

UNIVERZITA KARLOVA
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra systematické teologie a filosofie

Helena Kaucká

Domácí hospice a paliativní péče

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. Libor Ovečka, Th.D.

Praha 2021

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Dobřichovicích dne 8. 7. 2021

Helena Kaucká

Bibliografická citace

Domácí hospice a paliativní péče [rukopis] : diplomová práce / Helena Kaucká ; vedoucí práce: Libor Ovečka. -- Dobřichovice, 2021. -- 86 s.

Anotace

Ve své diplomové práci na téma „Domácí hospice a paliativní péče“ se zabýváme hospici domácími a v menší míře lůžkovými. Dále pojednáváme o paliativní péči, marné léčbě, eutanazii a dříve vyslovených přáních. Práce se také zabývá legislativními zákony či předpisy ohledně hospicové paliativní péče i obecně o zdravotnictví a etice. V práci jsou zmíněny mobilní týmy hospiců, konziliární týmy paliativní péče v nemocnicích, péče o terminálně nemocné pacienty. Je zdůrazněna důležitost přítomnosti blízkých v době umírání pacienta, také nedostatek paliativních lůžek v České republice a malá obeznámenost veřejnosti s hospicovou péčí, dříve vysloveným přáním a též s domácími hospici jako alternativou k eutanázii.

Klíčová slova

hospice, paliativní péče, paliativní lůžko, pacient, terminální stav, mobilní tým hospice

Abstract

In our diploma thesis „Home hospice and palliative care“ we deal with home hospices and, to a lesser extent, inpatient hospices. We also discuss palliative care, futile treatment, euthanasia and previously expressed wishes. The work also deals with legislative laws or regulations regarding hospice palliative care and health care in general and ethics. The work mentions mobile hospice teams, palliative care counseling teams in hospitals, care for terminally ill patients. The importance of the presence of loved ones at the time of the patient's death, the lack of palliative beds in the Czech Republic and the little public awareness of hospice care, previously expressed wishes and other home hospices as an alternative to euthanasia are determined.

Keywords

hospice, palliative care, palliative bed, patient, terminal condition, mobile hospice team

Počet znaků (včetně mezer): 168192

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce docentu Ovečkovi, za jeho ochotné a trpělivé vedení při psaní mé diplomové práce a za jeho cenné rady a pomoc. Velký dík patří i mé rodině za podporu.

Obsah

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod | 8 |
| 1. Vymezení pojmu hospic | 9 |
| 1.1. Výhody hospicové péče | 10 |
| 1.2. Historie hospiců | 13 |
| 2. Vymezení pojmu mobilní (domácí) hospic | 16 |
| 2.1. Výhody mobilních (domácích) hospiců | 16 |
| 3. Legislativa v České republice v souvislosti se zdravotnictvím, respektive paliativní péčí | 22 |
| 3.1. Paliativní péče v trestním právu | 34 |
| 3.2. Přestupky na úseku paliativní péče | 36 |
| 3.3. Průnik připravované novely zákona o sociálních službách a paliativní péče | 37 |
| 3.4. Ukončení léčby v judikatuře ESLP | 40 |
| 4. Marná léčba | 41 |
| 5. Paliativní péče | 47 |
| 5.1. Zkušenosti s paliativní péčí hospiců | 52 |
| 6. Eutanázie | 58 |
| 7. Kazuistika (příklady péče o jednotlivé pacienty) | 62 |
| 8. Stav hospiců v České republice | 65 |
| 8.1. Přehled mobilních (domácích) hospiců | 69 |
| • 1. Domácí hospic Brno | 69 |
| • 2. Domácí hospic David, Charita Kyjov | 70 |
| • 3. Domácí hospic Duha, o.p.s. - domácí hospic | 70 |
| • 4. Domácí hospic Duha, o.p.s. - domácí hospic | 70 |
| • 5. Domácí hospic Setkání, o.p.s. - domácí hospic | 70 |
| • 6. Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích – domácí hospic | 71 |
| • 7. Domácí hospic Vysočina, o.p.s. | 71 |
| • 8. DOMOV-plzeňská hospicová péče, z. ú. -domácí hospic | 71 |

| | |
|--|-----|
| • 9. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa | 71 |
| • 10. Hospic Anežky České-lůžkový a domácí hospic..... | 72 |
| • 11. Hospic Dobrého pastýře-lůžkový a domácí hospic | 72 |
| • 12. Hospic sv. Alžběty o.p.s. - lůžkový a domácí hospic..... | 73 |
| • 13. Hospic sv. Jiří, o.p.s. - domácí hospic..... | 73 |
| • 14. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích..... | 73 |
| • 15. Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. - lůžkový a domácí hospic..... | 73 |
| • 16. Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s. - domácí hospic..... | 74 |
| • 17. Hospicové občanské sdružení Cesta domů-domácí hospic..... | 74 |
| • 18. Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov-domácí hospic | 74 |
| • 19. Charita Uherské Hradiště | 75 |
| • 20. Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba..... | 75 |
| • 21. Mobilní hospic Ondrášek o. p. s. | 76 |
| • 22. Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav-domácí hospic | 76 |
| • 23. Nadační fond Klíček-Domácí hospic | 76 |
| • 24. RUAH, o.p.s. - domácí hospic | 76 |
| 9. Perspektivy dalšího rozvoje hospicové péče | 78 |
| Závěr..... | 81 |
| Seznam použitých zkratk | 83 |
| Seznam literatury..... | 84 |
| Primární literatura diplomové práce | 84 |
| Sekundární literatura | 85 |
| Přílohy..... | 87 |
| • Příloha č. 1 - Přehled domácích hospiců | 87 |
| • Příloha č. 2 - Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010..... | 90 |
| • Příloha č. 3 - Aktuální mapa hospiců v roce 2021 | 95 |
| • Příloha č. 4 - Charta práv umírajících..... | 106 |
| • Příloha č. 5 - Dříve vyslovená přání | 111 |
| • Příloha č. 6 - Kazuistika | 113 |
| • Příloha č. 7 - Standardy hospicové paliativní péče APHPP | 115 |
| • Příloha č. 8 - Standardy paliativní péče 2013 - Česká společnost paliativní medicíny | 117 |

- **Příloha č. 9 - Fórum mobilních hospiců128**

Úvod

Tato diplomová práce se věnuje problematice domácích hospiců a paliativní péči. Jaké nové poznatky má diplomová práce přinést a proč by měla čtenáře zaujmout?

Předně je zapotřebí uvést, že povědomí veřejnosti o paliativní, potažmo hospicové péči a také hospicích lůžkových i domácích (či jinými slovy mobilních) je stále nedostačující, a proto by tato práce mohla zaujmout každého, kdo se o tomto tématu chce nějaké poznatky dozvědět.

Jedním z hlavních témat práce je nedostačující množství paliativních lůžek v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných a jiných sociálních zařízeních. Proto se v práci budeme zabývat například tím, kolik je potřeba paliativních lůžek v každé z nemocnic a zda je jich dostatek. Následně se budeme zabývat také tím, zda existuje legislativní vymezení či vyhrazený způsob financování.

A v neposlední řadě se budeme věnovat také kupříkladu paliativní péči v nemocnicích či týmy této péče a konzilií a konziliární paliativní týmy.

Dalším důvodem, proč by si čtenář mohl tuto práci přečíst, je situace, kdy by blízká osoba osobě pacienta v terminálním stavu hledala možné způsoby péče, neboť pro pacienty, tak pro jejich blízké, jde o velmi obtížné životní období, a proto by tato práce mohla být podnětem pro tyto osoby, aby se dozvěděli o možnosti umístit svého blízkého člověka do hospicové paliativní péče, a to s cílem, aby mohli zakončit svůj život v klidu a pohodě, a především v kruhu svých blízkých.

V analýze použijeme kvalitativní typ výzkumu, při kterém budeme důkladně zkoumat zvolenou literaturu zabývající se domácími hospici a paliativní péčí. Kromě tohoto způsobu výzkumu se také budeme setkávat s lidmi, kteří hospicové a paliativní péči dlouhodobě věnují, kupříkladu s dr. Matějkem, který se zabývá především problematikou dříve vyslovených přání a konziliárními týmy a paliativní péče či také dr. Sukem, který je mediátorem a zprostředkovatelem mezi pacienty a konziliárními týmy paliativní péče.

Během výzkumu jsme stanovili výzkumnou otázku, kterou jsme formulovali takto: *Je v České republice dostatek lůžek paliativní péče a domácích hospiců?*

1. Vymezení pojmu hospic

Nejprve je zapotřebí vymežit, co se rozumí pod pojmem hospic. Hospic je zdravotnicko-sociální zařízení, které slouží k péči o nevléčitelně a těžce nemocné osoby, tedy k tzv. paliativní péči. Hlavním účelem hospiců je maximálně zlepšit kvalitu života v jeho závěrečné fázi a umožnit důstojné umírání. „*Hospic je místo, odkud se ze života odchází v klidu a smíření. Hospic je něžná, láskyplná péče, hospic je dobrá tečka za životem.*“ Hospicová péče je péčí o člověka v jeho posledních dnech. Jejím ideálem a posláním je, aby lidé umírali bez bolesti fyzické, psychické, sociální i duchovní, a s vděčností za život, který jim byl dán. Tým hospice má zásady při péči o pacienty: odbornost, lidskost, blízkost, důstojnost, smíření.¹

U nás dochází k rozvoji a podpoře domácí paliativní péče realizované prostřednictvím domácích a lůžkových (tedy kamenných) hospiců.

Myšlenka hospice² vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti, člověku. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Bolest je velice individuální záležitost, avšak v naprosté většině případů se míra bolesti dá snížit.

Dle světové zdravotnické organizace WHO je paliativní péče takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných a jejich rodin a který čelí problémům spojeným s život ohrožujícími chorobami pomocí prevence úlevy utrpení, a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních. Klientelou domácích hospiců se rozumí výhradně terminálně nemocní, tedy umírající. Počet poskytovatelů v České republice je maximálně jeden domácí hospic na 100 000 obyvatel, z čehož vyplývá, že zhruba tři čtvrtiny okresů v České republice disponuje domácím hospicem.

Souběžné působení domácího hospice v režimu běžné domácí péče není přípustné a dostupnost pro každého potřebného pacienta má být časová, finanční i odborná.

¹ Srov. www.dobratecka.cz/hospice-pece. [cit. 09-11-2015].

² BUBLÁKOVÁ, Jana. *Problematika nevléčitelně nemocných a život prodlužující léčby*, DP: oddíl III., o hospicovém hnutí, s. 109 a násl. Jihlava: Vysoká škola polytechnická.

Dle veřejných průzkumů chtějí Češi umírat doma, což umožňuje mobilní paliativní péče v domácích hospicích, tedy ve vlastním sociálním prostředí pacienta, což je ovšem mnohdy velmi složité z následujících důvodů: alespoň jeden pečující musí být doma s nemocným, rodina s tím musí vyslovit souhlas a v neposlední řadě se jedná o vhodné podmínky pro opečovávaného. Navíc dojezdová vzdálenost od lůžkového hospice je z časových důvodů nejvýše 30 kilometrů a také je zapotřebí finančních příspěvků od rodiny a sponzorů, neboť pojišťovny hradí pouze zdravotní výkony a část sociálního výkonu.

1.1. Výhody hospicové péče

Předně je zapotřebí uvést, že v určité fázi onemocnění ztrácí pobyt v nemocnici smysl, což je například v případě, kdy je doporučena paliativní léčba, kterou lze aplikovat doma, dále když nemocný potřebuje spíš sestru než lékaře či případně když domácí prostředí je pro nemocné optimální. Podstatné je, že je důraz je kladen na kvalitu života. Proto také všechny prostory hospice jsou bezbariérové, vybavení usnadňuje nemocným život a sestrám námahu. Jsou zde polohovací lůžka, zvedáky a také pojízdné koupací vany. Setkávání pacientů umožňuje velká společenská místnost, kaple i zahrada. O tom, zda bude pacient přijat na hospicové lůžko či je možné se o něj postarat ve stacionáři nebo doma, rozhodne hospicový lékař. Pozoruhodné je, že dobrovolníci jsou důležitou součástí týmu mobilního hospice, a proto je dobrovolnictví společensky vysoce hodnoceno.

Kniha „Dobré umírání, možnosti pokojného konce života“³ byla napsána v roce 1996 ve státě Montana. Autorem je lékař, který se zabývá hospicovou a paliativní péčí od roku 1974. V roce 1977 se stal prezidentem Sdružení amerických hospiců, je ředitelem Služeb paliativní péče a čestným primářem hospice Partners v Montaně. Je rovněž profesorem na tamní univerzitě. Dlouhá léta působil jako lékař v hospici a zjistil, že umírání nemusí být bolestivé. Tělesné utrpení lze vždy zmírnit a lidé potřebují, aby neumírali sami. Starostlivá přítomnost jiného člověka může v mnoha případech utěšit mučivou úzkost umírajícího. Autor se domnívá, že je reálné doufat v budoucnost, v níž nikdo nebude muset umírat sám a v nesnesitelných bolestech. Dle něj je při loučení s umírající nejdůležitějších těchto pěti vět: Děkuji. Odpouštím Ti. Odpusť. Mám Tě rád. Můžeš jít.

³ BYOCK, Ira: *Dobré umírání, možnosti pokojného konce života*, Praha: Cesta domů, 2013. 325 s. ISBN 80-7021-797-9.

Ministerstvo zdravotnictví vydalo knihu *Hospice a hospicová péče v České republice*⁴ s fotografiemi B. Kuklíkové. Předmluvy knihy se ujalo několik významných osobností, uvedme zde některé citáty. Zaprvé je zde citát Marka Ebena: „*Hospic je most, po kterém se dá důstojně a překvapivě i hezky přejít do nového života.*“ Historii hospiců se v knize věnuje Tomáš Halík, když uvádí: „*První hospice ve středověké Evropě se nazývaly „hotely Boží“, samotný průchod branou onoho posledního tajemství, a to, co nás za ní očekává, je laskavost a milosrdenství.*“ Novodobější historií se zabývá Leoš Heger, který se věnuje hospicovému hnutí po roce 1989: „*Hospicové hnutí po sametové revoluci posunulo naše vnímání humanity, křehkosti lidského žití a význam mezilidských vztahů o obrovský kus dopředu.*“ Dále důležitost hospicového personálu zdůrazňuje Štěpán Rak: „*Vážím si nesmírně obětavé a hodnotné práce všech, kteří pomáhají umírajícím, aby jejich poslední pout' v loďce Cháronově byla důstojná.*“

Podle dr. Svatošové plní hospice tři role: První z nich je role krátkodobá, která spočívá zejména ve špičkové odborné a komplexní péči o nemocné se smrtelnou diagnózou, o jejich blízké a následně pozůstalé. Druhá role hospiců se nazývá střednědobá, jejímž cílem je výchova zdravotníků i nezdravotníků s cílem prosazovat myšlenku hospiců i mimo budovu hospiců všude, kde lidé umírají. Nejvýznamnější je však role dlouhodobá, která zahrnuje celou společnost, neboť se v hospici zdevastovaná společnost postupně uzdravuje a všichni, kdo mají zkušenosti se svým blízkým umístěným v hospici, přehodnocují hierarchii svých hodnot a dávají si do pořádku své vztahy.

Známý francouzský osvícenský filosof Voltaire zmiňuje, že doktoři podávají léky, o nichž málo vědí, a to proti chorobám, o nichž vědí ještě méně a podávají je lidským bytostem, o kterých nic neví. Tato myšlenka Voltaira je pěkný bonmot. Třetí role by s tím snad dokázala udělat více, kdyby se studiu psychosomatiky věnovalo více péče na lékařských fakultách.

Knihy „*Etika a komunikace v medicíně*“⁵ se zabývá domácí hospicovou péčí, přičemž uvádí tři její formy, a to domácí hospicovou péči, stacionární hospicovou péči a lůžkovou

⁴ GURI, Gila et al. *Hospice a hospicová péče*. Praha: GZ Media, 2013.

⁵ PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol.: *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a. s. 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

hospicovou péči. Jak je již uvedeno výše, jedním ze základních principů hospiců je důraz na kvalitu života a jedním ze způsobů, jak se toho snaží hospice docílit, jsou pravidelné návštěvy. Ty totiž nejsou žádným způsobem omezené, a tak trvají nepřetržitě dvacet čtyři hodin denně po celý rok.

V paliativní péči platí zejména dva morální a přirozenoprávní předpisy: První z nich se věnuje zdraví pacienta a zdůrazňuje, že ono zdraví je nejvyšším zákonem, a klade důraz na to, že druhému člověku je především potřeba neškodit.⁶ Druhý předpis se věnuje základnímu vztahu lékaře a pacienta, přičemž uvádí, že základem tohoto vztahu je slušnost, vzájemná úcta, respekt vůči důstojnosti člověka a autonomie pacienta. Dále dodává, že nezávislost lékaře při rozhodování o způsobu léčby je základní a nejdůležitější podmínkou bezpečnosti pacienta.⁷

V České republice byla v roce 2005 ratifikována úmluva přijatá na půdě mezinárodní regionální organizace Rada Evropy, která se nazývá Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která byla do českého právního řádu transponována pod číslem 96/2001 Sb. m. s. Tato transponovaná úmluva je nejvyšší zdravotnický zákon naší země, který se zkráceně nazývá zákon o biomedicině.

Jediná univerzální a nejdůležitější mezinárodní organizace na světě, Organizace spojených národů, v roce 1948 vydala Všeobecnou deklaraci lidských práv, která, ačkoli není jakožto rezoluce Valného shromáždění formálně právně závazná, tvoří základní rámec právní úpravy ochrany lidských práv. Úmluva o biomedicině přijatá na půdě Rady Evropy v roce 1997 z ní proto vychází, když uvádí, že vnitřní důstojnost každé lidské bytosti je základem všeho ostatního. Další důležitou úmluvou je tzv. Helsinská deklarace z roku 1975, která se zabývá hospici, který definuje jakožto místo, kde se lékaři a sestry věnují výhradně nemocným v terminálních stavech, avšak se nezabývají žádostmi o eutanazii. Dodává také, že je zde pacient přijímán na základě principu akceptace, tedy bez dalších podmínek, takový, jaký je. To je velmi důležité, neboť je tak pacient uznán

⁶ To vychází již ze starořímské právní zásady *Neminem laedere*, která se věnuje právě tomu, aby si každý choval tak, aby svým chováním nepůsobil druhému újmu. Srov. KNAPP, Viktor. Teorie práva. Praha, C.H.Beck, 1995.

⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. In: *Etika a komunikace v lékařské praxi*, s. 19-20 a 27-30.

jakožto plnohodnotná, svéprávná, svobodná bytost.⁸

V knize „Hospicová péče v České republice“ se nachází přehled lůžkových a domácích hospiců, kontakty, rozsah služeb a je vložena mapa. Vyšla ji Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče v roce 2015 ve spolupráci s ministerstvem práce a sociálních věcí jako neprodejnou publikaci. Úvodní článek o celostátním přístupu k nemocnému⁹ je od MUDr. M. Svatošové, zakladatelky hospicového hnutí v České republice, která je emeritní prezidentkou Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. MUDr. Svatošová uvádí, že u nás je na 100 000 obyvatel pět hospicových lůžek a že je zde také síť domácích mobilních hospiců. V knize je také pozoruhodný citát od matky Terezy: „*Dříve jsem si myslela, že musím lidi obracet, dnes vím, že je musím milovat a obracet si je bude Pán.*“¹⁰ Tato zlatá věta je inspirací pro věřící personál hospice, který se za pacienty modlí, a tak přes důvěru ve své schopnosti si vyprošuje Boží pomoc při své náročné práci.

Ve třetí části knihy „Hospice a umění doprovázet“¹¹ je pojednáno o hospicovém hnutí.¹² Je zde zmíněno, že myšlenka hospice vychází z úcty k životu a z úcty k člověku jako jedinečné neopakovatelné bytosti. Důraz je kladen na kvalitu života nemocného až do posledního vydechnutí a jedná se o doprovázení nemocného a jeho blízkých. Z hlediska časového jsou tři období hospicové péče. Prvním obdobím je péče a doprovázení nemocného a jeho blízkých od okamžiku zjištění závažné diagnózy až po nástup terminálního stavu, dále druhé období zahrnuje péči a doprovázení nemocného a jeho blízkých během terminálního stavu a v třetím období se kromě péče o tělo zemřelého jedná o doprovázení pozůstalých, podle potřeby i dlouhodobě. Důležitá je spolupráce ošetřujících lékařů a nemocnic s hospicovým týmem.

1.2. Historie hospiců

V následující kapitole stručně nastíníme vývoj hospiců. Začínáme ve středověku, kde se útulky pro pobožné nazývaly „hotely Boží“. První známá zmínka o péči o nemocné

⁸ Tamtéž, s. 57 a 71.

⁹ ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. *Hospicová péče v České republice*. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2015. 69 s. s. 3-11.

¹⁰ ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. *Hospicová péče v České republice.*, s. 10.

¹¹ SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1965. 152 s.

¹² Srov. HAŠKOVCOVÁ, Helena. In: *Etika a komunikace v lékařské praxi*, s. 109-121.

a zraněné se nachází v českém ekumenickém překladu Bible, a to v příběhu o milosrdném Samaritánovi.¹³

Na území současné České republiky není historie hospicové péče příliš rozsáhlá, přesto níže uvedeme některé náznaky, kdy v minulosti naší země došlo k utvoření jejích náznaků.

Kupříkladu ve středověku na českém území existoval špitál, který se nyní nazývá nemocnice Na Františku na Praze 1, a který založila roku 1234 svatá Anežka Česká, dcera Přemysla Otakara I. a jeho druhé manželky Konstancie. Podstatné je, že tento špitál svěřila do péče špitálnímu řádu, jenž sama založila, a to Rytířskému řádu Křižovníků s červenou hvězdou. Špitál byl tehdy zřízen pro poutníky vracející se ze Svaté země, tedy pro pocestné, nemocné, chudé a rovněž pro těhotné ženy, které zde mohly porodit.

Dále uvedeme krátce vývoj hospicové péče v zahraničí. Rozvoj paliativní a hospicové péče v zahraničí začíná v roce 1967, kdy byl otevřen první britský hospic st. Christophers v Londýně a v Americe v roce 1974 v New Haven.

Podstatným mezníkem pro hospicovou péči bylo vymezení paliativní medicíny jakožto samostatného lékařského oboru v sedmdesátých letech. O její vymezení se zasloužilo především těchto pět zásad jejího rozvoje:

1. založení oddělení paliativní medicíny, která prováděla multidisciplinární péči, včetně odborné lékařské péče
2. rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru
3. rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všech nemocnicích
4. založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích
5. výuka všech lékařů, sester i dalších zdravotnických pracovníků v základech paliativní a multidisciplinární práce

Ministr zdravotnictví M. Ludvík se vyjádřil k projednávané novele zákona

¹³ Srov. Lk 10,25-37.; viz Ekumenický překlad Bible, s. 55.

o sociálních službách, do které ministerstvo zdravotnictví doplnilo úpravu novely Zákona o zdravotnických službách. Ludvík uvedl, že cílem novely je výslovné zakotvení institutu hospice, který novela vymezuje jako poskytovatele zdravotních služeb nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu nemoci, a to ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Dále tato novela uvádí, že tuto službu budou moci nabízet poskytovatelé zdravotních služeb paliativní nebo domácí péče, kteří jsou registrovaní podle požadavků Zákona o sociálních službách.¹⁴

¹⁴ http://www.mzcr.cz/dokumenty/kontakty-pro-media-a-novinare_12314_860_1.html [cit. 29-02-2020].

2. Vymezení pojmu mobilní (domácí) hospic

Rozeznáváme dva druhy hospiců, lůžkový a domácí. Nyní se budeme věnovat hospici domácímu. Domácí hospic (tedy terénní hospicová péče) je právnická osoba organizace hospicového typu působící v ČR, registrovaná jako poskytovatel zdravotních služeb dle Zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a provozující hospicovou péči dle Zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění a zároveň poskytuje služby registrované dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách. Podstatné je, že v domácím hospici je propojená zdravotní, sociální, psychologická forma.

U nás se rozvíjí systém komplexní domácí péče, kde rozsah zdravotní péče určuje lékař a rozsah sociálních služeb sociální pracovník. Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou, a proto rovněž oddělujeme paliativní péči a domácí hospice – mobilní paliativní péče, lůžkové hospice, konziliární týmy paliativní péče, ambulantní paliativní péče, denní stacionáře, zvláštní zařízení paliativní péče (např. poradny, tísňové linky, půjčovny pomůcek).¹⁵ Pro úplnost lze dodat, že obecnou paliativní péči provádějí praktičtí lékaři podle své odbornosti.

2.1. Výhody mobilních (domácích) hospiců

Předně je zapotřebí uvést, že hlavní účel, proč jsou hospice zřizovány, je maximálně zlepšit kvalitu života v jeho závěrečné fázi a také umožnit důstojné umírání. K dosažení tohoto cíle slouží hospicům mnoho prostředků. Jedním z hlavních způsobů je snižování či odstraňování bolesti a jiných nepříjemných fyzických projevů nemoci. Hospic tak umožňuje vyřešit nebo alespoň částečně zmírnit různé psychologické a duchovní problémy spojené s umíráním. A v neposlední řadě také umožňuje intenzivní a nerušený kontakt s rodinou.

Hospicová péče se zabývá člověkem v jeho celistvosti a klade si za cíl naplnit všechny jeho potřeby, a to zejména potřeby fyzické, emocionální, sociální a duchovní. Během této péče se pečuje nejen o osobu, která se nachází na konci svého života, ale také o ty, kteří se o tuto osobu starají. Pro dosažení tohoto účelu si hospic udržuje zaměstnance a dobrovolníky, kteří pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na

¹⁵ MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1., s. 21.

základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobního přání. Hospic se tak snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid, mír a pokoj.

Je podstatné, že hospicovou péčí je nutno odlišit od ostatních agentur domácí zdravotní péče. Tento rozdíl spočívá v tom, že péči v domácím hospici poskytuje ošetřující lékař, tedy například chirurg, všeobecný praktický lékař, anesteziolog, ortoped, otolaryngolog, onkolog či psychiatr a samostatně pracující multidisciplinární tým skládající se z ošetřovatelek a personálu, dle potřeby a přání pacienta. Proto také každé zařízení dodržuje standardy Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) pro tuto oblast specializované péče. K tomu dopomáhá také takřka nepřetržitá dostupnost ošetřujícího lékaře, sester, pracovníků sociální služby i duchovní péče, kteří jsou dostupní je dvacet čtyři hodin po celý rok. Hlavní důraz je kladen na sociální, psychologickou a zdravotní péči. Přes veškerou snahu bohužel statistika hovoří jasně a to tak, že přes 65 % úmrtí nastane do tří měsíců a zároveň maximálně 35 % pacientů může být přeloženo do lůžkového zařízení nebo je mu prodloužena domácí péče v domácím hospici, a to maximálně do šesti měsíců. Dále je zapotřebí uvést, že domácí hospic disponuje vlastní půjčovnou pomůcek, a to včetně přístrojů, díky čemuž je péče poskytována umírajícím v jejich vlastním sociálním prostředí a není obvykle hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Nedílnou součástí péče je také to, že tým pečuje o pozůstalé v jejich zármutku.

Paliativní péče v lůžkových hospicových zařízeních poskytuje komplexní služby zaměřené na biologické, psychologické, sociální i spirituální potřeby nemocných. Od hospiců nemocní a jejich příbuzní očekávají vysokou úroveň zdravotní péče, kterou spatřují ve využití dostatečného množství většinou těch nejmodernějších technologií. Lékaři, kteří se obávají obvinění z nedbalosti, se snaží těmto představám vyhovět, což však výrazně prodražuje poskytovanou zdravotní péči, a tak ji nečiní smysluplnou.

V současnosti se vedou v mnoha zemích intenzivní debaty o uzákonění beztrestnosti za provedení eutanázie či asistované sebevraždy. Eutanázie jsou povolené v zemích Beneluxu a některých státech v USA a od roku 2021 též ve Španělsku. Dlouhodobé statistiky dokazují, že dochází k takzvanému kluzkému svahu, kdy se počet nevyžádaných eutanázií stále zvyšuje. Dle zkušenosti pracovníků hospiců je prokázáno, že žádný pacient nepožádal o provedení eutanázie ani asistované sebevraždy. Dále z průzkumů vyplývá, že lidé chtějí zemřít doma, mezi svými, tedy v laskavé péči,

bezpečí, suchu, čistotě a vítají možnost urovnání, je-li to třeba, narušených vztahů, odpuštění a lásky. Bohužel stále přes 70 % pacientů umírá v nemocnicích či pečovatelských zařízeních, neboť u nás je nedostatek hospicových i paliativních lůžek. Situace je poněkud lepší v počtu lůžkových hospiců, ale domácích hospiců je stále nedostatek. Dále i ekonomická stránka je výhodná pro hospice, péče o terminálně nemocné je výrazně levnější, nepoužívají se drahé lékařské přístroje a o nemocného pečuje člen rodiny s pomocí týmu mobilního hospice. Existence hospiců je proto účinným argumentem proti uzákonění eutanázie i asistované sebevraždy.

Jedno z hledisek při kategorizaci pacientů a rozhodování, zda ukončit intenzivní léčbu a pokračovat v léčbě paliativní, je hodnocení, při kterém lékař odhaduje, jaká bude další kvalita pacientova života. Také to je spojeno s hlavním účelem hospiců, tedy maximální zlepšení kvality života v jeho závěrečné fázi a umožnění důstojného umírání.

Hodnocení budoucí kvality pacientova života je kvůli subjektivním prvkům velmi obtížné. WHO definuje kvalitu života jako jedincovo vnímání jeho pozice v životě v souvislosti jeho kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám i obavám.¹⁶

Psychologicky lze vymezit kvalitu života jako celkovou spokojenost, osobní pohodu, kladné sebehodnocení a žádné nepříjemné tělesné pocity. Osobní rozměr-materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Faktický rozměr-vnímání postavení jedince ve společnosti v souvislosti s jeho kulturou a hodnotovým systémem.¹⁷

Při hodnocení kvality života terminálně nemocných se klade důraz na pacientovu autonomii a jeho informovaný souhlas. Předpokladem je pacientova aktivní účast na léčebných postupech a rozhodnutí a přijetí jeho přání. V úvahu se bere jeho bolest, únava, nevolnost i schopnost zvládat denní aktivity, a ovšem i vliv nemoci na vztahy v rodině i s přáteli, otázka smyslu života, naděje, odpuštění a smíření.

Je důležité, jak nemocný svou nemoc prožívá. Co pro pacienta znamená nemoc,

¹⁶ srov. VAĐUROVÁ, Helena, MUHLPACHER, Pavel. *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova universita, 2004, 143 s. ISBN 80-210-37854-7., s.11.

