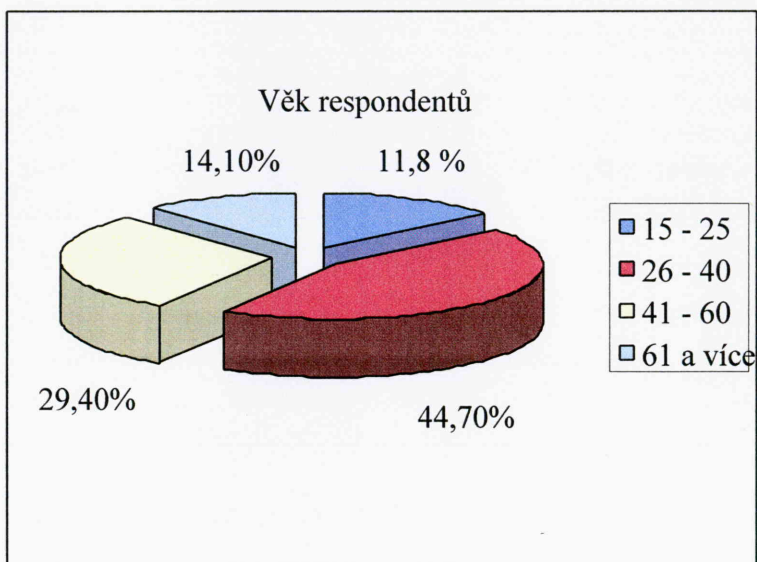
2.2.3 Popis výběrového vzorku a průběh průzkumu

Pro průzkum názorů a zkušeností respondentů s hospicovou péčí je zvolena dotazníková metoda. Následná analýza je provedena na základě odpovědí získaných od širokého okruhu respondentů. Ve vzorku jsou zastoupeni muži i ženy, všechny věkové kategorie, různé druhy a stupně vzdělání, věřící i nevěřící. Své respondenty jsem získala tak, že o vyplnění dotazníku jsem požádala své kolegy na pracovišti a jejich manžele, přátele, děti a to samé jsem učinila v okruhu svých blízkých a známých.

Dotazník v počtu 100 ks byl distribuován osobně v průběhu měsíce listopadu 2006. Z uvedeného počtu se ke dni, kdy bylo zahájeno zpracování dat (25. 12. 2006), vrátilo 85 dotazníků (85 %). Všichni respondenti měli své bydliště v Libereckém kraji. Z návratnosti dotazníků a způsobu jejich vyplnění je vidět seriózní přístup respondentů, který odpovídá vážnosti tématu. Skladba vzorku je patrná z následujících tabulek a grafů.

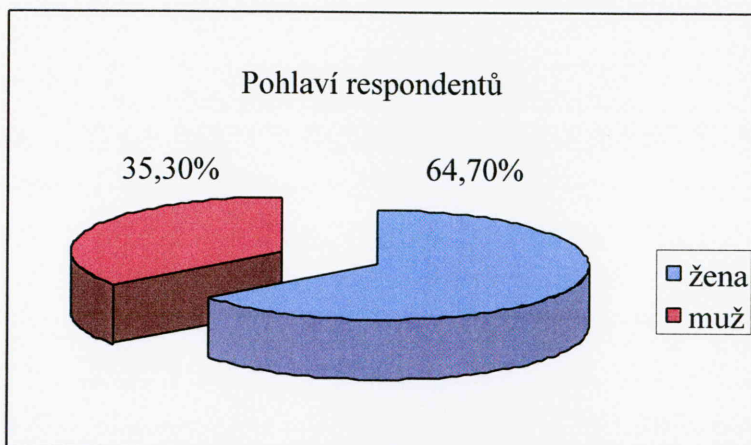
Věk

Věk	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
15 - 25	12	11,8
26 - 40	38	44,7
41 - 60	25	29,4
61 a více	10	14,1



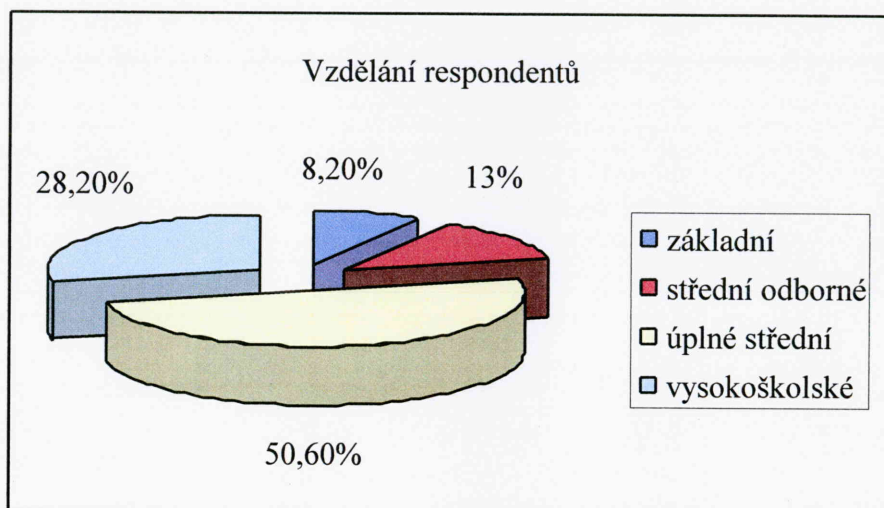
Pohlaví

Pohlaví	Počty respondentů	Procentuální vyjádření
žena	55	64,7
muž	30	35,3



Vzdělání

Druh vzdělání	Počty respondentů	Procentuální vyjádření
základní	7	8,2
střední odborné	11	13
úplné střední	43	50,6
vysokoškolské	24	28,2



2.2.4 Použité metody

Pro získání dat byla použita dotazníková metoda.

Pro vyhodnocení dotazníku byla použita deduktivní metoda kvantitativního průzkumu.

2.2.5 Stanovení předpokladů

Pro dotazník byly stanoveny následující předpoklady:

- Předpokládáme, že malá část veřejnosti (asi 30 %) se s pojmem hospic již setkala o něm správnou představu.
- Předpokládáme, že většina lidí (asi 60%) dává přednost tradičním formám terminální péče (rodina, nemocnice, léčebna dlouhodobě nemocných).
- Předpokládáme, že hospicovou péčí by využili převážně věřící, kteří mají k zařízení podobného typu i větší důvěru a že i této skupině respondentů by případná domácí péče o terminálně nemocnou blízkou osobu nedělala problém.
- Předpokládáme, že rozhodnutí využít hospicovou péči je z velké části (asi 80 %) závislé na dostupnosti hospiců v jednotlivých krajích.

2.2.6 Získaná data a jejich interpretace

Otázka č. 1

Setkal(a) jste se někdy s pojmem hospic?

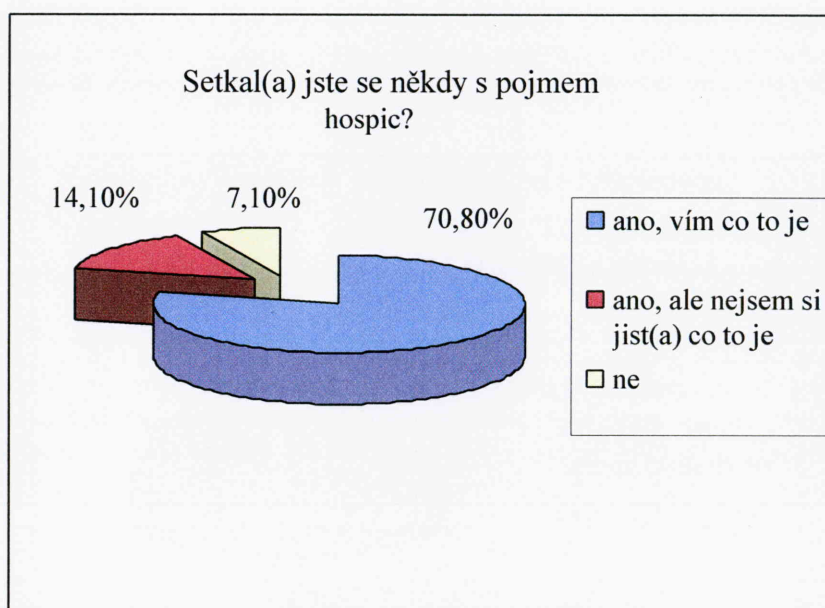
Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Ano, vím co to je	6	26	27	7	67
Ano, ale nejsem si jist(a) co to je	3	7	2	0	12
Ne	3	2	0	1	6

Většina respondentů (70%) se pojmem hospic setkala. S rostoucím věkem je podíl těch, kteří měli o tomto typu zařízení informace, větší. Pouze 7% respondentů nikdy o hospicové péči neslyšela. Nejčastěji je tato alternativa odpovědi uvedena u respondentů ve věku 15 až 25 let.

Tento výsledek mě překvapil. Nebyl v souladu s tím, co jsem očekávala.. Ukazuje na pozitivní skutečnost o vzrůstající informovanosti o hospicové péči. Pravděpodobné důvody této skutečnosti shledávám jednak v opravdové snaze skupin i jednotlivců, jako je MUDr. Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí v České republice, zvýšit povědomí společnosti o péči o terminálně nemocné formou přednášek, seminářů, knih, pořádání „dnů otevřených dveří“ v nových zaběhnutých hospicích. Zájem společnosti považuji za odraz její společenské a kulturní úrovně.

Na druhou stranu jsem si vědoma i skutečnosti, která výsledky tohoto dotazu mohla ovlivnit. V době vyplňování dotazníků vycházely v médiích na Liberecku informace o plánované výstavbě hospice a o snahách zúčastněných nalézt vhodné místo ke stavbě.



Otázka č. 2

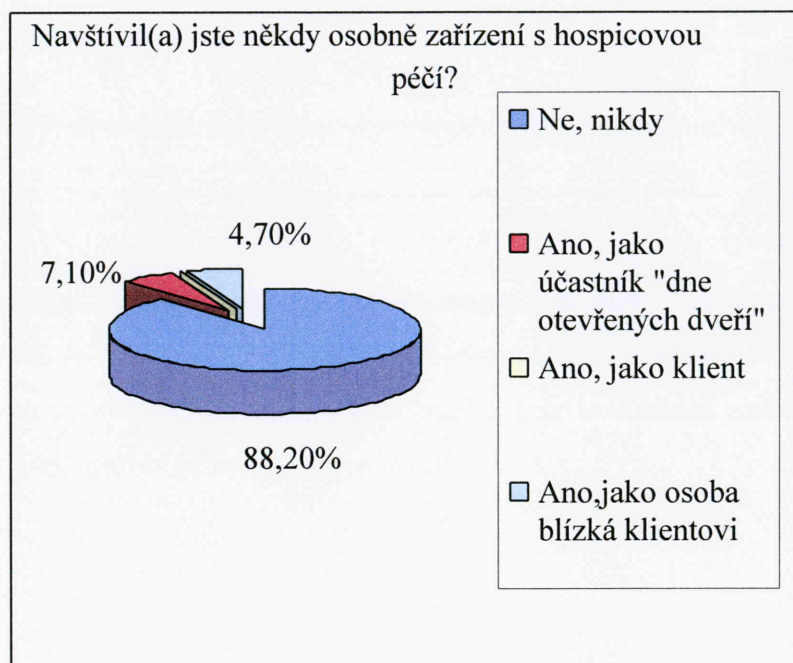
Navštívil(a) jste někdy osobně zařízení s hospicovou péčí?

Zjištění:

Většina respondentů (téměř 90%) nikdy v hospicovém zařízení nebyla. Pouze 7% dotázaných navštívila hospicové zařízení jako účastník „dne otevřených dveří hospicu“ a stejně malý počet respondentů (necelých 5%) hospic navštívilo jako osoba blízká klientovi.

Uvedené výsledky se daly očekávat.

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Ne, nikdy	12	34	19	10	75
Ano, jako účastník „dne otevřených dveří“	0	2	4	0	6
Ano, jako klient	0	0	0	0	0
Ano, jako osoba blízká klientovi	0	2	2	0	4

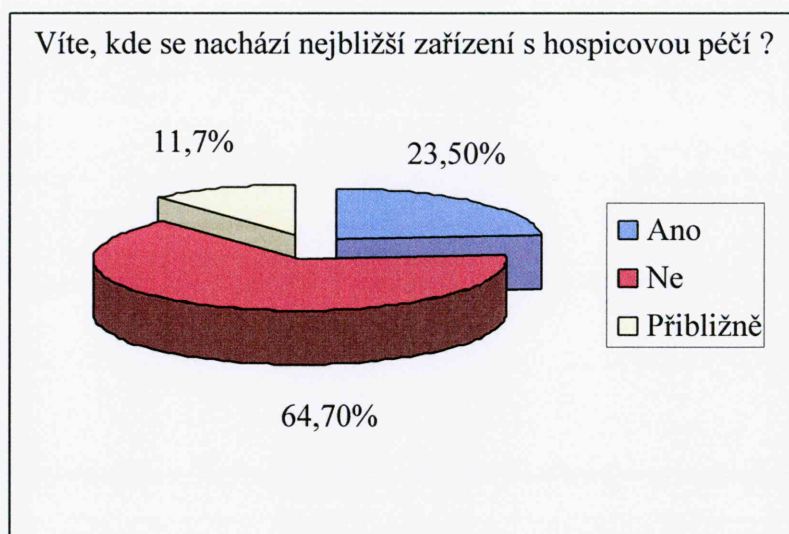


Otázka č. 3

Víte, kde se nachází nejbližší zařízení s hospicovou péčí?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Ano	1	9	9	1	20
Ne	10	23	15	7	55
Přibližně	2	1	6	1	10



Znalost o tom, kde se nachází nejbližší hospic, má pouze 24% všech dotázaných, většina respondentů (65%) neví a přibližnou představu má 12% dotázaných.