¹⁷ Srov. KALA, Miroslav. *Když rozhodnutí o setrvání v paliativním léčebném režimu vyžaduje zkušenost i odvahu*. Dostupné z: www.intermedicina.cz.

poznává nejlépe on sám. Dochází tak ke střetu práva na život a práva na smrt.¹⁸ V právu na život je obsažen morální apel na odpovědnost a na smysl pro odpovědné chování k druhým. Právo na přirozenou smrt. Nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti je osobní blízkost druhého člověka.

2.2 Financování mobilních hospiců

Předně je zapotřebí uvést, že v České republice existují tři okruhy úhrad nemocnicím. Zaprvé se jedná o platbu za výkon, dále za diagnózu a zatřetí o „případový paušál“, což je jedna hospitalizace konkrétního pacienta. Proto také jsou lékaři motivováni přijmout co největší počet pacientů na co nejkratší dobu, neboť jeden den pobytu na JIP stojí až 8 200 Kč.

Důležité je, že lékař vždy rozhoduje o zařazení pacienta do úhrady z VZP na základě splnění indikačních kritérií s podmínkami danými platnou legislativou.¹⁹ Na webu APHPP je uvedeno Stanovisko k současné úhradě domácí hospicové péče.

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2019 dalo čtyřicet jedna milionů na hospicovou péči a tuto dotaci si rozdělí devět zařízení, např. Hospic sv. Jana N. Neumanna, Hospic sv. Jiří, Girasole či Oblastní Charita Pardubice.²⁰ Jedná se zde o tříletý pilotní provoz s cílem zlepšení a profesionalizování péči o umírající a umožnit tak vážně nemocným zemřít v domácím prostředí.

Ve Stanovách Fóra mobilních hospiců, z. s., v článku XII. jsou zapsáni zakládající členové tohoto spolku. Prvními zakládajícími členy Spolku jsou poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče (dále používáme zkratku MSPP), zařazení do Pilotního programu Mobilní specializované paliativní péče v roce 2015, a poskytovatelé MSPP, kteří byli Českou společností paliativní medicíny Česká společnost lékařská Jana Evangelisty Purkyně doporučení do Pilotního programu MSPP pro rok 2017. Uvádíme zde výčet těchto podstatných zdravotnických sdružení, neboť se jedná o velmi podstatné

¹⁸ Právo na život se rozumí především právo nebýt odsouzen k trestu smrti a právo na smrt dle WHO je vnímáno jako právo na to zemřít v klidu, v suchu, v pokoji, obklopen v kruhu svých blízkých přirozenou smrtí, která není ani urychlována, ani zadržována.

¹⁹ Srov. vyhláška č.353/2017 Sb. a vyhláška č.354/2017 Sb.

²⁰ Ministerstvo rozdělí 41 milionů mezi domácí hospice. In: *Zdravi.euro.cz* [online]. [cit. 08-04-2020]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/ministerstvo-rozdeli-41-milionu-mezi-domaci-hospice/>.

entity specializované paliativní péče. Jsou to: Domácí hospic Cesta domů v Praze, Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích, domácí hospic Jordán v Táboře, Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu, s.r.o. ve Zlíně, Spolek Konipaska ve Znojmě, který však není na současném seznamu členů Fóra, mobilní hospic Ondrášek v Ostravě, Andělé stromu života v Novém Jičíně, Sdílení, o.p.s. v Telči, Oblastní charita v Hradci Králové, Oblastní charita v Ústí nad Orlicí, Letohrad, Zdravotní ústav Most k domovu na Praze-Zbraslav, Domácí hospic Vysočina v Novém Městě na Moravě, Diecézní charita v Brně, Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče v Uherském hradišti, zdravotní ústav paliativní a hospicové péče v Uherském Hradišti, Oblastní charita v Pelhřimově.

Projektová manažerka Fóra mobilních hospiců, což je sdružení, které zastřešuje zhruba 40 organizací a poskytuje specializovanou paliativní péči, paní Alena Hábltová k tomu uvedla, že *„peníze pomohou k větší profesionalizaci služeb, které poskytují“*.

Na podporu hospiců vznikl pilotní projekt Veřejné zdravotní pojišťovny (VZP), který spočívá v souboru dvou výkonů mobilní paliativní péče proplácení péče nevléčitelně nemocným. Problémem je, že v praxi ho pojišťovny odmítají nasmlouvat a z domácích hospiců ho nemá dosud nikdo. Díky tomu, že tento projekt VZP nebyl po třech letech trvání ukončen, tak v roce 2018 byla péče reálně proplácena pouze účastníkům Pilotního projektu, a to nadále v režimu dle kapitoly 926 domácí zdravotní péče dle Seznamu výkonů. Tento projekt čítal osmnáct účastníků, nedošlo však ke zveřejnění jejich seznamu pro veřejnost, tento seznam je totiž uveden pouze ve Stanovách Fóra mobilních hospiců.

Hospicovou péči poskytuje speciální lůžkové zařízení hospicového typu, a to jak v hospicích domácích, tak kamenných.²¹ Ve smlouvě s VZP v roce 2017 přibyl do sazebníku výkonů kód 926 pro proplácení péče nevléčitelně nemocným, podle kterého mohou od ledna 2018 zdravotní pojišťovny proplácet činnost mobilních hospiců. Pozoruhodné je, že tento systém vznikl z výsledků pilotního projektu, který ve tříletém období prověřoval činnost mobilních hospiců v České republice. Skrz tento systém bylo zjištěno, že pojišťovna požaduje pět sester na plné pracovní úvazky, lékaře na jeden a půl úvazku. V pilotním programu bylo zařazeno dvacet mobilních hospiců, které by měly v programu pokračovat i v roce 2021.

²¹ Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/> [cit. 25-03-2019].

Z výše uvedeného vyplývá, že od 12. června 2018 lze žádat o novou dávku z nemocenského pojištění, tedy dlouhodobé ošetřovné.²² Komplikací je však to, že pro většinu pacientů domácích hospiců a jejich pečujících je tato dávka nedosažitelná. Na rozdíl od ošetřovného, které lze čerpat nejvýše devět dní, lze dlouhodobé ošetřovné čerpat až desetinásobek, tedy devadesát dní, což je i zákonná lhůta pro vyřízení žádosti o příspěvek na péči, který může být přiznán osobě dlouhodobě závislé na péči jiné osoby při péči v domácím prostředí.

Dávka je nedostupná pro naprostou většinu pacientů v domácích hospicích z toho důvodu, že podmínkou nastavenou pro její získání je sedmidenní hospitalizace, což však není možné splnit, neboť onkologicky nemocní pacienti docházejí na ozařování či chemoterapii ambulantně a tam se dozvědí o zhoršení svého stavu a rozhodnutí o ukončení kurativní léčby. Dále je zapotřebí uvést, že geriatrickí pacienti žijí v domácím prostředí a ke zhoršení zdravotního stavu může dojít skokově, ale ne až tak, aby to vyžadovalo hospitalizaci. V současnosti pozorujeme trend dobu hospitalizace zkracovat a nemocné propouštět co nejdříve po stabilizaci stavu, přičemž norma je tři až pět dní.

Na závěr lze dodat, že další péče je vedena ambulantně a držet proto nemocné na lůžkách akutní zdravotní péči je zbytečné a ze sociálních či ekonomických důvodů také dokonce nepřijatelné. Proto je nutné rozšířit pravomoc rozhodnout o nároku na čerpání této dávky na praktické lékaře či specialisty, u nichž se pacient léčí. A rovněž by bylo vhodné zvážit možnost novelizace zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění a to tak, aby byla vypuštěna podmínka sedmidenní hospitalizace a byly nastaveny jiné regulační mechanismy pro čerpání dávky dlouhodobého ošetřovného.

²² novela zákona č.187/2006 Sb. o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů a dalších souvisejících zákonů které tuto dávku zavádějí, byla 8. února 2017 schválena vládou ČR (uveřejněno na stránkách MPSV).

3. Legislativa v České republice v souvislosti se zdravotnictvím, respektive paliativní péčí

V této kapitole se budeme zabývat právními prameny a legislativou, které souvisejí s paliativní péčí. Předně je zapotřebí uvést, že základním právním pramenem²³ v této oblasti je Listina základních práv a svobod, zejména její článek 6, který stanoví, že každý má právo na život a nikdo nesmí být zbaven života. Podstatné je, že toto ustanovení připouští výjimku ve svém odst. 4, který stanoví, že porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné. Pro paliativní péči je rovněž významné, že dle čl. 7 odst. 2 „*nikdo nesmí být ... podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení...*“ Dle čl. 10 odst. 1 je pak nezbytné respektovat skutečnost, že „*každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost.*“

Další právní pramen je již výše zmíněná Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která je známá též jako Úmluva o lidských právech a biomedicíně, a která byla přijata na půdě Rady Evropy. Pro Českou republiku tato úmluva vstoupila v platnost dne 1. října 2001, a to po svém vyhlášení ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 96/2001. V paliativní péči je třeba důsledně vycházet mimo jiné z čl. 2 úmluvy, který pod nadpisem Nadřazenost lidské bytosti stanoví, že zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy. Dále Čl. 4 upravuje profesní standardy a stanoví, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Čl. 5 pak vyžaduje, aby jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví byl prováděn pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Paliativní péče se velmi dotýká úprava čl. 6, která řeší ochranu osob neschopných dát souhlas. Bez souhlasu lze provádět jen zákroky směřující k přímému prospěchu takové osoby, jinak je nutný zástupný souhlas (např. opatrovníka). Čl. 9 pak zakotvuje úpravu pro dříve vyslovená přání s tím, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání.

²³ *Asociace hospiců*. [cit. 5.6.2021]. Dostupné z: <https://www.asociacehospicu.cz/>.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče se zasadila o dvě novely zákona o veřejném zdravotním pojištění s cílem umožnit úhrady lůžkové a mobilní hospicové péče a zakotvit kód 073 pro specializovanou ústavní paliativní péči do úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví.

Vláda schválila a v legislativním procesu následně prosadila legislativní zakotvení hospiců do českých norem, pro oblast péče o nevléčitelně nemocné je to velký krok vpřed. Zakotvení této formy služeb bylo něco, co v českém právu dlouhodobě chybělo.²⁴ Do novely zákona o zdravotní službě doplnilo ministerstvo zdravotnictví úpravu týkající se poskytování hospicové péče s cílem výslovného zakotvení institutu tzv. hospice coby poskytovatele zdravotních služeb nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stadiu nemoci, a to ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a zároveň poskytuje služby registrované dle zákona č. 128/2006 Sb., o sociálních službách.

Z hlediska vnitrostátního zdravotního práva je na úrovni zákona zásadním pramenem práva především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zkráceně zákon o zdravotních službách). Zákon o zdravotních službách definuje zdravotní péči v §2 odst. 4 mimo jiné jako činnost zaměřenou na udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení. Tento zákon následně v § 5 odst. 2 písm. h) definuje paliativní péči jako jeden z druhů zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí. § 36 stejně jako Úmluva o lidských právech a biomedicíně řeší dříve vyslovené přání. Jedná se o úpravu stanovící, že pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Požaduje se jednak náležitá forma (úředně ověřený podpis pacienta na písemném „přání“ nebo pronesení před svědky při přijetí do péče a v průběhu hospitalizace), jednak se stanoví, že bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo

²⁴ Vláda schválila legislativní zakotvení hospiců do českých norem. *Ministerstvo zdravotnictví (mzcr.cz)*. [cit. 5.6.2021]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/>.

jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. Z hlediska paliativní péče je klíčové ustanovení odst. 5, v němž je stanoveno, za jakých podmínek dříve vyslovené přání nelze anebo není třeba respektovat. Zejména jej nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti a dále pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

Předmětem této práce je především reálný dopad těchto ustanovení, proto jsme se snažili získat názory odborníků na praktickou aplikaci ustanovení o dříve vysloveném přání. Problematikou dříve vyslovených přání se zabývá MUDr. Jaromír Matějka, pracovník etického poradenství fakultní nemocnice Karlovy univerzity, Ústavu etiky a humanitních studií třetí lékařské fakulty.

Zákon č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, však nepřináší jednoznačné odpovědi na základní otázky etiky paliativní péče.²⁵ Jako eticky sporné otázky lze uvést například odvolání již zahájené život udržující léčby. S tím souvisí občanskoprávní ochrana tělesné a duševní integrity, čímž se zabývá občanský zákoník ve svém § 93 a násl.²⁶ Zákon o zdravotních službách v úpravě práv pacienta dle § 28 nutno interpretovat v souladu s článkem 7 odst. 1 Listiny základních práv a svobod o nedotknutelnosti osoby a jejího soukromí.

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech ve svém článku 7 stanoví, že nikdo bez svého souhlasu nebude podrobován lékařským či vědeckým pokusům.²⁷

Nyní se budeme věnovat Úmluvě o lidských právech v biomedicíně. V této mezinárodní smlouvě je pro paliativní péči rozhodující úprava souhlasu, čemuž se věnuje článek 5 a článek 16 ve vztahu k vědeckému výzkumu a kde je stanoveno, že zdravotní

²⁵ KONEČNÝ, Jan. *Praktické etické otázky v mobilní specializované paliativní péči*. Diplomová práce. Praha: 2019, s. 51.

²⁶ srov. např. § 93 odst. 1 občanského zákoníku: *Mimo případ stanovený zákonem nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích. Souhlasí-li někdo, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží se k tomu; to neplatí, je-li zásah podle všech okolností nutný v zájmu života nebo zdraví dotčeného.*

²⁷ vyhláška č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech.

péči nelze poskytovat bez svobodného a plně informovaného souhlasu dané osoby, ta má právo tento souhlas odvolat. Na tato ustanovení navazuje § 34 odstavec 4 zákona o zdravotních službách, který stanoví, že odvolání souhlasu není účinné, bylo-li započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může ohrozit zdraví či život pacienta. Při striktním výkladu právních norem vyšší síly, než je úprava zákona lze dojít k závěru, že zákon o zdravotních službách ve svém § 34 odst.4 omezuje práva garantovaná Listinou základních práv a svobod, není v souladu s Mezinárodním paktem o občanských a politických právech a je v rozporu s Úmluvou o lidských právech v biomedicině.

Tento příkrý odsudek vychází z pohledu na toho, komu je poskytována zdravotní péče jako na toho, jehož vůle je svrchovaná, a to i za cenu, že si svým rozhodnutím může zapříčinit poškození zdraví nebo smrt. Pokud se na totéž díváme z hlediska předmětného ustanovení zákona o zdravotních službách, tedy z hlediska zdravotníka, tak jeho povinnost pečovat o zdraví pacienta převažuje nad pacientem vyjádřenou vůli v tom smyslu, že se nesmí podílet na eutanazii, jíž by se přerušeni léčby de facto mohlo stát. Na konflikt povinnosti zdravotníka a práv pacienta pamatuje § 34 odst.3 zákona o zdravotních službách, který upravuje se píše o možnosti vyslovit nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb i v případě ohrožení zdraví a života pacienta (s výjimkami pro případ, kdy je třeba poskytnout zdravotní péči i bez souhlasu).

Je-li pacientovi opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu a důsledcích neposkytnutí těchto služeb a pacient to stále odmítá, musí o tom učinit písemné prohlášení, tedy revers. Vztahu těchto dvou chráněných zájmů se věnoval Ústavní soud ve svém nálezu spis. zn. I.ÚS 2078/16 ze dne 2. ledna 2017 rozhodl: *„I v oblasti poskytování zdravotní péče je třeba plně ctít zásadu svobody a autonomie vůle a možnost pacienta odmítnout poskytnutí péče, byť by byla i považována za nezbytnou pro zachování jeho života. Lékaři a další zdravotničtí pracovníci mohou takové osoby přesvědčovat, mohou se snažit je přimět ke změně jejich postoje, pokud je zjevně pro ně škodlivý, ale v konečném důsledku nemohou zabránit realizaci rozhodnutí o odmítnutí péče, které bylo učiněno na základě svobodné a vážné vůle dospělé svéprávné osoby, pouze z toho důvodu, že se domnívají, že toto rozhodnutí danou osobu poškozuje. Proto jedná-li jakákoliv osoba v souladu s těmito pravidly, a potřebnou péči neposkytne s ohledem na nesouhlas svéprávného dospělého pacienta, nemůže spáchat trestný čin neposkytnutí pomoci, neboť*

by nebyl naplněn jeden z nezbytných znaků trestného činu – protiprávnost jednání.“

Ve výše citovaném nálezu Ústavní soud řešil velmi smutný případ syna – lékaře, který respektoval údajné přání matky, aby nebyla převezena do nemocnice, respektive, aby jí nebyla poskytována lékařská péče, v důsledku čehož došlo k tak vážnému zhoršení jejího zdravotního stavu, že následně poskytnutá odborná lékařská péče již neodvrátila její smrt.

K otázce, která by z hlediska DVP byla relevantní (bez ohledu na to, že se v konkrétním případě o DVP ve smyslu zákona o zdravotních službách nejednalo) se však Ústavní soud přímo nevyjádřil i když to lze dovodit nepřímo.

To, že dříve vyslovená přání, respektive nesouhlas s léčbou, je Ústavním soudem chápáno velmi extenzivně,²⁸ a to patrně i nad rámec ustanovení Úmluvy o biomedicině vyplývá z jeho vyjádření v odstavci 36: *„Ústavní soud vzal v potaz i argument obvodního soudu a Nejvyššího soudu, že poškozená lékařskou pomocí poskytnout jinými osobami, než stěžovatelem nakonec neodmítla. Tato otázka mohla hrát roli v rámci hodnocení důkazů a učinění závěru, zda poškozená skutečně péči od stěžovatele odmítala. Sama o sobě však o povinnosti stěžovatele péči zajistit nic nevyovídá. I pokud nemocná osoba odmítá péči ze strany jedné konkrétní osoby (a od ostatních nikoliv) musí tato konkrétní osoba takové přání respektovat. Zároveň Ústavní soud nepovažuje za rozhodný argument Nejvyššího soudu, že poškozená až do 9. 1. 2014 možnost vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím lékařské péče reálně neměla. V dané věci je totiž relevantní pouze souhlas či nesouhlas poškozené s pomocí od stěžovatele. Stěžovatel byl totiž odsouzen za neposkytnutí pomoci jím samým, a nikoliv za neposkytnutí lékařské péče jinými osobami. Přitom obvodní soud existenci takového nesouhlasu poškozené, aby jí, jakkoliv stěžovatel pomáhal, připustil. Součástí respektu k autonomii vůle a svobodě jednotlivce musí být i respektování rozhodnutí nejen odmítat pomoc od konkrétní osoby, ale i přání, aby tato osoba nezajistila pomoc od dalších třetích osob.“*

Nález Ústavního soudu je v poslední větě tohoto odstavce do značné míry absurdní a obtížně lze dohlédnout jeho důsledky např. v případě požárů, tonutí, dopravních nehod apod., pokud by se bralo v potaz to, že osoba, která je např. v šoku, zdrcená úmrtím blízkých osob či jinak v závažném hnutí mysli svobodně vyjadřuje vůli nebýt léčena,

²⁸ tj. rozšiřujícím výkladem

respektive zachraňována. Vždy bude proto třeba věnovat mimořádnou pozornost tomu, zda se jedná v případě dříve vyslovených přání i odmítnutí léčby o skutečně svobodně učiněný projev vůle mysli nezastřené nemocí, léky, utrpením, studem, snahou nebýt na obtíž osobám blízkým. To, že tyto skutečnosti téměř vždy budou v různé míře přítomny je přirozené, neměly by však opanovat mysl osoby natolik, že by nebyla schopna se skutečně svobodně rozhodovat s realistickým odhadem dopadů svých rozhodnutí. Kdyby tomu totiž bylo jinak, nebylo by ani možné například zachraňovat sebevrahy, zejména pak ne v případě takzvaných bilančních sebevražd.

Jak již bylo výše uvedeno, ačkoliv Ústavní soud dříve vyslovená přání ve smyslu § 34 zákona o zdravotních službách explicitně neřešil, pro překonání odporu k léčbě je však důležité, že v odstavci 37 nálezu konstatoval: „Ústavní soud také nepovažuje za případný poukaz Nejvyššího soudu, že by eventuální jednání stěžovatele, kterým by matce pomohl, bylo jednáním v krajní nouzi či že by tehdy bylo na místě uplatnit subsidiaritu trestní represe podle § 12 odst. 2 trestního zákoníku a stěžovatel by nemohl být za jednání proti vůli matky trestně postižen. Ústavní soud se nebude nyní vyjadřovat k tomu, zda by takový postup (tedy beztrestnost jednání osoby, která provádí zásahy do fyzické integrity bez svolení nemocné osoby) byl správný. Tuto otázku totiž nepovažuje v nyní posuzovaném případě za podstatnou. Klíčové pro nyní posuzovaný případ je pouze posoudit, zda jednání stěžovatele bylo protiprávní či nikoliv a případná existence jeho trestní odpovědnosti, pokud by jednal jinak, není rozhodná. Navíc i přes případnou absenci trestní odpovědnosti by se mohlo jednat o protiprávní jednání a civilněprávní delikt [viz také nález sp. zn. I. ÚS 1565/14 ze dne 2. 3. 2015 (N 51/76 SbNU 691), bod 85].“

V citovaném nálezu sp. zn. I. ÚS 1565/14 se pak v odst. 85 uvádí: „*Pokud by se tedy prokázalo, že zákroky, proti kterým stěžovatelka brojí, byly provedeny bez jejího svobodného a informovaného souhlasu a nebyly přiměřené k ochraně zdraví a života nenarozeného dítěte, došlo k porušení jejich osobnostních práv, chráněných § 11 starého občanského zákoníku (k předmětným událostem došlo před účinností nového občanského zákoníku). Případné porušení práva stěžovatelky na ochranu jejího soukromí je tedy reparaovatelné pomocí civilněprávní žaloby na ochranu osobnosti. Tato možnost je tedy prima facie účinným prostředkem nápravy v případě stěžovatelky (a contrario usnesení sp. zn. I. ÚS 4019/13 ze dne 26. 3. 2014, bod 41, kde jednak šlo o úmyslný útok na fyzickou integritu a zejména nebyla stěžovateli známa totožnost pachatelů). Stěžovatelka však*

takovou žalobu nepodala, případně o ní Ústavní soud neinformovala.“

Tato argumentace Ústavního soudu se ovšem jeví nepřipadná, respektive tautologická, neboť zdravotní stav matky stěžovatele byl natolik vážný, že v případě, že by se přes její odpor snažil o její léčbu, nepochybně by se jednalo o kroky *přiměřené k ochraně zdraví a života* a pokud by byly úspěšné, bylo by patrně v rozporu s dobrými mravy ve smyslu § 2 odst. 3 Občanského zákoníku, kdyby matka chtěla po synovi zadostiučinění za to, že se snažil jí proti její vůli zachránit a tato snaha byla úspěšná. Snad se nedočkáme právních sporů, v nichž by děti žalovaly rodiče za to, že se vůbec narodily.²⁹ Tož se se narodily do subjektivně nebo objektivně nekvalitního života již judikováno bylo, jak vyplývá například z článku JUDr. ICLic. Ronalda Němce, Ph.D. v Bulletinu advokacie z 7.12.2017.³⁰

Pro účely této práce tedy lze shrnout, že dle názoru Ústavního soudu je právo pacienta nebýt léčen právem absolutním, a to dokonce nad rámec dříve vyslovených přání ve smyslu Úmluvy o biomedicíně.

Vrátíme-li se k pozitivní právní úpravě dříve vyslovených přání, je třeba konstatovat, že zákonné výjimky u dříve vyslovených přání stanoví zákon o zdravotních službách, když v § 36 odst. 5 uvádí čtyři případy, kdy není možné respektovat DVP; u dvou (písm. b) a d)) z nich se hovoří o DVP jehož výsledkem by bylo aktivní způsobení smrti. Tento pojem objasňuje a zákon doplňuje Důvodová zpráva k zákonu o zdravotních službách k § 36 uvádí: *Pacient se může během svého života ocitnout v předpokládaných i nepředpokládaných situacích, kdy si nebude přát poskytnutí zdravotních služeb. S ohledem na tyto situace a jimi zapříčiněný zdravotní stav však nebude moci svou vůli vyslovit. Tyto případy řeší čl. 9 Úmluvy – Dříve vyslovená přání pacienta. To, že se předem vyslovená přání mají zohlednit, neznamená, že by musela být splněna za každých okolností. Poskytovatel by si měl být pokud možno jist, že se přání pacienta týká současné situace a je stále platné. Zákon omezuje dobu platnosti dříve vysloveného přání na 5 let, a to s ohledem na rychlý pokrok v medicíně. Součástí dříve vysloveného přání bude též písemné poučení lékaře o důsledcích pacientova rozhodnutí. Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k činnostem, které vedou k aktivnímu ukončení života*

²⁹ Srov. Ind zažaloval rodiče za to, že ho zplodili. Nedal jim předem souhlas. In: *Idnes.cz*. [cit. 5.6.2021]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/zahranicni/antinatalista-raphael-samuel-zaluje-rodice-za-to-ze-ho-zplodili-bez-jeho-souhlasu-indie.A190206_101531_zahranicni_kha.

³⁰ Srov. <http://www.bulletin-advokacie.cz/pravo-deti-zalovat-sve-rodice?browser=full>.

pacienta, nebo byly započaty již takové služby, jejichž ukončení by způsobilo aktivní smrt pacienta. Aktivním ukončením života se rozumí např. odpojení od přístrojů, podání smrtelné dávky léku. Zákonem navržená úprava dříve vyslovených přání respektuje úpravu stanovenou Úmluvou o lidských právech a biomedicíně.³¹

Jakkoli důvodová zpráva tvrdí opak, lze konstatovat, že § 36 zákona o zdravotních službách popírá původní smysl dříve vysloveného přání ve prospěch dodržování pravidel lékařské etiky a bezpodmínečné ochrany života a zdraví zdravotníkem a dostává se tak do rozporu s Úmluvou o biomedicíně.

Jedením z příkladů situace, kterou je třeba právně dořešit, je ukončení přístrojové podpory pacienta, pokud pacient v dříve vyslovených přání projevili vůli, aby nebylo pokračováno v této léčbě, pokud by byla marnou. K tomu se vyjadřuje Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli³² s účinností ode dne 04.03.2010 ve svém čl. 3 písm. f): „*Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).*“

Představenstvo ČLK klade nezahájení a ukončení marné léčby na roveň při srovnání čl. 3 písm. f) a e): „*Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován, a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.*“

Toto doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, tento postup schvaluje při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli označuje jako souladný

³¹ *Knihovna Poslanecké sněmovny*. [cit. 26.6.2021]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=72665&pdf=1>

³² Jedná se o stavovský předpis České lékařské komory. [cit. 28.6.2021]: Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/48-doporučení-představenstva-clk-c-1_2010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecibu-paliativni-u-pacientu-v-terminalnim-stavu-kteri-nejsou-schopni-101349.pdf.

s etickými principy medicíny – srov. čl. 4 písm. h): „*Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.*“

Naopak léčebný postup, který není odborně odůvodněný a vede především k útrapám pacienta je v čl. 6 písm. c): označen za neetický: „*Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.*“

K dosažení právní jistoty pacientů i zdravotníků při ukončování přístrojové podpory je třeba doplnit závazně doporučený postup podle § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb., tak aby i tato léčba byla poskytována s náležitou odbornou úrovní.³³

Dále je zapotřebí uvést, že k tomu, kdy by mělo dojít k ukončení orgánové podpory, se v roce 2009 vyjádřila Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, která je součástí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně ve svém Konsensuálním stanovisku k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. Zde se v části 4. – Východiska v písm. c) uvádí: „*Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta – to znamená odstranění příčiny, jež způsobuje zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvratným (nebo předpokládaným zvratným) orgánovým selháním, tj. snaha „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“.* V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která

³³ § 4 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.: „*Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“

vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.“³⁴

Nyní se budeme zabývat právní úpravou zdravotnictví. Nejprve je zapotřebí si uvědomit, že zákonů, které se též týkají obecně zdravotnictví a z hlediska předmětu této práce významně i paliativní péče je celá řada, proto zde uvedeme jen ty nejdůležitější.

Předně se jedná o předpisy, které jsou součástí ústavního pořádku a o mezinárodní smlouvy, kterými je Česká republika vázána, jak již bylo rozebráno výše. Nelze, než zopakovat alespoň čl. 1³⁵ a čl. 6³⁶ Listiny základních práv a svobod a čl. 4³⁷ Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Kromě těchto předpisů na ústavní úrovni jsou dalšími relevantními právními předpisy: zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zákon č. 128/2006 Sb., o sociálních službách, zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Dále se právní úpravě zdravotnictví zabývají také některé podzákoné právní předpisy, jako například vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, vyhláška č. 198/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na personální zabezpečení zdravotních služeb, vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků či také vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách.

Podstatné je, že kromě právních předpisů je oblast paliativní péče obsáhle regulována také stavovskými předpisy. Důležitým příkladem je například Etický kodex České

³⁴ Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. [cit. 28.6.2021]. Dostupné z: <https://www.csarim.cz/getmedia/5d174199-2326-4d67-b6d0-cf019f884a76/doporuceni-predstavenstva-clk-c-12010-k-postupu-pri-rozhodovani-o-zmene-lecby-intenzivni-na-lecby-paliativni-u-pacientu-v-terminalnim-stavu-kteri-nej.pdf.aspx>

³⁵ „Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.“

³⁶ „(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.

(2) Nikdo nesmí být zbaven života.

(3) Trest smrti se nepřipouští.

(4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.“

³⁷ Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.“

lékařské komory,³⁸ tedy Stavovský předpis České lékařské komory č. 10 - Etický kodex České lékařské komory. Tento stavovský předpis je v účinnosti od 1 ledna 1996, přičemž byl novelizován s účinností ode dne 22 července 2007. Tento předpis v § 2 odst. 7 ve vztahu k paliativní péči zaměřuje povinnosti lékaře směrem k účinnému tišení bolesti, šetření lidské důstojnosti a mírnění utrpení. Stanoví se zde jednoznačně, že život nemá být prodlužován za každou cenu, ale zároveň se zapovídá eutanazie a asistovaná sebevražda.³⁹

Dalším základním pramenem pro to, co je v paliativní péči *lege artis (de lege artis medicinae)* je již výše zmíněné Konsensuální stanovisko České společnosti intenzivní medicíny z roku 2009 k poskytování paliativní péče u nemocných s nevratným orgánovým selháním.

Po výčtu příkladů právních předpisů se nyní budeme zabývat jejich konkrétním příkladem, a to zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů, který se tématu této práce věnuje zejména v následujících ustanoveních.

Například v § 5 odst. 2, písm. h) je obsažena definice paliativní péče jako druhu zdravotní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí. Dále § 9 odst. 2, písm. d) zahrnuje paliativní péči jako jednu z forem lůžkové péče. Následuje § 10 odst. 1, písm. b), ze kterého vyplývá, že paliativní péči lze poskytovat i mimo zdravotnické zařízení, neboť je zahrnuta mezi zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Odst. 3 téhož ustanovení stanoví limity této péče tím, že v rámci zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.

Důležitým ustanovením zákona o zdravotních službách je § 36, který upravuje dříve vyslovená přání pacienta a povinnost zdravotníků tato přání respektovat, zdravotníci však musí respektovat též příslušné etické principy; o konfliktu těchto principů již bylo

³⁸ Dostupné z: https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/10_sp_c_10_eticky_kodex-100217.pdf.

³⁹ „Lékař u nevyléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“

pojednáno výše. Zde tedy pouze shrneme, že dle odst. 1 může pacient „*pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.*“

Odst. 2 a 3 stanoví přísné požadavky na obsah i formu dříve vyslovených přání, odst. 4 pak zvláštní postup pro vyslovení DVP při přijetí do péče poskytovatelem nebo v průběhu hospitalizace. Odst. 5 řeší případy, kdy DVP není třeba respektovat (písm. a)) a kdy je respektovat nelze (písm. b)-d)).

Samostatné otázky ve vztahu Úmluvě o bioetice přináší odst. 6, který omezuje dříve vyslovená přání na plně svéprávné zletilé osoby. Jakkoli legislativa států, které v důsledku absolutizace vůle pacienta povolují například eutanazii dětí je zcela nesmyslná, nelze proto přisvědčit plnému souladu tohoto ustanovení Úmluvou o biomedicině.

A v neposlední řadě se paliativní péči věnuje také § 44a, který definuje hospic. Toto ustanovení bylo do zákona o zdravotních službách poněkud paradoxně doplněno zákonem č. 290/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, přičemž původním cílem novely bylo: „*snížit spoluúčast pojištěnců, patřících do sociálně zranitelných skupin obyvatelstva, na doplatcích na léčivé přípravky částečně hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Navrhuje se snížit spoluúčast u dětí do 18 let, čímž bude finančně odlehčeno rodinám s nemocnými dětmi, a snížena podle návrhu bude spoluúčast i u osob od 65 let věku (s navazujícím dalším snížením spoluúčasti od 70 let věku).*“

Definice hospiců byla do návrhu zákona doplněna „přílepkem“ (§44a) poslance Jaroslava Zavadila⁴⁰:

„(1) Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevyléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí

⁴⁰ Knihovna dokumentů Poslanecké sněmovny. [cit. 28.6.2021]. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=131665>.

pacienta.

(2) Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů. “

3.1. Paliativní péče v trestním právu

Vzhledem k tomu, že paliativní péče velmi úzce souvisí s lékařskou péčí poskytovanou *de lege artis medicinae* a trestním právem, tak se v této části kapitoly budeme věnovat právě trestněprávním rizikům nesprávné paliativní péče.

Hlavním právním pramenem trestního práva je zde zákon č. 40/2009Sb., trestní zákoník. Předně je zapotřebí zmínit, že lékařské zákroky, zejména invazivní, mohou vnějškově připomínat objektivní stránku trestného činu. Jednou z okolností vylučujících protiprávnost činu je například svolení poškozeného dle § 30 odst. 3. *„S výjimkou případů svolení k lékařským zákrokům, které jsou v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe, nelze za svolení podle odstavce 1 považovat souhlas k ublížení na zdraví nebo usmrcení.“*

Opačně tedy platí, že v případě lékařských zákroků, které jsou v době činu v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe lze dokonce z pozice poškozeného souhlasit i s léčbou, která vede (může vést) k ublížení na zdraví nebo usmrcení. Trestněprávní odpovědnost zdravotnického pracovníka přichází v úvahu tehdy, pokud zdravotní péče není poskytována na patřičné odborné úrovni, tedy není *„v souladu s právním řádem a poznatky lékařské vědy a praxe.“* Jedná se tak nejčastěji o nedbalostní trestné činy, například § 143 usmrcení z nedbalosti, § 147 těžké ublížení na zdraví z nedbalosti, § 148 ublížení na zdraví z nedbalosti.

Definici ublížení na zdraví a těžké újmy na zdraví přináší § 122. Zatímco ublížením na zdraví se rozumí *„takový stav záležející v poruše zdraví..., který porušením normálních tělesných nebo duševních funkcí znesnadňuje, nikoli jen po krátkou dobu, obvyklý způsob života poškozeného a který vyžaduje lékařského ošetření,“* tak těžkou újmou na zdraví *„se rozumí jen vážná porucha zdraví nebo jiné vážné onemocnění.“* Zákon zde vyjmenovává, co se za těžkou újmu na zdraví považuje, přičemž ze samotného výčtu je patrné, že kolize výkonem povolání zdravotnického pracovníka v oblasti paliativní péče může hrozit poměrně často, a to například zmrzačení, ochromení

údu, ztráta nebo podstatné oslabení funkce smyslového ústrojí, poškození důležitého orgánu, mučivé útrapy, nebo delší dobu trvající porucha zdraví.

V případě usmrcení z nedbalosti se zdravotnickými pracovníky patrně počítá v § 143 odst. 2, neboť v případě, kdy zdravotnický pracovník jinému z nedbalosti způsobí smrt, tak zpravidla proto, že „*porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.*“

Samozřejmě mohou v paliativní péči přicházet v úvahu rovněž úmyslné trestné činy. Typickým příkladem by mohla být vražda (§140), kde by se při paliativní péči mohlo dle povahy věci jednak z hlediska zavinění o přímý úmysl (aktivní euthanasie v případech, kdy pacient není schopen vyjádřit svou vůli zemřít a nejedná se tak o trestný čin účast na sebevraždě (§144)).⁴¹

Může jednat rovněž o nepřímý úmysl například v nadměrném podávání prostředků utišujících bolest, pokud se překročí *principium duplicis effectus* s nímž počítají výše uvedené stavovské předpisy, v případě odpojení od přístrojů anebo ukončení podávání výživy by teoreticky přicházel v úvahu i trestný čin neposkytnutí pomoci dle § 150 odst. 2, neboť zdravotnický pracovník je nepochybně ten, kdo „*je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout,*“ pokud by se nejednalo o vraždu. U těch pacientů v paliativní péči, kteří jsou schopni vyjádřit svou vůli zemřít bude relevantní trestný čin účast na sebevraždě (asistované suicidium) dle § 144.

Zcela specifickým trestným činem ve vztahu k paliativní péči je trestný čin týrání svěřené osoby § 198. Součástí skutkové podstaty tohoto trestného činu je právě mj. podmínka péče o týranou osobu. O kvalifikovanou skutkovou podstatu tohoto trestného činu se jedná např. tehdy, způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví, spáchá-li takový čin nejméně na dvou osobách, páchá-li takový čin po delší dobu. Pokud dojde v důsledku týrání k těžké újmě na zdraví nejméně dvou osob, nebo smrti týrané osoby, hrozí pachateli trest v rozmezí pět až dvanáct let.

Mezi trestné činy, jejichž objektem není život a zdraví pacienta můžeme zařadit například neoprávněné nakládání s osobními údaji dle § 180. Riziko kvalifikované

⁴¹ „*Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.*“

skutkové podstaty se týká zdravotnického pracovníka, který „byť i z nedbalosti, poruší státem uloženou nebo uznanou povinnost mlčenlivosti tím, že neoprávněně zveřejní, sdělí nebo zpřístupní třetí osobě osobní údaje získané v souvislosti s výkonem svého povolání, zaměstnání nebo funkce, a způsobí tím vážnou újmu na právech nebo oprávněných zájmech osoby, jíž se osobní údaje týkají.“

Z hlediska právnických osob, které provozují paliativní péči je relevantní zákon č. 418/2011Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob. Zde je hodno zřetele, že dle § 7 tohoto zákona právnická osoba neodpovídá za trestný čin účasti na sebevraždě.

3.2. Přestupky na úseku paliativní péče

Nyní se budeme zabývat přestupky, tedy méně závažnými excesy z řádné paliativní péče. Pro přestupky je relevantní zákon č. 250/2016 Sb., o odpovědnosti za přestupky a řízení o nich, ve znění pozdějších předpisů.

V současné době je projednáván návrh novely, která excesy v péči o pacienty, kteří jsou ve vážném stavu ve zdravotnických i sociálních zařízeních explicitně řeší. Na přípravě této novely lze dobře demonstrovat komplexnost problematiky paliativní péče i její přesahy do sociální oblasti. Vyšší míra zájmu o tuto problematiku vede i k vyšší citlivosti ke kvalitě péče o paliativní pacienty, stejně jako o jiné zvláště zranitelné skupiny pacientů a klientů. Nedostatek právní ochrany zvláště zranitelných skupin např. pacientů a klientů sociálních služeb je spatřován v tom, že není dostatečná veřejnoprávní ochrana pro případ, kdy jednání poškozující pacienty a klienty sociálních služeb nedosahuje intenzity trestného činu týrání svěřené osoby dle § 198 trestního zákoníku.

Tomuto problému se věnovala 29. října 2019 Rada vlády ČR pro lidská práva. Dle zápisu z jednání (bod č. 4) byl projednáván podnět zpracovaný Výborem proti mučení a jinému krutému, nelidskému a ponižujícímu zacházení nebo trestání s využitím odborných analýz z Kanceláře veřejného ochránce práv, Kanceláře vládního zmocněnce pro zastupování před Evropským soudem pro lidská práva a dalších odborníků z nevládního i akademického sektoru. Podnět reagoval jednak na doporučení a problémy odhalené mezinárodními orgány (zejména Výborem OSN proti mučení, Evropským soudem pro lidská práva), jednak na zjištění z monitorovacích návštěv veřejného ochránce práv v zařízeních omezení osobní svobody. Ze všeho vyplývá, že v postihu špatného zacházení existují v ČR značné mezery, které je nutné řešit, aby byly prevence

i postih tohoto jevu řádně zajištěny.

Jakkoli podnět směřoval primárně k řešení nepřijatelného jednání vůči osobám omezeným na svobodě v rámci výkonu trestu odnětí svobody, přihlásilo se k němu též Ministerstvo zdravotnictví s tím, že podporuje zavedení správního postihu špatného zacházení ve zdravotnických zařízeních a již pracuje na příslušné zákonné novele.

3.3. Průnik připravované novely zákona o sociálních službách a paliativní péče

Stejně i Ministerstvo práce a sociálních věcí plánuje zavést správní postih špatného zacházení v zařízeních sociálních služeb.

Ministerstvo práce a sociálních věcí následně vládě skutečně 30. 11. 2020 pod č. j.: MPSV-2019/239277-510/3 předložilo návrh novely⁴² zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V únoru tohoto roku byl ještě přepracován a opětovně předložen vládě. V současné době je tento návrh stále pouze předložen vládě a je zřejmé, že v tomto volebním období už nebude schválen. Vzhledem k tomu, že by tento návrh budoucího zákona mohl být jasným inspiračním zdrojem pro obdobnou úpravu v oblasti paliativní péče, lze uvést, že nosnou myšlenkou novely ve vztahu k předmětné problematice je skutečnost, že poskytovateli sociálních služeb je v § 88 písm. f) návrhu novely zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách stanovena povinnost „*respektovat a chránit důstojnost, soukromí a integritu osoby, které poskytuje sociální službu.*“ Důvodová zpráva k tomu uvádí: „*Současně je účelem provázanost s kritérii standardů kvality sociálních služeb, které dílčí povinnosti konkretizují, a tím také zajistit srozumitelnost a konkrétnost skutkových podstat přestupků, které se vztahují k tématu kvality.*“

Dle § 107 odst. 2 písm. l) se poskytovatel sociálních služeb dopustí přestupku, pokud poruší povinnost „*respektovat a chránit důstojnost, soukromí a integritu osoby, které poskytuje sociální službu, stanovenou v § 88 písm. f),*“ Za tento přestupek hrozí poskytovateli sociálních služeb dle odst. 7 písm. b) téhož ustanovení sankce ve výši až 400 000 Kč.

Blížkost úprav sociální a paliativní péče je patrná z navrženého znění § 52b s názvem Sociální služby poskytované osobám v terminálním stavu a osobám blízkým:

⁴² Dostupné z: www.vlada.cz.

„(1) Sociální službou poskytovanou osobám v terminálním stavu je terénní sociální služba poskytovaná ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu⁴³ a terénní sociální služba poskytovaná poskytovateli domácí péče, jejíž součástí je paliativní péče. Služba se poskytuje také osobám blízkým k osobě v terminálním stavu.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

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

(3) Sociální službu podle odstavce 1 nelze poskytovat formou terénní sociální služby poskytované poskytovateli domácí péče, jejíž součástí je paliativní péče, osobám v terminálním stavu v domovech sociální péče, v zařízeních odlehčovací služby a v chráněném bydlení.

Důvodová zpráva k tomuto ustanovení uvádí:

„Ustanovení definuje služby sociální podpory jako nový základní druh sociálních služeb zahrnující v sobě složky poradenství, péče i prevence. Pod služby sociální podpory se zařazuje nový druh sociální služby – sociální služby poskytované osobám v terminálním stavu a osobám blízkým. Jedná se o terénní sociální služby poskytované ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo terénní sociální služby poskytované poskytovateli domácí péče, jejíž součástí je paliativní péče. Základní činnosti sociální služby poskytované osobám v terminálním stavu a osobám blízkým stanovené zákonem spočívají v poskytování péče. Terminální stádium onemocnění je stav, kdy onemocnění není slavitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné. Zdravotní stav osoby nelze zlepšit, nelze jej ani stabilizovat a zabránit tak jeho postupnému zhoršování a nelze odvrátit smrt.“

Důvodová zpráva rovněž vysvětluje výlukou sociální služby dle odstavce 3: *„Poskytovatel domácí péče, jejíž součástí je paliativní péče, který získá registraci na*

⁴³ § 44a zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

sociální službu podle § 52b, nemůže tuto sociální službu poskytovat osobám v terminálním stavu v domovech sociální péče, v zařízení odlehčovací služby a v chráněném bydlení. V uvedených zařízeních jsou základní činnosti sociálního zaměření součástí poskytování činností sociální péče v rámci poskytování těchto druhů sociálních služeb.

K blízkosti oborů zdravotnictví a sociální péče se hlásí i předkládací zpráva návrhu této novely zákona o sociálních službách, která proklamuje: *„Navíc dořešíme fungování a financování průřezových služeb na zdravotně sociálním pomezí a zajistíme vyšší odměňování ve srovnatelných profesích v sociálních službách, přibližující se oboru zdravotnictví. Podpoříme domácí i ústavní paliativní péči včetně péče hospicové.“*

K regulaci kvality poskytované péče předkládací zpráva uvádí: *„novela... reaguje na ne úplně optimální stav ochrany lidských práv, ochrany zdraví a života klientů sociálních služeb.... Přináší nová opatření na ochranu práv klientů, života a zdraví klientů v sociálních službách... úkolem státu je právě tyto osoby (klienty) efektivně chránit a zamezit jakýmkoli postupům, které ohrožují lidskou důstojnost a porušují práva klientů sociálních služeb ... Novela přináší vytvoření nového mechanismu pro podávání podnětů na poskytované sociální služby... podnět bude řešen na Ministerstvu práce a sociálních věcí... Novelizace začleňuje nový přestupek, kdy bude možné poskytovateli uložit pokutu za nechránění a nerespektování důstojnosti, soukromí a jednotu vlastností osob, kterým jsou sociální služby poskytovány.“*

Dalším dokumentem, který je velmi významný pro paliativní péči, je Doporučení Rec (2003) 24 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům o organizaci paliativní péče. Tento dokument byl přijat Výborem ministrů 12. listopadu 2003 na 860. zasedání zástupců ministrů a lze jej považovat za kvalitativní měřítko legislativních aktivit států v této oblasti. O hodnotovém zakotvení Doporučení vypovídá například tento citát z jeho Preambule: *„...vědom (Výbor ministrů) si toho, že paliativní péče má za cíl pomáhat mužům, ženám a dětem v pokročilém stádiu progredujících nemocí těšit se až do konce z co nejlepší kvality života a že neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti; s ohledem na to, že paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces a není vedena beznadějí či fatalismem;“*

3.4. Ukončení léčby v judikatuře ESLP

Na závěr této kapitoly zde ještě uvedeme názor na ukončení léčby uvedený v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva⁴⁴, neboť pro správné posouzení legality je zapotřebí z ní také vycházet. Evropský soud pro lidská práva určil tři podmínky, které musí být splněny, aby ukončení život udržující léčby nebylo porušením práva na život. Jedná se nejprve o existenci regulatorního rámce pro ukončení léčby ve vnitrostátním právu, zadruhé je nutné zohlednění práva pacienta a zatřetí se musí být zajištěna možnost soudního přezkumu rozhodnutí o ukončení léčby. Je však zapotřebí dodat, že v ČR tyto podmínky splněny nejsou a je žádoucí, aby byl změněn buď zákon či obecné principy zdravotnického práva, které se této problematice týkají.

⁴⁴ Evropský soud pro lidská práva (ESLP) byl založen v roce 1959. Hlavní náplní jeho činnosti je posuzování stížností na porušení občanských a politických práv zaručených Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv, který byla ratifikována ve 47 členských státech

4. Marná léčba

V této kapitole pojednáme o léčbě, která nevede k uzdravení ani k podstatnému zlepšení kvality života pacienta.

Lékaři na základě Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 definuje v článku 3 marnou léčbu jako léčbu, „*kteřá nevede k záchráně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací*“.

Autoři Etických principů v biomedicíně Beauchamp a Childress považují marnou léčbu za těžko přesně definovatelnou, protože tvrzení o marnosti léčby nese předpoklad ohodnocení výsledku, který je pouze předpokládaný, ale ne jistý. Včas přerušená marná terapie či správné neléčení můžou pacienta chránit před dalším utrpením. Je zde etické dilema mezi necháním člověka zemřít a zabitím. Záměrem jednajícího musí být dobro, a tudíž úleva od bolesti nesmí být následkem úmyslu zabít. Etika by měla fungovat jako vodítko ke šťastnému životu i smrti, v tom je i důležitost etických komisí nemocnic. Etickým dilematem může být, je-li pacientovým nejlepším zájmem život sám, bez ohledu na jeho další kvalitu. K předcházení situacím, kdy je lékařem mylně vyhodnocen nejlepší zájem pacienta, slouží existence Dříve vyslovených přání (dále je používána zkratka DVP). Této problematice se detailně věnuje dr. J. Matějek v knize Dříve vyslovená přání pacientů-výhody a rizika.⁴⁵ Institut DVP je zakotven v naší legislativě v Úmluvě na ochranu lidských práva a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny v článku 9, kde je stanoveno, že bude brán zřetel na DVP pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud bude pacient v době zákroku neschopen vyjádřit své přání.

Koncept marné péče je jedním z klíčových konceptů při rozhodování na konci života, avšak z medicínského hlediska je obtížně zachytitelný. O problematičnosti konceptu z medicínského hlediska svědčí i jeho neustálé redefinice a odlišné přístupy k vlastnímu vymezení. V řadě případů se odborníci snaží pojem „futilní“ péče vůbec nepoužívat a opisují ho jinak, a to zejména s odkazy na smysluplnost poskytování péče.

Dalším přístupem k pojmu marné léčby je například kvantitativní přístup, který spočívá

⁴⁵ Srov. MATĚJEK, Jaromír. *Dříve vyslovená přání pacientů-výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011.

v pravděpodobnostním hodnocení úspěšnosti nějakého postupu, protože v určité situaci je úspěch vybraného postupu příliš málo pravděpodobný. S tím se pojí dvě zásadní otázky: jak vysoká, respektive nízká musí ona pravděpodobnost být, abychom ji označili za příliš nízkou, a dále kdo je kompetentní tuto otázku zodpovědět. Co se týče osoby, která může tento spor rozhodnout, do úvahy připadají lékař, pacient, v pediatrii pak jeho zákonní zástupci, což v drtivé většině případů jsou pacientovi rodiče, případně jeho poručník. Neznamená to však, že by rodiče mohli za dítě rozhodovat bez ohledu na něj, neboť podle § 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku.

V obdobném duchu hovoří etické deklarace, např. článek 6 Konvence o biomedicíně, která uvádí, že i rodiče mají nárok rozhodnout, jaká pravděpodobnost je ještě přijatelná a jaká už nikoliv.

Dalším pohledem je tzv. kvalitativní marná léčba, kdy terapie není přijatelná kvůli finančním nákladům, ale většinou proto, že jejím výsledkem není očekávaná kvalita života. Kompetentní jsou opět rodiče, případně nezletilý. Asociace nabádá k takzvanému. procedurálnímu přístupu v otázkách marné léčby. Smyslem je nalézt přijatelné a spravedlivé řešení právě tam, kde dochází v otázce marné léčby k neshodám a konfliktům mezi zdravotníky a zákonnými zástupci pacienta. Podstatou toho přístupu je navržení strategií a postupů, které mají tento konflikt řešit. Především je to práce etických konzilií a etických komisí, jejichž úkolem je vyslechnout názory všech, koho se konflikt týká a pokusit se nalézt pro všechny přijatelné řešení. V případě přetrvávajících neshod má rozhodnout soud.⁴⁶ U nás máme zavedeny etické komise, ty se však ze zákona věnují pouze rozhodování o farmaceutickém výzkumu. Systémově, jako součást rutinní práce ve zdravotnickém zařízení (především v nemocnicích) služba etického konzultanta nebo konziliáře v České republice zavedena není. Je to důležité pro pacienty, když se domnívají, že postup péče o ně samotné není eticky v pořádku. Řešením etických otázek, která běžná lékařská praxe přináší, je zavedení nějaké formy skutečně efektivního (nikoli

⁴⁶ Jak uvádí § 101 Občanského zákoníku „*má-li být zasazeno do integrity člověka neschopného úsudku způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví, lze zákrok provést jen s přivolením soudu.*“

formálního) etického poradenství.⁴⁷

Tématu Marná léčba se konkrétně týká část rozhovoru č. 18 s prof. MUDr. Martinem Matějovičem, Ph.D., přednostou 1. kliniky FN a LF UK v Plzni, internistou, který zabývá se intenzivní medicínou. V rozhovoru říká, že rozhodnutí nepokračovat v léčbě či další léčbu nezačít patří v lékařské profesi k těm nejnáročnějším.⁴⁸ Je to eticky velmi obtížná a citlivá část této profese. Použití přístrojů a moderní léčby u nemocných s nezvratným selháním životě důležitých orgánů prodlužuje utrpení jak pacienta, tak i jeho nejbližších. Smysl moderní medicíny není léčit za každou cenu, ale také pomoci od utrpení v případech, kdy medicína nemá nástroje k záchraně života či k obnově jeho přijatelné kvality. To je úkol pro stále více potřebnou paliativní péči.

Každý člověk má právo na důstojnou smrt. Jde o kvalitu života až do konce a o doprovázení nemocného a jeho blízkých. K doprovázení nemocných podotýká Dr. Kübler-Rossová: *„Právě od našich umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. Kdybychom byli schopni dosáhnout stadia přijetí již v mládí, prožili bychom mnohem smysluplnější život, dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot.“*⁴⁹

Při hospicové péči se pečovatelé řídí mottem známého řeckého lékaře Hippokrata, který řekl: *„Když léčíš, usiluj o dvojí: pomáhej, nebo aspoň neškod“*.⁵⁰ V české předmluvě je informace o hospicové a paliativní péči v ČR dostupná na www.umirani.cz a rovněž informace o české úpravě DVP je na www.cestadomu.cz. Dle statistik se u nás do péče domácích hospiců dostane pouhé jedno procento umírajících, zatímco v USA je to přes 50 %. Pozoruhodné je, že v úvodu knihy jsou uvedeny otázky, které by měl každý senior probrat s rodinou:

Mezi tyto otázky patří například: Co je pro mě důležité, kdybych v životě nemohl dělat činnosti, které mě těší, které lékařské zákroky už by pro mě byly za hranicí únosnosti, z čeho mám obavy v případě onemocnění nebo pobytu v nemocnici, vyznávám nějaké

⁴⁷ Srov. zákon 89/2012 Sb. Občanský zákoník

⁴⁸ In: PAFKO, Pavel et al. *Na hranici života a smrti - 25 rozhovorů s předními českými lékaři*. Praha: Nakladatelství Zed', s.r.o., 2017, s. 245.

⁴⁹ KÜBLER – ROSSOVÁ, Elizabeth. *O smrti a umírání*. 2. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN: 978-80-262-0911-9. s. 89.

⁵⁰ VOLANDES, Angelo E. *Umění rozhovoru o konci života*. Cesta domů, 2015, s. 8-9. ISBN 978-80-88126-03-4.

náboženské, duchovní filozofické nebo kulturní hodnoty, které ovlivní mé rozhodování ohledně zdravotních zákroků, kdybych se měl rozhodnout, zda je pro mě důležitější délka života nebo kvalita života, či jak moc je pro mě důležité být v čase umírání doma. Smutná situace nastává ve chvíli, kdy rodina požaduje, aby lékaři udělali všechno, co se dá a oni vědí, že další léčba je marná.⁵¹

V takové situaci je třeba jmenovat opatrovníka a sepsat DVP. Jsou tři možnosti péče dle dohody s lékařem: zaprvé jde o péči prodlužující život, zadruhé o omezenou zdravotní péče a zatřetí o péči zaměřenou na úlevu a kvalitu života, což je lůžkový či domácí hospic.

Pojem „marná léčba“ je vymezen v §4 odst. 5 zákona o zdravotnických službách jakožto poskytování zdravotních služeb dle pravidel vědy a uznávaných vědeckých postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Marná a neúčelná léčba je postup, kde není odůvodněný předpoklad příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo záchranu života a kde rizika komplikací, bolest, diskomfortu i strádání převažují nad reálným klinickým přínosem.

Taková léčba nemá být indikována a prováděna. Zdravotník má při poskytování zdravotní péče právní odpovědnost. Jednání může být zaviněné z nedbalosti nebo v rozporu s povinností poskytovat péči v souladu s pravidly zdravotnické profese. Důvody vylučující protiprávnost při poskytování zdravotní péče jsou následující: technicky správně provedený zákrok, DVP pacienta či léčba bez souhlasu nebo zástupný souhlas. Jde-li o neposkytnutí další péče, je odborně správný postup upuštění od další život zachraňující nebo život udržující léčby. Dalším důvodem je DVP nebo nesouhlas zákonného zástupce. Obsah informovaného souhlasu-dle Úmluvy o biomedicíně, článek 5 - nelze za svolení považovat souhlas k ublížení na zdraví nebo usmrcení. Souhlas poškozeného neplatí při aktivním usmrcení i účasti na sebevraždě. Účinnou terapii bolesti, jejímž vedlejším efektem je zkrácení života lze poskytnout i bez souhlasu. Informovaný nesouhlas rovněž řeší Úmluva o biomedicíně ve svém článku 5, kde je uvedeno, že pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání vzdal a který odmítá souhlasit s poskytnutím zdravotních služeb, je opakovaně

⁵¹ VOLANDES, Angelo E. *Umění rozhovoru o konci života.*, s. 8-9.

tato informace podána s tím, že neposkytnutí těchto služeb může vážně poškodit jeho zdraví či ohrozit život a odmítá-li vyslovit souhlas, tak podepíše revers.

Dále se budeme zabývat právními aspekty marné léčby.

Odstoupení od takové léčby je vzhledem k etickým i právním normám postup v české legislativě přípustný a možný. Postup *lege artis* značí, že lékař tak jedná, pokud v souladu s etickými zásadami usnadňuje pacientovi konec života. *Lege artis* znamená postupovat v souladu s dostupnými a současnými poznatky medicíny a podle etických pravidel medicíny. Běžně se tím myslí odborně správný postup, což je pro zdravotníka základní povinnost, jak uvádí zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách ve svém § 45, odst. 1: „*Náležitou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.*“

Problematiky marné léčby se týkají také další právní předpisy, a to například Listina základních práv a svobod. Ta ve svém prvním článku uvádí, že lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti a právech, dále ve svém článku 3, že základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu, článku 6, že lidský život je hoděn ochrany, má na něj právo každý a nikdo nesmí být života zbaven, článku 10, že každý má právo na zachování své lidské důstojnosti a osobní cti a v neposlední řadě také v článku 31, který uvádí, že každý má právo na ochranu zdraví a na základě veřejného zdravotního pojištění na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky.

Dalším právním pramenem je Úmluva o biomedicině, což je základní předpis, který je v platnosti od 1. října 2001 a jako mezinárodní smlouva má přednost před vnitrostátními zákony. V první části popisuje obecné zásady a pravidla a ve druhé se věnuje oblasti vědeckého výzkumu a eticky citlivých medicínských metod. Tato Úmluva vyžaduje předem daný informovaný souhlas pacienta s lékařským postupem, avšak s výjimkami: „*zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy*“, dále i o rovné dostupnosti zdravotní péče, a v článku kde je zmínka o DVP - „*bude brán zřetel na DVP pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“. Dále se zakotvením hospicové péče zabývá Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod ve svém článku 2, zákon o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.), který zmiňuje i požadavek partnerského přístupu lékaře

k pacientovi.

Následujícím předpisem je Občanský zákoník, zákon č. 89/2012, účinný od roku 2014, který uvádí právo na ochranu života, cti, důstojnosti aj. Ve svém oddílu 6 (osobnost člověka) je uvedena nutná písemná forma souhlasu při zásahu do integrity člověka a zakládá to povinnost zdravotnického pracovníka jednat lege artis. Další kapitoly jsou věnovány DVP a informovanému souhlasu. Pozoruhodné a logické je, že při stavu nouze lze jednat i bez informovaného souhlasu pacienta. Zvláštní písemné vyjádření je potřebné také při požadavku pacienta nebyť resuscitován DNR, DVP, delegace na jinou osobu, tedy když pacient určí svého zástupce. Je správné v pochybnostech léčit a tím zasáhnout do svobody pacientova rozhodování než naopak. Důvodová zpráva uvádí, že odpojení od přístrojů je konání, které by však mohlo znamenat, že lékař pacienta zabil.

Na závěr této kapitoly uvedeme etické aspekty marné léčby. Nejprve je zapotřebí uvést, že zdravotnický pracovník by měl mít schopnost mravního rozhodování a být lidský. Etika je totiž věda, která zkoumá způsob chování člověka. Při etických problémech je proto důležité přesně definovat fakta a objasnit situaci.

5. Paliativní péče

S hospicovou péčí úzce souvisí paliativní péče. Člověk je osoba, jednota těla i duše, celek a paliativní péče je komplexní, aktivní péče o člověka, zaměřená na kvalitu života s cílem zmírnit bolest i další tělesná a duševní strádání, zachovat důstojnost pacienta a jeho blízkým poskytnout podporu. Je to péče o nevléčitelně nemocného člověka v pokročilém či konečném stadiu nemoci. Existují různé organizační složky paliativní péče-hospic, domácí hospic, ambulance paliativní medicíny, v rámci nemocnic někdy působí konziliární tým, který zajišťuje přístup k paliativní péči od začátku léčby pacienta. Tato péče musí být poskytována v souladu s etickým kodexem ČLK a právním řádem ČR. Léčba může skončit, ale péče nikoli. Pacient proto musí mít vždy naději na laskavou péči. Paliativní péče je velice důležitá u pacientů v terminální fázi. Čím kratší je prognóza, tím důležitější je potřeba laických pečovatелů, tedy rodiny, přátel, duchovních a dobrovolníků.