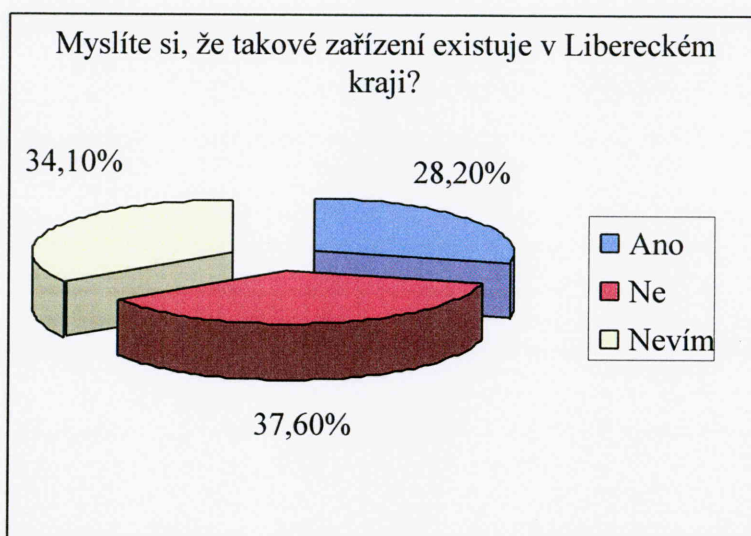
Z výsledků vyplývá, že prakticky řešit otázku, kde se nachází nejbližší zařízení pro terminálně nemocné, většina oslovených nemusela.

Otázka č. 4

Myslíte, že takové zařízení existuje v Libereckém kraji?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Ano	6	8	9	1	24
Ne	4	7	16	5	32
Nevím	3	19	4	3	29



Ve všech třech odpovědích na tuto otázku lze pozorovat rovnováhu. 28% oslovených si myslí, že hospic v Libereckém kraji již existuje, 34 % neví a nejvíce respondentů - 38% uvedlo, že si myslí, že hospic v našem okolí ještě není.

Vzhledem k probíhající medializaci hledání místa pro stavbu hospice v Liberci a jeho okolí jsem očekávala mírnou většinu správných odpovědí.

Otázka č. 5

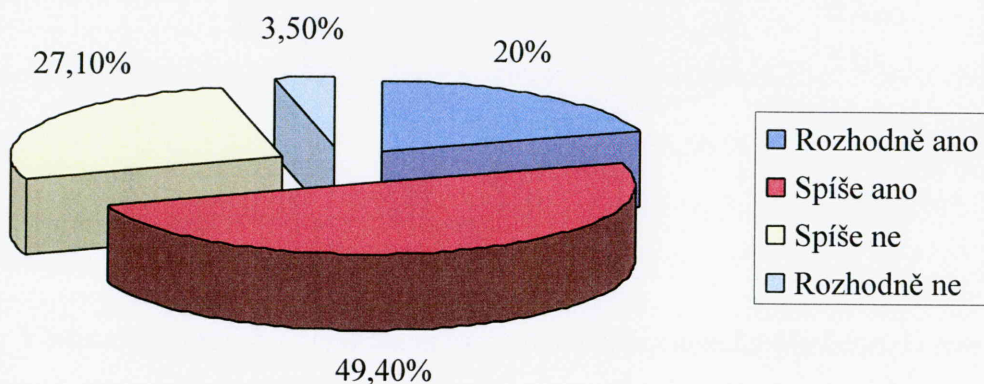
V případě, že by v Liberci nebo jeho okolí existoval hospic, uvažoval(a) byste v případě nutnosti o jeho využití pro sebe či své blízké?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Rozhodně ano	2	5	7	3	17
Rozhodně věřící	0	0	0	1	2
Spíše věřící	0	2	3	1	7
Spíše nevěřící	0	2	0	1	3
Rozhodně nevěřící	2	0	4	1	5
Spíše ano	5	15	18	4	42
Rozhodně věřící	0	3	3	1	8
Spíše věřící	0	2	2	1	9
Spíše nevěřící	0	3	4	0	5
Rozhodně nevěřící	6	6	10	1	20
Spíše ne	4	14	4	1	23
Rozhodně věřící	0	1	0	0	1
Spíše věřící	1	0	1	0	4
Spíše nevěřící	1	2	0	0	3
Rozhodně nevěřící	3	11	3	1	15
Rozhodně ne	1	1	0	1	3
Rozhodně věřící	0	0	0	0	0
Spíše věřící	0	0	0	1	0
Spíše nevěřící	0	1	0	0	1
Rozhodně nevěřící	1	0	0	0	2

Rozhodně využít hospicovou péči v případě nutnosti by se rozhodlo 20 % dotázaných, z tohoto počtu byli pouze 2 lidé věřící. Spíše by hospicovou péči využilo 50% respondentů, z tohoto počtu bylo 8 osob věřících. Spíše by nevyužilo uvedenou možnost 27% dotázaných, z nich byl 1 člověk věřící. Rozhodně by nevyužily hospicovou péči 3 respondenti – z nich nebyl žádný věřící.

V případě, že by v Liberci nebo jeho okolí existoval hospic, uvažoval(a) byste v případě nutnosti o jeho využití pro sebe či své blízké ?

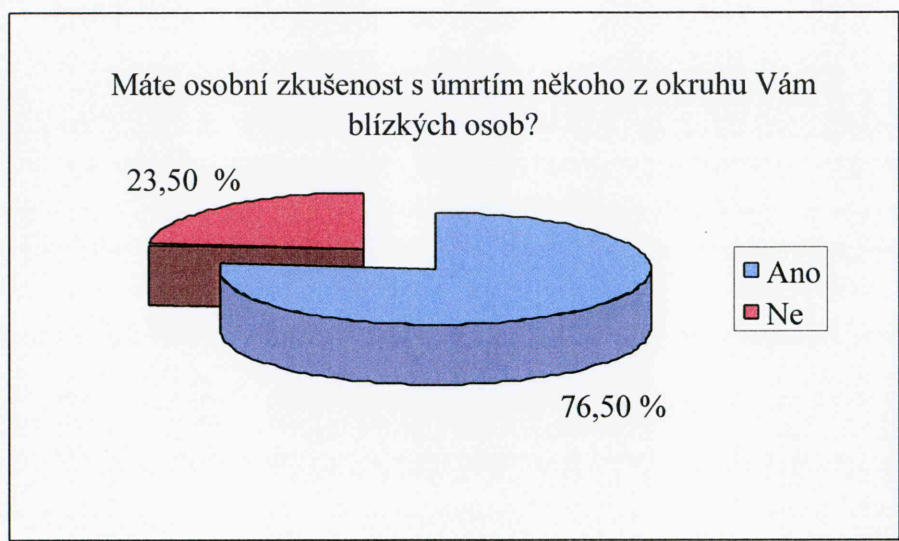


Otázka č. 6

Máte osobní zkušenost s úmrtím někoho z okruhu Vám blízkých osob?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Ano	9	29	19	8	65
Ne	3	6	10	1	20



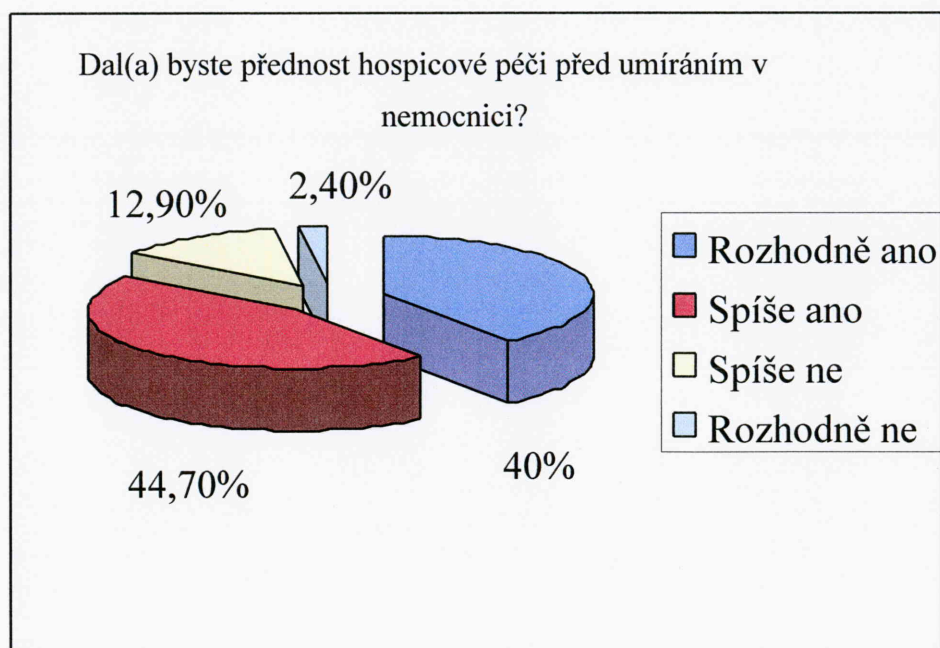
Většina dotázaných (77%) má zkušenost s úmrtím někoho blízkého. U respondentů ve věku 26 až 40let a 41 až 60 let se procento logicky zvyšuje. Menšina respondentů (24%) tuto zkušenost ještě nemá.

Fakt, že většina dotázaných se s touto smutnou skutečností již setkala, jen potvrzuje přirozený vývoj života. K jeho součásti patří i umírání a smrt a této části života by měla být věnována stejná pozornost a především péče jako těhotenství a zrození.

Otázka č. 7

Dal(a) byste přednost hospicové péči před umíráním v nemocnici?

Zjištění:



Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Rozhodně ano	6	10	13	6	34
Rozhodně věřící	0	1	2	1	4
Spíše věřící	0	2	3	1	9
Spíše nevěřící	2	2	3	1	7
Rozhodně nevěřící	4	6	4	3	14
Spíše ano	4	18	15	2	38
Rozhodně věřící	0	3	2	1	6
Spíše věřící	0	2	1	0	8
Spíše nevěřící	0	3	2	0	4
Rozhodně nevěřící	4	10	9	1	20
Spíše ne	1	7	2	1	11
Rozhodně věřící	0	1	0	0	1
Spíše věřící	0	0	0	0	2
Spíše nevěřící	0	1	0	0	1
Rozhodně nevěřící	1	5	2	1	7
Rozhodně ne	1	0	0	1	2
Rozhodně věřící	0	0	0	0	0
Spíše věřící	0	0	0	1	1
Spíše nevěřící	0	0	0	0	0
Rozhodně nevěřící	1	0	0	0	1

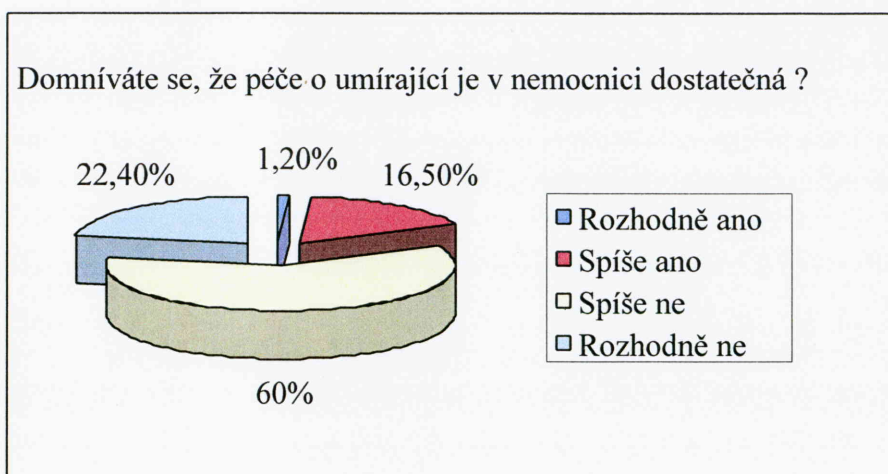
Přednost hospicové péči před umíráním v nemocnici by rozhodně dalo 40% otázaných – z tohoto počtu byli 4 osoby věřící. Spíše přednost hospicové péči by dalo 45% dotázaných – z toho 6 věřících. Péči v nemocnici před hospicovou by spíše upřednostnilo 13% respondentů – z toho 1 věřící a rozhodně upřednostnily 2% - z toho žádná osoba věřící.

Většinová důvěra v hospicovou péči úzce souvisí i s následujícím dotazem.

Otázka č. 8

Domníváte se, že péče o umírající je v nemocnici dostatečná?

Zjištění:



Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Rozhodně ano	1	0	0	0	1
Spíše ano	2	5	6	1	14
Spíše ne	9	21	13	8	51
Rozhodně ne	0	7	10	2	19

Péči o umírající v nemocnici označil za dostatečnou 1 dotázaný, za spíše dostatečnou ji považuje 14 respondentů. Za spíše nedostatečnou ji uvedla většina dotázaných (60%) a za rozhodně nedostatečnou ji považuje 22% respondentů.

Z uvedeného výsledku vyplývá, že převážná většina respondentů považuje péči o terminálně nemocného pacienta v nemocnicích za minimálně problematickou.

Otázka č. 9.

Co si myslíte, že je v nemocnicích při péči o umírající největší problém?

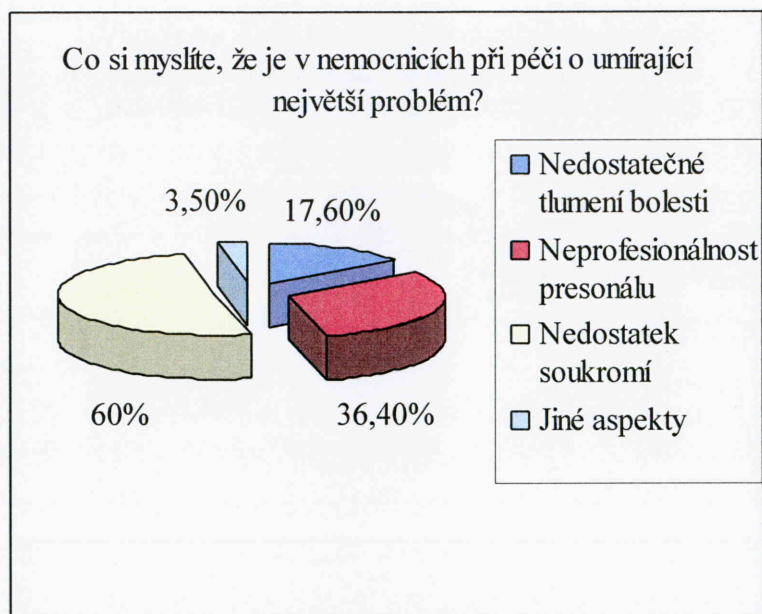
Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Nedostatečné tlumení bolesti	2	3	8	2	15
Neprofesionálnost personálu	3	14	10	4	31
Nedostatek soukromí	8	20	18	5	51
Jiné aspekty	1	1	1	0	3

Jiné aspekty: nedostatek času personálu 3x, nedostatečný respekt k pacientovi, nedostatek empatie, necitlivé chování.

Většina dotázaných uváděla současně najednou více uvedených možností. Nedostatek soukromí a neprofesionálnost personálu nejčastěji. Mezi jiné aspekty patřil nejvíce nedostatek času personálu a dále pak například problém empatie, málo respektu a necitlivé chování vůči pacientům.

Zkušenosti respondentů poukazují celkově na nedůstojnost podmínek v nemocničním prostředí při péči o terminálně nemocné pacienty.

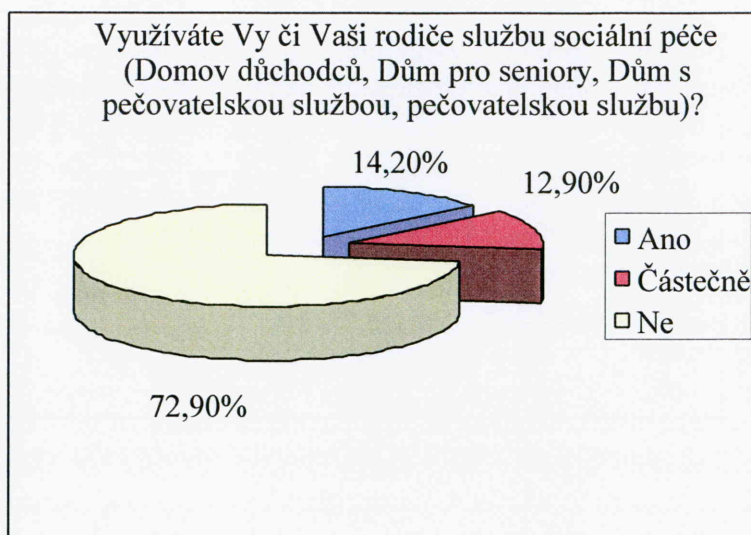


Otázka č. 10

Využíváte Vy či Vaši rodiče službu sociální péče (Domov důchodců, Dům pro seniory, Dům s pečovatelskou službou, pečovatelskou službu)?

Zjištění:

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Ano	1	1	8	2	12
Částečně	0	5	5	1	11
Ne	10	24	22	6	62



Výsledky tohoto dotazu jsem vzhledem ke svému studijnímu oboru „sociální pracovník“ a také vzhledem k legislativním změnám (nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.) očekávala se zájmem, protože jsem si stále neuměla udělat představu o počtu občanů, kteří nějakou službu sociální péče využívají. Osobně jich znám jen několik.

Prevažná většina dotázaných - 62 uvedla, že žádnou službu sociální péče nevyužívá. Pouze 12 dotázaných některou ze služeb sociální péče využívá, zbylých 11 respondentů služby využívá částečně.

Domnívám se, že odpovědi v tuto chvíli korespondují s věkovou skladbou obyvatel. Podle statistik ale předpokládám, že populace bude stárnout a tím se bude i potřeba služeb sociální péče do budoucna zvyšovat.

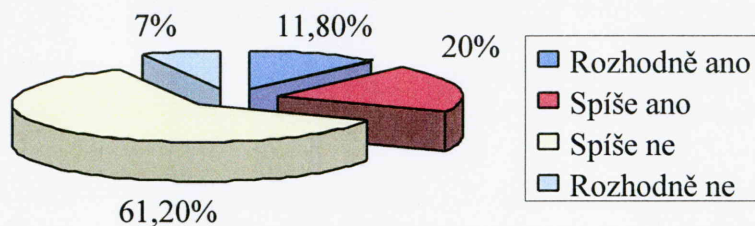
Otázka č. 11

Myslíte si, že rodina je schopna podmínky pro terminálně nemocného vytvořit a zajistit sama domácí péčí?

Zjištění:

Většina respondentů (61%) si myslí, že rodina spíše není schopna vytvořit podmínky pro terminálně nemocného a zajistit sama příslušnou domácí péči, z tohoto počtu je většina nevěřících, ale jsou zde i 3 osoby věřící. Že rodina rozhodně není schopna se vhodně postarat o umírajícího si myslí 7% respondentů – z toho žádný věřící.. Naopak 12% dotázaných si myslí, že rodina je rozhodně schopna tuto nelehkou situaci vyřešit, z tohoto počtu jsou pouze 2 osoby věřící. 20% dotázaných uvedlo, že rodina je spíše schopná podmínky pro umírajícího vytvořit a péči zajistit- z tohoto počtu bylo 6 respondentů věřících.

Myslíte si, že rodina je schopna podmínky pro terminálně nemocného vytvořit a zajistit sama domácí péči?



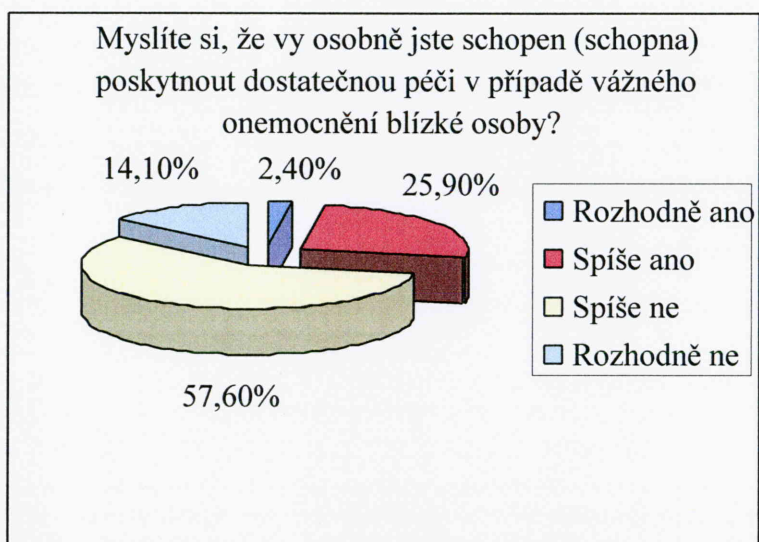
Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Rozhodně ano	1	4	4	1	10
Rozhodně věřící	0	1	1	0	2
Spíše věřící	0	0	0	0	3
Spíše nevěřící	0	0	0	0	0
Rozhodně nevěřící	1	3	3	1	5
Spíše ano	2	6	6	3	17
Rozhodně věřící	0	0	0	0	6
Spíše věřící	0	1	1	0	5
Spíše nevěřící	0	1	1	0	2
Rozhodně nevěřící	2	4	6	3	4
Spíše ne	5	22	16	9	52
Rozhodně věřící	0	2	1	0	3
Spíše věřící	1	1	1	1	10
Spíše nevěřící	1	5	3	1	10
Rozhodně nevěřící	3	14	11	7	29
Rozhodně ne	2	1	1	2	6
Rozhodně věřící	0	0	0	0	0
Spíše věřící	0	0	0	0	2
Spíše nevěřící	0	0	0	0	0
Rozhodně nevěřící	2	1	1	2	4

Většinové vyjádření, že rodina spíše není schopna vytvořit podmínky pro terminálně nemocného a zajistit sama příslušnou domácí péči, se dalo vzhledem k současnému stavu společnosti očekávat.

Otázka č. 12

Myslíte si, že vy osobně jste schopen (schopna) poskytnout dostatečnou péči v případě vážného onemocnění blízké osoby?

Zjištění:



Mírně převažující většina respondentů – 58 % uvedla, že spíše není schopna poskytnout dostatečnou péči v případě vážného onemocnění blízké osoby. Že rozhodně není schopno tak učinit přiznalo 12 dotázaných – z tohoto počtu byli 3 lidé věřící. 26 % respondentů si myslí, že je spíše schopno poskytnout dostatečnou péči terminálně nemocnému blízkému člověku – z toho 1 věřící. Pouze 2 dotázaní odpověděli na uvedený dotaz rozhodně ano – z toho 1 osoba věřící.

Tato otázka je velmi těžká a naštěstí pro většinu dotázaných pouze hypotetická.

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Rozhodně ano	0	2	0	0	2
Rozhodně věřící	0	1	0	0	1
Spíše věřící	0	0	0	0	0
Spíše nevěřící	0	0	0	0	0
Rozhodně nevěřící	0	1	0	0	1
Spíše ano	4	9	8	1	22
Rozhodně věřící	0	1	0	0	1
Spíše věřící	0	1	0	0	3
Spíše nevěřící	0	1	2	0	3
Rozhodně nevěřící	4	6	6	1	15
Spíše ne	7	19	18	5	49
Rozhodně věřící	0	3	1	2	6
Spíše věřící	0	3	3	2	13
Spíše nevěřící	2	5	4	0	9
Rozhodně nevěřící	5	8	10	1	21
Rozhodně ne	3	2	5	2	12
Rozhodně věřící	1	0	1	1	3
Spíše věřící	1	0	0	1	4
Spíše nevěřící	0	0	0	0	0
Rozhodně nevěřící	1	2	4	0	5

Otázka č. 13.

Jste věřící? (obecně, jakékoli náboženské vyznání)

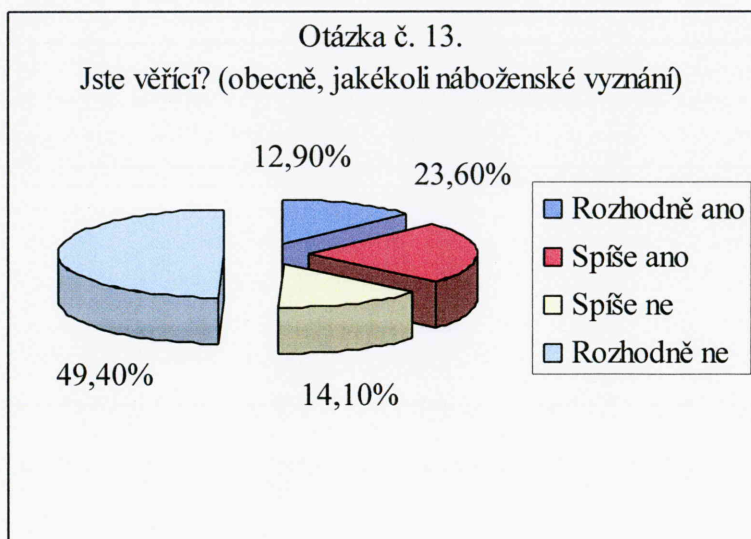
Zjištění:

Počet věřících lidí z celkového počtu dotázaných jsem potřebovala zjistit vzhledem k jednomu z předpokladů praktické části této bakalářské práce: *Předpokládáme, že hospicovou péčí by využili převážně věřící, kteří mají zařízení podobného typu i větší důvěru a*

že i této skupině respondentů by případná domácí péče o terminálně nemocnou blízkou osobu nedělala problém.

Rozhodně nevěřících byla téměř polovina dotázaných – 42 osob. Za spíše nevěřící se považovalo 12 respondentů. Za rozhodně věřící se označilo 11 dotázaných a za spíše věřící 20 dotázaných.

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Rozhodně ano	0	6	2	3	11
Spíše ano	1	8	6	5	20
Spíše ne	1	5	6	0	12
Rozhodně ne	6	14	21	1	42

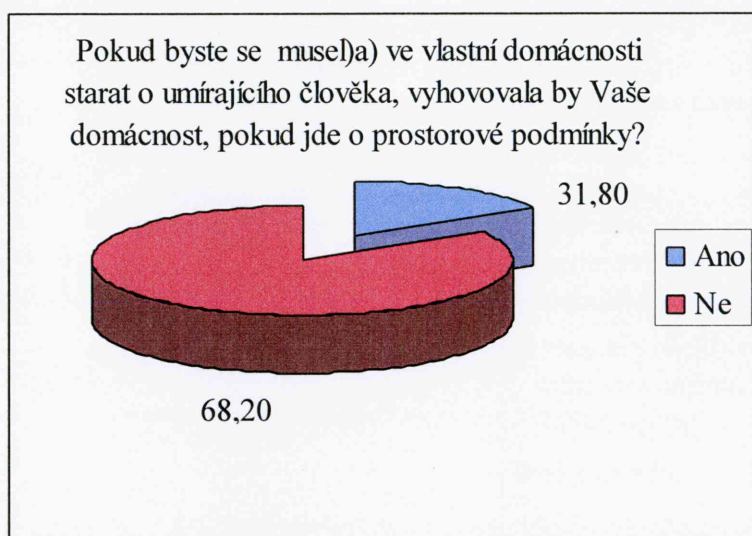


Zjištění u otázek č. 14, 15 a 16, týkající se pohlaví, věku a dosaženého vzdělání jsou uvedeny v úvodu kapitoly 2.2.3

Otázka č. 17

Pokud byste se musel(a) ve vlastní domácnosti starat o umírajícího člověka, vyhovovala by Vaše domácnost, pokud jde o prostorové podmínky?

Zjištění:



Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Ano	2	12	8	5	27
Ne	9	19	26	4	58

Velikost i uspořádání bytu hraje velkou roli v případné péči terminálně nemocného člověka.

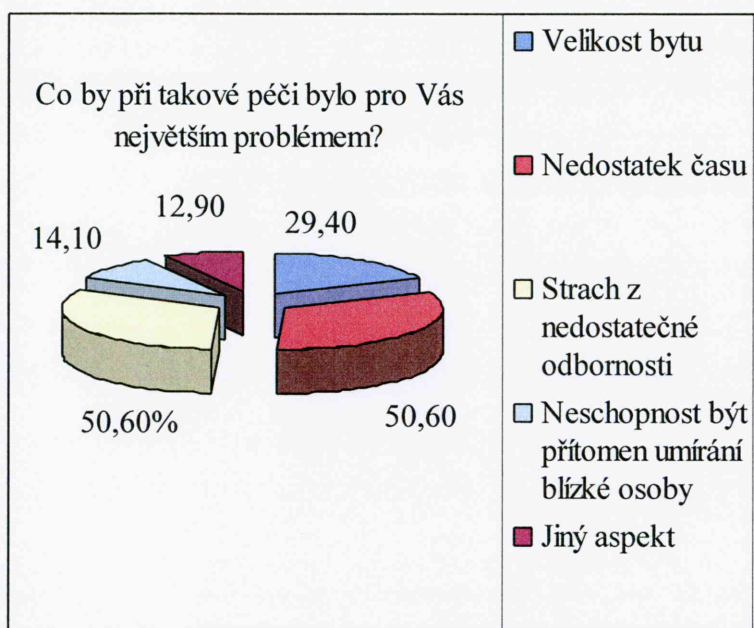
Převážná část dotázaných – celkem 68% - uvedla, že jejich bytové podmínky by v takovém případě byly nevyhovující. Za vyhovující je označilo 27 respondentů.