V hospicové paliativní péči se klade důraz na kvalitu medicínské a ošetrovatelské péče, ubytování, stravy, prostředí, a zvláště na kvalitu života, jak nemocný prožije své poslední dny. Pomáhají mu všichni z multidisciplinárního týmu.⁵²

Dále je podstatné uvést, že jednoznačná definice paliativní medicíny neexistuje. 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.⁵³

V roce 2004 bylo zřízeno samostatné atestační odvětví „paliativní medicína a léčba bolesti“ a v rámci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vznikla Odborná společnost paliativní medicíny. Obecnou paliativní péči poskytují lékaři v rámci své odbornosti a praxe a specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům a jejich rodinám týmem odborníků na paliativní péči.

Mezi hlavní zásady poskytování paliativní péče dle WHO patří, že paliativní péče podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces. Význam rehabilitace

⁵² KALA, Miroslav. *Když rozhodnutí o setrvání v paliativním léčebném režimu vyžaduje zkušenosti i odvahu*. Dostupné z: www.intermedicina.cz.

⁵³ VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a kol.: *Paliativní medicína*, Praha: Grada Publishing, 2004. 2.vydání.

ve smyslu fyzického, psychologického a duchovního blaha je nedozírný. Paliativní péče neusiluje ani o urychlení ani o oddálení smrti. Lékaři totiž nemají povinnost pokračovat v léčbě, která je evidentně marná a znamená pro pacienta přílišnou zátěž. Rovněž pacienti mají právo odmítnout léčbu. Pro paliativní péči je objektem péče celá rodina, proto paliativní péče vyžaduje koordinovanou týmovou práci. Základní tým je složen z lékaře, sestry a sociálního pracovníka.

Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodinné situace, kdy činnorodý život ohrožují nemoci. Integruje do péče o pacienta i psychologické a spirituální aspekty. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili aktivně, jak jen to je možné, až do smrti a pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocných a jejich rodin a též poradenství v případě truchlení. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodloužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládnutí klinických nebezpečí.⁵⁴

Dobrovolníci tvoří nedílnou součást multidisciplinárního týmu, podílejí se na životě hospice i jeho pacientů, ale nenahrazují odbornou zdravotnickou péči personálu. Tráví čas s pacienty, pomáhají jako společníci, mohou pacientům předčítat, doprovázet je do zahrady, na programy v hospici apod. Pomáhají např. s doklady nebo administrativou, pečují o zahradu či květiny v hospici.

Ondřej Kopecký⁵⁵ je jeden z prvních lékařů, kteří se snaží zavést paliativní medicínu také do běžné klinické praxe. V článku „Zázraky se občas dějí“ odpovídá na otázku, co znamená paliativní péče. Jde o soubor podpůrných a léčebných opatření, jejichž cílem je zlepšit život pacienta se závažnou nemocí. Poskytuje se v nemocnicích těmto pacientům souběžně s léčbou, zaměřenou na jejich základní onemocnění. Cílem je, aby pacient a jeho blízcí mohli mít lepší život. V nemocnici je tým odborníků specializovaných na

⁵⁴VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a kol.: *Paliativní medicína*, s. 41-42.

⁵⁵ MUDr. Ondřej Kopecký, primář paliativní kliniky VFN, na setkání křesťanských zdravotníků 17.10.2020 přednesl velice zajímavou přednášku s názvem „*Těšíme se na smrt?*“ – o DVP a plánování péče na konci života a sdělil tři nejdůležitější otázky v tomto období: *Co pacientovi přináší radost? Co pro něj znamená naděje? Co mu dává v životě smysl?* Podle pacientovy odpovědi pak může lékař lépe stanovit cíl péče.

paliativní problematiku – lékař, sestra, psycholog, sociální pracovníce, kaplan, kteří jdou jako konziliární tým za pacienty na oddělení, kde jsou léčeni. Naslouchají pacientovi, zodpoví dotazy, vysvětlí mu vše, co se týká jeho léčby, aby mu dávala smysl. Každý pacient má nějaké duchovní či psychické prožívání nemoci a pochopení a přijetí cílů léčby.⁵⁶

Dále zmíníme současný stav paliativní péče.⁵⁷ Statistika přináší zjištění, že v roce 2011 70 % lidí umíralo na lůžkách akutní péče, ale 78 % lidí si přálo zemřít v domácím prostředí. Ministerstvo zdravotnictví vydalo metodický pokyn s přehledem informací o vznikající síti poskytovatelů paliativní péče. Jedná se o paliativní péči specializovanou, kterou poskytuje lékař se zvláštní odborností. Tato péče vyžaduje multidisciplinární způsob práce a je určena pacientům, kteří mají komplexní potřeby, které nemohou naplnit poskytovatelé obecné paliativní péče. Zde uvádíme principy lékařské etiky v paliativní péči.⁵⁸

- a) nemocný má příležitost zúčastnit se plánování péče na konci života
- b) fyzické a mentální utrpení má být zajištěno tišícími prostředky
- c) preference pacienta o další terapii mají být vyslechnuty
- d) nesmí dojít k zanedbání péče lékařem
- e) důstojnost nemocného je prioritou péče
- f) pocit břemene pro rodinu a další pečující musí být co nejmenší
- g) pozornost musí být věnována osobním cílům umírajícího
- h) pečující by měli pomoci truchlícím ve fázích smutku

Dále je zapotřebí uvést, zda je vhodné znát pacientův názor na konkrétní medicínská opatření:

⁵⁶ Odborný článek zaslala MUDr. Rusinová – Centrum paliativní péče, Praha

⁵⁷ KONEČNÝ, Jan. *Praktické etické otázky v mobilní specializované paliativní péči*. Diplomová práce. Praha 2019, s. 20.

⁵⁸ Tamtéž, s. 44-45.

-má se lékař zaměřit na mírnění bolesti, neklidu, dušnosti, strachu, nevolnosti i v případě možného ukrácení délky života?

-jak vnímá pacient umělé vyživování? Pokud si to nepřeje, chápe, že nebude přijímat potravu?

-jak vnímá pacient umělé podávání tekutin? Jakou formu příjmu tekutin si přeje a jakou ne?

-přeje si pacient v případě úmrtí oživovací pokusy?

-přeje si pacient umělou dechovou podporu?

-je přáním nemocného užívat dialýzu?

-má pacient hranici, kdy nechce, aby mu byla podávána antibiotika?

-jak mají zdravotníci postupovat při možném vypnutí kardiostimulátoru?

-jak vnímá pacient možnost využití paliativní sedace, to znamená, zda svoluje či nesvoluje pacient k hospitalizaci?

-přeje si pacient při zhoršení stavu převoz? Je dohodnuto kam, kým a jak?

Stanovisko katolické církve vyjadřuje jasně a srozumitelně *Samaritanus bonus*,⁵⁹ což je list o péči o osoby v kritické a terminální fázi života. Český překlad tohoto důležitého dokumentu vydal sekretariát České biskupské konference v Praze v roce 2020. Vzhledem k tématu práce se jeví jako nejdůležitější oddíl číslo 5, tedy učení církevního magisteria. Ve dvanácti kapitolách tohoto oddílu se podrobněji rozebírají jednotlivá témata, jako například zákaz eutanazie a asistované sebevraždy, povinnost při základní péči zajistit výživu a hydrataci, dále téma paliativní péče a role rodiny a hospice, výhrada svědomí u zdravotnických pracovníků a katolických zdravotních institucí, duchovní doprovázení a svátostná podpora či nutnost reformy vzdělávacího systému a formace zdravotnických pracovníků.

⁵⁹ *Samaritanus bonus*. List o péči o osoby v kritické a terminální fázi života. Řím: Kongregace pro nauku víry, 2020.

Světová zdravotnická organizace vymezuje zásady paliativní péče. Těmi se rovněž zabývá také Evropská asociace paliativní péče, která dbá především o jednotné standardy a terminologii paliativní péče.

Paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších sociálních, psychologických a duchovních příznaků. Tato péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a také komunitu. Důležité je, že paliativní péče ctí a chrání život. A v neposlední řadě je zapotřebí uvést, že umírání a smrt považuje za normální proces.

Podpůrná péče je prevence a léčba negativních projevů nádorového onemocnění u onkologické léčby. Mezi tyto projevy patří tělesné a psychosociální symptomy, ale dále také vedlejší účinky léčby, a to v celém průběhu nádorového onemocnění od stanovení diagnózy včetně rehabilitace a péče o pacienty po úspěšné onkologické léčbě.

Paliativní péče je úzce spjata se závěrem života pacienta, konkrétně se jedná o období od jednoho roku až dvou let, během kterých se pacient, jeho rodina a zdravotníci postupně dozvídají, že pacientovo onemocnění významně omezuje jeho délku života.

Oproti tomu terminální péče spočívá v komplexní péči o pacienty s pokročilým onemocněním a omezenou očekávanou délkou života. Dále respitní péče je význačná v tom, rodinní příslušníci nebo jiné osoby pečující o pacienta v domácnosti mohou být unavení nepřetržitou zátěží, kterou poskytování péče představuje. Tato péče nabízí pečovateltům plánovanou nebo neplánovanou možnost odpočinku tím, že péči o pacienta na určitý čas převezme.

Nyní zde uvedeme hlavní zásady poskytování paliativní péče. Proto je podstatné, že po stránce medicínské lze bolest tišit, ale nemocné sužuje více bolest duševní a duchovní. Bolest definuje Světová zdravotnická organizace jakožto nepříjemnou senzorickeu a emocionální zkušenost, jenž je spojená s akutním nebo potencionálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození. Logické je, že bolest je vždy subjektivní. Pokud bolest trvá déle než tři měsíce, tak se nazývá chronická bolest. K hodnocení bolesti se používá verbální škála, přičemž rozeznáváme bolest žádnou, mírnou, středně silnou, silnou a nesnesitelnou. Proto při vizuálním hodnocení pacient

vyznačí intenzitu své bolesti na úsečce, která jako numerická škála hodnotí bolest v rozmezí 0-10.

5.1. Zkušenosti s paliativní péčí hospiců

V této kapitole pojednáme o zkušenostech, které mají hospice s paliativní péčí. Předně je zapotřebí uvést, že v hospicích se používá zásadně paliativní péče. Více o správném poskytování paliativní péče je uvedeno v přílohách číslo 8 a 9 této práce. Základními východisky, ze kterých vychází postup při rozhodování o změně z intenzivní léčby na léčbu paliativní pacientů terminálně nemocných je například to, že život člověka je konečný a každý pacient má právo na náležitou odbornou úroveň zdravotní péče. Za všeobecně přijatý cíl intenzivní péče je považována snaha o zachování života, zdraví pacienta a také odstranění příčiny vyvolávající zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady. Je však zapotřebí dodat, že pokud onemocnění spočívá v nezvratném selhání orgánů, tak je třeba udržovat život, avšak nikoliv prodlužovat umírání v případě, že nelze tyto cíle naplnit.

Dále je podstatné, že jakýkoliv postup musí být posuzován poměrem klinického přínosu a míry rizik a komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání, které zvolený postup přináší. Použití postupů, kde rizika a komplikace s tím spojené nejsou vyvážena jejich přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Proto je takový postup nutno považovat za léčbu, která není v zájmu pacienta. Důležité je, že je zapotřebí rovněž brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a nelze pochybovat o tom, že se jedná o jeho skutečný názor.⁶⁰

Jak je již uvedeno výše, většina hospiců je součástí Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Kromě toho existuje také organizace sdružující mobilní hospice, která se nazývá Fórum mobilních hospiců, jenž sdružuje čtyřicet poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče v naší vlasti. Je však zapotřebí dodat, že tyto dvě organizace spolu nespolupracují.

Nyní se budeme zabývat péčí o umírající pacienty. Právní základ pro tuto péči tvoří doporučení Rady Evropy z roku 1999, které uvádí ohrožující faktory pro péči.⁶¹ Problémem je, že se stále více prohlubují rozdíly mezi tím, co je dnes moderní věda

⁶⁰ Srov. čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině.

⁶¹ PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně*. s. 177. Praha: Grada Publishing a.s., 2011.

schopna nabídnout a mezi omezenými financemi. Dopad těchto rozdílů tak spočívá zejména v tom, že bohužel není možné realizovat mnohé z toho, co by pacientům přineslo zdravotní prospěch.

Etická dilemata v medicíně uvádějí čtyři základní bioetické principy: příkaz nikomu neškodit, neublížit, konat ku prospěchu pacientů, respekt k autonomii jedince a princip spravedlnosti. Mezi etická dilemata v medicíně patří i etické problémy spojené s resuscitací.⁶² S tím souvisí také motto slavného antického lékaře Hippokrata, které zní: „Když léčíš, usiluj o dvojí: pomáhej nebo aspoň neškod.“⁶³

V předmluvě k českému vydání knihy *Umění rozhovoru na konci života* píše dr. Martin Loučka z Centra paliativní péče v Praze, že každý by měl jako potenciální budoucí pacient zvážit a probrat se svou rodinou, blízkými přáteli a lékaři následující otázky: Zaprvé co je pro něj v životě důležité, zadruhé kdyby už v životě nemohl dělat činnosti, které jej těší, které lékařské zákroky už by pro něj byly za hranicí únosnosti, dále z čeho má obavy v případě onemocnění nebo pobytu v nemocnici, začtvrté zda vyznává nějaké duchovní, náboženské, filozofické nebo kulturní hodnoty, které ovlivní jeho rozhodování ohledně zdravotních zákroků, zapáté kdyby se měl rozhodovat, zda je pro něj důležitější kvalita života nebo délka života, co by si vybral a konečně zašesté jak moc je pro něj důležité být v čase umírání doma.⁶⁴

Protože pacienti paliativní péče často trpí problémy se srdcem, tak zde uvedeme některé situace, které srdci škodí. Jedná se například o vysoký krevní tlak, dále ischemickou srdeční chorobu, kouření, obezitu, cukrovku a vysoký věk.⁶⁵

Z hlediska paliativní péče je velmi důležitá úloha rodiny, protože ta hraje velmi významnou roli při různých rozhodováních, kupříkladu zda zahájit či nezahájit kardiopulmonální resuscitaci, dále zda nemocného připojit k ventilátoru či zavést výživovou sondu, což jsou invazivní medicínské zákroky. Na druhou stranu je zapotřebí uvést, že i přes potřebu znát názor rodiny má rozhodující slovo ošetřující lékař.

⁶² Úmluva o lidských právech a biomedicíně, v ČR vyhlášena jako č. 96/2001 Sb. m. s., v ČR platná od 1. 10. 2001.

⁶³ VOLANDES Angelo E.: *Umění rozhovoru o konci života*, Praha: Cesta domů, 2015.

⁶⁴ VOLANDES Angelo E.: *Umění rozhovoru o konci života*, s. 44.

⁶⁵ Tamtéž, s. 54.

V závislosti na postojích pacientů a lékařů jsou pak různé možnosti péče o pacienta, a to jednak péče prodlužující život či také omezená zdravotní péče, která však nespočívá v resuscitaci, intubaci či ventilátoru a péče zaměřená na úlevu a kvalitu života, která se uskutečňuje v hospicích.

V knize *Dobré umírání – možnosti pokojného konce života*⁶⁶ je motto, které říká, že by nikdo by neměl umírat v bolestech a že by nikdo neměl umírat sám. To je také sen autora knihy, dlouholetého hospicového lékaře.

Během výzkumu jsme zjistili, že v současnosti u nás má jedna agentura domácí péče reálný dosah své činnosti v okruhu zhruba třiceti km od svého sídla, což dostačuje zhruba pro čtyřicet až padesát tisíc obyvatel. Podstatné je, že tento typ péče by měl být dostupný alespoň jednou v každém okrese České republiky, proto by u nás mělo být alespoň sedmdesát sedm agentur specializované domácí hospicové péče v ČR.

Klasické agentury 925 většinou pečují o pacienty, kteří nejsou v terminální fázi onemocnění, což jsou například kardiaci, diabetici a tak dále, tedy však nikoli umírající pacienti, a bohužel ne každá z Agentur 925 je schopná a ochotná péči o umírající zabezpečit. Pojištěnci z různých pojišťoven jsou tedy posláni zemřít do nemocnice nebo do léčebny dlouhodobě nemocných.

O etických aspektech perioperační paliativní péče pojednává role mezioborového konziliárního týmu v tomto období, který tvoří Kateřina Rusinová, Ondřej Kopecký a Zuzana Čepelíková.⁶⁷

V Etickém kodexu ČLK jsou uvedeny základní principy bioetiky. Mezi tyto principy patří například princip autonomie vůle, kdy si má pacient právo vybrat, jestli se chce na rozhodování podílet, nebo ne. Dalším principem je princip nepůsobení újmy, známý jako princip nonmaleficence, který spočívá v tom, že hlavním posláním lékaře je pacientovi neuškodit a nepůsobit mu fyzickou ani psychologickou újmu.

Následujícím principem je princip prospěšnosti, který se také nazývá princip beneficence, a který značí povinnost zdravotníků přispívat blahu pacienta, neboť lékař

⁶⁶ BYOCK, Ira: *Dobré umírání – možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-134-0.

⁶⁷ článek v Časopisu lékařů českých, č.1 2018/157, s.30-34.

stanovuje pacientův prospěch a nejlepší zájem. Další principem je princip spravedlnosti, což v pojetí bioetiky znamená právo na přijatelné minimum zdravotní péče, spravedlivou šanci a alokaci zdrojů lékařské péče. Důležité je, že je zakázána diskriminace na základě pohlaví, rasy, IQ, národnosti a sociálního statutu. V ČR je systém zdravotního pojištění založen na principu solidarity, proto povinné zdravotní pojištění garantuje všem pojistníkům zdravotní péči na základě potřeb a nikoli zásluh.

Důležité je, že lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu či případně spoluúčasti na takovém výkonu, který odporuje jeho svědomí, neboť lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní jejich utrpení. Právním základem tohoto výkonu je Evropská charta práv pacientů seniorů, která důrazně odmítá věk jako příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci.

Z historie etických podmínek lékařů je prvním doložitelným dokumentem Hippokratova přísaha, dále se dnes pojem nemoci dle dr. Matějka objasňuje jako stav, kdy člověk nemůže naplňovat svůj životní projekt. Dr. Matějek rovněž zdůrazňuje, že je nutné, aby si lékař uvědomil, jak pacient svou nemoc prožívá. Není to však jediná definice nemoci, ne všechny jsou však zdařilé. Jako příklad nepříliš zdařilé definice lze představit definici nemoci od H. Künga, který nemoc definuje jako neřád, který snižuje pacientovu hodnotu jako člověka a také jako slabinu, kterou je třeba vytěsnit nebo překrýt rezignací nebo cynismem. Tato definice není příliš zdařilá z toho důvodu, že člověk není jen tvor tělesný, ale i duchovní a proto dle dr. Matějka nutné, aby členem skupiny pečující o pacienta byl duchovní.

Nyní se budeme zabývat právem na život a právem na smrt. Právo na život jakožto konkrétní příklad morálního apelu spočívá v odpovědnosti vůči druhým. Oproti tomu právo na smrt spočívá v právu na přirozenou smrt a dle dr. Heleny Haškovcové je nejdůležitější pro důstojné umírání a smrt blízkost druhého člověka. Otázku přirozené smrti definuje dr. Matějek jako takový časový bod v našem životě, kdy zemřeme a naše smrt není umělým zásahem ani urychlována ani oddalována. Pokud by totiž byla smrt záměrně oddalována, tak by se jednalo o dystanázii, kterou se smrt oddaluje, a která je v České republice zakázána.

Problémem je, že z právního ani etického hlediska není rozdíl mezi nezahajováním či přerušением léčby a z toho důvodu lékaře i blízké terminálně nemocného pacienta čeká

často těžké rozhodování, neboť emocionálně je snazší přijmout nezahájení než přerušeni léčby. Proto také dochází k situacím, kdy pacient či rodina trvá na zahájení léčby a lékař ji odmítá zahájit a je zde tedy pro lékaře etický problém, zda respektovat pacientovo právo na autonomii či podle svého svědomí léčbu nezahájit, protože to není v pacientově nejlepším zájmu. Podstatné je však to, že pokud lékař chce léčbu zahájit, ale pacient to odmítá, musí to lékař jeho rozhodnutí respektovat.

Mezi konkrétní způsoby léčby, které však spočívají pouze v prodloužení života se řadí kupříkladu plicní a srdeční resuscitace, umělá ventilace, chemoterapie nebo dialýza, umělá výživa a hydratace. Je však třeba zdůraznit, že není možné přerušit nebo ukončit péči, na kterou má každý pacient nárok. Na druhou stranu je třeba si uvědomit, že včas přerušená marná léčba či správné neléčení mohou pacienta uchránit před dalším utrpením.

Výše zmíněné dilema mezi nezahájením a nepokračováním léčby však není jediné dilema, kterému musí lékaři a blízcí čelit. Je zde totiž ještě další dilema, a to otázka rozdílu mezi ponecháním zemřít a zabitím v důsledku nezahájení či přerušeni léčby. Předně je zapotřebí uvést, že úleva od bolesti nesmí být následkem úmyslu zabít pacienta. Je proto důležité, aby v nemocnicích existovaly etické komise, které řeší sporné případy, kdy lékař a pacient a rodina se nemohou shodnout na dalším postupu léčby terminálně nemocného pacienta, přičemž tyto komise musí brát v potaz dříve vyslovená přání pacienta. Této problematice se věnuje podrobně dr. Matějka. Již výše zmíněná Úmluva o biomedicíně ve svém článku 9 hovoří o tom, že bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud bude pacient ve stavu, kdy nemůže vyjádřit své přání. Dr. Matějka však dodává, že vývoj v životě člověka může změnit význam dříve vysloveného přání.

Ohledně posuzování života a smrti je zapotřebí také objasnit, co je považováno za kvalitu života. Obecně se kvalitou života rozumí fyzická pohyblivost, osvobození od strachu a bolesti, schopnost vykonávat činnosti denního života a také možnost sociálního zapojení. Dále je podstatné to, že při léčbě se mohou používat buď řádné či mimořádné prostředky. Dle dr. Matějka musejí být řádné prostředky součástí běžné péče a vždy a všem z pozice sociální a ekonomické dostupné a musí vzniknout naděje na kvalitní trvalé zlepšení zdravotního stavu pacienta. Problémem mimořádných prostředků je to, že jsou většinou příliš bolestivé.

Na závěr této kapitoly krátce zmíníme otázku lékařské etiky, a to otázku etiky smrti a důstojného umírání. Umíráním se rozumí psychicko-fyzické pochody bezprostředně před smrtí, které končí v okamžiku, kdy nastane smrt. Z pohledu paliativní medicíny si důstojnou smrt lze vyložit jako přání zemřít bez velkých fyzických obtíží, tedy bez bolesti, bez dušení, nevolnosti, ve vyrovnaném psychickém stavu se světem, s vyřešenými sociálními věcmi a být bytostně smířený s umíráním. Odlišný pohled nabízí dr. Helena Haškovcová, která na umírání hledí z pohledu pečujícího a umírání definuje jako pečlivé, důsledné a obětavé ošetřování člověka, jenž potřebuje odbornou i laickou péči. Ohledně umírání vydala Rada Evropy doporučení číslo 14518 z roku 1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících, které vychází z Charty práv umírajících. Toto doporučení ve svém článku 3 apeluje na to, aby prodloužení života nebylo jediným cílem medicínského snažení.

6. Eutanázie

V této kapitole se budeme zabývat tématem eutanazie. Eutanazie, která v doslovném překladu znamená dobrá smrt, je obvykle definována jako usmrcení na žádost, přičemž je zapotřebí souhlas poškozeného. Eutanazie je z právního hlediska trestná a z morálního i etického nepřijatelná.

Lze uvést mnoho důvodů, proč je eutanazie naprosto nepřijatelná. Kupříkladu lze uvést, že život je dar Stvořitele a lidé nejsou majiteli života, takže si ho ani nemůžeme sami či s pomocí druhého vzít. Dále lze předpokládat, že by se zničila důvěra pacientů k lékařům a také by to zjevně zatížilo svědomí drtivé většiny zdravotníků. Dále lze argumentovat 5. přikázáním Desatera, kde má člověk přikázáno: „nezabiješ!“. Mezi další důkazy lze zařadit také to, že lékaři by jednali, proti již výše zmíněné Hippokratově přísaze a svému profesnímu heslu „vždy pomáhat, nikomu neškodit“. Mezi další důvody nepřipustnosti eutanazie lze zařadit také posvátnost života, která by byla „převálcována“ svobodou rozhodování, tedy autonomií vůle člověka a rovněž by to mělo zhoubný vliv na morálku společnosti, zbrzdilo by to vývoj zdravotní péče a v neposlední řadě by to narušilo mezilidské vztahy. Těchto důvodů je však ještě mnohem více.

Na druhou stranu je však zapotřebí uvést příklady argumentů zastánců legalizace eutanazie. Jedním z nejdůležitějších argumentů je bezesporu respektování autonomie vůle, podle které se může pacient svobodně rozhodnout o ukončení svého života. Jako další argument lze zmínit také respekt k lidským právům obecně, zejména pak k právu na soukromí a již výše zmíněnému právu na smrt. A v neposlední řadě lze uvést také svobodu možnosti výběru mezi těžkým utrpením a jejím milosrdným ukončením v podobě smrti a rovněž soucit blízkých osob trpící a umírající osoby.

Světová zdravotnická organizace definuje eutanázii jako vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka, a to za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen, jednající ví o stavu této osoby a o jejím

přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby, skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.⁶⁸

Z výše uvedeného vyplývá, že eutanazie nemůže být cestou pro spravedlivé rozdělení lékařské péče a zdrojů, neboť život každého člověka je cenný bez ohledu na jeho věk. Proto má také každý právo na paliativní péči.⁶⁹ Paliativní péče má být uznána za zákonný nárok individua a měl by k ní být rovný přístup. Zcela nepřípustné je, aby někdo argumentoval tím, že peníze vložené do paliativní péče budou chybět jinde, neboť by se takto dalo argumentovat v případě jakékoliv péče o kohokoliv.⁷⁰ Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékaře prodlužovat život za každou cenu a právo na odmítnutí léčby je základním právem pacienta, a proto lékař nejedná neeticky, pokud takové přání respektuje, dokonce i když toto přání vyústí ve smrt pacienta.

Členové Etické komise MZ⁷¹ vyjadřují zásadní nesouhlas se zněním návrhu zákona „O důstojné smrti“ ze dne 26. 5. 2016. Výraz důstojná smrt se běžně chápe jako smrt v kruhu rodinném či v nemocnici s kvalitní hygienou, tišením bolestí, umožněním kontaktu s blízkými, zachováním respektu k jedinečnosti umírajícího, ale ne důstojná smrt pouze jako ukončení života trpícího člověka, což je definice, kterou sami užívají zastánci eutanazie.

Autoři zákona používají pro asistovanou sebevraždu termín „pomoc k důstojné smrti“ a pro eutanazii „aktivní vyvolávání smrti“. Ponechání nemocného zemřít dle jeho přání bez zatěžujících invazivních lékařských zákroků je u nás mravně a právně nevyjasněný problém, protože je zde více nesprávných vyjádření a etická komise doporučuje navrhovatelům zákona prostudovat odborné studie o eutanazii, ukončení léčby a také Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit své přání.

Lékaři FN Ostrava seznamují studenty s tématy umírání, smrt i marná péče během

⁶⁸ MUNZAROVÁ, Marta a kol. *Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 86 s. ISBN 978-80-258-9, s. 19.

⁶⁹ Rada Evropy, deklarace č. 1418 z roku 1999.

⁷⁰ Etický kodex ČLK

⁷¹ Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc. Předseda etické komise Ministerstva zdravotnictví. 26. 5. 2017.

hovorů o etice, a to na Ostravské univerzitě. Přednáška o etických problémech rozhodování na konci života kriticky nemocných je ve výukovém schématu. Dalším etickým aspektem je marná léčba, což je pojem označující lékařské zákroky, které pacientovi nepřinášejí žádný další pozitivní efekt na úrovni diagnostiky ani léčby.

Nyní se budeme zabývat postgraduální medicínou. Dystanázii, jakožto opomíjenému problému diskuse o eutanázii, se věnuje MUDr. J. Matějek, když uvádí, že eutanázie je úmyslné zabití člověka lékařem na jeho vlastní žádost.⁷² Český právní rámec považuje eutanázii za vraždu a asistovaná sebevražda je účast na vraždě. Pojem přirozené smrti znamená, že naše smrt není ani umělým způsobem urychlována ani oddalována. O dystanázii se jedná, pokud uvažujeme o užití mimořádných prostředků, které však nelze získat, nejsou totiž dostupné, protože by s tím bylo spojeno příliš úsilí a námahy, a navíc jsou bolestivé a ekonomicky nedostupné. Lékař by je neměl nabízet a pacient vyžadovat. Zástupné rozhodování spočívá v domnělém názoru pacienta. V knize *Principy biomedicíny* od autorů Beauchampa a Childresse je zmíněna možnost principu takzvané čisté autonomie, která zohledňuje předchozí volby pacienta a dále rozhodování v nejlepším zájmu pacienta.

Předpoklad je, že tím nejlepším zájmem pacienta je tišení utrpení, zachování či obnovení funkcí, aby byla zajištěna alespoň tatáž kvalita života, spočívající v potěšení a radosti z naplňování sociálních rolí, intelektuálního života a spokojenosti ze života. Při zástupném rozhodování je třeba dbát na to, aby pro pacienta znamenalo mít co nejkvalitnější život v plné svobodě a nezávislosti. Paliativní léčba dává i prostor pro svobodu člověka přijmout svůj nevyhnutelný osud, a proto je dystanázie, tedy oddalování a zdržování smrti špatně. V souvislosti s tímto problémem je spjata otázka marné léčby. Někdy dochází mezi lékaři a rodinou ke konfliktům, které lze řešit vedením rozhovorů v rámci klinické etiky, ale etické poradenství a etická konzilia v českém zdravotnictví většinou chybí.

Zásadám křesťanské etiky se věnuje morální teologie. Křesťanská etika vyžaduje, aby věřící žil v míru s ostatními lidmi a soucítil s trpícími, jelikož pro křesťany je jejich společenství založeno na rovnosti před Bohem. Od věřících, kteří z lásky k Bohu chtějí

⁷² MATĚJEK, Jaromír. In: *Postgraduální medicína*.

plnit jeho vůli, se očekávají dobré skutky zde na zemi. Proto by všichni měli žít podle dvojího přikázání lásky Ježíšem, snažit se o dosažení čtyř kardinálních ctností, tedy spravedlnosti, moudrosti, mírnosti a statečnosti a jednat dle etiky lidské důstojnosti i etiky lidských práv. Křesťanská etika ochraňuje lidský život od početí až do přirozené smrti. Podle teologa Hanse Künga etické principy spojují světová náboženství. Jak uvádí univerzální Biblické Desatero i Zlaté pravidlo: „*Co nechceš, aby ti činili jiní, nečiň ty jim.*“ Obecně platí, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést jenom se svobodným a informovaným souhlasem té osoby, avšak ve stavu nouze lze zákrok provést okamžitě i bez jejího souhlasu. Na dříve vyslovené přání bude brán zřetel, pokud pacient v době zákroku není schopen vyjádřit své aktuální přání.