Jsem si vědoma skutečnosti, že s velikostí bytu přímo souvisí i celkový počet osob obývajících předmětnou domácnost.

Otázka č. 18

Co by při takové péči bylo pro Vás největším problémem?

Zjištění:



Většina dotázaných stejně jako v otázce č. 9 uvedla i zde více možností. Shodně nejvíce respondentů (43) uvedlo jako problém případné osobní domácí péče o terminálně nemocnou blízkou osobu strach z nedostatečné odbornosti (z toho 2 věřící osoby) a nedostatek času (žádný věřící). Velikost bytu jako překážku při takové péči uvedlo 25 dotázaných a neschopnost být přítomen umírání blízké osoby přiznalo 12 respondentů. Mezi jiné aspekty dotázaní uvedli například: nedostatek sil a emoční vytrvalosti, vysoký věk, zajištění péče 24 hodin denně, psychickou zátěž, nedostatek fyzických sil, duševní přetížení se stresem, nemožnost skloubit chod domácnosti se dvěma malými dětmi.

U této otázky jsem předpokládala zastoupení všech uvedených možností i převážné zastoupení nedostatku času a nedostatečné odbornosti.

Odpověď	Počty respondentů podle dosaženého věku				
	15 až 25 let	26 až 40 let	41 až 60 let	61 let a více	Celkem
Velikost bytu	3	7	14	1	25
Rozhodně věřící	0	0	2	1	
Spíše věřící	0	2	2	0	
Spíše nevěřící	0	4	4	0	
Rozhodně nevěřící	3	1	6	0	
Nedostatek času	2	22	18	1	43
Rozhodně věřící	0	1	3	0	
Spíše věřící	0	1	4	0	
Spíše nevěřící	0	6	3	0	
Rozhodně nevěřící	2	5	8	1	
Strach z nedostatečné odbornosti	7	13	17	6	43
Rozhodně věřící	0	1	2	2	
Spíše věřící	1	1	3	2	
Spíše nevěřící	1	6	3	0	
Rozhodně nevěřící	5	5	9	2	
Neschopnost být přítomen umírání blízké osoby	1	4	7		12
Rozhodně věřící	0	0	1		
Spíše věřící	0	0	1		
Spíše nevěřící	0	1	1		
Rozhodně nevěřící	1	3	4		
Jiný aspekt		2	4	5	11
Rozhodně věřící		0	0	3	
Spíše věřící		0	0	0	
Spíše nevěřící		0	0	0	
Rozhodně nevěřící		2	4	0	

2.2.7 Ověření předpokladů

Na základě výše uvedených výsledků dotazníkové akce lze následně konstatovat jak se potvrdily předpoklady uvedené v článku 2.2.5 bakalářské práce.

- *Předpokládáme, že malá část veřejnosti (asi 30%) se s pojmem hospic již setkala a má o něm správnou představu*

Tento předpoklad nebyl průzkumem potvrzen.

Většina respondentů (70%) se s termínem hospicová péče již seznámila. Tuto skutečnost neovlivnil ani fakt, že téměř 90% dotázaných nikdy hospicové zařízení osobně nenavštívilo a většina respondentů (65%) nevěděla, kde se nejbližší hospic nachází.

Celkově mě nepotvrzení uvedeného předpokladu příjemně překvapilo. Výsledek připisuji velké snaze nejen týmu „hospicového hnutí“ ale všem ostatním institucím i jednotlivcům o co největší osvětu a informovanost o možnostech terminální péče.

Velké procento znalosti v tomto případě přisuzuji i skutečnosti, že okruh dotázaných byl z Libereckého kraje a v době, kdy dotazník vyplňovali, byly v médiích zveřejňovány informace o probíhajících jednáních Krajského úřadu Libereckého kraje, týkající se možných lokalit k umístění hospice na Liberecku.

- *Předpokládáme, že většina lidí (60%) dává přednost tradičním formám terminální péče (rodina, léčebna dlouhodobě nemocných, nemocnice)*

Tento předpoklad se nepotvrdil.

Většina respondentů (77%) má zkušenosti s úmrtím blízké osoby. Pouze 2% dotázaných by upřednostnila nemocnici. Naopak převážná část respondentů by rozhodně nebo spíše dala přednost hospicové péči (84%).

Tento výsledek koresponduje s faktem, že celých 60% dotázaných považuje péči o umírající v nemocnici za rozhodně nedostatečnou a pouze 4% za dostatečnou. Jako největší problém v péči o terminálně nemocného v nemocnici vidí většina respondentů neprofesionálnost personálu a nedostatek soukromí.

Většina dotázaných (70%) si myslí, že rodina spíše není či nerozhodně není schopna podmínky pro terminálně nemocného zajistit sama domácí péčí. Sami respondenti uvedli ve

většině případů (72%) že oni osobně rozhodně nejsou či spíše nejsou schopni poskytnout dostatečnou péči v případě vážného onemocnění blízké osoby.

- *Předpokládáme, že hospicovou péčí by využili převážně věřící, kteří mají k zařízení podobného typu i větší důvěru a že i této skupině respondentů by případná domácí péče o terminálně nemocnou blízkou osobu nedělala problém.*

První část tohoto předpokladu se splnila.

Z 80% dotázaných, kteří by hospicovou péčí využili (rozhodně či spíše), bylo 10 respondentů věřících. Zároveň z celkového počtu dotázaných, kteří by rozhodně či spíše dali přednost hospicové péči před umíráním v nemocnici, bylo celkem 10 osob věřících. (Počet věřících ve skladbě oslovených respondentů byl 11 osob).

Také druhá část předpokladu se potvrdila.

Celkem malá část dotázaných (32%) si myslí, že rodina je schopna podmínky pro terminálně nemocného vytvořit a zajistit sama domácí péčí. Z této menšiny, jak jsem předpokládala, je ale celkem 8 osob věřících. Pouze 2 respondenti se domnívají, že by se o terminálně blízkou osobu rozhodně byli schopni postarat a spíše se postarat by bylo schopno 17 respondentů, z tohoto počtu bylo opět celkem 8 osob věřících. (Počet věřících ve skladbě oslovených respondentů byl 11 osob).

- *Předpokládáme, že rozhodnutí využít hospicovou péči je z velké části (asi 80 %) závislé na dostupnosti hospiců v jednotlivých krajích.*

Velká většina dotázaných (70%) by v případě, že by v Liberci či jeho okolí existoval hospic, o jeho využití uvažovala. Mírná většina dotázaných - 32 osob zároveň také ví, že takové zařízení na Liberecku stále není.

2.2.8 Shrnutí výsledků dotazníku

Cílů dotazníkové akce bylo dosaženo. Vyhodnocením odpovědí respondentů byly získány informace o všech vytyčených okruzích.

Na základě sumarizace a analýzy odpovědí respondentů na jednotlivé otázky dotazníku lze konstatovat:

- většina respondentů (70%) se s pojmem hospic již setkala,
- většina respondentů (88%) nikdy osobně hospic nenavštívila
- většina respondentů (65%) neví kde se nachází nejbližší hospic
- 38% respondentů ví, že v Libereckém kraji dosud hospic není
- v případě, že by v Liberci nebo okolí existoval hospic, polovina respondentů (49%) by spíše uvažovalo o jeho využití (z toho 8 osob věřících)
- velká většina respondentů (77%) má osobní zkušenost s úmrtím blízké osoby
- nejvíce respondentů (45%) by spíše dalo přednost hospicové péči před umíráním v nemocnici
- péči o umírající v nemocnici považuje za spíše nedostatečnou většina respondentů (60%)
- za největší problém při péči o terminálně nemocného člověka v nemocnici považuje většina respondentů (60%) nedostatek soukromí
- 73 % respondentů nevyužívá služeb sociální péče
- většina respondentů (61%) si myslí, že rodina spíše není schopna vytvořit podmínky pro terminálně nemocného a zajistit sama příslušnou domácí péči (z toho 3 osoby věřící)
- 58% respondentů uvedlo, že spíše není schopno osobně se postarat o terminálně nemocnou blízkou osobu (z toho bylo 6 osob věřících)
- téměř polovina respondentů (49%) byla rozhodně nevěřících
- 68% respondentů uvedla, že jejich domácnost by nevyhovovala v péči o umírající osobu
- 51% respondentů shodně uvedlo jako největší problém v péči o terminálně nemocného strach z nedostatečné odbornosti a nedostatek času

2.2.9 Závěr dotazníkové akce

Na základě odpovědí pozorovaného vzorku lze konstatovat,

- že informovanost veřejnosti o hospicové péči se díky všem zainteresovaným zvyšuje
- že tradiční formy terminální péče (nemocnice, LDN) ustupují novým možnostem paliativní léčby (hospicová péče)

- že věřící občané mají k zařízení hospicového typu větší důvěru než nevěřící, současně právě této skupině respondentů by případná domácí péče o terminálně nemocnou blízkou osobu nedělala problém.
- že rozhodnutí využít hospicovou péči je závislé na dostupnosti hospiců v jednotlivých krajích.

2.3 Ověření teoretických poznatků v praxi

2.3.1 Dílčí cíle ověření teoretických poznatků v praxi

Dílčím cílem této části bakalářské práce bylo:

- Získat konkrétní informace odborníků v oblasti hospicové péče
- Osobní prohlídka zaběhlého hospicového zařízení
- Ověření teoretických poznatků v praxi

2.3.2 Metody a zdroje pro ověření teoretických poznatků v praxi

Pro dosažení výše uvedených cílů bylo použita metoda pozorování a rozhovory s odborníky v oblasti hospicové péče. Především to byly následující zdroje:

- návštěva v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích a rozhovor s jeho ředitelem panem Pavlem Česalem
- účast na přednášce MUDr. Svatošové „Hospic a umění doprovázet“
- účast na semináři „5. den hospice v Litoměřicích“

2.3.3 Stanovení předpokladů pro ověření teoretických poznatků v praxi

V této části bakalářské práce byly stanoveny následující dílčí předpoklady:

- Lze předpokládat, že ekonomika hospiců je složitá
- Lze předpokládat, že lůžkový hospic plní své poslání vyplývající z filozofie péče o terminálně nemocné
- Lze předpokládat, že část personálu má určité náboženské vyznání
- Lze předpokládat, že většina pacientů má trvalé bydliště v blízkém okolí

2.3.4 Získaná data a jejich interpretace

2.3.4.1 Návštěva v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích

V červnu roku 2006 jsem navštívila Hospic Sv. Štěpána v Litoměřicích. Pan Pavel Česal, ředitel hospice, byl velmi vstřícný a umožnil mi prohlídku celého hospice. Na mé dotazy odpovídal nejenom on, ale i zdravotní personál hospice, konkrétně vrchní sestra Bc. Monika Marková, ostatní zdravotní personál, zaměstnanci kuchyně i samotní klienti

Než jsem uskutečnila svou návštěvu, přečetla jsem si výroční zprávu hospice, z které jsem se dozvěděla mnoho důležitých a užitečných informací a sepsala jsem si své otázky a poznámky, z kterých jsem při návštěvě vycházela. Na základě tohoto průzkumu je možno formulovat následující skutečnosti:

- počet pečujících osob (personálu, sociálních pracovníků, dobrovolníků) je dostatečný a umožňuje 24hodinovou péči a přístup dle individuálních potřeb pacientů
- zdravotní péče je v hospici na vysoké profesní úrovni
- klid a vyrovnanost umírajících pacientů je odrazem kvalitní a všestranné péče
- je dbáno důsledně na úlevu od bolesti
- interiér umožňuje pacientům a jejich rodinným příslušníkům dostatečné soukromí
- chod hospice neruší pacienty
- denní režim je přizpůsoben individuálním potřebám
- duchovní péče je hospicem zajištěna formou bohoslužeb
- rodinným příslušníkům je umožněno pobývat s pacienty nepřetržitě
- hospic nabízí zapůjčení pomůcek pro domácí péči o terminálně nemocné
- hospic organizuje každoročně tzv. „Den hospice“ pro odbornou i laickou veřejnost

2.3.4.2 Financování lůžkového hospice

Z výroční zprávy Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích vyplývá, že platby pacientů a zdravotních pojišťoven pokryly ze skutečných nákladů pouze 52%. Zbývající náklady byly hrazeny z darů, dotací a ostatních příjmů. Tato situace je podobná ve všech lůžkových hospicích v ČR. Před provozovateli těchto zařízení stojí každoročně nelehký úkol získat všechny potřebné prostředky na provoz. Jak jsem i vyrozuměla z rozhovoru s ředitelem Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích, získání prostředků na dofinancování rozpočtu je také jedním z nejtěžších úkolů.

Situace by se však podle všech měla zlepšit změnou zákona o veřejném zdravotním pojištění (48/1997 Sb.).

2.3.4.3 Rozhovory s odborníky

Na základě rozhovorů s odborníky uvedenými v kapitole 2.3.2, a dále z účasti na přednášce MUDr. Marie Svatošové „Hospic a umění doprovázet“ lze konstatovat následující skutečnosti:

- Kvalita péče ve stávajících zařízeních hospicové péče je vysoká
- Úroveň péče o terminálně nemocné v zdravotnických zařízeních není na dostatečné úrovni a většinou je zaměřena pouze na biologické potřeby pacientů
- Poskytování hospicové péče se neobejde bez práce dobrovolníků a bez osobní angažovanosti a iniciativy propagátorů hospicové péče
- Problémem hospicové péče zůstává její financování
- Hospicových zařízení je v ČR stále nedostatek
- Informovanost veřejnosti o možnostech péče o terminálně nemocné zůstává i nadále nízká

2.3.4.4 Perličky průzkumu

Ráda bych na tomto místě bakalářské práce zmínila konkrétní malé, ale překvapivé informace, které jsem na základě svého průzkumu zjistila:

- **Propuštění pacienti**

Z výroční zprávy, konkrétně ze zprávy o činnosti vyplývá, že z celkového počtu přijatých pacientů zde logicky velká většina také umřela. Je zde však vyčíslena malá část těch, co byli propuštěni. Slovu propuštění jsem nerozuměla, nechápala jsem, jak mohl být pacient, který byl přijat v terminálním stádiu nemoci, propuštěn. Dostalo se mi vysvětlení. Někteří pacienti jsou do hospice přijati ve velmi zuboženém stavu. Pan ředitel Česal zmínil pacientku, která přijela do jejich hospice z nejmenovaného domova důchodců, kde se již rok nekoupala z důvodu jednak své nepohyblivosti, jednak proto, že ústav neměl k dispozici zařízení, které by umožňovalo koupat nepohyblivé pacienty tzv. švédskou vanu. Nejenom dostatečnou hygienou (hospic vlastní jak švédskou vanu, tak plošinu pro pacienty), ale i ostatní všestrannou péčí se někdy stav nevléčitelných pacientů zlepšil

natolik, že mohou být propuštěni. Někteří na kratší čas a opět se sem vrátí, někteří na delší čas, někteří ještě rok po propuštění žijí. Jde samozřejmě o výjimku, ale o výjimku, která mě zaskočila vzhledem k mé teoretické znalosti průměrného pobytu v hospicových zařízeních, které se konkrétně v Hospici sv. Štěpána pohybuje okolo 32 dnů.

- **Příjmy z vlastní činnosti**

Další můj otazník se týkal příjmů z vlastní činnosti. Nevěděla jsem, co si mám pod tímto pojmem představit. Říkala jsem si, že přece tady nikdo žádnou činnost už vytvářet a natož prodávat nemůže. Jak jsem se dozvěděla, jde o příjmy jednak z vlastní kuchyně – místní kuchařky vaří všem pacientům dle jejich případné diety a také pokrmy, které si mohou objednat lidé z okolí. Dále jde o příjmy z půjčování pomůcek, z poskytování ubytování a stravy příbuzným či stážistům. A v neposlední řadě jde o drobné výrobky, které opravdu sami pacienti vyrábí a prodávají se v malém krámku s ostatními základními potravinami a drogerií. Tato poslední informace mě zaujala nejvíce, a proto jsem se na ni ptala podrobněji. Zjistila jsem, že je to vlastně především zásluha sociálních pracovníků a rehabilitační sestry. Pod jejich vedením klienti malují na hedvábí, batikují, vystřihují nebo malují. I pacient upoutaný na lůžko může pro své blízké vytvořit hezký dárek. a část se jich právě prodává v místním krámku.

- **Negativní postoj odborné veřejnosti k osobní exkurzi**

Zarážející a nepochopitelnou se pro mě stala informace vedení zařízení, že politici, vedoucí pracovníci a ani samotní zaměstnanci sociálních odborů příslušných úřadů nemají zájem o stáže, návštěvy či alespoň informace. Docela vzhledem ke svému pracovnímu zařazení chápu, že těžko návštěvu hospice zařadí do programu krátké návštěvy hejtmana kraje či primátora velkého města, protože na tomto bodu není nic zábavného ani společenského. Co ale nechápu, je skutečnost, že nezájem projevují i osoby, které by měly projevovat zájem, například členové rady kraje pověřeni vedením resortu zdravotnictví a řada jiných dalších odborníků.

- **Příspěvek Statutárního města Liberec**

Z výroční zprávy, konkrétně z tabulky zastoupení podle krajů vyplynulo, že tři procenta pacientů byla z Libereckého kraje. Když jsem se vrátila z návštěvy hospice, požádala jsem primátora města Liberec Ing. Jiřího Kittnera, zda by z rozpočtu kanceláře primátora konkrétně položky příspěvky neposkytl Hospici sv. Štěpána příspěvek. Jako

vedoucí odboru kanceláře primátora vím, že příspěvky jednotlivým neziskovým i jiným organizacím a subjektům se poskytují v částce okolo pěti tisíc. Ze schválených deseti tisíc korun jsem měla tedy dobrý pocit. Od pana ředitele Česala jsme pak obdrželi vyúčtování příspěvku, z kterého vyplynulo, že obnos použili na nákup léků pro své pacienty. Město Liberec je tak uvedeno ve výroční zprávě za rok 2005 mezi ostatními 45 městy a obcemi, které podpořily provoz hospice.

Informace o použití příspěvku je uvedena jako příloha č. 7

- **Dědictví ve prospěch hospice**

V Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích mají nádhernou zahradu. Velkou a dobře udržovanou. Je na ní znát ruka zahradního architekta. Tato zahrada mohla být zrealizována díky závěti jedné z pacientek, která veškeré své jmění odkázala právě hospici. Nutno dodat, že se jedná o zatím jediný případ v historii tohoto zařízení.

Informační letáky o službách Hospice Sv. Štěpána jsou uvedeny jako příloha č. 5 a 6

2.3.5 Ověření předpokladů

Na základě zjištění uvedených v kapitole 2.3.3 lze konstatovat, že se potvrdily předpoklady uvedené v kapitole 2.3.2 bakalářské práce.

- *Lze předpokládat, že ekonomika hospiců je složitá*

Uvedený předpoklad se v případě Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích potvrdil. Vyplynulo to nejen z výročních zpráv zařízení, ale i z osobního rozhovoru s vedením hospice. Lze také usuzovat, že tato finanční situace bude v ostatních hospicích velmi podobná.

- *Lze předpokládat, že lůžkový hospic plní své poslání vyplývající z filozofie péče o terminálně nemocné*

Uvedený předpoklad se v Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích potvrdil. Toto zařízení pokrývá všechny potřeby klientů a kvalita péče je na vysoké úrovni. Ovšem s ohledem na různorodost hospicových zařízení je pravděpodobné, že tento závěr nelze zobecnit na zcela všechna zařízení podobného druhu v české republice.

- *Lze předpokládat, že část personálu má určité náboženské vyznání*

Tento předpoklad se potvrdil. Na mou přímou otázku mi ředitel Hospice sv. Štěpána Pavel Česal odpověděl: „zde mohou pracovat jen lidé, kteří se smířili se svou vlastní smrtí, ano, většina z nich jsou věřící“.

- *Lze předpokládat, že většina pacientů má trvalé bydliště v blízkém okolí*

I poslední předpoklad se potvrdil. Jeho potvrzení vyplynulo z výroční zprávy Hospice Sv. Štěpána z informace o zastoupení klientů podle okresů. Největší počet pacientů byl z okresu Litoměřice, dále pak z okresu Praha hl. město, Kladno, Mělník, Ústí nad Labem, Teplice, Česká Lípa, Liberec, Děčín, Louny, Mladá Boleslav a ostatní..

2.3.6 Zhodnocení ověření teoretických poznatků praxe

Cílů stanovených pro tuto část bakalářské práce bylo dosaženo. Nebyly sice uskutečněny návštěvy i jiných hospiců, aby bylo možné zobecnit všechny závěry, týkající se pokrytí potřeb terminálně nemocných, ale získaná poznání umožnila zpracování bakalářské práce. Zároveň všechny získané informace a především osobní návštěva rozšířila mé vědomosti a zkušenosti, které jsou důležité nejen pro sociální práci, pro pomáhající profese ale také pro náš běžný život, ve kterém má nemoc, utrpení, bolest, čekání na smrt a smrt své místo ať už se nám to líbí nebo ne.

2.3.7 Závěr z ověření teoretických poznatků praxe

Ověřením v praxi bylo konstatováno:

- financování hospicové péče je problematické, situace se o moc nezlepšila ani přijetím nového zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., platného od 1. 1. 2007
- kvalita péče Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích plní všechna poslání paliativní péče tak, jak je definuje Světová zdravotnická organizace („paliativní se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života“)
- většina zdravotního personálu, především sestry, byly věřící
- převážná většina klientů měla trvalé bydliště z okresu Litoměřice

2.4 Shrnutí výsledků praktické části

Realizací praktické části bakalářské práce bylo dosaženo předem stanovených cílů uvedených v kapitole 2.1. Jednalo se o cíl zjistit pomocí nestandardizovaného dotazníku názory obyvatel na péči o terminálně nemocné, jejich povědomost o hospicové péči a o cíl získat vlastní zkušenost osobní návštěvou hospice a ověřit si některé teoretické poznatky v praxi.

Praktickou část této práce tvoří dvě dílčí části a to dotazníková akce a ověření teoretických poznatků v praxi.

Dotazníkovou akci bylo zjištěno:

- že informovanost veřejnosti o hospicové péči se díky všem zainteresovaným zvyšuje
- že tradiční formy terminální péče (nemocnice, LDN) ustupují novým možnostem paliativní léčby (hospicová péče)
- že věřící občané mají k zařízení hospicového typu větší důvěru než nevěřící, současně právě této skupině respondentů by případná domácí péče o terminálně nemocnou blízkou osobu nedělala problém.
- že rozhodnutí využít hospicovou péči je závislé na dostupnosti hospiců v jednotlivých krajích.

Praktickým ověřením bylo zjištěno:

- financování hospicové péče je problematické, všichni zainteresovaní doufali, že situace se zlepší přijetím nového zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., platného od 1. 1. 2007, bohužel se tak nestalo
- kvalita péče Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích plní všechna poslání paliativní péče tak, jak je definuje Světová zdravotnická organizace („paliativní se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností lidí na konci života“)
- většina zdravotního personálu, především sestry, byly věřící
- převážná většina klientů měla trvalé bydliště z okresu Litoměřice

3 ZÁVĚR

Na základě zjištění, která jsou uvedena v teoretické části této bakalářské práce, a na základě výsledků průzkumu provedeného v rámci vypracování praktické části bakalářské práce lze konstatovat, že informovanost veřejnosti o možnostech paliativní péče postupně roste. Zároveň se vzrůstající informovaností roste i zájem o jiné, než tradiční formy terminální péče. Využití hospicové péče je přímo úměrné dostupnosti těchto zařízení v jednotlivých krajích. Konkrétně v Libereckém kraji dosud zařízení tohoto typu chybí, ale usnesením Rady Libereckého kraje byl termín realizace hospicového zařízení o kapacitě 20 až 25 lůžek stanoven na rok 2008. V zařízeních, která byla zřízena pro potřeby paliativní péče, je nabízena umírajícím a jejich blízkým účinná pomoc a důstojné podmínky. Různým formám utrpení, jímž jsou pacienti v terminální fázi nemoci vystaveni dovede široký profesionální tým lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů, psychoterapeutů atd. v hospicích účinně předcházet. Věřící občané se tradičně staví ke konečné fázi lidského života vzhledem ke své víře otevřeněji, smířlivěji, obětavěji. Zdravotnická zařízení, ve kterých se v současnosti terminální péče z velké části poskytuje, jsou sice schopna poskytnout dobrou úroveň zdravotní péče, ale všechny ostatní potřeby pacientů a jejich blízkých (psychologické, spirituální, sociální) jsou opomíjeny a tato zařízení je nemohou z různých objektivních důvodů uspokojit. Vzhledem k faktu, že hospic je specifickým zařízením, které se svým charakterem nachází na pomezí zdravotní a sociální složky péče, se termín hospic bohužel opět neobjevuje v novém zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., platného od 1. 1. 2007. Ačkoli je v hospicích poskytována řada sociálních služeb "lege artis", (podle zákona vědy) dle výkladu MPSV se na ně tento zákon nevztahuje. Proto také nemohou dostávat příspěvky na sociální péči, a to navzdory skutečnosti, že v drtivé většině případů pečují o klienty III. a IV. stupně závislosti. Odůvodnění je jednoduché: hospice jsou zdravotnickými zařízeními. Do té doby, než tento stav nebude systémově vyřešen, to znamená, že stát, respektive politici, schválí poskytování celistvé péče, musejí hospice - nestátní nezisková zařízení - ekonomicky přežít.

4 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ – DOPORUČENÍ

V souvislosti s uvedenými závěry lze i formulovat následující doporučení:

- Nadále prohlubovat informovanost veřejnosti o terminální péči, o potřebách pacientů v terminálních stavech.
- Zřídit hospicové zařízení v Libereckém kraji, nejlépe nový, lůžkový hospic.
- Zajistit možnost poskytování hospicové péče mobilním týmem včetně možnosti zapůjčení rehabilitačních pomůcek pro poskytování domácí hospicové péče.
- Vytvořit legislativní podmínky pro poskytování celistvé péče – zdravotní i sociální včetně jejího financování.

5 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 4. vyd. Praha: Ecce homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.

VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a kol. *Paliativní medicína*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 1998. ISBN 80-7262-034-7.

HAŠKOVCOVÁ H. *Práva pacientů*. 1. vyd. Havířov: nakladatelství Aleny Kutilové, 1996. ISBN 80-902163-0-7.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 1 . vyd. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-034-7.

DE HENNEZEL, Marie. *Smrt zblízka*. 1. vyd. Praha: 1997. ISBN 80-86006-15-8.

ELIAS, N. *O osamělosti umírajících*. 1. vyd. Praha: nakl. Franze Kafky, 1998. ISBN 80-85844-39-7.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic slovem a obrazem*. 1. vyd. Praha: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-1-0.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Specifika různých cílových skupina práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. s. 203. ISBN 80-7367-002-X.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospic Anežky České se představuje*. Červený Kostelec: Ecce homo, 1998. ISBN 80-902049-3-7.

KÜBLER-ROSSOVÁ, E. *Hovory s umírajícími*. 1. vyd. Hradec Králové: Signum unitatis, 1992. ISBN 80-85878-12-7.

MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ P. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál 2005. ISBN 80-7367-002-X.

Elektronické zdroje informací

<http://www.etf.cuni.cz/~library/>, BENEŠ, L. *Duchovní péče ve zdravotnických zařízeních*. Seminář na Evangelické teologické fakultě UK, Praha, 2000.

<http://www.cestadomu.cz/>, Hospicové občanské sdružení Cesta domů. Dokument *O organizaci paliativní péče*. Doporučení Rec Výboru ministrů Rady Evropy členským státům. 2004, s. 17.

<http://www.asociacehospicu.cz/onas.html>, Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče.

<http://hospice.cz/dokumenty/cisla.html>, *Několik čísel a myšlenek o péči o terminálně nemocné v ČR*, MUDr. Ondřej Sláma, IHOK FN Brno, Jihlavská 30, 639 00 Brno

<http://hospice.cz/dokumenty/anezkaceska.rtf>, Hospic Anežky České se představuje

[http://www.kraj-](http://www.kraj-lbc.cz/public/zastupitelstvo/zasedani/2006_09/pisemne_informace/j/duvodova_zprava.doc)

[lbc.cz/public/zastupitelstvo/zasedani/2006_09/pisemne_informace/j/duvodova_zprava.doc](http://www.kraj-lbc.cz/public/zastupitelstvo/zasedani/2006_09/pisemne_informace/j/duvodova_zprava.doc),

9. zasedání Zastupitelstva Libereckého kraje dne 31. 10. 2006 , 21. 12. 2006

Články v časopisech, periodikách

JENÍČKOVÁ, Z. *Pokojná smrt je naším lidským právem a zároveň výrazem nejvyšší dobročinnosti*. PHOENIX č. 3 2006.