7. Kazuistika (příklady péče o jednotlivé pacienty)

Nyní se budeme zabývat jednotlivým případům péče o konkrétní pacienty. Kromě těchto případů jsou některé další uvedeny také v sedmé příloze této práce. Jako první z nich uvedeme případ, kdy otec rozhodoval o osudu své dcery. V roce 1976 ve Spojených státech amerických Karen Ann Quinlan, která po nehodě setrvala v permanentním vegetativním stavu (PVS), a to bez naděje na obnovu funkcí mozku. Rozhodnutí bylo na jejím otci, který měl rozhodnout podle toho, co by si jeho dcera přála. Byl přesvědčen, že by si ukončení léčby přála a soud posléze povolil ukončení život prodlužující léčby.⁷³

Další případ se stal v roce 1990. Terri Schiavo po nehodě byl diagnostikován PVS, přičemž sice mohla dýchat sama, ale poškození jejího mozku bylo nevratné. Soud se vyslovil pro ukončení umělé výživy pacientky, ale byl přijat zákon, který guvernérovi státu Florida dával pravomoc zabránit v konkrétních případech ukončení život udržující léčby. Vzhledem k tomu, že zákonu chyběla potřebná obecnost, tak byl později shledán jako protiústavní, a následně v roce 2005 byla život udržující léčba této pacientky ukončena.⁷⁴

Britské soudy v roce 1993 rozhodovaly o ukončení umělé výživy A. Blanda, který zůstal po nehodě v PVS. Ošetřující lékaři rozhodli, že pokračování v léčbě by nebylo v nejlepším zájmu pacienta a Sněmovna lordů Velké Británie rozhodla, že lékaři mají právo ukončit léčbu.⁷⁵

V Itálii v roce 1992 utrpěla Eluiana Englaro těžké zranění při dopravní nehodě a zůstávala dlouhá léta v PVS. Nejvyšší soud po devíti letech rozhodl, že lze umělou výživu pacientky zastavit.⁷⁶

V českém prostředí se obdobnými případy zabývá článek v časopise *Psychosom*, jehož autorem je MUDr. MgA. Kateřina Rusinová z Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny první lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a Ústavu pro humanitní studia v lékařství.⁷⁷ Tento článek je

⁷³ Karen Ann Quinlan *In re Quinlan*, 70 New Jersey. 10, 355 A.2d 647, 1976.

⁷⁴ *Rozhodnutí Terri Schiavo*. Nejvyšší soud Florida, 2005.

⁷⁵ *Rozhodnutí Anthony Bland*. Sněmovna lordů Velké Británie, 1993.

⁷⁶ *Rozhodnutí Eluiana Englaro*. Italský nejvyšší soud, 2008.

⁷⁷ *Psychosom, Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu. Nezávislý časopis*, 2019.

publikován s výslovným souhlasem manželky pacienta a přináší jako první v České republice publikované poznámky z rozhovoru s příbuznými pacienta, který umírá na resuscitačním oddělení v paliativním způsobu péče. Sdělení se zaměřuje na tři časté aspekty komunikace: zaprvé přijetí nepříznivé zprávy blízkými pacienta, zadruhé jazykové obraty, používané v intenzivní péči v souvislosti s umíráním a smrtí a také prvky rozhovoru, které mohou usnadnit přijetí umírání blízkého v resuscitační péči, čímž se rozumí být v komunikaci aktivní, zaměřit se na prospěch pacienta a dát rodině prostor opakovaně se ptát a klást dotazy.

Resuscitační oddělení (ARO) je vysoce specializované pracoviště, poskytující léčebnou péči pacientům, kteří jsou ohroženi selháním, nebo jim již selhávají některé z životně důležitých funkcí. Oddělení disponuje přístroji, které jsou schopny funkci jednotlivých selhávajících orgánů podpořit nebo nahradit do doby, než se pacientův stav zlepší. Asi 80 % pacientů díky této komplexní péči přežije a je přeloženo na standardní oddělení nemocnice, úmrtnost se na resuscitačních odděleních pohybuje kolem 20 %, u některých skupin, např. u pacientů, trpících rakovinou krve dosahuje 30–40 %. Problematice konce života a umírání v intenzivní péči se ve světě věnuje pozornost zhruba od osmdesátých let minulého století, po roce 2000 pak vznikají doporučení odborných lékařských společností na toto téma.

V ČR bylo v březnu 2010 vydáno Doporučení ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Kurativním modelem léčby se zde rozumí takové léčebné postupy, které mají za cíl vyléčení pacienta, paliativní model léčby je určen pacientům, jejichž onemocnění je v terminální fázi a vede nevratně k úmrtí, což je například v případě, kdy pacientům nevratně selhává vícero orgánů nebo se pacienti nachází v hlubokém bezvědomí s nevratným těžkým poškozením centrálního nervového systému. Proto je cílem paliativní péče komfort pacienta, léčit jeho bolesti a omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, kdy nelze příznivě ovlivnit pacientův zdravotní stav.

Po sdělení nepříznivé zprávy pacientovi následuje dle Dr. E. Kübler-Rossově soubor pěti fází, a to popření, agrese, smlouvání, deprese a přijetí. Jedním z nejobtížnějších úkolů bývá důsledná jednotnost informací podávaných rodině, jejich celistvost a srozumitelné zařazení do celkového kontextu pacientova stonání. Při podávání informací rodině je

nutné se zmínit o handicapu či trvalých následcích, které mohou po kritickém stonání následovat. Důležité jsou tři dále uvedené aspekty, které pomáhají snížit časovou zátěž ošetřujícího týmu a chrání příbuzné před rozvojem tzv. patologického truchlení-pomalého a bolestného smířování s odchodem blízkého člověka, a to dlouhodobě po jeho úmrtí.

Doporučení paliativních pracovníků zdravotnickým kolegům je tedy:

1. Být v komunikaci aktivní.
2. Zaměřit se na cíl, který je pro tým i pro rodinu společný, tedy pacientův prospěch. Nelze-li příznivě ovlivnit pacientův zdravotní stav, je cílem omezit poskytování marné a neúčelné léčby, poskytnout pacientovi paliativní péči a důstojné umírání a doprovázet rodinné příslušníky v jejich zármutku.
3. Velmi důležité je dát příbuzným možnost opakovaně se ptát, klást dotazy, a to i po skončení hospitalizace jejich blízkého.

Zkušenosti i publikovaná literatura kladou v posledních letech důraz na komunikaci s příbuznými pacientů, na kvalitu poskytované péče, a to zejména péče paliativní v případech, kdy pacienti na resuscitačních odděleních umírají. Hlavní prioritou v situaci, kdy nelze příznivě ovlivnit pacientův zdravotní stav, je omezit poskytování marné a neúčelné léčby, poskytnout účinnou paliativní péči a doprovázet rodinu.

8. Stav hospiců v České republice

V této kapitole se budeme zabývat tím, v jakém stavu jsou hospice v České republice. Předně je zapotřebí uvést, že v průběhu výzkumu jsme navštívili hospic v Čerčanech a četli jsme knihy pracovníků hospiců po celém území naší republiky. Podstatné je rovněž to, že se podáváním zpráv a postřehů z hospicového prostředí pravidelně věnuje Katolický týdeník.

Pozoruhodné také je, že o hospicích vznikl dokonce televizní pořad, a to seriál na TV NOE, který nese název „Nebojte se doplout“, kde o hospicích společně hovoří dr. Marie Svatošová a vrchní hospicová sestra hospice DUHA Jana Sieberová. Pro úplnost lze dodat, že paní Sieberová byla pro své zásluhy a službu společnosti oceněna jako osobnost města Hořice. Výrazně se totiž zasloužila o propagaci důležitosti hospiců v naší republice díky své knize *Proč máme strach ze smrti?*, která pojednává o konci našeho pozemského života. V této knize paní Sieberová zdůrazňuje, že lidé se nemají bát umírání svých blízkých, kteří potřebují lásku i praktickou pomoc, neboť tak mohou dojít k naději, bez níž by jejich dosavadní život ztratil smysl. Paní Sieberová v knize toto své přesvědčení dokládá svým mottem: „*Dej Bůh, ať se nemíneme s těmi, od kterých se můžeme tolik naučit.*“⁷⁸

Knihou *Proč máme strach ze smrti?* však není jediným dílem, které paní Jana Sieberová vytvořila, neboť napsala rovněž knihu *Hospic, příběh naplněné naděje*, u které je pozoruhodné, že předmluvu k této knize napsal pan kardinál Miloslav Vlk. Je zajímavé, že tato kniha je pojatá značně odlišně, neboť se v ní paní Sieberová nezabývá nemocnými a jejich nejbližšími, nýbrž tím, jak tuto situaci vidí osoby, které pacientům a jejich blízkým pomáhají. Proto také v této knize nalezneme například výpovědi a svědectví pracovníků Duhy. Tito pracovníci zde líčí kupříkladu to, co pobývání doma s péčí domácího hospice znamená pro pacienty a jejich rodiny i pro ně samotné.

Pro úplnost lze dodat, že domácí hospic DUHA se v mezinárodní soutěži Sozialmarie, která se uděluje za výjimečné sociální inovace, umístil na skvělém druhém místě v desítku nejvíce hlasovaných projektů z celé střední Evropy. Tato cena je udělována již od roku 2005, což ji činí nejstarší cenou předávanou sociálně inovačním projektům, a která se

⁷⁸ SIEBEROVÁ, Jana: *Naděje na konci cesty-další příběhy hospice Duha*. Praha/Kroměříž: Triton, 2018.

uděluje každý rok patnácti výjimečným projektům v oblasti sociálních inovací.

Ohledně vzniku nových hospiců na našem území je lze s potěšením konstatovat, že v roce 2018 vznikly tři nové hospice, a to domácí hospic svaté Markéty ve Strakonících, domácí hospic Křídla v Sedlčanech a Hospic svatého archanděla Rafaela v Nejdku u Karlových Varů. Vychází to ze zprávy z Valné hromady APHPP, která byla v tom roce zveřejněna. Další neméně potěšující skutečností je o, že Česká společnost hospicové péče byla na sjezdu České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně přijata za samostatného člena této odborné lékařské společnosti.

Mezi další novinky z tohoto roku patří například to, že Hospic v Mostě, který v tomto městě působí od svého vzniku 2000, přičemž o pět let později byla budova hospice dokončena s veškerým svým vybavením, byl oceněn v rámci kategorie veřejný sektor.

Dále jsme během našeho výzkumu zjistili, že hospic svaté Anežky České v Červeném Kostelci by rád soustředil své terénní a ambulantní služby do jednoho areálu, a to konkrétně do vily Břetislava Kafky, kde se po nutných opravách, které zajišťuje kraj a místní Charita, bude nacházet bude stacionář pro zdravotně handicapované a seniory. K dispozici bude také zázemí pro pečovatelskou službu i tísňovou péči.

S výše zmíněným hospicem svaté Anežky České úzce souvisí domov svatého Josefa, neboť jej také provozuje oblastní charita v Červeném Kostelci. Tento domov je podstatný tím, že se jedná o jediné lůžkové zařízení v České republice pro nemocné s roztroušenou sklerózou, kterým se snaží zajistit plnohodnotný život, což se snaží uskutečňovat prostřednictvím pěti dílčích cílů. Zaprvé usiluje o zlepšení zdravotního stavu pacientů, zadruhé o pomoc vyrovnat s diagnózou, třetím cílem je umožnit pacientům větší samostatnost, začtvrté zapojení se do společnosti a pátým cílem je též předávat pacientům zkušenosti. Během výzkumu jsme zjistili, že v domově svatého Josefa pečují zhruba o pět set klientů za rok. Ačkoli se dozajista jedná o úctyhodné číslo, tak celkem je v České republice devatenáct tisíc takto nemocných pacientů.

Jak je již uvedeno výše, během výzkumu jsme navštívili lůžkový hospic Dobrého pastýře v Čerčanech, kde je ředitelkou dr. Monika Horníková, která stojí v čele tamního hospicového personálu. Kromě nich se v hospici působí hospicový kaplan. Zjistili jsme, že prostředí hospice je velmi pěkné a příjemné, zajímavé je, že se kaple nachází v budově.

Místní pacienti jsou s péčí a prostředím spokojeni, stejně jako se stravou a přístupem personálu. Pozoruhodné je, že kromě umírajících pacientů zde byli také pacienti neumírající, na jejichž umístění v hospici se dohodli všichni zdravotníci tohoto hospice. Důležité je, že hospic v Čerčanech disponuje také mobilním týmem, který pomáhá v okolí domácím hospicům v jejich péči o jejich blízké, kteří umírají.

Nyní zde uvedeme poznatky ohledně historie zkoumaného hospice. Již před více než dvaceti lety přišla Dr. Tereza Dvořáková s myšlenkou zřízení hospice v Čerčanech. Následně farníci a faráři tří místních církví založili občanské sdružení TŘI, které značně přispělo k uskutečnění tohoto nápadu, neboť díky propagaci, velkému úsilí sdružení a podpoře vlády a dr. Svatošové se tento nápad podařilo uskutečnit a v roce 2005 byl provoz hospice Dobrého pastýře zahájen a poměrně nedávno slavil desáté výročí svého působení.

Během výzkumu jsme od ředitelky hospice Terezy Dvořákové zjistili, že vybudovat hospic a získávat pro něj zaměstnance bylo velmi obtížné. Paní ředitelka vyjádřila názor, že podle ní je pro spolupráci důležitější získat ty správné lidi více než peníze, neboť ty se prý vždy díky pomoci dobrých lidí seženou.

V rámci výzkumu jsme se také zúčastnili První národní poutě, která se konala v sobotu 27. dubna 2018 ve Svaté Hoře u Příbrami. Cílem této poutě bylo získat prostředky a podporu nejen pro hospice jako takové, jejich zaměstnance a rodiny, ale také pro příznivce hospiců. Této pouti se zúčastnilo mnoho významných lidí, včetně již výše zmíněných dr. Svatošové a sestry Sieberové a prezidenta APHPP Mgr. Huneše. Poutní mši svatou celebroidal Mons. Zdeněk Wasserbauer, pomocný biskup pražský.

Tato pout' nebyla jedinou národní poutí, která se uskutečnila na podporu hospiců. Neboť dne 12. června 2021 se uskutečnila Druhá národní pout' pro hospice, tentokrát na poutním místě Velehradě na Moravě. Pozoruhodné je, že poutní mši celebroidal opět Mons. Wasserbauer a konala se po přednášce prezidenta APHPP Mgr. Huneše. Dále je podstatné, že sestra Jana Sieberová zde představila svou nejnovější knihu s názvem *Bůh je můj životní program*. Tato kniha je velice osobní, paní Sieberová se zde vyznává z lásky k Bohu a lidem a o tom, co ji vedlo k založení hospice, propagování hospicové péče přednáškami po celé republice, o spolupráci se svou kmotrou, učitelkou i příkladem dr. Marií Svatošovou i o naději, že rozšíření znalostí o hospicové péči v povědomí veřejnosti

pomůže k tomu, aby nebyl u nás schválen zákon povolující provádění eutanázie a asistované sebevraždy.

Národní poutě však nejsou jedinými akcemi, které se na podporu hospiců v České republice pořádají. Například totiž litoměřický hospic svatého Štěpána zve dobrovolníky na půlroční výcvik, aby se měli možnost stát se dobrovolníky sloužícími nemocným lidem v hospicích.

Během výzkumu jsme se rovněž zúčastnili jednodenní stáže na klinice paliativní péče, během které jsme se seznámili s mediátorem konziliárního týmu dr. O. Sukem a sestřičkou K. Janouškovou, díky kterým jsme mohli nahlédnout do zdravotních záznamů některých pacientů paliativní kliniky a kteří nám rovněž poskytli potřebné informace k tomu, abychom se mohli zúčastnit posezení s vybranými terminálně nemocnými pacienty a v jednom případě se nám dokonce poštěstilo, že jsme mohli hovořit také s rodinou pacienta. Zjistili jsme, že přístup obou členů týmu hospice k pacientům byl velmi lidský a ohleduplný a společně jsme s pacienty zjišťovali, jak by si tito nemocní představovali následující péči a také jaké prostředky péče by již nechtěli a posléze místní zdravotníci seznamovali pacienty s dalšími možnostmi péče.

Dále jsme se věnovali tomu, jaké jsou zdroje příjmů jednotlivých hospiců, přičemž jako jeden ze vzorků jsme si vybrali Domácí hospic Cesta domů. Zjistili jsme, že poskytuje své služby díky podpoře nadací, města Prahy, dále některých státních institucí a v neposlední řadě také darům sponzorů a obětavých lidí. Dalším vzorkem z hlediska financování, přičemž tentokrát jsme se zaměřili na financování vzniku hospice byl domácí hospic sv. Markéty, který funguje od 29. října 2020 ve Strakoncích a poskytuje péči výhradně terminálně nemocným. V tomto případě jsme zjistili, že vznik tohoto hospice finančně podpořily nemocnice, římskokatolická církev i město Strakonice.

Jak je již uvedeno výše, prezidentem asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP) je PhDr. Mgr. Robert Huneš, který je také ředitelem Hospice Jana Nepomuka v Prachaticích. Nyní zde uvedeme poznatky zjištěné o této asociaci.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče vznikla v roce 2005 a jejím členem může být organizace hospicového typu působící v České republice, registrovaná jako poskytovatel zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Zpravidla to bývá samostatné nestátní neziskové zařízení, které se zaměřuje na péči o terminálně nemocné pacienty. Současný počet lůžkových hospiců v České republice je čtrnáct a u domácích hospiců se standardy péče připravují.

V současné době má asociace dvacet tři členů a jedním z jejích úspěchů je bezesporu to, že se jí podařilo do zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění prosadit hospicovou péči jako plnohodnotnou s ostatními druhy péče, a rovněž i do zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, čímž se podařilo alespoň částečně zabezpečit financování zdravotního rozměru péče. Problémem je však to, že nemedicínský rozměr není zákonně ukotven a hospice jsou proto odkázány pouze na nenárokové dotace ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí. Zdravotní pojišťovny totiž hradí lůžkovým hospicům jen úzký rozsah zdravotní péče a domácí hospice působí většinou v nesmluvním režimu, a tak jsou odkázány pouze na dárce a na platby od pacientů. V současné době již byl přijat návrh, který poskytuje nárok na placené volno devadesát dní zaměstnanci, který pečuje o takto nemocného, proto od 1.června 2018 mohou o tento příspěvek pečující osoby žádat.

Jak je již uvedeno výše, hospic je typické zdravotní sociální zařízení. Důležité však je, že pokud poskytovatel nad rámec zdravotnické péče neposkytuje také sociální služby dle zákona č. 128/2006 Sb. o sociálních službách, tak se o hospic nejedná, neboť v každém hospici musí být poskytována jak tělesná, tak i sociální, duchovní či duševní péče. Další nezbytnou podmínkou je také registrace dle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, protože jinak toto zařízení není hospic, i kdyby se tak nazývalo. Na závěr této kapitoly lze dodat, že současným důležitým úkolem nejen pro zdravotníky je dostat znalost o významu a smyslu domácích hospiců do povědomí veřejnosti a získat tak její podporu pro hospicovou péči.

8.1. Přehled mobilních (domácích) hospiců

V této kapitole představíme výčet jednotlivých domácích (či jiným slovem mobilních) hospiců působících na území České republiky, a to včetně jejich adresy a internetových stránek. Kromě níže zmíněných hospiců se nachází v České republice dalších čtyřicet domácích hospiců, které jsou sdruženy ve Fóru mobilních hospiců.

- **1. Domácí hospic Brno**

Adresa: Kamenná 36, Brno

Webové stránky: <http://www.hospicbrno.cz>

Telefon: +420 773499943, E-mail: dom.hospic@hospicbrno.cz

- **2. Domácí hospic David, Charita Kyjov**

Adresa: Palackého 194, Kyjov

Webové stránky: <http://www.kyjov.caritas.cz>

Telefon: +420 518 323 766, E-mail: chos.kyjov@caritas.cz

- **3. Domácí hospic Duha, o.p.s. - domácí hospic**

Adresa: Riegrova 655, Hořice

Webové stránky: <http://www.hospic-horice.cz/>

Tento domácí hospic se zaměřuje na pomoc zvládnutí bolesti a dalších podobných jevů terminální fáze nádorového onemocnění. Spolupracuje s ošetřujícími lékaři, specialisty na léčbu bolesti a onkologickými pracovišti. Rovněž zajišťuje duchovní a sociální péči.

Tel.: 493 586 363

- **4. Domácí hospic Duha, o.p.s. - domácí hospic**

Adresa: Náměstí Míru 287, Vrchlabí

Webové stránky: <http://www.hospic-vrchlabi.cz>

Tento mobilní hospic vznikl jako pobočka Domácího hospice Duha Hořice a jeho cílem je podporovat rodiny z Vrchlabska při péči o umírající a umožnit jim poslední část života strávit společně doma.

Tel.: 731 698 160

- **5. Domácí hospic Setkání, o.p.s. - domácí hospic**

Adresa: Hrdinů odboje 1017, Rychnov nad Kněžnou

Webové stránky: <http://www.hospicrychnov.cz>

Také tento mobilní hospic zajišťuje zdravotní kvalifikovanou péči zdravotních sester a lékařů. Pozoruhodné je, že v průběhu péče má rodina k dispozici telefonní číslo, na které je možno se dovolat dvacet čtyři hodin denně po celý rok s žádostí o pomoc.

Tel.: 733 694 160

- **6. Domáci hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích – domácí hospic**

Adresa: Dobrovodská 105/32, České Budějovice

Webové stránky: <http://www.hospicveronika.cz>

Tento domácí hospic nabízí specializovaný typ péče, jejíž cílem je, aby i těžce nemocný člen rodiny mohl žít i prožít závěr svého života doma mezi svými blízkými. Poskytuje tak komplexní odbornou, zdravotní, sociální, případně psychologickou i duchovní péči. Jeho cílem je, aby i nevléčitelně nemocný pacient mohl žít nejlépe bez bolesti a nezůstal ani v posledních chvílích osamocen, tedy aby mohl být obklopen především svými blízkými a aby za každých okolností byla zachována jeho lidská důstojnost.

Tel.: 731 648 328

- **7. Domáci hospic Vysočina, o.p.s.**

Adresa: Vratislavovo náměstí 115, Nové Město na Moravě

Webové stránky: <https://www.hospicvysocina.cz/>

- **8. DOMOV-plzeňská hospicová péče, z. ú. -domáci hospic**

Adresa: Jižní Svahy 811, Vejprnice

Webové stránky: <http://domov-plzen.cz/>

Tento mobilní hospic je nezisková organizace, pečující o nemocné v konečném stádiu onemocnění v jejich domovech. Jedná se především o nemocné s rakovinou. Jeho tým je složen z lékařů – paliatra, onkoložek, dětských hematologů, ze zdravotníků a dětských sester, sociální pracovníce, psychologů a duchovního. Péče hospice zahrnuje především péči zdravotní: návštěvy lékaře, služby zdravotních sester, celodenní telefonickou pohotovost, zapůjčuje zdravotnické přístroje a pomůcky, pomáhá rodině v době při a po úmrtí klienta, navštěvuje pozůstalé v době truchlení. Dále pomáhá s vyřízením úředních záležitostí, například s vyřízením příspěvku na péči.

Dojezdový rádius zahrnuje město Plzeň a obce, vsi, města do vzdálenosti zhruba 40 kilometrů od kontaktního místa hospice v Plzni.

Tel.: 733 300 455

- **9. Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa**

Adresa: Jiráskova 47, Rajhrad u Brna

Webové stránky: <http://www.dlbsh.cz>

Mgr. Jiřina Juříčková

- e-mail: jurickova@dlbsh.cz

Mgr. Radka Alexandrová

- e-mail: alexandrova@dlbsh.cz

- **10. Hospic Anežky České-lůžkový a domácí hospic**

Adresa: 5. května 1170, Červený Kostelec

Webové stránky: <http://www.hospic.cz>

Jedná se o lůžkový i mobilní hospic, který je nestátní zdravotnické a sociální zařízení, které pečuje o nevyléčitelně nemocné zejména s onkologickým onemocněním v pokročilém stádiu onemocnění. Jako modelové zařízení předává zkušenosti zájemcům o hospicovou péči z ČR i zahraničí.

Budova hospice je vystavena v symbolickém tvaru lodě, umístěna je nedaleko centra Červeného Kostelce a byla vystavěna na volném prostranství. Celý objekt je bezbariérový s řadou odpočívadel a zimní zahradou. V hale či v čajovně si mohou pacienti i doprovázející posedět a odehrávají se zde různé kulturní akce. Pacienti mohou být za příznivého počasí vyvezeni i s lůžkem na venkovní terasu. Dvacet pokojů je rozmístěno ve dvou podlažích s celkovou kapacitou třiceti lůžek (čtrnáct jednolůžkových, čtyři dvoulůžkové a dva čtyřlůžkové pokoje). Rodinným příslušníkům a blízkým nemocného jsou umožněny prakticky neomezené návštěvy, případně společný pobyt v jednolůžkových pokojích s přistýlkou nebo ubytování v zařízení Oblastní charity v Červeném Kostelci.

Telefon: +420 491 467 030, Fax: +420 491 467 154, E-mail: sekretariat@hospic.cz

- **11. Hospic Dobrého pastýře-lůžkový a domácí hospic**

Adresa: Sokolská, Čerčany

Webové stránky: www.hospic-cercany.cz

Jedná se o lůžkový i domácí hospic. Hospic Dobrého Pastýře je nestátní zdravotnické zařízení, které přijímá pacienty ohrožené postupující chorobou na životě a poskytuje jim akutní paliativní léčbu a péči. Specializuje se také na domácí hospicovou péči, odlehčovací terénní a pobytové služby, provozuje půjčovnu kompenzačních pomůcek,

odborné sociální poradenství a další sociální služby-nově také pečovatelskou službu. Zřizovatelem Hospice Dobrého Pastýře je TŘI, z.ú.

Prostředí hospice se blíží domácím podmínkám, a to jak denním režimem, tak i vybavením. K dispozici je dvacet čtyři jednolůžkových pokojů a tři dvoulůžkové s možností přistýlky pro rodinné příslušníky či přátele. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, vlastním sociálním zařízením i TV. Prostory hospice zahrnují také bezbariérově přístupnou zahradu, kavárnu, knihovnu a kapli.

Domácí hospicová služba nabízí služby lékaře, zdravotní sestry a dalších pracovníků v situaci, kdy se rodina rozhodne svého vážně nemocného blízkého doprovodit ke konci života ve svém přirozeném domácím prostředí.

Telefon: +420 317 777 381, E-mail: tri@hospic-cercany.cz

- **12. Hospic sv. Alžběty o.p.s. - lůžkový a domácí hospic**

Adresa: Kamenná 36, Brno

Webové stránky: <http://www.hospicbrno.cz>

Lůžkový a domácí hospic.

Telefon: +420 543 214 761, +420 777 883 639, Fax: +420 543 211 060,

Email: info@hospicbrno.cz

- **13. Hospic sv. Jiří, o.p.s. - domácí hospic**

Adresa: Svobody 520/3, Cheb 2

Webové stránky: <http://www.hospiccheb.cz>

Mobilní (domácí) hospic.

Telefon: 736 432 911

- **14. Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích**

Adresa: Rybářské nám. 662/4, Litoměřice

- **15. Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. - lůžkový a domácí hospic**

Adresa: Pod Perštýnem 321/1, Liberec IV

Webové stránky: <http://www.hospiczdislavy.cz>

Jedná se o lůžkový i mobilní hospic, který v současné době poskytuje své služby v domácím prostředí svých klientů v České republice v Liberci, Jablonci nad Nisou

a okolí. Při nemocnicích v Turnově a České Lípě provozuje Rodinné pokoje. Od ledna 2016 nabízíme občanům Libereckého kraje další model péče – lůžkové zařízení.

Tel.: +420 605 111 313

- **16. Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s. - domácí hospic**

Adresa: Svatopluka Čecha 20, Třeboň

Webové stránky: <http://www.hospic.kleofas.cz>

Jedná se o mobilní hospic, jehož cílem je umožnit pacientům, u kterých již byla ukončena aktivní léčba, důstojně a v kruhu své rodiny a přátel prožít poslední etapu svého života. Péče je poskytována týmem, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníce, psycholog a pokud si to pacient přeje také duchovní. Pomáhá kvalifikovaně zvládnout bolest a další průvodní jevy onemocnění (zejména onkologického). Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, trvale bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Hospicová péče se tedy stará o pacienta, ale i jeho rodinu, komplexně – po stránce fyzické, psychické i duchovní, vždy pravdivě a vždy v souladu s přáním pacienta.

Tel.: 731 435 187

- **17. Hospicové občanské sdružení Cesta domů-domácí hospic**

Adresa: Bubenská 3, Praha 7

Webové stránky: <http://www.cestadomu.cz>

Jedná se o domácí hospic, který nevyčísitelně nemocným umírajícím lidem poskytuje zdravotní péči dvacet čtyři hodin denně po celý týden v jejich domácím prostředí. Podporujeme jejich blízké v každodenní péči o nemocného. Staráme se o dětské i dospělé pacienty.

Telefon: +420 283 850 949, Fax: +420 220 876 638, E-mail: info@cestadomu.cz

- **18. Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov-domácí hospic**

Adresa: Nový Hrozenkov 124, Nový Hrozenkov

Webové stránky: <http://www.nhrozenkov.charita.cz>

Jedná se o mobilní hospic, který byl založen v únoru 1992. Je účelovým zařízením Římskokatolické církve a právní subjektivita mu byla udělena 13. července 1993

dekretem arcibiskupa olomouckého. Oblast jeho působení zahrnuje sedm obcí pohraničního regionu Valašska: Hovězí, Huslenky, Zděchov, Halenkov, Nový Hrozenkov, Karolinka a Velké Karlovice.

Tel.: 571 451 548

- **19. Charita Uherské Hradiště**

Adresa: Velehradská třída 181, Uherské Hradiště

Webové stránky: <https://www.uhradiste.charita.cz/>

Charita Uherské Hradiště má dva týmy, které zajišťují:

Domácí zdravotní a obecnou hospicovou péči

- Adresa: Velehradská třída 181, 686 01 Uh. Hradiště
- Telefon: 572 555 784, 602 781 582
- E-mail: dzp@uhradiste.charita.cz
- Vedoucí zařízení: Lenka Malušová
- Koordinátor hospicové péče: Bc. Radek Nohál, Tel: 731 680 347

Mobilní specializovaná paliativní péče-Domácí hospic Antonínek

- Adresa: Velehradská třída 181, 686 01 Uh. Hradiště
- Telefon: 731 680 347
- E-mail: antoninek@uhradiste.charita.cz
- Vedoucí projektu: Radek Nohál

Posláním Domácího hospice Antonínek je poskytnutí péče a podpory nevléčitelně nemocným osobám v konečném stádiu nemoci v domácím prostředí. Toto poslání naplňuje činností multidisciplinárního týmu složeného z řad lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů, pastorační pracovníce a duchovních.

- **20. Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba**

Adresa: Charvátská 785/8, Ostrava-Výškovice

Webové stránky: <http://ostrava.caritas.cz>

Jedná se o mobilní hospic, jehož cílové skupiny tvoří senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s chronickým onemocněním a osoby (pre)terminálně nemocné.

Tel.: 599 508 504, 733 676 601

- **21. Mobilní hospic Ondrášek o. p. s.**

Adresa: Horní 288/67, Ostrava – Dubina

Webové stránky: <http://www.mhondrasek.cz>

Telefon: +420724 975 275, E-mail: mhondrasek@seznam.cz

- **22. Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav-domácí hospic**

Adresa: Kylešovská 10, Opava

Webové stránky: <http://www.charitaopava.cz>

Jedná se o domácí hospic, který nabízí zajištění paliativní, symptomatické léčby. Tato léčba je zaměřena na zvýšení kvality života těžce nemocného člověka, který trpí nevyléčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stadiu a není nutná nemocniční léčba. Jejím cílem není vyléčit či prodloužit život, ale zmírnit nežádoucí příznaky onemocnění. Služba je terénní, to znamená, že je poskytována v domácnosti klienta. Pro kvalitní zajištění služby je potřeba dobrá spolupráce s rodinou.

Telefon: +420 553 623 171, Mobilní telefon: +420 737 999 979,
Email: pokojnypristav@charitaopava.cz

- **23. Nadační fond Klíček-Domácí hospic**

Adresa: Renoirova 654, Praha 5

Webové stránky: <http://www.klicek.org>

Mobilní (domácí) hospic. Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin.

Tel: 775 204 109

Tento hospic je pozoruhodný tím, že je specializován na děti a liší se tak významně oproti hospici pro dospělé pacienty. Slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující či život omezující choroba, někdy též dětem v poúrazových stavech – a jejich rodinám. Těžištěm jeho práce však není terminální péče, ale péče odlehčovací.

- **24. RUAH, o.p.s. - domácí hospic**

Adresa: Tyršova 2061, Benešov

Webové stránky: <http://www.ruah-ops.cz>

Jedná se o mobilní hospicovou péči, která funguje od roku 2012 a poskytuje sociální a zdravotní péči v domácím prostředí všem, kteří odbornou pomoc potřebují.

9. Perspektivy dalšího rozvoje hospicové péče

V této kapitole se budeme zabývat tím, jaká je koncepce hospicové péče pro Českou republiku. Předně je zapotřebí uvést, že v každém kraji je požadavek na provoz lůžkového hospice, naplňujícího standardy APHPP, splněn. Jedinou výjimkou je kraj Vysočina, kde působí Hospic sv. Štěpána, který členem APHPP není. Samostatných domácích hospiců, které splňují standardy APHPP je tedy dvacet tři.

Pokud se týká financování, je systémová změna veřejného zdravotního pojištění nutná. V každé z nemocnic je totiž potřeba nejméně jedno paliativní lůžko, přičemž alespoň na každých započatých padesát lůžek jedno lůžko paliativní, neboť většinou scházejí. Největším problémem z právního hlediska je to, že neexistuje legislativní vymezení a ani vyhrazený způsob financování. Proto je nezbytné, aby personál domovů seniorů či domovů se zvláštním režimem, například formou kurzů a stáží ve stávajících hospicích, byl řádně proškolen a této problematice byl věnován větší počet hodin studia v rozvrhu zdravotnických škol a lékařských fakult. Nutné jsou především investice do nemocnic, kde je třeba snížit počet vícelůžkových pokojů a obnovit lůžkový fond nákupem automatických polohovacích lůžek zejména pro následnou péči – LDN a v odděleních následné péče a podobně.

Příkladem v rozvoji paliativní péče je Praha, která plánuje zajištění paliativní péče do čtyřiceti osmi hodin a chce vytvořit hospic také pro děti.⁷⁹ Problémem je, že o tématech smrti i umírání se ve společnosti nemluví. Přesto každý rok zemře v metropoli přes dvanáct tisíc lidí, z toho sedmdesát procent v nemocnicích. Je zapotřebí si uvědomit, že toto číslo se bude v budoucnu zvyšovat nejen kvůli postupnému stárnutí populace. Hlavní město České republiky proto představilo koncepci paliativní péče, která by mohla být v Praze plně zavedena od roku 2025. Podle radní pro sociální záležitosti Mileny Johnové čtyřicet procent Pražanů umírá náhle, zbytek má před sebou pomalejší smrt. Specializovanou paliativní péči pak potřebuje až třicet procent umírajících, dostupná je ale zhruba pouze deset procent. Praha se proto zaměří na zavádění paliativní péče v každé pobytové službě, například v domovech důchodců zřizovaných městem a na podporu těchto služeb upraví granty. Díky této snaze mají nemocní naději, že se jim splní přání

⁷⁹ Mladá fronta Dnes *Snaha přijmout lépe smrt*. Publikováno 21-02-2020.

umírat doma. V terminálním stavu se totiž už lidé nezaměřují na prodlužování života, ale řeší například své mezilidské vztahy či mnoho dalších důležitých otázek, které chtějí mít vyřešené a zodpovězené. Paliativní péče se neměla týkat jen zdravotní péče, protože tato péče zasahuje i do sociálních služeb.

Do roku 2025 kompetentní orgány Prahy plánují, aby paliativní péče byla dostupná každému do čtyřiceti osmi hodin od chvíle, kdy lékaři sdělí velmi nepříznivou diagnózu. Přímo z rozpočtu Prahy by pro tento rok na paliativní péči mělo jít jeden a půl milionu korun a je reálná naděje, že v dalších letech by se mohla částka navýšit. Velká část těchto peněz bude směřovat na vzdělávání personálu, který by o umírající pečoval, přičemž půjde například o zaměstnance domovů důchodců, ve kterých může zemřít každoročně až třicet procent klientů.

Některé obvody Prahy dokonce už začínají podporovat paliativní péči finančními prostředky. Městské části Praha 10, Praha 3 a Praha 6 vypisují dotační programy už od roku 2013. Dotační program na paliativní péči má také Praha 7, která připravuje vzdělávací program pro své terénní pečovatele. Cílem tohoto programu je komplexní vyškolení pečovatelek poskytovateli paliativní péče i v kooperaci s rodinou.

V Praze bude otevřen první dětský hospic.⁸⁰ Na Arcidiecézní charitu se obracejí o pomoc rodiče s těžce nemocnými dětmi, o které se chtějí postarat doma. Vznik dětského hospice by jim to měl usnadnit.

Arcidiecézní charita pomáhá zajišťovat paliativní péči, což však není vždy snadné, protože chybějí lékaři i sestry s dostatečnou odbornou kvalifikací. Jejich finanční ohodnocení by proto mělo být vzhledem k náročnosti práce srovnatelné nebo vyšší než v nemocnicích.

Další informace k tomuto tématu jsou uvedeny v informačním bulletinu Oblastní Charity Červený Kostelec z ledna roku 2021. Tento bulletin zmiňuje návštěvu královéhradeckého hejtmana v Hospici Anežky České. Pan hejtman daroval pro potřeby lůžkového i mobilního hospice přes 900 respirátorů a zajistil očkování personálu hospice. Královéhradecký kraj zčásti dotuje provoz lůžkového i mobilního hospice a podílí se na

⁸⁰ zpráva Katolického týdeníku z března 2021

financování budování druhé části Centra denních a terénních služeb svatého papeže Pia. Nové Centrum poskytne zázemí pro služby mobilního hospice, ambulance paliativní péče i stacionáře léčby bolesti.

Katolický týdeník z února 2021 zmiňuje, že na severu Čech byl zřízen nový domácí hospic, který bude sloužit zejména pacientům z Chomutovska a Mostecka, a to jakožto první domácí hospic, jehož součástí bude také duchovní péče.

Na tuto zprávu navazuje Katolický týdeník z následujícího měsíce, který uvádí, že v Brně bude postaven první dětský hospic, který se začne stavět v příštím roce. Zde poskytovaná paliativní péče bude komplexní, a tak bude zahrnovat péči zdravotnickou, terapeutickou, sociální, psychoterapeutickou a duchovní pomoc pro rodinu s dítětem, které má život ohrožující diagnózu.

Pro úplnost lze zmínit, že v témže týdeníku je také článek, který vybízí, aby se v každé nemocnici nacházel paliativní tým. Tento článek uvádí, že od roku 2022 by měly být hrazeny zdravotními pojišťovnami návštěvy paliativních týmů u pacientů ve všech nemocnicích., neboť statistiky ukazují, že ročně umírá v Česku kolem 100 000 nemocných, z toho cca 70 000 v nemocnicích, ve kterých však funguje pouze asi čtyřicet paliativních týmů, avšak díky nastavení systémového financování se stanou paliativní týmy standardní součástí českého zdravotnictví. Podstatné je, že počátkem tohoto důležitého rozhodnutí byla podpora nadačního fondu AVAST a pilotní program VZP.

Katolický týdeník z června roku 2021 uvádí článek, který se zabývá zřízením mobilního hospice v klášteře Milosrdných sester svatého Vincence de Paul v Kroměříži. V souvislosti se zřízením tohoto hospice je podstatné, že sestry požádaly o spolupráci Zdravotní ústav paliativní a hospicové péče z Uherského Hradiště (PAHOP-zakládající člen Fóra mobilních hospiců, a tím i účastník Pilotního programu VZP).

V dalším článku tohoto týdeníku je zmíněno, že charita v Holicích otevře paliativní péči. Dále je zde uvedeno, že oblastní charita Pardubice otevřela Ambulanci paliativní medicíny v Holicích, který nabídne úlevu v ordinaci i v domácím prostředí. A v neposlední řadě zde bylo zmíněno, že další domácí hospic bude zřízen v Praze, a to v klášteře Řádu křižovníků s červenou hvězdou u Karlova mostu.

Závěr

Diplomová práce Domácí hospice a paliativní péče je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývala kompilací poznatků o domácích hospicích a paliativní péči. Nejprve jsme se zaměřili na vymezení pojmu hospice, a to včetně výhod hospicové péče a její historie. Následně jsme pojednali o mobilních (či jinými slovy domácích) hospicích, kdy jsme se rovněž zaměřili na výhody těchto hospiců.

Dále jsme se zabývali vymezením pojmu marné léčby, kdy jsme se zaměřili na zkoumání tohoto pojmu z několika různých zdrojů. Dalším tématem teoretické části pak byla samotná paliativní péče, kdy jsme se zaměřili mimo jiné na zkušenosti hospiců s paliativní péčí. Další kapitola se pak zabývá eutanázií jakožto umělému ukončení lidského života. A v neposlední řadě jsme se rovněž věnovali dílčím příkladům péče o jednotlivé pacienty. Teoretickou část práce jsme zakončili zkoumáním stavu hospiců v České republice, kde jsme také představili výčet domácích hospiců působících na našem území.

Praktická část práce se zabývala zejména právnímu zakotvení a legislativou, která souvisí se zdravotnictvím a paliativní péčí. Věnovali jsme se například zakotvením paliativní péče na ústavní úrovni, kde jsme kupříkladu uvedli, který článek Listiny základních práv a svobod je základem pro její právní úpravu či také paliativní péči v trestním právu, kde jsme kupříkladu zmínili, kdy přichází v úvahu trestněprávní odpovědnost pracovníka či kdy by se mohlo stát, že zdravotnický pracovník způsobí z nedbalosti smrt. Dále jsme se zabývali přestupky na úseku paliativní péče, kde jsme například uvedli, které mezinárodní orgány odhalují problémy a vydávají doporučení na poli mezinárodní ochrany paliativní péče.

Následně jsme se v praktické části zabývali dílčím tématem připravované novely zákona o sociálních službách a paliativní péče, kde jsme zmínili, proč by tato novela mohla být pro oblast právní úpravy paliativní péče důležitá. A v neposlední řadě jsme se v praktické části zabývali ukončením léčby v judikatuře Evropského soudu pro lidská práva, kde jsme například zmínili, které tři podmínky je zapotřebí splnit, aby ukončení život udržující léčby nebylo porušením práva na život a zda jsou tyto podmínky v České republice splněny. Praktickou část jsme zakončili nastíněním koncepce hospicové péče v budoucnu, kde jsme kupříkladu zmínili, které město má v plánu vytvořit také hospic

pro děti.

Při zkoumání hospicové a paliativní péče jsme se především snažili získat odpověď na výzkumnou otázku, kterou jsme stanovili v úvodu práce. Na základě výsledků výzkumu jsme zjistili, že v České republice bohužel není dostatek lůžek paliativní péče a počet domácích hospiců rovněž nedostačuje. Je proto nezbytné, aby personál domácích hospiců byl řádně proškolen a této problematice byl věnován větší počet hodin studia v rozvrhu zdravotnických škol a lékařských fakult, a především jsou nutné investice do nemocnic, kde je třeba snížit počet vícelůžkových pokojů a obnovit lůžkový fond nákupem automatických polohovacích lůžek zejména pro následnou péči v léčebnách dlouhodobě nemocných a v odděleních následné péče. Během výzkumu jsme rovněž zjistili, že by domácí hospice mohly sloužit jako alternativa k eutanazii a suicidii v České republice.

Jelikož jsme zjistili, že v České republice není dostatek lůžek paliativní péče a domácích hospiců, jako otázku pro další výzkum můžeme položit: *Proč v České republice není dostatek paliativních lůžek a domácích hospiců?*

Seznam použitých zkratek

APHPP Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

ČLK Česká lékařská komora

DVP Dříve vyslovená přání

LDN Léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

PVS Permanentní vegetativní stav

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO Světová zdravotnická organizace

Seznam literatury

Primární literatura diplomové práce

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. *Hospicová péče v České republice*. Praha: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2015. 69 s.

BYOCK, Ira. *Dobré umírání, možnosti pokojného konce života*. Praha: Cesta domů, 2013. 328 s. ISBN: 978-80-7429-134-0.

GURI, Gila et al. *Hospice a hospicová péče*. Praha: GZ Media, 2013.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Etika a komunikace v lékařské praxi. In: PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena: *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, 2007.,

KONGEGACE PRO NAUKU VÍRY: *Samaritanus bonus. List o péči o osoby v kritické a terminální fázi života*. Sekretariát ČBK. Praha 2020

KÜBLER – ROSSOVÁ, Elizabeth. *O smrti a umírání*. 2. vyd. Praha: Portál, 2015. 316 s. ISBN: 978-80-262-0911-9.

KUŘE, Josef: *Dobrá smrt... K filozofickému ujasnění pojmu eutanázie*. In: *Filozofia*, 2007. s. 223-234.

MARKOVÁ, Monika: *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN: 978-80-247-3171-1., s. 21.

MATĚJEK J.: *Dříve vyslovená přání pacientů, výhody a rizika*, Praha: Galén 2011.

MUNZAROVÁ, Marta. *Proč NE eutanazii aneb Být či nebýt....* Praha: Ecce homo, 2008.

PAFKO, Pavel et al. *Na hranici života a smrti - 25 rozhovorů s předními českými lékaři*. Praha: Nakladatelství Zed', s.r.o., 2017, s. 245.

PTÁČEK, Radek et al. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

RADBRUCH, L., PAYNE S. a kolektiv: *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě*, Cesta domů, 2010.

SIEBEROVÁ, Jana: *Naděje na konci cesty-další příběhy hospice Duha*. Praha/Kroměříž, Triton: 2018.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce Homo, 1965. 152 s.

TĚŠINOVÁ, Jolana a kol.: *Medicínské právo* 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2011.

VAĎUROVÁ, Helena: MÜHLPACHR, Pavel. *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*, Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

VÁCHA, Marek. KÖNIGOVÁ, Radana MAUER, Miloš: *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, s.r.o., 2012. 302 s. ISBN 978-80-7367-780-0.

VOLANDES, Angelo E.: *Umění rozhovoru o konci života, Cesta domů*, 2015.

VORLÍČEK, Jiří, ADAM, Zdeněk a kolektiv: *Paliativní medicína*. 2.vydání. Praha:Grada Publishing, 2004.

Sekundární literatura

články v odborném tisku a diplomové práce

BUBLÁKOVÁ, Jana. *Problematika nevléčitelně nemocných a život prodlužující léčby*, DP: oddíl III., o hospicovém hnutí, str. 109 a násl. Jihlava: VŠ polytechnická, 2015.

HAISELOVÁ, Laura. PF UK. In: systém ASPI-stav k 6. 3. 2019 do částky 25/2019 Sb. a 7/2019 Sb.

KOCICHOVÁ, Ondřejka. *DVP v české legislativě se zaměřením na promítnutí čl. 9 Úmluvy o biomedicíně v zákonech o zdravotních službách*. Praha: Studentská vědecká odborná činnost, kategorie magisterské studium, 5. ročník, 2012.

KONEČNÝ, Jan. *Praktické etické otázky v mobilní specializované paliativní péči*. DP. Praha 2019

PAVLÍK, Martin. *Intenzivní medicína*, DP, 8. kapitola., 2008. Článek ve sborníku *Novinky z anesteziologie, intenzivní medicína a léčba bolesti (učební texty)*.

PETERKOVÁ, Helena. *Ukončování přístrojové podpory vitálních funkcí v kontextu zákona o zdravotních službách*. Praha: Centrum zdravotnického práva PF UK. In: Systém ASPI. – stav k 6.3. do částky 25/2019Sb. a 7/23019Sb.

VÁŇOVÁ Věra. *Etické problémy péče o umírající ve velké nemocnici*. Dizertační práce 2017, Brno, Masarykova univerzita.

Internetové zdroje

www.asociacehospicu.cz/nase-projekty-pravni-ramec-pro-hospice

<https://www.cestadomu.cz/>

www.dobratecka.cz/hospice-pece

www.intermedicina.cz

http://www.mzcr.cz/dokumenty/kontakty-pro-media-a-novinare_12314_860_1.html

<https://zdravi.euro.cz/ministerstvo-rozdeli-41-milionu-mezi-domaci-hospice/>.

Jiné zdroje

Články týkající se tématu práce v Katolickém týdeníku, ročníky 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

Přílohy

- **Příloha č. 1 - Přehled domácích hospiců**

Domácí hospic Cesta domů, Bubenská 3, Praha 7. Telefon-283 850 949 nebo 220 876 638,- e-mail-info@cestadomu.cz. První domácí hospic v ČR.

Domácí hospic RUAH, Benešov – od r. 2012. Tyršova 2061, 256 01 Benešov. Telefon 733224305, e-mail: info@ruah-ops.cz. www.ruah-ops.cz. Zřizovatel-nestátní nezisková organizace.

Hospic sv. Alžběty, obecně prospěšná společnost, Brno, nestátní církevní zdravotnické zařízení-poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům s nevléčitelným onemocněním a odbornou podporu jejich rodinám. Funguje od r. 2004. Kamenná 36, 639 00 Brno, telefon 773499943. Vznik 1998. e-mail: info@hospicbrno.cz www.hospicbrno.cz Zřizovatel: Hospic sv. Alžběty, o. p. s.

Lůžkový hospic Dobrého pastýře, Čerčany. Od 2008. Sokolská 584, 257 22 Čerčany. Telefon 317777381, e-mail: tri@hospic-cercany.cz. www.hospic-cercany.cz. Zřizovatel TŘI, o. p. s.

Domácí hospic Dobrého pastýře, Čerčany. Od 2003. Adresa viz výše. Telefon 734435033.e-mail: mobilnihospic@hospic-cercany.cz www.hospic-cercany.cz

Hospic Anežky České, Červený Kostelec. 1. 12. 1994 – Zakladatelka MUDr. Marie Svatošová. Je to první hospic v naší republice. Zprovozněn 1. 1. 1996. Je střediskem Oblastní Charity Červený Kostelec. 5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec, telefon na statutárního zástupce 491610301. e-mail: sekretariat@hospic.cz. www.hospic.cz. Zřizovatel Biskupství královohradecké.

Mobilní hospic Anežky České, Červený Kostelec, od roku 2010. Je zde i ambulance paliativní medicíny, zejména pro pacienty onkologické před přijetím nebo po propuštění z nemocnice, eventuálně z lůžkového hospice. Telefon 491610482, e-mail: mobilni@hospic.cz.www.ochck.cz. Zřizovatel Biskupství královéhradecké.

Hospic Frýdek-Místek, p. o., jediný hospic zřízený městem. Od září 2010, J. Pešiny 3640, 738 01 Frýdek-Místek. Telefon 595538111, e-mail: info@hospicfm.cz. www.hospicfm.cz Zřizovatel: Statutární město Frýdek-Místek.

Domácí hospic DUHA, o.p.s. Hořice, Čsl. armády 1815, 508 01 Hořice. Telefon domácí hospicová péče 773652844. e-mail: hospic-horice@seznam.cz. Vznik 2010, od 2013 hospic DUHA. www.hospic-horice.cz . Zřizovatel: Domácí hospic DUHA, o. p. s.

Domácí hospic Dobrého pastýře, Hořovice, Masarykova 386/6, PSČ 268 01 Hořovice. E-mail: info@hospic-horovice.cz. Telefon 731435066. Zřizovatel TŘI, o. p. s. Sem patří i Řevnice. Funguje od 2013. www.hospic-horovice.cz.

Hospic sv. Zdislavy, o. p. s., Liberec, založen 2009, funguje od 2015. U Sirotčince 321/10, 460 01 Liberec IV-Perštýn. Od 2016 - lůžkový hospic. E-mail: info@hospiczdislavy.cz. Tel. není uveden. www.hospiczdislavy.cz-. Zřizovatel obecně prospěšná společnost.

Domácí hospic sv. Zdislavy, Liberec. Adresy dtto výše. Zřizovatel o. p. s.

Hospic sv. Štěpána, Litoměřice. Od 2001. Rybářské nám. 662/4, 412 01 Litoměřice. Telefon 416733185-7. E-mail: info@hospiclitomerice.cz. www.hospiclitomerice.cz. Zřizovatel-hospic sv. Štěpána, zapsaný spolek.

Domácí hospic sv. Štěpána, Litoměřice. Telefon 731604052, adresa-viz výše. E-mail: domaci@hospiclitomerice.cz www.hospiclitomerice.cz. Zřizovatel: Hospic sv. Štěpána, zapsaný spolek.

Nadační fond Klíček – dětský hospic, Malejovice. Od 2004. Malejovice 22, 285 04 Uhlířské Janovice. Tel. 327544043. E-mail: klicek@klicek.org. www.klicek.org

Hospic v Mostě, o.p.s. Od 2005. Svážná 1528, 434 01 Most. Telefon 476000166-9. E-mail: hospic@mostmail.cz www.hospic-most.cz

Domácí hospic Vysočina, o.p.s. Nové Město na Moravě, založen 2000, od 2013 má nynější název. Žďárská 612, 592 31 N. M. na M. Telefon 556615198. E-mail: info@hhv.cz Středisko hospicové péče Jihlava, Žižkova 89, 582 01 Jihlava. Pracoviště Velké Meziříčí, Nad gymnáziem 464, 594 01 Velké Meziříčí. Telefon Jihlava – 567210997, telefon Velké Meziříčí 566615560.

Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc. Od 2002. Nám. Sadové 4/24, 779 00 Olomouc-Svatý Kopeček. Telefon 585100033. Zřizovatel-Arcibiskupství olomoucké. E-mail: info@hospickopecek.charita.cz www.hospickopecek.charita.cz

Hospic sv. Lukáše, Ostrava, Charvátská 785/8, Ostrava-Výškovice. Od r. 2007 Telefon 599508505. e-mail: lukashospic.ostrava@charita.cz. www.ostrava.charita.cz Zřizovatel Charita Ostrava, Kořenského 1323/17, Ostrava-Vítkovice.

Mobilní hospic Ondrášek, o.p.s. Gurt'jevova 11, 700 30 Ostrava-Zábřeh. Telefon 724975275. E-mail: info@mhondrasek.cz. www.mhondrasek.cz. Zakladatelka Sylva Vartová.

Hospic sv. Lazara, Plzeň. Od 1998 pracuje jako 3. v republice. Sladkovského 2472/66 a, 326 00 Plzeň. Telefon 377431381-3. E-mail: hospic@hsl.cz www.hsl.cz. Zřizovatel: Hospic svatého Lazara.

Hospic Štrasburk, o.p.s. Praha. Od 1998 - je to 2. kamenný hospic v České republice. Stojí ve Starých Bohnicích v klidném prostředí, je tam vlastní kaple a zahrada. Bohnická 12/57, 181 00 Praha 8. Telefon 283105511. E-mail: sekretariat@hospicstrasburk.cz. www.hospicstrasburk.cz Zakladatel o.p.s. MUDr. Hana Šrámková.

Hospic sv. Jana N. Neumanna, Prachatice, o. p. s., od 2003. O. p. s. provozuje od 2005 hospic Domov matky Vojtěchy pro osoby s Alzheimerovou chorobou, zřizuje Poradnu pro pozůstalé v Českých Budějovicích od 2014 a Vzdělávací institut sv. Jana N. Neumanna. o. p. s. Neumannova 144, 383 01 Prachatice, telefon 388311727, e-mail: info@hospicpt.cz www.hospicpt.cz. Zřizovatel: Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.

Domácí hospic Jordán, o.p.s., Tábor, Bydlinkého 2964, 390 02 Tábor. Od 2010. Telefon 722012898, e-mail: kontakt@hospicjordan.cz. www.hospicjordan.cz . Zřizovatel – zakladatelky.

Sdílení, o.p.s. Telč, od 2007. Masarykova 330, 588 56 Telč. Telefon 777574975, e-mail: sdileni.telc@gmail.com www.sdileni-telc.cz . Obecně prospěšná společnost.

Hospic Citadela, Valašské Meziříčí, vybuodovala Diakonie ČCE v roce 2003. Žerotínova 1421, 757 01 Valašské Meziříčí. Telefon 571629084, e-mail: hospic@citadela.cz, www.citadela.cz. Zřizovatel-Diakonie ČCE-hospic CITADELA.

- **Příloha č. 2 - Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010**

Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Čl. 1 - Formuluje principy a rámcové doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění.

Čl. 2 - Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných:

a) definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice

b) formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireversibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle

c) zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných

d) omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života

e) přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci, jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů

f) formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko-odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování v marné a neúčinné léčbě je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčinné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii.

g) usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

Čl. 3 - Terminologie.

a) pacient v terminálním stavu onemocnění – v konečném stavu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné

b) pacient neschopný o sobě rozhodovat-nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas

c) paliativní léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či diskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta

d) marná a neúčelná léčba-ta, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací

e) nezahajování léčby-léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby

f) nepokračování léčby-při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory)

g) eutanázie-usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřipustné. Nepřipustná a trestná je také pomoc k sebevraždě

Čl. 4 - Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

a) život člověka je konečný

b) každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče

c) všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvrtným (nebo předpokládaným zvrtným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání.“ V případě, že nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, diskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb

d) jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti

e) jakýkoliv léčebný nebo diagnostický postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání, které zvolený postup v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými postupy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně)

f) jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchranu života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika označena za nepříznivý výsledek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna

g) nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče

h) nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky

i) z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu

j) nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví

Čl. 5 - Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

a) přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta

b) stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta

c) zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena

d) zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče

Čl. 6 - Doporučení pro klinickou praxi

- a) podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu
- b) kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování
- c) rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné
- d) do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnutí všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu
- e) za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je zodpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči příslušného pacienta
- f) zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy vedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče
- g) cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno
- h) prioritou paliativní péče je odstranění bolestí, diskomfortu a strádání
- i) přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl

Čl. 7 - Účinnost-toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20. 2. 2010 a nabývá účinnosti dne 4. 3. 2010.

- **Příloha č. 3 - Aktuální mapa hospiců v roce 2021**

Domáci hospic Brno

Adresa: Kamenná 36, Brno

Webové stránky: <http://www.hospicbrno.cz>

Telefon: +420 773499943, E-mail: dom.hospic@hospicbrno.cz

Domáci hospic David, Charita Kyjov

Adresa: Palackého 194, Kyjov

Webové stránky: <http://www.kyjov.caritas.cz>

Telefon: +420 518 323 766, E-mail: chos.kyjov@caritas.cz

Domáci hospic Duha, o.p.s. - domáci hospic

Adresa: Riegrova 655, Hořice

Webové stránky: <http://www.hospic-horice.cz/>

Mobilní (domáci) hospic. V domácím prostředí pomáháme kvalifikovaně zvládnout bolest a další průvodní jevy terminální fáze nádorového onemocnění. Spolupracujeme s ošetřujícími lékaři, specialisty na léčbu bolesti a onkologickými pracovišti. Zajistíme duchovní a sociální péči.

Tel.: 493 586 363

Domáci hospic Duha, o.p.s. - domáci hospic

Adresa: Náměstí Míru 287, Vrchlabí

Webové stránky: <http://www.hospic-vrchlabi.cz>

Mobilní (domáci) hospic. Domáci hospic ve Vrchlabí vznikl jako pobočka Domáciho hospice Duha Hořice. Naším cílem je podporovat rodiny z Vrchlabska při péči o umírající a umožnit jim poslední část života strávit společně doma.

Tel.: 731 698 160

Domáci hospic Setkání, o.p.s. - domáci hospic

Adresa: Hrdinů odboje 1017, Rychnov nad Kněžnou

Webové stránky: <http://www.hospicrychnov.cz>

Mobilní (domáci) hospic. Zdravotní péči zajišťují kvalifikované zdravotní sestry a lékaři. V průběhu péče má rodina k dispozici telefonní číslo, na které je možno se dovolat 24 hodin denně 365 dní v roce s žádostí o pomoc.

Tel.: 733 694 160

Domáci hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích domáci hospic

Adresa: Dobrovodská 105/32, České Budějovice

Webové stránky: <http://www.hospicveronika.cz>

Mobilní (domáci) hospic. Domáci hospic sv. Veroniky nabízí specializovaný typ péče, jejíž cílem je, aby i těžce nemocný člen rodiny mohl žít i prožít závěr svého života doma mezi svými blízkými. Poskytujeme komplexní odbornou, zdravotní, sociální, příp. psychologickou i duchovní péči. Přejeme si, aby i nevléčitelně nemocný pacient mohl žít nejlépe bez bolesti, nezůstal ani v posledních chvílích osamocen (aby mohl být obklopen především svými blízkými) a aby za každých okolností byla zachována jeho lidská důstojnost.

Tel.: 731 648 328

Domáci hospic Vysočina, o.p.s.

Adresa: Vratislavovo náměstí 115, Nové Město na Moravě

Webové stránky: <https://www.hospicvysocina.cz/>

Telefon: +420 566 615 198, Mobilní telefon: +420 605 561 560, E-mail: info@hospicvysocina.cz.