MAREK, M. *Výroční zpráva 2004 – Hospic sv. Štěpána – Litoměřice*, 2005

MAREK, M. *Výroční zpráva 2005 – Hospic sv. Štěpána – Litoměřice*, 2006

SVATOŠOVÁ, M. *Společenská poptávka po hospicích roste*. Zdravotnické noviny, číslo 7, ročník XLVIII, 19. února 1999

SVATOŠOVÁ, M. *Podmínky pro přijetí do hospicové péče*. Zdravotnické noviny, číslo 37, ročník XLVIII, 19. září 1999

HOR, J. *Nemocnice spustila mobilní hospic*. Haló noviny.. 21. 12. 2004, rubrika Z krajů, s 13.

Přednáška

Přednáška MUDr. M. Svatošové „Hospic a umění doprovázet“, Jablonec n. N. Farní sbor Českobratrské církve evangelické, 30. 11. 2005

Ostatní zdroje

Informace obdržena poštou: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Modletická 1401/8, Praha. *Statistika dostupnosti lůžkové hospicové péče v ČR*.

6 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: *Dotazník* (viz. text – str. 29)

Příloha č. 2: *Potvrzení o účastni na odborném semináři „5. Den hospice“* (viz. text – str. 56)

Příloha č. 3: *Pozvánka na přednášku „Hospic a umění doprovázet“* (viz. text – str. 13)

Příloha č. 4: *Informační leták o Hospici Anežky České*“ (viz. text - str. 22)

Příloha č. 5 a 6: *Informační letáky o službách Hospice Sv. Štěpána* (viz. text - str. 63)

Příloha č. 7: *Informace o vyúčtování příspěvku Hospici sv. Štěpána* (viz. text - str. 63)

Příloha č. 8: *Žádost o přijetí pacienta do hospice* (viz. text – str. 23)

Příloha č. 1: Dotazník

Dotazník

Dobrý den,

věnujte prosím pár minut svého času zodpovězení následujících otázek. Dotazník je součástí bakalářské práce na téma „Hospicová péče“ a je určen k analýze názorů veřejnosti na toto téma.

Dotazník vyplňujte prosím čitelně, křížkem do odpovídající kolonky. Vyplnění je zcela anonymní a dobrovolné.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, které si velmi vážím.

Jolana Šebková
studentka 3. ročníku TU Liberec

1. Setkal(a) jste se někdy s pojmem hospic?

ano, vím co to je

ano, ale nejsem si jist(a), co to je

ne

V případě, že ne, následuje vysvětlení:

Hospic je specializované zařízení, poskytující všestrannou péči pro nevyléčitelně nemocné v závěrečné fázi jejich života (dny, maximálně týdny).

2. Navštívil(a) jste někdy osobně zařízení s hospicovou péčí?

ne, nikdy

ano, jako účastník „dne otevřených dveří“

ano, jako klient

ano, jako osoba blízká klientovi

3. Máte osobní zkušenost s úmrtím někoho z okruhu Vám blízkých osob?

ano

ne

4. Dal(a) by jste přednost hospicové péči před umíráním v nemocnici?

rozhodně ano

spíše ano

spíše ne

rozhodně ne

5. Víte kde se nachází nejbližší zařízení s hospicovou péčí?

ano

ne

přibližně

6. Myslíte, že takové zařízení existuje v Libereckém kraji?

ano

ne

nevím

7. V Případě, že by v Liberci nebo jeho okolí existoval hospic, uvažoval (a) by jste v případě nutnosti o jeho využití pro sebe či své nejbližší?

rozhodně ano

spíše ano

spíše ne

rozhodně ne

8. Domníváte se, že péče o umírající je v nemocnici dostatečná?

rozhodně ano

spíše ano

spíše ne

rozhodně ne

9. Využíváte Vy či Vaši rodiče službu sociální péče (Domov důchodců, Dům pro seniory, Dům s pečovatelskou službou, pečovatelskou službu)?

ano

částečně

ne

10. Myslíte si, že rodina je schopna podmínky pro terminálně nemocného vytvořit a zajistit sama domácí péči?

rozhodně ano

spíše ano

spíše ne

rozhodně ne

11. Myslíte si, že Vy osobně jste schopen (schopna) poskytnout dostatečnou domácí péči v případě vážného onemocnění blízké osoby?

rozhodně ano

spíše ano

spíše ne

rozhodně ne

12. Jste věřící? (obecně, jakékoli náboženské vyznání)

rozhodně ano

spíše ano

spíše ne

rozhodně ne

Dovolte mi ještě několik otázek, týkajících se Vaší osoby, které jsou důležité pro zpracování dotazníku a budou využity pouze anonymně ve statistické podobě.

13. Jakého jste pohlaví?

žena

muž

14. Kolik je Vám let?

15 – 25

26 – 40

41 – 60

61 a více

15. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

základní

střední odborné (vyučen v oboru)

úplné střední (maturita)

vysokoškolské

16. Jak velký je Váš byt?

karsonka - 1+1

2+1 - 3+1

4+1 – dvougenerační byt

rodinný dům

Velice Vám děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku

POTVRZENÍ O ÚČASTI

Potvrzujeme, že

Jolana ŠEBKOVÁ

se zúčastnil/a odborného semináře

5. Den hospice

(HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA v Litoměřicích)

KTERÝ SE KONAL DNE 12. 11. 2005 v Litoměřicích

Program semináře:

Psychologické a spirituální aspekty péče o nevyléčitelně nemocné, MUDr. GOLDMANNOVÁ Marie, Praha

Pastorační péče jako součást paliativní péče, MUDr. OPATRná Marie, Praha

Psychické aspekty terminální péče o geriatrické pacienty, MUDr. KALVACH Zdeněk, Praha

Význam smíření v terminální fázi onemocnění u mladistvých, Mgr. VÍTOVÁ Jana, Praha

Psychologické aspekty procesu smíření u nevyléčitelně nemocných, Prof. PhDr. KRÍVOHLAVÝ Jaró, CSc., Praha

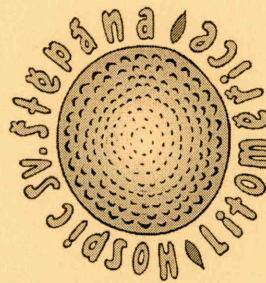
Prohlídka Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích

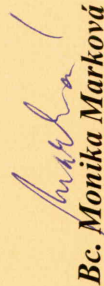
Seminář je hodnocen pro zdravotní sestry **3 kredity** v systému celoživotního vzdělávání.



MUDr. Josef Mališ

vedoucí lékař Hospice sv. Štěpána
a koordinátor akce





Bc. Monika Marková

vrchní sestra Hospice sv. Štěpána

Srdečně Vás zveme na přednášku

MUDr. MARIE SVATOŠOVÉ

zakladatelka hospicového hnutí v ČR

autorka řady knih: Až k prolítí krve, O naději...

„HOSPIC A UMĚNÍ DOPROVÁZET“

která se koná

ve středu 30.11.2005 v 18.00 hod.

ve Tarním sboru Českobratrské církve evangelické v Jablonci n.N.

Pod Baštou 10

NEZA VÍREJME OČI PŘED SKUTEČNOSTÍ ...

Informace: Tel: 721 667 754 nadeje.havlickova@vaznarni.cz



Hospic anežky České lůžková část



*...ot má smysl
i v té nejtěžší
situaci*

Příloha č. 4: Informační leták o Hospici Anežky České

HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ - LŮŽKOVÁ ČÁST UVAŽUJETE O PŘIJETÍ DO HOSPICOVÉ PÉČE

Jaké je vybavení hospice

Hospic Anežky České může přijmout 30 nemocných. K dispozici je 14 jednolůžkových pokojů s přistýlkou pro doprovod, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje. Všechny pokoje jsou s vlastním sociálním zařízením.



Kontakt s přáteli umožňuje, kromě jiného, **telefonní aparát** umístěný v každém pokoji.



Nutností je výběr dietní stravy, kterou umožňuje **vlastní kuchyně**. Jídlo podáváme v tepelně izolovaných nádobách - **menumobilech**.



Denním programem v hospici se snažíme nenásilnou formou co nejvíce přiblížit pacientovým potřebám.

Celý **objekt hospice je bezbariérový**, s možností vyjíždky na venkovní terasu, do zimní zahrady i na četná další venkovní i vnitřní posezení v jednotlivých částech budovy.

Jak je hospic financován

Provoz hospice je hrazen z více zdrojů. 55 % hraadí zdravotní pojišťovny, asi 9 % hradí pacient (tj. od 75. Kč/den, dle výše příjmu). Zbývající deficit (několik milionů korun ročně) musí hospic získat z dotací, od sponzorů a dárců. Největšími příspěvateli naší činnosti formou dotací je MPSV a Královéhradecký kraj.

Dárcům a sponzorům

Proč se bez Vaší pomoci neobejdeme?

Hospic Anežky České ve spolupráci s ostatními hospici v České republice se snaží iniciovat do stávající legislativy tzv. hospicové lůžko, vytvořit jeho definici a určit způsob financování. Prohlá řada jednání, ale zatím zůstává současný stav financování, kdy značná část krytí nákladů na provoz hospice schází. Proto děkujeme všem, kteří přispívají na činnost hospice a jeho rozvoj. Věříme, že na naše pacienty budete pamatovat i nadále. Dovolujeme si též připojit i výzvu k pomoci těm z vás, ke kterým se informace o daném projektu dostává prostřednictvím tohoto letáku teprve nyní.



NEJČASTĚJŠÍ OTÁZKY:

- *Je pravda, že z hospice se už nemohu vrátit domů?*

ENÍ!!!

i třetina všech nemocných, které do hospice jímáme, se po upravení léčby vrací zpět do domácího nebo pokračují v léčbě v nemocnici.



žvání s přibuznými.

- *Je pravda, že v hospici za mnou mohou navštěvovat i v nočních hodinách?*

IO!

ud si to nemocný přeje, mohou navštěvovat i žázet bez jakéhokoli omezení, možné jsou i šitévy čtyřmých miláčku.



Tato vana se zvedkem umožní koupel i plně imobilním pacientům.

- *Je pravda, že je v hospici možná rehabilitace?*

ČÁSTEČNĚ!

Rehabilitační sestra v našem hospici pracuje pouze na částečný úvazek a soustředí se především na prevenci komplikací při dlouhodobém upoutání na lůžku. Společně se zdravotními sestrami a ošetřovateli se snaží o maximální zachování soběstačnosti našich pacientů. Pokud však potřebujete intenzivní rehabilitaci, umístění v hospici pro Vás pravděpodobně není vhodné.



Příprava na vánoce.

- *Musí pacienti hospice trávit všechn svůj čas na jednolůžkovém pokoji, tedy většinu dne sami?*

V ŽÁDNÉM PŘÍPADĚ!

Pro pacienty, kteří jsou schopni pohybu sami nebo na kolečkovém křesle, jsou široké možnosti pohybu po objektu hospice i po okolí. Pacienti na lůžkách mají také možnost pohybu v rámci objektu - do kaple společenské místnosti, nebo na terasu hospice. Dále máme pravidelnou činnost ve výtvarné dílně, která je volně přístupná pacientům, kteří mají zájem.



Nemocní nemusí trávit čas pouze na pokojích ale i např. v této prostorné hale.

- *Je pravda, že se nebudete umět postarat o mou stomii, kanylu nebo rozsáhlý dekubit?*

NENÍ!

Sestry v hospici pracují podle nejnovějších poznatků moderního ošetřovatelství a veškerá ošetřovatelská péče je poskytována v nejvyšší kvalitě.

Recepce a prodejna

Každý den od 7.00 do 19.00 je otevřena při vstupu do hospice recepce a prodejna. Naši recepční – Marie Šířová a Pavla Skokanová nabízí široký sortiment výrobků (nápoje, slané, sladké, drogerie) a občerstvení (poháry, káva, čaj). Také je zde možné zakoupit výrobky klientů hospice.

Rehabilitace

V hospici není zajištěna intenzivní rehabilitace. Jde spíše o rehabilitaci zaměřenou na udržení zbývajících schopností nemocného. Podílí se na ní rehabilitační sestra Dagmar Pelikusová spolu se zdravotnickým personálem. Rehabilitační sestra pracuje pouze na částečný úvazek, proto není možné věnovat se pravidelně každému nemocnému.

Budete-li mít zájem o podrobnější informace, obraťte se bez obav na pracovníky hospice. Rádi Vaše otázky zodpovíme.

Pokud budete mít jakékoli připomínky ke kvalitě ošetrovatelské a lékařské péče obraťte se na vrchní sestru Bc. Moniku Markovou nebo na ředitele hospice Pavla Česala.

Využití volného času

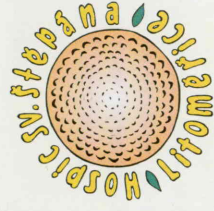
Dobrovolníci – jsou lidé, kteří dochází pravidelně do hospice a navštěvují nemocné. K jejich činnosti patří doprovod pacientů na procházky, předčítání, zajištění nákupů, popovídání si ad. Podrobné informace týkající se dobrovolnictví naleznete na nástence u vstupu do hospice. Také se můžete obrátit na koordinátorku dobrovolníků Bc. Janu Křenkovou.

Dílnička – každé pondělí a středu se může nemocný nebo rodinný příslušník sejit spolu se sociální pracovnící a s rehabilitační sestrou na jídelně hospice a vyzkoušet si nejrůznější aktivity (malování na hedvábí, batikování, ubrousková technika, vánoční a velikonoční výzdoba aj.). Program setkání je vždy přizpůsoben individuálním požadavkům účastníků.

Odpolední posezení u kávy – posezení se sestřičkami, dobrovolníky, stážisty a spolupacienty je běžnou součástí dne v hospici.

Kulturní akce – pravidelně pořádáme koncerty, představení, opékání vuřtů, pálení čarodějnic ad. Na tyto akce jsou zváni i rodinní příslušníci.