Domov – plzeňská hospicová péče, z.ú. - domáci hospic

Adresa: Jižní Svahy 811, Vejprnice

Webové stránky: <http://domov-plzen.cz/>

Mobilní (domáci) hospic. Mobilní (domáci) hospic Domov je nezisková organizace, pečující o nemocné v konečném stádiu onemocnění v jejich domovech. Jedná se především o nemocné s rakovinou. Náš tým je složen z lékařů – paliatra, onkoložek, dětských hematoonkologů, ze zdravotních a dětských sester, sociální pracovníce, psychologů a duchovního.

Péče hospice zahrnuje především péči zdravotní: návštěvy lékaře, služby zdravotních sester, 24hodinovou telefonickou pohotovost (při zhoršení zdravotního stavu nemocného zavolá pečující osoba sloužící sestřičce a ta do rodiny vyjíždí a řeší nastalou situaci), zapůjčujeme zdravotnické přístroje a pomůcky (kyslíkové koncentrátory, injekční pumpy, polohovací lůžka, antidekubitní matrace...), pomáháme rodině v době při a po úmrtí klienta, navštěvujeme pozůstalé v době truchlení. Dále pomáháme s vyřízením úředních záležitostí, např. s vyřízením příspěvku na péči.

Dojezdový rádius zahrnuje město Plzeň a obce, vsi, města do vzdálenosti cca. 40 km od kontaktního místa hospice v Plzni.

Tel.: 733 300 455

Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Adresa: Jiráskova 47, Rajhrad u Brna

Webové stránky: <http://www.dlbsh.cz>

Mgr. Jiřina Juříčková

e-mail: jurickova@dlbsh.cz

Mgr. Radka Alexandrová

e-mail: alexandrova@dlbsh.cz

Hospic Anežky České-lůžkový a domácí hospic

Adresa: 5. května 1170, Červený Kostelec

Webové stránky: <http://www.hospic.cz>

Lůžkový i mobilní (domácí) hospic. Hospic Anežky České je nestátní zdravotnické a sociální zařízení, které pečuje o nevléčitelně nemocné zejména s onkologickým onemocněním v pokročilém stádiu onemocnění. Jako modelové zařízení předává zkušenosti zájemcům o hospicovou péči z ČR i zahraničí.

Budova Hospice, v symbolickém tvaru lodě, je umístěna nedaleko centra Červeného Kostelce a byla vystavěna na volném prostranství. Celý objekt je bezbariérový s řadou odpočívadel a zimní zahradou. V hale či v čajovně si mohou pacienti i doprovázející posedět a odehrávají se zde různé kulturní akce. Pacienti mohou být za příznivého počasí vyvezeni i s lůžkem na venkovní terasu. Dvacet pokojů je rozmístěno ve dvou podlažích s celkovou kapacitou třiceti lůžek (14 jednolůžkových, 4 dvoulůžkové a 2 čtyřlůžkové pokoje). Rodinným příslušníkům a blízkým nemocného jsou umožněny prakticky neomezené návštěvy, případně společný pobyt v jednolůžkových pokojích s přistýlkou nebo ubytování v zařízení Oblastní charity v Červeném Kostelci.

Telefon: +420 491 467 030, Fax: +420 491 467 154, E-mail: sekretariat@hospic.cz

Hospic Citadela-Diakonie CCE-lůžkový hospic

Adresa: Žerotínova 1421, Valšské Meziříčí

Webové stránky: <http://www.citadela.cz>

Lůžkový hospic. Diakonie ČCE – hospic CITADELA je jedním ze středisek rodiny Diakonie Českobratrské církve evangelické, jejímž posláním je pomáhat potřebným.

Jsme křesťanskou neziskovou organizací provozující nestátní zdravotnické zařízení zaměřené na specializovanou paliativní (hospicovou) péči zahrnující lůžkový hospic a ambulanci paliativní medicíny. Zároveň poskytujeme několik typů pobytových

sociálních služeb, mezi které patří odlehčovací služby, sociálně zdravotní lůžka a domov se zvláštním režimem.

Telefon: +420 571 629 084, Fax: +420 571 629 085, E-mail: hospic@citadela.cz

Hospic Dobrého pastýře-lůžkový a domácí hospic

Adresa: Sokolská, Čerčany

Webové stránky: www.hospic-cercany.cz

Lůžkový i mobilní (domácí) hospic.

Hospic Dobrého Pastýře je nestátní zdravotnické zařízení, které přijímá pacienty ohrožené postupující chorobou na životě a poskytuje jim akutní paliativní léčbu a péči. Specializujeme se také na domácí hospicovou péči, odlehčovací terénní a pobytové služby, provozujeme půjčovnu kompenzačních pomůcek, odborné sociální poradenství a další sociální služby-nově také pečovatelskou službu. Zřizovatelem Hospice Dobrého Pastýře je TŘI, z.ú.

Prostředí hospice se blíží domácím podmínkám, a to jak denním režimem, tak i vybavením. K dispozici je 24 jednolůžkových pokojů a 3 dvoulůžkové s možností přistýlky pro rodinné příslušníky či přátele. Pokoj je vybaven polohovacím lůžkem, vlastním sociálním zařízením i TV. Prostory hospice zahrnují také bezbariérově přístupnou zahradu, kavárnu, knihovnu a kapli.

Domácí hospicová služba nabízí služby lékaře, zdravotní sestry a dalších pracovníků v situaci, kdy se rodina rozhodne svého vážně nemocného blízkého doprovodit ke konci života ve svém přirozeném domácím prostředí.

Telefon: +420 317 777 381, E-mail: tri@hospic-cercany.cz

Hospic Frýdek – Místek, p.o. - lůžkový hospic

Adresa: I.J.Pešiny 3640, Frýdek – Místek

Webové stránky: <http://www.hospicfm.cz>

Lůžkový hospic. Zařízení má 8 lůžek pro poskytování odlehčovacích služeb ve smyslu ustanovení § 44 zákona č. 108/2006 Sb., 9 lůžek pro poskytování sociálních služeb ve smyslu ustanovení § 52 zákona č. 108/2006 Sb., a 30 lůžek pro poskytování péče klientům v terminální fázi jejich onemocnění a zajištění paliativní péče.

Telefon: +420 595 538 111

Hospic Malovická-lůžkový hospic

Adresa: Malovická 3304/2, Praha 4

Webové stránky: <http://www.hospicmalovicka.cz>

Lůžkový hospic. Hospic Malovická disponuje 30 lůžky v jednolůžkových pokojích vybavených bezbarierovým sociálním zařízením. Na každém pokoji je polohovací lůžko, přistýlka pro rodinného příslušníka, lednička, televizor, telefon a připojení k internetu. Pokoj je vybaven nábytkem spíše hotelového typu. Dále jsou k dispozici pro imobilní pacienty dvě koupelny s polohovacími vanami. Hospic má vlastní zahradu, přednáškovou, společenskou a ekumenickou místnost a místnost posledního rozloučení. Je možné zajistit službu duchovního. Návštěvy jsou neomezené – 24 hod denně. Pro ubytování blízkých jsou k dispozici 2 hostinské pokoje s nezbytným plným vybavením.

Hospic na Svatém kopečku-lůžkový hospic

Adresa: Sadové náměstí 24, Olomouc

Webové stránky: <http://www.hospickopecek.charita.cz/>

Lůžkový hospic. Hospic na Svatém Kopečku je jediným zařízením tohoto typu v Olomouckém kraji. Projekt navazuje na zkušenosti získané v hospicích v celé České republice i v zahraničí. Hospic byl zřízen Arcidiecézní charitou Olomouc v bývalém poutním domě na Svatém Kopečku u Olomouce. Dne 28. listopadu 2002 byl slavnostně otevřen za přítomnosti arcibiskupa Mons. Jana Graubnera. Tomuto předcházely zhruba čtyřleté přípravy. První nemocné hospic přivítal počátkem prosince 2002.

Telefon: +420 585 319 754, +420 585 319 758, E-mail: hospic.svkopecek@caritas.cz

Hospic sv. Alžběty o.p.s. - lůžkový a domácí hospic

Adresa: Kamenná 36, Brno

Webové stránky: <http://www.hospicbrno.cz>

Lůžkový a domácí hospic.

Telefon: +420 543 214 761, +420 777 883 639, Fax: +420 543 211 060, E-mail: info@hospicbrno.cz

Hospic Sv. Jana N. Neumanna - lůžkový hospic

Adresa: Neumannova 144, Prachatice

Webové stránky: <http://www.hospicpt.cz>

Lůžkový hospic. Orientujeme se nejen na zdravotnickou a ošetrovatelskou činnost v úzkém slova smyslu, ale snažíme se vhodně naplňovat volný čas pacienta např. četbou, rozhovorem, tvůrčími aktivitami a možno-li vycházkami. Pokoje pro pacienty jsou vybaveny plně automatickými polohovacími lůžky, klimatizací, televizorem, přípojkou k internetu aj. K dispozici je zimní zahrada, kaple i rozlehlý park. Každý pokoj je také vybaven přistýlkou pro blízkou osobu. Její pobyt je vítán a umožněn kdykoliv. Režim návštěv je přizpůsoben potřebám pacienta 24 hodin denně 365 dní v roce. Kapacita hospice je 30 lůžek. Z toho je 22 pokojů jednolůžkových a 4 dvoulůžkové.

Telefon: +420 388 311 726, Fax: +420 388 311 727, E-mail: info@hospicpt.cz

Hospic sv. Jiří, o.p.s. - domácí hospic

Adresa: Svobody 520/3, Cheb 2

Webové stránky: <http://www.hospiccheb.cz>

Mobilní (domácí) hospic.

Co nabízíme?

lékařskou zdravotní péči a léčbu bolesti v rodině nemocného

sesterskou zdravotní péči v rodině a pohotovost 24 hodin denně 7 dní v týdnu

podporu a pomoc sociálního pracovníka v otázkách spojených s péčí o umírající

v případě zájmu kontakt s psychologem či s duchovním

zaškolení členů rodiny v ošetřování nemocného

zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek

podporu a pomoc v době po úmrtí nemocného (prostřednictvím sociálních pracovníků, poradkyně pro pozůstalé, psycholožky nebo duchovního)

Telefon: 736 432 911

Hospic Sv. Lazara-lůžkový hospic

Adresa: Sladkovského 66, Plzeň

Webové stránky: <http://www.hsl.cz>

Lůžkový hospic. Většina pokojů je jednolůžkových s přistýlkou pro příbuzné. Pro nemocného je vítané, když se s ním v hospici ubytuje někdo z jeho blízkých. Návštěvy pacientů jsou možné každý den. Pacient si určuje denní režim sám.

Telefon: +420 377 431 381, Fax: +420 377 431 385, E-mail: hospic@hsl.cz

Hospic Sv. Lukáše-lůžkový hospic

Adresa: Charvátská 8, Ostrava-Výškovice

Webové stránky: <http://www.ostrava.caritas.cz>

Lůžkový hospic. Cílové skupiny: osoby (pre)terminálně nemocné.

Telefon: +420 599 508 505, +420 732 178 501, E-mail: lukashospic.ostrava@caritas.cz

Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích

Adresa: Rybářské nám. 662/4, Litoměřice

Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. - lůžkový a domácí hospic

Adresa: Pod Perštýnem 321/1, Liberec IV

Webové stránky: <http://www.hospiczdislavy.cz>

Lůžkový i mobilní (domácí) hospic. V současné době poskytujeme své služby v domácím prostředí svých klientů v České republice v Liberci, Jablonci nad Nisou a okolí. Při nemocnicích v Turnově a České Lípě provozujeme Rodinné pokoje. Od ledna 2016 nabízíme občanům Libereckého kraje další model péče – lůžkové zařízení Hospic sv. Zdislavy.

Tel.: +420 605 111 313

Hospic Štrasburk-lůžkový hospic

Adresa: Bohnická 12, Praha 8 - Bohnice

Webové stránky: <http://www.hospicstrasburk.cz>

Lůžkový hospic. Hospic Štrasburk v Praze 8, Bohnicích má 24 pokojů, z toho 23 jednolůžkových a 1 dvoulůžkový. Všechny pokoje jsou bezbariérové a jsou vybaveny vlastním sociálním zařízením, TV a připojením k internetu. Většina pokojů má jedno další lůžko pro případné přespání rodinných příslušníků nebo přátel. V hospici pomáhají studenti pražských lékařských fakult a středních zdravotnických škol. Jsme akreditovaným pracovištěm pro LF UK a pro střední zdravotní školy. Hospic je podporován v dotačních řízeních Magistrátem hl.m. Prahy, jednotlivými městskými částmi a rovněž soukromými donátory.

Hospic Štrasburk je zdravotnické zařízení určené pacientům s onkologickými diagnózami v terminálním stadiu onemocnění.

Telefon: +420 283 853 256, Fax: +420 283 853 253, E-mail: hospic.strasburk@cmail.cz

Hospic v Mostě-lůžkový hospic

Adresa: Svážná 1528, Most

Webové stránky: <http://www.hospic-most.cz/>

Lůžkový hospic. Hospic nabízí

sociálně-právní pomoc ve změněné životní situaci (informace pro styk s úřady, ...)

upevňování a narovnávání sociálních vazeb mezi klientem a jeho rodinou

pomoc při hledání odpovědí na nejtěžší otázky života a smrti

odlehčovací služby. Pokud na omezenou dobu (maximálně 1 měsíc) potřebujete ošetrovatelskou péči o sebe nebo o své blízké (například z důvodu náhlé nemoci, dovolené apod.), nabízíme vám své služby.

Tel.: 776 286 265

Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s. - domácí hospic

Adresa: Svatopluka Čecha 20, Třeboň

Webové stránky: <http://www.hospic.kleofas.cz>

Mobilní (domácí) hospic. Naším posláním je umožnit pacientům, u kterých již byla ukončena aktivní léčba, důstojně a v kruhu své rodiny a přátel prožít poslední etapu svého života. Péče je poskytována týmem, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníce, psycholog a pokud si to pacient přeje také duchovní. Pomáháme kvalifikovaně zvládnout bolest a další průvodní jevy onemocnění (zejména onkologického). Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, trvale bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen. Hospicová péče se tedy stará o pacienta, ale i jeho rodinu, komplexně – po stránce fyzické, psychické i duchovní, vždy pravdivě a vždy v souladu s přáním pacienta.

Tel.: 731 435 187

Hospicové občanské sdružení Cesta domů-domácí hospic

Adresa: Bubenská 3, Praha 7

Webové stránky: <http://www.cestadomu.cz>

Domácí hospic. Nevyléčitelně nemocným umírajícím lidem poskytujeme zdravotní péči 24 hodin denně 7 dní v týdnu v jejich domácím prostředí. Podporujeme jejich blízké v každodenní péči o nemocného. Staráme se o dětské i dospělé pacienty.

Telefon: +420 283 850 949, Fax: +420 220 876 638, E-mail: info@cestadomu.cz

Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov-domácí hospic

Adresa: Nový Hrozenkov 124, Nový Hrozenkov

Webové stránky: <http://www.nhrozenkov.charita.cz>

Mobilní (domácí) hospic. Charita Nový Hrozenkov byla založena v únoru 1992. Je účelovým zařízením Římskokatolické církve a právní subjektivita jí byla udělena 13. 7. 1993 dekretem arcibiskupa olomouckého.

Oblast působení zahrnuje sedm obcí pohraničního regionu Valašska: Hovězí, Huslenky, Zděchov, Halenkov, Nový Hrozenkov, Karolinka a Velké Karlovice.

Tel.: 571 451 548

Charita Uherské Hradiště

Adresa: Velehradská třída 181, Uherské Hradiště

Webové stránky: <https://www.uhradiste.charita.cz/>

Charita Uherské Hradiště má dva týmy, které zajišťují:

Domácí zdravotní a obecnou hospicovou péči

Adresa: Velehradská třída 181, 686 01 Uh. Hradiště

Telefon: 572 555 784, 602 781 582

E-mail: dzp@uhradiste.charita.cz

Vedoucí zařízení: Lenka Malušová

Koordinátor hospicové péče: Bc. Radek Nohál, Tel: 731 680 347

MSPP* - Domácí hospic Antonínek

Adresa: Velehradská třída 181, 686 01 Uh. Hradiště

Telefon: 731 680 347

E-mail: antoninek@uhradiste.charita.cz

Vedoucí projektu: Radek Nohál

Posláním Domácího hospice Antonínek je poskytnutí péče a podpory nevléčitelně nemocným osobám v konečném stádiu nemoci v domácím prostředí. Toto poslání naplňuje činností multidisciplinárního týmu složeného z řad lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psycholožky, pastorační pracovnice a duchovních.

**MSPP = mobilní specializovaná paliativní péče*

Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba

Adresa: Charvátská 785/8, Ostrava-Výškovice

Webové stránky: <http://ostrava.caritas.cz>

Mobilní (domácí) hospic. Cílové skupiny: senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s chronickým onemocněním, osoby (pre)terminálně nemocné.

Tel.: 599 508 504, 733 676 601

Mezi stromy-lůžkový hospic

Adresa: U Šlapanky, Havlíčkův Brod (adresa spolku pro založení hospice)

Webové stránky: <http://hospicmezistromy.cz>

Na Vysočině lůžkový hospic není. Spolek pro lůžkový hospic Mezi stromy, z. s. vznikl v lednu roku 2015 a usiluje o vybudování lůžkového hospice pro Vysočinu, tak

aby i v kraji Vysočina měli lidé možnost umírat v důstojném, pokojném a láskyplném prostředí hospice, v péči profesionálů vzdělaných v paliativní péči.

Uvedené kontakty patří Spolku pro lůžkový hospic Mezi stromy, z. s.

Mobilní hospic Ondrášek o. p. s.

Adresa: Horní 288/67, Ostrava – Dubina

Webové stránky: <http://www.mhondrasek.cz>

Telefon: +420724 975 275, E-mail: mhondrasek@seznam.cz

Mobilní hospicová jednotka Pokojný přístav-domácí hospic

Adresa: Kylešovská 10, Opava

Webové stránky: <http://www.charitaopava.cz>

Mobilní (domácí) hospic. Hospicová péče nemocným nabízí zajištění paliativní, symptomatické léčby. Tato léčba je zaměřena na zvýšení kvality života těžce nemocného člověka, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém či terminálním stadiu a není nutná nemocniční léčba. Jejím cílem není vyléčit či prodloužit život, ale zmírnit nežádoucí příznaky onemocnění.

Služba je terénní, tzn., že je poskytována v domácnosti klienta. Pro kvalitní zajištění služby je potřeba dobrá spolupráce s rodinou.

Telefon: +420 553 623 171, Mobilní telefon: +420 737 999 979, E-mail: pokojnypristav@charitaopava.cz

Nadační fond Klíček-Domácí hospic

Adresa: Renoirova 654, Praha 5

Webové stránky: <http://www.klicek.org>

Mobilní (domácí) hospic. Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin.

Tel: 775 204 109

Dětský hospic se od hospice pro dospělé pacienty v několika významných rysech liší. Slouží dětem, u nichž byla diagnostikována život ohrožující či život omezující choroba, někdy též dětem v poúrazových stavech – a jejich rodinám. Těžištěm jeho práce však není terminální péče, ale péče respitní (odlehčovací).

REHOS, p.o. - Nejdek-lůžkový hospic

Adresa: Perninská 975, Nejdek

Webové stránky: <http://www.rehos-nejdek.cz>

Lůžkový hospic. Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče, příspěvková organizace. Naše zařízení je nestátní zdravotnické zařízení, jehož hlavním cílem, je poskytování ústavní a paliativní péče.

Našimi pacienty jsou nemocní, u kterých již nelze vyléčit jejich základní onemocnění. Ve většině případů se jedná o pacienty s onkologickým onemocněním, ale i dalšími nemocemi v posledních stádiích (onemocnění srdce, degenerativní neurologická onemocnění jako roztroušená sklerosa atd.). Věkové spektrum našich pacientů je prakticky neomezené, od dvaceti přes sto let. Pečujeme též o pacienty s jinými závažnými chronickými chorobami, jako jsou Parkinsonova či Alzheimerova nemoc v posledním stádiu nebo těžká demence s vyčerpanými možnostmi léčebného ovlivnění průběhu a krátkou prognosou přežití.

RUAH, o.p.s. - domácí hospic

Adresa: Tyršova 2061, Benešov

Webové stránky: <http://www.ruah-ops.cz>

Mobilní (domácí) hospicová péče. Od roku 2012 poskytuje RUAH sociální a zdravotní péči v domácím prostředí všem, kteří odbornou pomoc potřebují.

• Příloha č. 4 - Charta práv umírajících

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999

„O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“

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

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.

V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel. V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.

Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

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

Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti

Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby

Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči

Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích

Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží

Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli

Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících

Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

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

Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)

Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli

Umírání o samotě a v zanedbání

Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží

Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů

Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

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

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

aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech

aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči

aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče

aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně

aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta

aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající

aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince

aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové

spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy

aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti

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

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

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

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

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

aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v pořízení nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji

není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností

aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že nikdo nemá být úmyslně zbaven života

uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

• Příloha č. 5 - Dříve vyslovená přání

Právo na sebeurčení každého člověka nekončí tím, že už nemůže mluvit, nebo není kvůli svému zdravotnímu stavu schopen o sobě rozhodovat. Už od roku 2001 může každý občan České republiky sepsat své dříve vyslovené přání, ve kterém může popsat, co si přeje, nebo co si do budoucna nepřeje, když například bude v dlouhodobém bezvědomí (kómatu), bude trpět syndromem demence v pokročilém stádiu, nebo se ocitne v jakémkoliv jiném nepříznivém zdravotním stavu, kdy už nebude schopen o sobě rozhodovat.

V dříve vysloveném přání může každý z nás rozhodnout, zdali si v takové situaci přeje nebo nepřeje například resuscitaci, dýchání s pomocí přístroje, sondy do žaludku, do žíly, antibiotika, nebo dialýzu. Dříve vyslovená přání jsou obrovskou pomocí nejen pro pacienty, ale také pro jejich okolí, rodinu, blízké, zdravotníky. Je velkou úlevou pro okolí, když ví, co si jejich drahý přeje.

Právní náležitosti Dříve vyslovených přání

Stanovuje je § 36 – v platnosti od 1.4. 2012 (Zákon č. 372/2011 Sb. o zdr. službách):

1. Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).
2. Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí.

3. Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.
4. Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

Kdy není třeba nebo nelze dříve vyslovená přání respektovat?

- Není třeba je respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.
- Nelze je respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti.
- Nelze je respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby.
- Nelze je respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušeni by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.
- Nelze je uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům

• Příloha č. 6 - Kazuistika

Situace v Nizozemsku 1969. Kniha „Lékařská moc a lékařská etika“. Nizozemsko, kauza Postma Case. Tamtéž 1982 - Rotterdamská kritéria – 5 - přidrželi se jich lékaři, nebude trestán. Opět Nizozemsko-Remmlinkova komise vyšetřuje úmrtí v 1990. Tamtéž - 1993. Pacientka s těžkými depresemi, jinak zdravá, 50 let, lékař byl obviněn z vraždy, pak osvobozen. 2002 v Nizozemsku nová zákonná úprava-eutanázie je legální, dříve byla nelegální, ale netrestala se. Podmínky. Současnost v Nizozemsku. Dále – Asistované sebevraždy v Oregonu. Švýcarsko-asistovaná sebevražda-člověk, který žádá o eutanázii, nemusí být terminálně nemocný, ani švýcarský občan, asistovat může každý, dělají to neziskovky, ne lékaři! ARGUMENTY pro a proti eutanázii.

Ve Velké Británii se narodilo dítě s mitochondriální vadou. Rodina pomocí sbírky získala milion liber na léčení v USA, k tomu nedošlo, dítě ve věku 1 rok zemřelo. Podobný případ byl v České republice, dítě zde bylo léčeno a uzdravilo se! Žena v bezvědomí 17 let, v umělém spánku. Rodiče nechtěli, aby byla odpojena od přístrojů, řešil to nakonec soud a ten rozhodl o ukončení podpory životně důležitých funkcí, skončila výživa sondou. To je případ cca 2 roky starý. Věnovala se tomu média a otázka marné a neúčelné léčby se stala významným tématem medicíny a jsou na to neustále různíci se názory odborníků, pro lékaře je těžké rozhodovat o bytí či nebytí člověka. Je to velice emocionální záležitost, rodina většinou trvá na pokračování léčby či alespoň péče s cílem prodloužit jejich milovanému život, lékaři mají oprávněné důvody zcela opačné.

Německo-případ pacientky K., která v roce 2002 následkem silného krvácení do mozku upadla do kómatu, byla pak uměle vyživována a její zdravotní stav byl nepříznivý, zlomila si ruku, kterou ji amputovali, a neustále hubla. Její dcera a syn, soudem ustanovení opatrovníci, požadovali ukončení umělé výživy, aby maminka mohla přirozeně v klidu zemřít. Dcera hovořila o tom, že její matka se vyjádřila, že by si nikdy nepřála život prodlužovaný pomocí přístrojů. Lékař toho zařízení se vyjádřil, že umělá výživa není v tomto případě vhodná a sonda byla vytažena. Vedení tohoto sociálního zařízení však druhý den rozhodlo, že sonda musí být opět zavedena. Po poradě s právníkem, specializujícím se na medicínské právo dcera sondu odstříhla a pacientka brzy zemřela. Oba byli obžalováni, dcera za zabití a byla osvobozena, neboť jednala na

radu advokáta. Ten byl obžalován, ale později osvobozen, neboť soud vytažení sondy posoudil jako opomenutí, spočívající v nezadržení smrti, a které je možno požadovat, i když dříve vyslovené přání bylo jen ústní a sdělené dcerou.

Judikatura Evropského soudu pro lidská práva-ohledně tzv. práva zemřít. Poprvé soud rozhodoval „ve věci Lambert“, ale již dříve řešil rozhodnutí týkající se „práva zemřít“. Ve Švýcarsku ve věci „Widmer proti Švýcarsku“ - v roce 1993 si stěžoval muž, jehož otec trpěl Parkinsonovou chorobou na zanedbání lékařské péče poté, co otec zemřel, soud odmítl stížnost jako nepřijatelnou.

V případě „Pretty proti Spojenému království“ v roce 2002 soud rozhodoval o stížnosti ženy, trpící neurodegenerativní poruchou, která chtěla povolení, aby její muž mohl asistovat při její sebevraždě., což bylo ve Spojeném království trestné. Soud žádosti nevyhověl.

Ve Španělsku v roce 2000 řešil soud ve věci „Sanles Sanles proti Španělsku“ podobný případ, odmítl stížnost, neboť pacient před ukončením řízení zemřel.

V roce 2004 soud v případě „Glass proti Spojenému království“. Těžce mentálně postižený syn, jehož matka odmítla jeho léčbu s tím, že by léky mohly synovi zkrátit život. Soud ve světle práva na rodinný a soukromý život shledal porušení čl. 8 Evropské úmluvy.

• Příloha č. 7 - Standardy hospicové paliativní péče APHPP

Standardy hospicové paliativní péče Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče definuje prostřednictvím standardů požadavky, které by měli poskytovatelé hospicové paliativní péče, sdružení v asociaci splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita. „Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ Světová zdravotnická organizace 2002 Světová zdravotnická organizace stanovila tyto hlavní zásady, podle nichž paliativní péče: - poskytuje úlevu od bolesti a dalších symptomů - podporuje život, avšak pohlíží na umírání jako na přirozený proces - neusiluje ani o urychlení, ani o oddálení smrti - obsahuje psychologické a duchovní aspekty péče o pacienta - nabízí systém podpory, který pacientům pomáhá žít co nejaktivněji až do smrti - nabízí systém podpory, který pomáhá rodinám zvládat období pacientovy nemoci a období zármutku - využívá týmové práce pro uspokojování potřeb pacientů a jejich rodin, včetně případného psychologického poradenství v období zármutku - usiluje o zlepšení kvality života a může též pozitivně ovlivnit průběh nemoci - je použitelná v raném stádiu nemoci spolu s řadou jiných terapií, jejichž cílem je prodloužení života, jako chemoterapie či radioterapie, a zahrnuje vyšetření nutná k lepšímu pochopení a zvládnutí tíživých klinických komplikací.

Standardy hospicové paliativní péče

1. Obsah

2 1. Základní východiska hospicové paliativní péče

3 1.1 Principy hospicové paliativní péče

3 1.2 Cílová skupina hospicové paliativní péče

3 1.3 Indikace hospicové paliativní péče

4 1.4 Základní organizační formy hospicové paliativní péče

4 2. Hospicová péče

- 4.2.1 Plán péče
- 4 2.2 Péče o tělesný stav a potřeby.
- 6 2.3 Psychologická složka péče
- 7 2.4 Sociální složka péče
- 8 2.5 Spirituální péče
- 9 2.6 Etické, právní a kulturní aspekty péče
- 9 2.7 Procesní standardy v hospicové paliativní péči
- 10 2.8 Personální standardy
- 12 2.8.1 Personální standardy pro lůžkový hospic
- 12 2.8.2 Personální standardy pro mobilní hospic
- 13 2.9 Materiálně technické vybavení
- 15 2.9.1 Specifika vybavení pro lůžkový hospic
- 15 2.9.2 Specifika vybavení pro mobilní hospic
- 16 3. Použitá literatura
- 17-3-1. Základní východiska hospicové paliativní péče

- **Příloha č. 8 - Standardy paliativní péče 2013 - Česká společnost paliativní medicíny**

Úvod Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP předkládá odborné i laické veřejnosti Standardy paliativní péče. Jsou koncipovány jako popis cílového stavu, o který je třeba v péči o nevléčitelně nemocné usilovat. Nejedná se o minimální, „nepodkročitelné“ požadavky. Tyto standardy mají za cíl podpořit a usnadnit implementaci paliativní péče u pacientů s nevléčitelným onemocněním v celém průběhu péče a ve všech prostředích zdravotnického systému, a umožnit tak koncepční rozvoj paliativní péče v naší zemi. Text vychází z několika standardů zahraničních¹, ze zkušeností předních českých paliativních odborníků a navazuje na dosud publikované standardy české². Text je poměrně stručný – počítá s tím, že v paliativní péči platí jako v každé jiné oblasti zdravotnictví základní organizační, etické a personální principy, soustřeďuje se tedy spíše na to, co je pro paliativní péči specifické. Předpokládáme, že stejně jako je tomu v zahraničí, budou i tyto standardy průběžně upravovány v závislosti na vývoji a změnách v léčebných a ošetrovatelských postupech, nových poznatcích lékařské vědy a v organizaci zdravotní a sociální péče.