Knihovna – ti, kdo rádi čtou, jistě využijí širokou nabídku naší knihovny. Knihovna se nachází ve společenské místnosti v 1. patře.



HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA
v Litoměřicích

INFORMACE PRO RODINY, JEJICHŽ BLÍZKÝ JE HOSPITALIZOVÁN V HOSPICI SV. ŠTĚPÁNA

Dovolte, abychom Vám krátce představili

Hospic sv. Štěpána a seznámili Vás s možnostmi,
které Vám i Vašemu nemocnému nabízí.

Hospic sv. Štěpána

je nestátní zdravotnické zařízení. Pečuje o vážně nemocné, a přispívá ke zkvalitnění jejich života. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, bude vždy respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života ne-zůstane sám.

Co si má vzít nemocný s sebou:

- občanský průkaz, průkazku zdravotní pojišťovny, kopii rodného listu a platný důchodový výměr nemocného;
- léky, které běžně užívá (nebo recept od lékaře);
- pomůcky, které běžně používá (berle, hůl, vozík, naslouchadlo, apod.);
- toaletní potřeby, pyžama nebo noční košile, župan (pokud si přádló chcete nechat prát u nás, je nutno ho označit jménem), pohodlné oblečení na den, oblečení pro pobyt nebo pohyb venku (i ležící pacienti mohou za hezkého počasí pobývat na terase nebo v blízkém okolí hospice), event. společenské šaty (občas bývá v hospici koncert, apod.), domácí obuv na přezutí;
- preferujeme naše ručníky, žínky, lužkoviny apod., protože dochází k záměně;
- je možné si přinést i menší televizor;
- uvítáme, pokud přivezete to, co má Váš blízký rád, např. fotografie ze života, a pokud budete mít chuť můžete nám sepsat jeho krátký životopis.

Naše služby:

Komplexní zdravotní a ošetrovatelská péče

Je poskytována odborným zdravotnickým a ošetrovatelským personálem. Sestry pracují podle nejnovějších poznatků moderního ošetrovatelství a veškerá péče je poskytována v nejvyšší kvalitě.

Za ošetrovatelskou péči odpovídají:

Bc. Monika Marková – vrchní sestra

Mgr. Věra Vítová – staniční sestra

Nepřetržitá lékařská služba

Lékařská péče je zajištěna po celých 24 hodin. Každý den lékař navštěvuje nemocné a zabývá se jejich problémy. V hospici není možné provádět žádné větší a složitější výkony, pokud jsou třeba, překládáme pacienta do nemocnice.

Lékařskou službu zajišťují:

MUDr. Josef Malíš – vedoucí lékař

MUDr. Marek Sekera

MUDr. Magdaléna Dzvijačková

MUDr. Eva Hvizďalová

MUDr. Ondřej Štěrba

MUDr. Tereza Dvořáková

Sociální poradenství

Pokud se dostanete do situace, se kterou si nevíte rady, potřebujete napsat žádost o různé sociální příspěvky, zorientovat se v sociálních službách aj. obraťte se na sociální pracovníci Bc. Janu Křenkovou, která je přítomna v pracovní dny.

Neomezené návštěvy

Návštěvy nejsou nijak omezeny. Nemocného můžete navštívit kdykoli (24 hodin denně, 365 dní v roce), kdokoli (dětí, zvířata aj.). Vždy záleží na přání pacienta.

Ubytování a stravování rodinných příslušníků

Jestliže budete mít zájem o ubytování společně s vaším blízkým využijte přístýlku, která je k dispozici na každém pokoji. Přespání na příštýlce přímo na pokoji nemocného není třeba hlásit předem. V případě ubytování vícečlenného doprovodu je třeba domluvit s personálem alespoň 2 dny dopředu. Cena za ubytování je 50,- Kč/noc.

Rozhodnete-li se v hospici stravovat máte k dispozici plně vybavenou kuchyňku (dvouplotýnkový vaříč, nádobí, lednice, mikrovlnná trouba) a nebo si můžete jít za příslušný poplatek objednat u služby konající sestry. Zajišťujeme celodenní stravu – snídani (25,-), oběd (50,-) a večeři (50,-). Je možné vybrat si jen jednotlivá jídla.

Veškeré úhrady se vyřizují na sekretariátě u paní Ivy Krivánkové.

Duchovní péče

V hospici se konají pravidelné katolické bohoslužby – vždy v úterý, čtvrtek a sobotu od 16.00.

Pokud nemocný projeví přání, je možná i návštěva duchovního přímo na pokoji nemocného.

Vedle katolické církve spolupracujeme i s ostatními církvemi, např. s pravoslavnou církví, s bratrskou jednotou baptistů, s církví adventistů sedmého dne, s církví československou husitskou, s církví česko-bratrskou evangelickou, s církví evangelickou metodistickou aj.

Psychologická péče

V této, pro Vás velmi náročné době, je nejen našim pacientům, ale i Vám, jejich nejbližším, k dispozici také naše psychologka Mgr. Klára Vaňová.

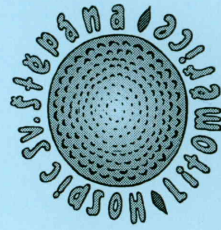
HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA, LITOMĚŘICE PORADNA A PŮJČOVNA POMŮCEK

S platností od 1. září 2004 se upravují sazby půjčovného u některých pomůcek následovně:

POMŮCKA	záloha	poplatek*
Antidekubitární matrace s kompresorem	1.000,- Kč	210,- Kč
Kontinuální dávkovač	3.000,- Kč	360,- Kč
Chodítko pojízdné	200,- Kč	120,- Kč
Chodítko skládací	200,- Kč	120,- Kč
Infúzní stojan	200,- Kč	90,- Kč
Invalidní vozík AUDY	2.000,- Kč	210,- Kč
Koncentrátor kyslíku Vivo 2	6.000,- Kč	510,- Kč
Koncentrátor kyslíku Zefyr 5	6.000,- Kč	570,- Kč
Odsávací jednotka	2.000,- Kč	300,- Kč
Pasivní antidekubitní matrace	500,- Kč	90,- Kč
Polohovací lůžko s příslušenstvím (kovové)	5.000,- Kč	540,- Kč
Polohovací lůžko TERNO (dřevěné doplňky)	5.000,- Kč	600,- Kč
Toaletní vozík	1.000,- Kč	210,- Kč
Toaletní židle	500,- Kč	120,- Kč
Zvedací zařízení do vany	3.000,- Kč	300,- Kč

* poplatek je v Kč za měsíc (30 dní), při kratším využití pomůcky se částka poměrně krátí

Půjčovna je otevřena PO – PÁ od 8:00 do 14:00 hod.
Pokud chcete přijít v jinou dobu, kontaktujte nás prosím předem na tel. 416 733 185-7
nebo e-mail: pujcovna@hospiclitomerice.cz



JAK NÁS MŮŽETE KONTAKTOVAT?

osobně v Hospici sv. Štěpána:
Hospic sv. Štěpána
Poradna a půjčovna pomůcek
Rybařské nám. 662/4
412 01 Litoměřice

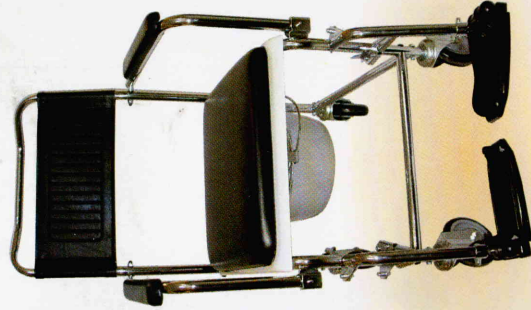
telefonicky:
+420 416 733 185-7
+420 723 199 981

e-mailem:
pujcovna@hospiclitomerice.cz

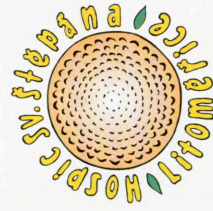
PODROBNÉ INFORMACE ZÍSKÁTE TAKÉ NA
www.hospiclitomerice.cz

Poradna a půjčovna pomůcek
je otevřena každý pracovní den
od 8:00 do 14:00 hod.

Po předchozí domluvě Vám vyjdeme vstříc
i v jinou dobu.



Toaletní vozík



HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA
v Litoměřicích

PORADNA
A PŮJČOVNA
POMŮCEK

Život je cesta. Má začátek, má i konec,
obojí k cestě patří a do velké míry ji určuje.
Když máme hodně sil a svižně kráčíme životem,
umíme být stateční a samostatní.
Když však na svět přicházíme
a když z něj odcházíme,
často tolik sil nemáme. Jsme křehcí.
Potřebujeme mít nablízku ty, kteří nám rozumějí
a kteří nám dokáží pomoci.

Co můžeme poskytnout

Uvědomujeme si, že pro každého je důležité být ve známém, milém prostředí, být doma. Zároveň víme, že rodiny, které mají ve svém středu těžce nemocného člověka, často stojí před velmi složitými situacemi, se kterými se nikdy dříve nesetkali. Rádi bychom Vám v těchto situacích stáli po boku a podělili se s našimi zkušenostmi. Můžeme Vám pomoci svou zkušeností, radou nebo prostě jen lidskou přítomností.

Chceme Vám pomoci prakticky

Nabízíme Vám řadu pomůcek, které vám usnadní pobyt v domácnosti v případě, že hospitalizace ve zdravotnickém zařízení není z léčebných důvodů nezbytně nutná. Pokud se potýkáte s bariérami svého bytu, jsme schopni vám poradit ve výběru modelu a pomůcek do koupelny, WC či obytných místností.



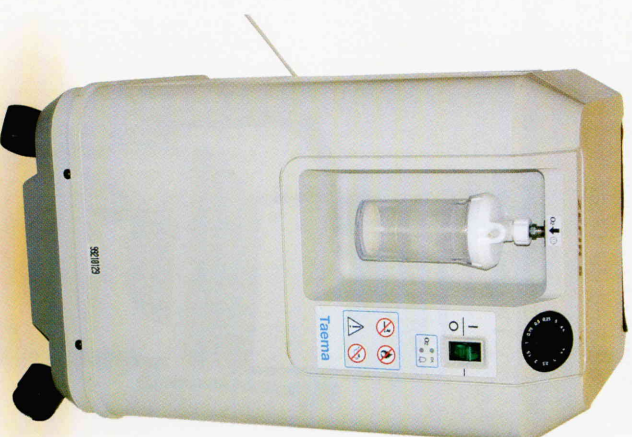
Kontinuální dávkovač

Jaké jsou ceny?

Poradenské služby poskytujeme zcela zdarma, za zapůjčení pomůcek účtujeme minimální poplatek, který pokrývá režijní náklady na pomůcku. Při zapůjčení složíte zálohu, která vám bude po vrácení pomůcky vyplacena zpět.

Velkou výhodou naší poradny a půjčovny pomůcek je návaznost na státní lůžkové zařízení – Hospic sv. Štěpána – s dobře fungujícím multidisciplinárním týmem – lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelky, sociální pracovník, duchovní, psycholog. I s jejich podporou můžeme poradit každému, kdo to potřebuje:

- nemocným, jejichž nemoc je velmi vážná, neléčitelná a postupně se zhoršuje;
- jejich blízkým příbuzným a přátelům;
- lidem, kteří mají obavu, že jejich nemoc je vážnější, než jim bylo sděleno;
- všem, kteří chtějí někomu známému pomoci a nevědí, jak na to.



Koncentrátor kyslíku



HOSPIC SV. ŠTĚPÁNA

RYBÁŘSKÉ NÁM. 662/4, 412 01 LITOMĚŘICE

460 59

Magistrát města Liberec
Kancelář primátora
Nám. Dr.E.Beneše 1
Liberec

EC 0231951/2005



Podáno: 16. 11. 2005

váš dopis značky/ze dne **16 - 11 - 2005** naše značka **16 - 11 - 2005** Č. dopor. **16 - 11 - 2005**

MAGISTRÁT MĚSTA LIBEREC Kancelář tajemníka - podatelna		Č. dopor.
Došlo: 16 - 11 - 2005	Zpracov.	
Věc: _____	Ukl. znak	

vyřizuje/linka

místo odeslání (datum)

V Litoměřicích 14. listopadu 2005

Vyúčtování příspěvku .

V příloze vám zasílám vyúčtování příspěvku, který jste našemu nestátnímu zdravotnickému zařízení, Hospici sv. Štěpána v Litoměřicích, pro rok 2005 poskytli dne ve výši 10.000,- Kč.

Finanční prostředky jsme použili na nákup léků pro naše pacienty. Kopii faktury a výpis z účtu přikládáme.

Děkujeme a věříme, že i nadále nám zachováte svoji přízeň.

S pozdravem a přáním všeho dobrého



Pavel Česal
ředitel hospice



ŽÁDOST

O PŘIJETÍ PACIENTA DO HOSPICE SV. ŠTĚPÁNA V LITOMĚŘICÍCH

PACIENT	Příjmení		Jméno, titul	
	Rodné číslo	Rodné příjmení		Stav
	Povolání (i dřívější)		Zdravotní pojišťovna	
	Adresa trvalého bydliště		PSČ	
	Telefon			
	Adresa nynějšího pobytu (není-li shodná s trvalým bydlištěm)		PSČ	
	Telefon			
NEJBLIŽŠÍ OSOBA PACIENTA (příbuzná nebo jiná, kterou si určil pacient)				
Jméno a příjmení				Vztah
Adresa				PSČ
Tel. ve dne		Tel. večer a v noci		
KDO PŘEVEZME PÉČI O PACIENTA PO EVENT. PROPUŠTĚNÍ (není-li shodná s nejbližší osobou)				
Jméno a příjmení				Vztah
Adresa				PSČ
Tel. ve dne		Tel. večer a v noci		
LÉKAŘI	ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ		PRAKTICKÝ LÉKAŘ	
	Jméno		Jméno	
	Adresa		Adresa	
Diagnózy – uveďte priority podle závažnosti příznaků, event. přiložte propouštěcí zprávu:				
Znamé alergie:				Kuřák ANO - NE
				Dieta:
PŘÍBUZNÍ				
DIAGNÓZY				

Dosavadní a současná terapie – vyplňte přesně, včetně dávkování
(pokud není uvedena v propouštěcí zprávě)

CO OD HOSPICE OČEKÁVÁ	Odes. lékař	Pacient	Rodina
Přechodnou péči na ošetrovatelském lůžku od do	ANO - NE	ANO - NE	ANO - NE
Terminální péči na ošetrovatelském lůžku	ANO - NE	ANO - NE	ANO - NE
Léčbu bolesti	ANO - NE	ANO - NE	ANO - NE
Léčbu dalších symptomů – kterých:	ANO - NE	ANO - NE	ANO - NE
Ubytování člena rodiny u nemocného	ANO - NE	ANO - NE	ANO - NE
Co ještě:	ANO - NE	ANO - NE	ANO - NE

Pacient je informován o své diagnóze	Pacient je informován o své prognóze	Rodina je o prognóze informována
☐ pravdivě	☐ pravdivě	☐ pravdivě
☐ částečně	☐ částečně	☐ částečně
☐ vůbec	☐ vůbec	☐ vůbec

Chce pacient o své situaci mluvit ? ANO - ALESPŇ OBČAS - NE

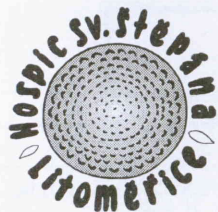
„SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA “ PŘIKLÁDÁM.
(je podmínkou přijetí)

Pacient má příplatek na „Bezmocnost“: ANO - NE
O „Bezmocnost“ žádáno dne:

V dne

.....
razítko a podpis lékaře

Žádost zašlete k rukám vedoucího lékaře do *Hospice sv. Štěpána,*
Rybářské nám. 662, 412 01 Litoměřice ☎ 416 733 185 - 7



SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

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 rozhodnout, má mít potřebné znalosti. Proto se na Vás obracíme s následující informací.

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

Myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Je třeba si uvědomit, že lékařská věda v dnešní době 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 pro vás byla jen zdrojem nových nepříjemných vedlejších účinků, ale život prodloužit nemůže. Zde je pak na místě léčba, kterou Vám může nabídnout hospic. Jejím cílem není prodloužování, ale kvalita života. Nejsme pánem nad životem a smrtí, nemůžeme nikomu život prodloužit, a proto to ani neslibujeme. Nebudeme ho však také zkracovat žádnou eutanázií. Chceme se snažit, aby Váš život byl až do svého konce hodnotný. Hospic nemocnému slibuje, že

- *nebude trpět nesnesitelnou bolestí*
- *bude vždy respektována jeho lidská důstojnost*
- *v posledních chvílích nezůstane osamocen*

Lékař v hospici vědomě upouští od všech léčebných zákroků a postupů, které nemohou zlepšit kvalitu života nemocného. A naopak ordinuje všechno to, co kvalitu života zlepšit může. Toto kritérium je v hospici rozhodující. Domnívá-li se nemocný, že kvalitu jeho životalepší přítomnost milované osoby, může si ji vzít do hospice i na celou dobu pobytu. Pro tento účel máme připraveno 22 jednolůžkových pokojů s přistýlkou a vlastním příslušenstvím. Základní informace a ceník úhrad najdete na druhé straně tohoto listu. Chceme, aby váš souhlas byl opravdu svobodný a informovaný.

Máte-li další otázky, rádi je zodpovíme na tel. čísle 416 733 185 - 7

ZDE Odstříhnete, horní část si ponechá pacient, dolní příloží lékař k žádosti o přijetí



SVOBODNÝ INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

příloha k „Žádosti o přijetí do Hospice sv. Štěpána“

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom toho, že cílem péče není prodloužení života, ale jeho kvalita, a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit. Zároveň souhlasím s použitím svých osobních, zdravotních a citlivých údajů pro potřeby zdravotní dokumentace Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích.

V dne

.....

podpis pacienta

INFORMACE PŘED PŘIJETÍM

Co si vzít s sebou ?

- léky, které běžně užíváte (nebo recept od lékaře), pomůcky, které běžně používáte (berle, hůl, vozík, naslouchadlo, apod.), toaletní potřeby, pyžama nebo noční košile, župan (pokud si prádlo chcete nechat prát u nás, je nutno si ho označit jménem), pohodlné oblečení na den, oblečení pro pobyt nebo pohyb venku (i ležící pacienti mohou za hezkého počasí pobývat na terase nebo v blízkém okolí hospice), event. společenské šaty (občas bývá v hospici koncert, apod.), domácí obuv na prezutí, je možné si přinést i menší televizor.
- nezapomeňte **občanský průkaz, průkazku zdravotní pojišťovny, kopii rodného listu a platný důchodový výměr**

Jak je to v hospici s návštěvami ?

- Protože cílem hospicové péče je maximálně možné zlepšení kvality života nemocných, návštěvy jsou u nás neomezené (24 hodin denně, 365 dní v roce) Z téhož důvodu si nemocný může do hospice vzít i blízkého člověka.

Jak je to s placením ?

- Pouze část nákladů na lůžko a den hradí hospici zdravotní pojišťovny, ostatní finance musíme získat od dárců a sponzorů. Proto si i pacient podle svých možností přispívá na pobyt.
- S platností od 1. 10. 2002 se platby upravují následujícím způsobem:

Pacient s příjmem	do 5.000,- Kč	95,- Kč denně (cca 2.850,- Kč měsíčně)
od 5.000,- Kč	do 6.000,- Kč	115,- Kč (cca 3.450,- Kč)
od 6.000,- Kč	do 7.000,- Kč	135,- Kč (cca 4.050,- Kč)
od 7.000,- Kč	do 8.000,- Kč	155,- Kč (cca 4.650,- Kč)
od 8.000,- Kč	do 9.000,- Kč	175,- Kč (cca 5.250,- Kč)
nad 9.000,- Kč		200,- Kč (cca 6.000,- Kč)

Při respitním pobytu platí pacient 220,- Kč denně.

- Ze sociálních důvodů lze částku snížit.
- Příbuzný, který se u nemocného ubytuje, platí 40,- Kč denně. Stravování si může zajišťovat sám (lze použít kuchyňku na oddělení) nebo si může po dohodě s personálem jídlo objednat u nás.

POBYT PŘÍBUZNÉHO V HOSPICI JE NEJLEPŠÍM DAREM, KTERÝ MŮŽE RODINA NEMOCNÉMU DÁT.

S přáním všeho dobrého

Bc. Monika Marková
vrchní sestra

07 09 2005

5218

Faktura / Danovy doklad

Jako var. sym. použijte číslo faktury
Číslo : 0524181-LEKY-

Dodavatel :
Pokratická lékárna
JEPHARMA, s.r.o.
Pokratická 500/58
Litomerice
PSC : 41201
Bankovní spojení :
GE Money Bank
167698076 / 0600
IČO : 25484354
DIČ : CZ25484354
Telefon : 416744178
Registrace u Kraj. soudu v Ústí n.L. oddíl C, vložka 20330

Odberatel :
Hospic Sv. Stepana
Sdružení pro založení hospice
Rybářské náměstí 4/662
412 01 Litomerice

IČO : 65081374
DIČ :

Datum zdaniteln. plnění : 31/08/2005
Datum vystavení : 01/09/2005

Datum splatnosti : 15/09/2005

Fakturujeme Vám za dodané zboží

dle příloženého dodacího listu číslo : 000379

Základ	0.0%	DPH :	0.00	Kč
	0.0%	DPH :	0.00	Kč
Základ	5.0%	DPH :	23810.88	Kč
	5.0%	DPH :	1190.54	Kč
Základ	19.0%	DPH :	0.00	Kč
	19.0%	DPH :	0.00	Kč

Kontrolní suma základu : 23810.88 Kč
Kontrolní suma DPH : 1190.54 Kč

Fakturujeme Vám celkem částku : 25001.40 Kč

Vystavil : Ing. Jerabková Ilona

JEPHARMA s.r.o. s.r.o.

55
476
000
razitko, podpis
Pokratická 500/58, 412 01 Litomerice
Provozovna: Pokratická lékárna
DIČ: CZ25484354
TEL: 416744178

Převzal :

Při nedodržení termínu splatnosti účtujeme úrok z prodlení 0.5 promile
dle Obchodního zákoníku.

7P 16.9.

K

Podaci list cislo: /379 ze DNE :01/09/2005

Podbratel : Hospic Sv. Stepana

Icz : 55038000

Cis.odb. : 3

Podavatel : Pokraticka lekarna

Ico : 25484354

Dic : CZ25484354

0% DPH = Osvobozeno od DPH

Registrace u Kraj. soudu v Usti n.L. oddil C, vložka 20330

Provozovatel : JEPHARMA, s.r.o.

Por. Kod Nazev zbozi Mnozstvi Prod_cena Cena_celkem Sazba DPH

5. Ostatni

1. Leky registrovane

46432 DEXOKET	POR TBL FLM 10X25MG	2.00	99.90	199.80	5.0%
83318 DIGOXIN 0.125 LECIVA	TBL 30X0.125MG	6.00	19.00	114.00	5.0%
44057 TAMOXIFEN EBEWE 20	TBL 30X20MG	4.00	111.20	444.80	5.0%
87662 AMICLARAN	TBL 50X5MG	4.00	37.90	151.60	5.0%
46432 DEXOKET	POR TBL FLM 10X25MG	6.00	99.90	599.40	5.0%
31926 GANATON	TBL OBD 40X50MG	1.00	444.00	444.00	5.0%
76205 HYDROCORTISON	TBL 20X10MG	9.00	47.10	423.90	5.0%
76205 HYDROCORTISON	TBL 20X10MG	1.00	46.40	46.40	5.0%
2816 LACTULOSA INFUSIA	SIR 1X500ML 50%	1.00	259.10	259.10	5.0%
2816 LACTULOSA INFUSIA	SIR 1X500ML 50%	3.00	259.10	777.30	5.0%
13731 LISKANTIN	TBL 100X250MG	1.00	235.40	235.40	5.0%
45324 MUCOSOLVAN	TBL 20X30MG	4.00	61.90	247.60	5.0%
84398 NEURONTIN 100MG	CPS 100X100MG	2.00	566.80	1133.60	5.0%
230 NITRAZEPAM SLOVAKOFARMA	TBL 10X5MG	2.00	14.10	28.20	5.0%
230 NITRAZEPAM SLOVAKOFARMA	TBL 10X5MG	4.00	14.10	56.40	5.0%
96056 RANISAN	TBL OBD 30X150MG	6.00	55.90	335.40	5.0%
62315 BETADINE	LIQ 1X30ML	2.00	54.70	109.40	5.0%
53621 QUESTRAN	PLV 50X4GM/DAVKA	1.00	457.90	457.90	5.0%
811 SANORIN	LIQ 10ML 0.05%	2.00	37.40	74.80	5.0%
94918 AMBROBENE	TBL 20X30MG	2.00	18.00	36.00	5.0%
12892 AULIN	TBL 30X100MG	6.00	144.50	867.00	5.0%
93124 FAKTU	UNG 1X20GM	10.00	47.90	479.00	5.0%
46991 IMODIUM	20X2MG	6.00	120.00	720.00	5.0%
88635 INFADOLAN	UNG 1X30GM	6.00	30.90	185.40	5.0%
91836 TORECAN	INJ 5X1ML/6.5MG	10.00	57.00	570.00	5.0%
58827 FORTTRANS	PLV 1X4SACKY	1.00	242.70	242.70	5.0%
58827 FORTTRANS	PLV 1X4SACKY	1.00	242.70	242.70	5.0%
88708 ALGIFEN	TBL 20	6.00	41.10	246.60	5.0%
66829 AMOCLEN	CPS 30X500MG	1.00	151.50	151.50	5.0%
96578 BACTROBAN	UNG 1X15GM	6.00	113.40	680.40	5.0%
62316 BETADINE	LIQ 1X120ML	1.00	120.40	120.40	5.0%
62316 BETADINE	LIQ 1X120ML	1.00	148.30	148.30	5.0%
11140 CLEXANE	INJ SOL2X0.4ML/40MG	2.00	297.20	594.40	5.0%
46432 DEXOKET	POR TBL FLM 10X25MG	6.00	99.90	599.40	5.0%
4345 DIAPREL (DIAMICRON)	TBL 60X80MG	4.00	195.90	783.60	5.0%
32015 IBALGIN (IBUPROFEN)	CRM 1X50GM/2.5GM	6.00	62.40	374.40	5.0%
91788 NEUROL	TBL 30X0.25MG	4.00	31.00	124.00	5.0%
91788 NEUROL	TBL 30X0.25MG	2.00	31.00	62.00	5.0%
86656 NEUROL	30 X 1 MG	10.00	74.70	747.00	5.0%
56638 BONEFOS 800 MG	TBL OBD 60X800MG	1.00	5938.00	5938.00	5.0%
2477 DIAZEPAM SLOVAKOFARMA	TBL 20X5MG	10.00	7.20	72.00	5.0%
88217 LEXAURIN	TBL 30X1.5MG	4.00	27.20	108.80	5.0%
55824 NOVALGIN	INJ 5X5ML/2500MG	4.00	77.20	308.80	5.0%
7981 NOVALGIN	INJ 10X2ML/1000MG	4.00	148.90	595.60	5.0%
297 SODANTON	TBL 20X100MG	4.00	16.00	64.00	5.0%
3688 SUPPOSITORIA GLYCERINI LECIVA	SUP 10X2.35GM	10.00	21.80	218.00	5.0%
4178 TRIAMCINOLON E LECIVA	UNG 1X20GM	4.00	38.40	153.60	5.0%
2829 TRIAMCINOLON LECIVA	UNG 1X10GM 0.1%	2.00	26.10	52.20	5.0%
54249 SUSPENSIO ZINCI OXYDATI HERBAC.	SUS 1X100GM	1.00	45.80	45.80	5.0%
32992 ATROVENT N	INH SOL PSS200X20RG	2.00	238.30	476.60	5.0%
10140 DHC CONTINUS 90 MG	PORTBLRET60X90MG B	2.00	1156.70	2313.40	5.0%
13379 SEPTOFORT ORM.PAS.12X2MG-BLISTR		4.00	34.90	139.60	5.0%
2931 VENTOLIN INHALER N	AER DOS 200X100RG	2.00	97.10	194.20	5.0%

2. Suroviny a pomocny material pro pripravu IPL

99999 SOLUTIO RIVANOLI 1%.	1L	2.00	86.85	173.70	5.0%
99999 HYPERMANGAN	10G	2.00	16.66	33.33	5.0%

Soucet : 25001.42 Kc

Suma Taxalaborum : 0.00 Kc

Jiz dodano za: 25001.42 Kc

Vydal (podpis) : Ing. Jerabkova Iлона