Principy paliativní péče: Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Paliativní péče λ chápe umírání jako součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně λ vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a jejich rodin a respektuje jejich hodnotové priority λ je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty λ nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka Cílová skupina paliativní péče Cílovou skupinu paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob. Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích obvykle vyžadují paliativní péči, jsou: λ nádorová onemocnění λ neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené skleróze, Parkinsonovy nemoci,

demence, ALS a konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných a AIDS a polymorbidní geriatričtí pacienti a pacienti v persistujícím vegetativním stavu a některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění a kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorganovým selháváním v prostředí intenzivní péče Právo na paliativní péči by měli mít všichni pacienti, kteří žijí s onemocněním, které ohrožuje jejich život, a to bez ohledu na základní diagnózu. Paliativní péče se podobně týká i rodin a dalších blízkých lidí těchto pacientů. 3 V §5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách je paliativní péče vymezena jako specifický druh zdravotní péče „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“6 Standardy paliativní péče Základní předpoklady a Závěr života (poslední měsíce a týdny života s nevléčitelným onemocněním) představují specifickou klinickou situaci a kontext, kdy je třeba přehodnotit všechny léčebné a ošetrovatelské intervence a společně s pacientem a jeho rodinou nově pojmenovat cíle a priority léčby a péče. a Existuje zásadní rozdíl mezi dobrou a špatnou péčí o nevléčitelně nemocné. Přestože pacienti i přes dobrou paliativní péči v důsledku své nemoci umírají, mohou a mají díky paliativní péči v závěru života zakoušet účinné mírnění tělesných obtíží, podporu a pomoc v psychické a sociální oblasti a respekt ke své autonomii a důstojnosti. a Paliativní péče je poskytována v souladu s platnými profesními a etickými kodexy 4 a s platným právním řádem5. a Paliativní péče je součástí systému zdravotní péče a platí pro ni všechny obecně platné standardy a požadavky na poskytování zdravotní péče jako např. bezpečnost, minimalizace omylů a rizik, správné vedení zdravotní dokumentace a efektivní vedení. a Standardy paliativní péče rozlišují v souladu s mezinárodními doporučeními6 dvě úrovně poskytování paliativní péče: obecnou a specializovanou paliativní péči. a) Obecnou paliativní péči rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti. b)

Specializovaná paliativní péče je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytovaná pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče. 4 Etický kodex České lékařské komory. Stavovský předpis č. 10, Praha 2007 5 Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách 6 EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péče 2009. Česky překlad vydala Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, Praha 2010 7 Základní organizační formy specializované paliativní péče V ČR se v roce 2013 vyskytují následující organizační formy: λ mobilní paliativní péče (paliativní péče ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta) λ ambulance paliativní medicíny 7 λ samostatně stojící lůžkové zařízení hospicového typu 8 λ oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení V zahraničí jsou budovány i další formy specializované paliativní péče λ konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení λ denní stacionář paliativní péče λ zvláštní zařízení specializované paliativní péče (např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.) 7 ambulance odbornosti 720 8 podle § 22a Zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zvláštní ústavní péče – paliativní péče lůžková 8 1. Základní struktura a průběh péče Standard 1.1 Lékaři všech odborností by měli u pacientů s chronickým progresivním onemocněním včas rozpoznat pokročilý a potenciálně život ohrožující charakter onemocnění. λ Stav pacienta s přepokládanou prognózou kratší než 6 měsíců je třeba považovat za specifickou klinickou situaci. Významným cílem léčby se stává udržení dobré kvality života. λ Ošetřující lékař by měl pacienta přiměřeným způsobem informovat o dalším předpokládaném průběhu onemocnění a společně s ním stanovit cíle další léčby a péče. λ Ošetřující lékař, který pacienta sleduje pro základní onemocnění, které pacienta prognosticky limituje, je zodpovědný za navržení plánu paliativní péče. Standard 1.2 Plán paliativní péče vychází z rozpoznaných a vyjádřených potřeb, přání a preferencí pacienta a jeho rodiny. Pacient je podporován, aby se na jeho tvorbě aktivně podílel Podle závažnosti poruch kognitivních funkcí a vnímání můžeme pacienty vyžadující paliativní péči rozdělit na dvě skupiny: λ pacienti bez poruch vnímání

a kognitivních funkcí, kteří si skutečnost život ohrožujícího onemocnění uvědomují, a způsob, jakým tuto skutečnost psychicky zpracovávají, je důležitým tématem péče. Pacienti se podílejí na tvorbě léčebného plánu a formulují své preference; jejich přání a vůle jsou základním rámcem pro poskytování paliativní péče. λ pacienti s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání. U těchto pacientů je třeba pečlivě posoudit způsobilost k rozhodování (schopnost zhodnotit přínosy a rizika a schopnost vyjádřit souhlas) s jednotlivými léčebnými postupy i s celkovým plánem péče. V případě pacientovy nezpůsobilosti je třeba plán paliativní péče realizovat v pacientově nejlepším zájmu společně se zákonným zástupcem a v konsenzu s pacientovými blízkými (rodinou)¹⁰. Standard 1.3 Ošetřující lékař rozhoduje podle svých možností a podle komplexnosti pacientových tělesných a psycho-sociálních obtíží o tom, zda je pro pacienta dostatečná obecná paliativní péče nebo zda jeho stav vyžaduje konziliární vyšetření nebo předání do péče poskytovatele specializované paliativní péče. λ V případě, že je pacient pravidelně sledován u více specialistů, je třeba, aby bylo jednoznačně určeno, kdo je pro pacienta ošetřujícím lékařem, který vede a koordinuje léčebný plán paliativní péče. 9 ošetřujícím lékařem se dle §18 Zákona č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, rozumí všeobecný praktický lékař, ambulantní specialista nebo lékař v lůžkovém zařízení 10 doporučení pro rozhodování v prostředí intenzivní medicíny je shrnuto v Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.⁹ λ Ošetřující lékař je zodpovědný za stanovení a realizaci plánu paliativní péče. λ Ošetřující lékař musí informovat ostatní specialisty, u kterých je pacient sledován, o předpokládané limitované prognóze a cílech plánu paliativní péče. λ Ošetřující lékař v případě potřeby konzultuje zařízení specializované paliativní péče nebo pacienta předává do péče takového zařízení. Standard 1.4 Plán paliativní péče je realizován multiprofesním týmem, jehož základními členy jsou lékař, sestra a sociální pracovník. Dalšími důležitými členy týmu pro hodnocení potřeb pacienta a realizaci paliativní péče má být psycholog a duchovní; může případně být i fyzioterapeut, ergoterapeut a nutriční specialista. λ Obecná paliativní péče – Ošetřující lékař podle potřeby spolupracuje s příslušnými lékaři specialisty, indikuje potřebnou ošetrovatelskou péči a spolupracuje se sociálním pracovníkem, psychologem, popř. jinými specialisty. λ Specializovaná paliativní péče – V zařízení specializované paliativní péče se předpokládá

24hodinová dostupnost zdravotnických členů multiprofesního týmu. – Setkávání týmu se koná zpravidla jednou týdně. Účastní se jej všichni pracovníci, kteří se věnují péči o klienty a pacienty na všech úrovních poskytovaných služeb. Na setkání mohou být přizváni konzultanti různých odborností. Složení multiprofesního týmu v lůžkovém zařízení specializované paliativní péče (lůžkový hospic nebo oddělení paliativní péče) vyjádřený formou počtu pracovních úvazků pro zařízení s kapacitou 30 lůžek: λ Lékař 2 (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti), sestra 10, ošetrovatel 10, psycholog 0,5, sociální pracovník 1,0, nemocniční kaplan 0,2. λ V mimopracovní době je zajištěna dostupnost lékaře formou telefonické příslužby. Sloužící lékař je v případě potřeby schopen do 30 minut přijet na oddělení Složení multiprofesního týmu mobilní specializované paliativní péče, který zajišťuje trvalou paliativní péči pacientům ve vlastním sociálním prostředí vyjádřený formou počtu pracovních úvazků: λ Lékař 2 (z toho vedoucí lékař se zvláštní odbornou způsobilostí v paliativní medicíně nebo paliativní medicíně a léčbě bolesti), lékaři sloužící pohotovost na telefonu z domova 4 (DPP), sestra 5, psycholog 0,2 nebo DPP, terénní sociální pracovník 0,6, poradenský pracovník 1,0, kaplan 0,1, koordinátor dobrovolníků v terénu 1,0. λ V mimopracovní době je zajištěna dostupnost lékaře formou telefonické příslužby. Sloužící lékař je v případě potřeby schopen do 60 minut pacienta navštívit.10 Standard 1.5 Na realizaci plánu paliativní péče se podílejí náležitě edukovaní dobrovolníci, u kterých probíhá pravidelná supervize. λ Dobrovolníci, kteří pracují v paliativní péči, musejí projít základním školením a pravidelně se účastnit supervizí od koordinátora dobrovolníků. λ Činnost dobrovolníků je definována v písemné smlouvě, která zahrnuje její typ, rozsah a rozvrh. λ Dobrovolnické činnosti zahrnují: přímou práci s pacienty a jejich rodinami (např. dělání společnosti, drobné nákupy, úlevu od péče, transport pomůcek do rodin klientů, případně jejich montáž a zaučení rodiny v zacházení s těmito pomůckami (mobilní péče), dopravu, úklid, péče o truchlící pozůstalé, administrativní práci (např. kancelářskou práci, fundraising, pomoc při organizování akcí, údržba budov a zařízení). Standard 1.6 Paliativní péče je poskytována v prostředí a místě, které v maximální míře odpovídá pacientově přání a potřebám λ Součástí plánu paliativní péče je zjištění, zda má pacient a jeho rodina specifická přání ohledně místa poskytování péče. λ Při poskytování paliativní péče má obecně přednost poskytování péče

v přirozeném sociálním prostředí pacienta. λ Při poskytování paliativní péče je pravidelně přehodnocováno, zda je zajištění péče v daném prostředí technicky možné, bezpečné a v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny. λ V případě propuštění domů, hospitalizace nebo přijetí do jiného typu ústavní péče je třeba pokračovat v realizaci plánu paliativní péče. λ Kontinuita péče při přechodech mezi různými zařízeními a poskytovateli je zajištěna přímou komunikací mezi poskytovateli a náležitě vedenou zdravotnickou dokumentací, v které jsou popsány základní parametry plánu paliativní péče. Standard 1.7 λ Členům týmu je poskytována systematická podpora ke zvládnutí emoční zátěže plynoucí z péče o pacienty s nevléčitelným onemocněním. Pacienti v paliativní péči jsou specifictví nárokem na péči ze strany vždy několika profesí v týmu. Pravidelná setkání týmu s pečlivou diskusí všech aspektů péče u jednotlivých pacientů jsou zcela zásadní podporou pro jednotlivé členy týmu. λ Standardní jsou případové, týmové supervize a vzájemné intervize členů týmu. Standard 1.8 Všichni členové multiprofesního týmu jsou podporováni v kontinuálním vzdělávání a jsou jim k tomu vytvořeny podmínky.11

2. Péče o tělesný stav a potřeby Standard 2.1 Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě. λ Vzájemné zastoupení kauzálních (ovlivňujících základní onemocnění) a symptomatických postupů je indikováno dle aktuálního klinického stavu, předpokládané prognózy a přání pacienta, vždy však s ohledem na jejich dopad na kvalitu života. λ Součástí paliativní péče je komplexní léčba symptomů (s využitím nefarmakologických, farmakologických i invazivních metod), nutriční péče (včetně enterální a parenterální výživy), hematologická péče (včetně např.transfúzní léčby a léčby trombembolické nemoci), antimikrobiální léčba (včetně podávání antibiotik, antimykotik a virostatik). Standard 2.2 Bolest a ostatní symptomy jsou pravidelně hodnoceny a léčeny v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy¹¹ a moderního ošetrovatelství¹² λ Cílem je bezpečné a včasné odstranění bolesti a dalších závažných symptomů, případně jejich omezení na úroveň pro pacienta přijatelnou po celou dobu poskytované péče. λ Ošetřující lékař je zodpovědný za pravidelné hodnocení a léčbu tělesných symptomů. λ Ošetrovatelské postupy jsou aplikovány s ohledem na potřeby, funkční zdatnost a přání pacienta a jeho rodiny. λ Ošetřující lékař je zodpovědný za zajištění léků a pomůcek potřebných k mírnění tělesných a psychických obtíží. Pokud není ošetřující lékař z objektivních důvodů

schopen potřebné léky zajistit, měl by pacienta odeslat k jinému poskytovateli zdravotních služeb, který potřebné léky, pomůcky nebo péči zajistí. λ Druhy a množství pomůcek a přístrojů v zařízení specializované paliativní péče závisí na velikosti zařízení (počtu pacientů) a jejich diagnózách a funkčním stavu. Pomůcky a přístroje jsou pravidelně revidovány a udržovány autorizovanými firmami podle doporučení výrobce.

11 Doporučené postupy pro paliativní léčbu nejčastějších symptomů jsou popsány např. v materiálu Světové zdravotnické organizace Cancer Pain Relief and Palliative Care. WHO Technical Repport Series.No 804, Ženeva, 1990. dále Skála, B., Sláma O.et al , Paliativní péče o pacienta v terminální fázi nemoci. Doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře. Praha: SVL. 2005. Dále Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha. Galén. 2007.

12 Ošetrovatelské postupy v paliativní péči jsou popsány např. v O'Connor, M.,Aranda, S. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada. 2005. Dále Marková, M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada. 2010.

12.3. Psychologické a psychiatrické aspekty péče Standard 3.1 Psychický stav pacienta a jeho rodiny je pravidelně hodnocen a jsou včas aplikovány nefarmakologické a farmakologické léčebné postupy v souladu s nejnovějšími poznatky lékařské vědy a moderního ošetrovatelství. λ Ošetřující lékař pravidelně hodnotí míru pacientovy adaptace na skutečnost nevyléčitelného onemocnění. λ Ošetřující lékař u pacienta pravidelně hodnotí přítomnost psychických symptomů: úzkosti, deprese, poruch spánku a deliria a aktivně je léčí s využitím obecně uznávaných nefarmakologických a farmakologických postupů. λ Pravidelně je hodnocena schopnost adaptace na závažné onemocnění u pacientovy rodiny, je hodnocena přítomnost známek vyčerpání a dalších psychických syndromů (úzkost, deprese). λ Ošetřující lékař v případě obtížně zvládnutelných symptomů konzultuje stav pacienta nebo jeho rodiny s psychologem, psychiatrem nebo jiným specialistou.

Standard 3.2 Podpora a péče v období zármutku a truchlení je poskytována všem pacientům a jejich rodinám v rozsahu, který vychází z jejich potřeb. λ Obecná paliativní péče – Součástí péče o pacientovu rodinu je podpůrná komunikace s rodinou pacienta před pacientovou smrtí a bezprostředně po ní. – Při projevech závažných psychických projevů po úmrtí pacienta ošetřující lékař zprostředkuje náležitou pomoc (psycholog, speciální poradce) λ Specializovaná paliativní péče – Péče pro truchlící pozůstalé je považována za nedílnou součást služeb specializované paliativní péče. – Péči pro truchlící pozůstalé zajišťují: koordinátor péče

o truchlící (psycholog, sociální pracovník nebo poradce), další členové týmu a proškolení dobrovolníci – Péče pro truchlící pozůstalé může zahrnovat: podporu před i po smrti blízkého, poradenství jednotlivci a rodině, naplánované dopisování, telefonní rozhovory, návštěvy, vzpomínkové ceremoniály a pohřby, duchovní a pastorační služby, práci s podpůrnými skupinami a odkazy na příslušné sociální organizace. 13 Management nejčastějších psychiatrických symptomů je přehledně zpracován např. v Sláma, O., Kabelka, L., Vorlíček, J. Paliativní medicína pro praxi. Praha. Galén. 2007.13 4. Sociální aspekty péče Standard 4.1 U pacienta je provedeno komplexní multiprofesní zhodnocení jeho sociálních potřeb a plán paliativní péče musí tyto potřeby efektivně řešit. λ Obecná paliativní péče – Ošetřující lékař chápe význam sociální dimenze strádání na konci života. – Ošetřující lékař pacientům a jejich rodinám přímo zajišťuje nebo zprostředkuje sociální poradenství nebo sociální péči. λ Specializovaná paliativní péče – Členy multiprofesního týmu jsou kvalifikovaní zdravotně - sociální pracovníci a sociální pracovníci, kteří identifikují psychologické a sociální potřeby pacientů, rodin a dalších blízkých osob, a to před smrtí i po ní – Sociální služby zahrnují: vyhodnocení psycho-sociální situace pacienta, plánování péče, účast na multiprofesních poradách, poradenství, administrativní spolupráci s úřady, správu finanční hotovosti a cenností pacientů v zařízeních paliativní péče, vzdělávání, podpůrnou péči o pacienta/pečující blízké, asistenci při přípravě pohřbů, podporu truchlícím rodinám, plánování propuštění, účast na výběru a školení dobrovolníků, supervizi.14 5. Existenciální, spirituální a náboženské aspekty péče Standard 5.1 U pacienta je provedeno zhodnocení jeho spirituálních potřeb a role spirituální dimenze při zvládnutí závažného onemocnění. Plán paliativní péče musí tyto potřeby zohledňovat a s potenciálem spirituální dimenze pracovat. λ Obecná paliativní péče – Ošetřující lékař chápe význam spirituální dimenze při prožívání a zvládnutí závažného onemocnění. – Ošetřující lékař je schopen pacientům a jejich rodinám včas zprostředkovat kvalifikovanou pomoc v oblasti duchovní péče. λ Specializovaná paliativní péče – Spirituální péče je nedílnou součástí specializované paliativní péče. – Členem multiprofesního týmu je kvalifikovaný pracovník v oblasti spirituální péče (např. kaplan, pastorační pracovník). – Specializovaná paliativní péče respektuje pacientovu názorovou, hodnotovou a případně náboženskou orientaci a příslušnost. Pomoc a péče jsou nabízeny způsobem odpovídajícím individuálním, rodinným, kulturním a náboženským hodnotám. – V rámci péče jsou citlivě zjišťovány duchovní

a existenciální názory (včetně názorů na život a smrt, nadějí a obav, rozhodujících životních postojů a přesvědčení, pocitů viny, víry v posmrtný život, v odpuštění a otázek spojených s koncem života) s cílem identifikace duchovního a existenciálního zázemí a s tím spojených rituálů a praktik pacienta a jeho rodiny. – Na základě přání pacienta nebo jeho rodiny je zprostředkován kontakt s duchovními jejich vlastní víry či jejich náboženskými komunitami. – Tým paliativní péče respektuje a případně pomáhá zajistit náboženské a duchovní rituály podle přání pacienta a rodiny v okamžiku úmrtí. 6. Kulturní aspekty péče Standard 6.1 Potřeby pacienta a jeho rodiny jsou hodnoceny a řešeny kulturně citlivým způsobem. λ Obecná paliativní péče – ošetřující lékař zohledňuje specifika týkající se způsobu sdělování informací a forem rozhodování vyplývající z kulturní příslušnosti pacienta a jeho rodiny λ Specializovaná paliativní péče – Plán paliativní péče je realizován tak, aby respektoval spektrum kulturních, sociálních, jazykových, stravovacích a rituálních praktik pacientů a jejich rodin. 15 7. Péče o umírajícího pacienta Standard 7.1 Terminální stav (umírání) je včas rozpoznán a tato skutečnost je citlivým způsobem sdělena pacientovi a jeho blízkým. Je neprodleně zahájena péče zaměřená na mírnění dyskomfortu při umírání. λ Skutečnost, že se nevyléčitelně nemocný nachází v terminálním stavu (nevratné selhávání jedné nebo více funkčních soustav, které očekávatelně vede k smrti v časovém horizontu hodin až dnů), vytváří specifický klinický a etický kontext. λ Cílem péče o umírajícího pacienta je mírnění nepříjemných tělesných projevů nemoci a dosažení maximálního možného pohodlí. Léčebné postupy vedoucí k oddálení smrti ve skutečnosti pouze uměle prodlužují proces umírání a zvyšují utrpení pacienta i jeho rodiny. λ Za realizaci plánu péče o umírajícího pacienta je zodpovědný ošetřující lékař. λ S ohledem na předpokládaný vývoj onemocnění je vhodné s pacientem včas hovořit o možných komplikacích a možnostech využití specifických život prodlužujících léčebných postupů. Přání a preference pacienta je třeba respektovat. Pokud vyjádřil svou vůli ohledně rozsahu léčebné péče formou dříve vysloveného přání, je toto třeba respektovat. λ Pacient a členové rodiny by měli být o známkách a symptomech blížící se smrti poučeni způsobem, který odpovídá možnostem jejich chápání, věku a kulturnímu zázemí. λ S pacientem a rodinou je nutné dosáhnout shody v otázce místa, kde má probíhat péče. Pokud si pacient přeje (nebo dříve vyslovil přání), aby péče probíhala v domácím prostředí, je třeba toto přání zohlednit. Pokud je pacient v terminálním stavu v lůžkovém

zařízení, je třeba umožnit v maximální možné míře přítomnost pacientových blízkých u lůžka. λ Symptomy související s koncem života je třeba pravidelně hodnotit a řešit v souladu s poznatky lékařské vědy, moderního ošetrovatelství a s preferencemi pacienta a jeho rodiny. U všech umírajících pacientů musí být systematicky hodnocena a mírněna bolest, dušnost, úzkost a delirium. λ Plán péče musí být pravidelně a pružně revidován tak, aby odpovídal měnícím se potřebám pacienta a rodiny. Standard 7.2 Péče o tělo zemřelého je prováděna s úctou a respektem k osobě zemřelého a kulturním a náboženským zvykům pacienta a jeho rodiny a v souladu s platnými zákony. Standard 7.3 Po úmrtí pacienta je rodině pacienta je poskytnuta bezprostřední rada a pomoc a je nabídnuta systematická podpora v období truchlení. λ viz Standard 3.116 8. Etické a právní aspekty péče Standard 8.1 Pacientova přání a preference jsou respektována, pokud nejsou v přímém rozporu s dobrými mravy nebo platnými zákonnými normami. λ Při tvorbě plánu paliativní péče je třeba zjistit pacientova přání a preference v řadě oblastí. Za zvláště důležité je třeba považovat následující oblasti: – místo, kde bude péče probíhat (domácí nebo jiné vlastní sociální prostředí, lůžkové zařízení akutní nebo dlouhodobé péče) – lékař nebo poskytovatel zdravotních služeb (viz Standard 1.3) – cíle léčby a z toho plynoucí přiměřené diagnostické a léčebné postupy (viz Standard 8.2) λ Eutanázie (usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost) ani asistovaná sebevražda nejsou součástí paliativní péče. Standard 8.2 Součástí tvorby plánu paliativní péče je diskuse mezi lékařem a pacientem o rozsahu diagnostických a léčebných metod v rámci paliativní péče a využití tzv. život prodlužujících léčebných postupů. λ Součástí paliativní péče jsou všechny léčebné postupy, které vedou k udržení života v přijatelné kvalitě (viz Standard 2.1). λ U každého diagnostického a léčebného postupu je zvažován přínos pro pacienta a riziko a dyskomfort, které jsou s postupem spojené. Pacienta je třeba o přínosu a riziku náležitě poučit. λ Důležitou součástí plánu paliativní péče je zjištění pacientova postoje k zahájení léčebných postupů, které mohou prodloužit život v situaci, kdy pacient nebude schopen vyslovit své přání. Tato tzv. „dříve vyslovená přání“ je třeba dokumentovat v souladu s platným právním řádem¹⁴. λ Při poskytování paliativní péče jsou pacienti podporováni, aby svá přání a preference vyjádřili, a tato přání jsou respektována. Standard 8.3 Poskytovatelé obecné i specializované paliativní péče znají a respektují etická pravidla a zákonné normy, které upravují péči o pacienta v závěru života. 14 Dříve

vyslovené přání podle §36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách¹⁷ Odkazy na důležité dokumenty Publikované standardy paliativní péče λ National Consensus Project for Quality Palliative care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Second edition. Pittsburgh 2009, ISBN 978-1-934654-11-8. λ Palliative care Australia. Standards for providing quality palliative care for all Australians, 2005, ISBN 0-9752295-4-0. λ National standards in palliative care in Romania. Brasov 2002. λ Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Standard hospicové paliativní péče. Praha 2006. <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/> λ Cesta domů. Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR, Praha 2007. <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003258.pdf> λ European Association for Palliative Care (EAPC): The White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Recommendations from the EAPC. Český překlad Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Praha 2010 <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf> Doporučení Rady Evropy λ Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících – „Charta práv umírajících“ česky na <http://www.umirani.cz/charta-pravumirajicich.html> λ Doporučení Rady Evropy 23/2004 členským státům O organizaci paliativní péče. Česky na <http://www.cestadomu.cz/res/data/027/003297.pdf>

- **Příloha č. 9 - Fórum mobilních hospiců**

Řádní členové (celkem 23)

Cesta domů, z. ú. (IČO: 26528843)

Heleny Kočvarové 1583/1, 140 00 Praha 4 – Michle

<https://www.cestadomu.cz/>

Hospic sv. Štěpána, z. s. (IČO: 65081374)

Rybářské náměstí 662/4, Předměstí, 412 01 Litoměřice

<https://www.hospiclitomerice.cz/>

Domácí hospic Jordán, o.p.s. (IČO: 28120981)

Bydlišského 2964, 390 02 Tábor

<http://www.hospicjordan.cz/>

Mobilní hospic Ondrášek, o.p.s. (IČO: 26850176)

Gurťjevova 459/11, 700 30 Ostrava – Zábřeh

<https://www.mhondrasek.cz/>

Andělé Stromu života p. s. (IČO: 03632661)

Kostelní 71/37, 741 01 Nový Jičín

<https://www.zivotastrom.cz/>

Sdílení o.p.s. (IČO: 22673377)

Masarykova 330, 588 56 Telč – Podolí

<http://www.sdileni-telc.cz/>

Oblastní charita Hradec Králové (IČO: 45979855)

Komenského 266/3, 500 03 Hradec Králové

<http://www.charitahk.cz/>

Oblastní charita Ústí nad Orlicí (IČO: 44468920)

Na Kopečku 356, 561 51 Letohrad

<http://uo.charita.cz/>

Zdravotní ústav Most k domovu, z. ú. (IČO: 22693661)

Václava Rady 1465/2, 156 00 Praha – Zbraslav

<http://www.mostkdomovu.cz/>

Domácí hospic Vysočina, o.p.s. (IČO: 70803978)

Vratislavovo náměstí 115, 592 31 Nové Město na Moravě

<http://www.hospicvysocina.cz/>

Diecézní charita Brno (IČO: 44990260)

Třída Kpt. Jaroše 1928/9, 602 00 Brno

<http://dchb.charita.cz/>

Oblastní charita Pelhřimov (IČO: 47224541)

Solní 1814, 393 01 Pelhřimov

<http://pelhrimov.charita.cz/>

Nejste sami – mobilní hospic, z. ú. (IČO: 04871243)
Wellnerova 20, 779 00 Olomouc
<http://www.nejstesami.eu/>
Hospic sv. Alžběty o.p.s. (IČO: 26604582)
Kamenná 207/36, 639 00 Brno
<https://www.hospicbrno.cz/>
TŘI, z. ú. (IČO: 18623433)
Sokolská 584, 257 22 Čerčany
<http://www.hospic-cercany.cz/>
Oblastní charita Červený Kostelec (IČO: 48623814)
5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec
<http://www.ochck.cz/>
Hospicová péče sv. Kleofáše, o. p. s. (IČO: 22707328)
Svatopluka Čecha 20, 379 01 Třeboň
<http://hospic.kleofas.cz/>
Charita Olomouc (IČO: 44936427)
Wurmova 5, 779 00 Olomouc
<http://www.olomouc.charita.cz/>
Pavla Andrejkivová – LADARA s.r.o. (IČO: 26395134)
Čankovská 1021/19, 360 05 Karlovy Vary
<http://www.ladara.eu/>
Domáci hospic Athelas (IČO: 03663353)
Karla Čapka 589, 397 01 Písek
<http://www.hospic-pisek.cz/>
Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu s.r.o. (IČO: 02570459)
Zámecká 6, 763 14 Zlín
<http://www.centrumlb.cz/>
Girasole, sdružení pro pomoc a rozvoj, z. s. (IČO: 26991560)
Mrštíkova 122/1, 693 01 Hustopeče
<http://www.girasole.cz>
Sdružení zdravotnických zařízení II Brno, příspěvková organizace (IČO: 00344648)
Zahradníková 494/2, 602 00 Brno

Přidružení členové (celkem 17)

Hospic Sv. Jiří, o.p.s. (IČO: 22729909)
Písečná 3, 350 02 Cheb
<http://www.hospiccheb.cz/>
HOMEDICA, s.r.o. (IČO: 49970798)
Velkomoravská 12, 69501 Hodonín
<http://www.homedica.cz/>

Domáci hospic Nablízku, z. ú. (IČO: 04066502)
Jahodová 1857, 289 22 Lysá nad Labem
<http://www.hospic-lysa.cz/>

Domáci péče ČČK, o.p.s. (IČO: 25185853)
B. Němcové 1118, 386 01 Strakonice 1
<https://www.domacipece-strakonice.wz.cz/>

Diakonie ČCE – středisko Vsetín (IČO: 73633178)
Strmá 34, 755 01 Vsetín
<http://www.diakonievsetin.cz>

Mobilní hospic Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. (IČO: 25488627)
Sociální péče 3316 /12 A, 401 13 Ústí nad Labem
<http://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/zdravotnicka-pracoviste/mobilni-hospic/>

Kompletní péče, s. r. o. – Centrum domácí péče (IČO: 04131754)
Politických vězňů 40, 266 01 Beroun
<http://www.centrumdomacipece.cz/>

MEDICA zdravotní péče, s. r. o. (IČO: 27779882)
Konská 63, 739 61 Třinec
<https://zdravotnipecce.trinec.cz/>

Charita Uherské Hradiště (IČO: 44018886)
Velehradská třída 247, 686 01 Uherské Hradiště
<http://www.uhradiste.charita.cz/>

Charita Zábřeh (IČO: 42766796)
Žižkova 15, 789 01 Zábřeh
<http://www.zabreh.caritas.cz>

Hospic svatého Lazara, z. s. (IČO: 66361508)
Sladkovského 2472/66 a, 326 00 Plzeň
326 00 Plzeň
<http://www.hsl.cz/>

energeia o. p. s. (IČO: 25999851)
Za Pektinou 944, 538 03 Heřmanův Městec
<http://www.energeia.cz/>

Hospic svaté Hedviky, o. p. s. (IČO: 02319179)
Huťská 1496, 272 01 Kladno
<https://www.hospicsvatehedviky.cz/>

Domov – plzeňská hospicová péče, z. ú. (IČO: 053 28 586)
Sušická 141/33, 326 00 Plzeň
<http://domov-plzen.cz/>

HOSPIC TEMPUS, z s. (IČO: 05894271)
Pražská 530, 276 01 Mělník
<http://www.hospictempus.cz/>

Ledax o.p.s. (IČO: 28068955)

Riegrova 51, 370 01 České Budějovice

<https://www.ledax.cz/>

Centrum sociálních a zdravotních služeb Poděbrady o.p.s. (IČO: 27395286)

nám. T.G.Masaryka 1130, 290 01 Poděbrady

<https://www.centrum-podebrady.info/index.php?id=10>

Developed by [Shuttle Themes](#). Powered by [WordPress](#).