

**Universita Karlova v Praze**  
**Evangelická teologická fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

2006

Dita Křivská

**Universita Karlova v Praze  
Evangelická teologická fakulta**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Dita Křivská**

**HOSPICOVÁ PÉČE NA ÚZEMÍ**

**HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY**

**Vedoucí: PaedDr. Marie Vorlová**

**2006**

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci „Hospicová péče na území hlavního města Prahy“ zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.

Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.

Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.

Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla publikována na internetových stránkách Jaboku.

27.12.2005

Dita Křivská

# Obsah

ÚVOD.....	1
<b>1. KAPITOLA: UMÍRÁNÍ A SMRT .....</b>	<b>3</b>
1.1 SMRT.....	3
1.1.1 <i>Historický vývoj pohledu na smrt</i> .....	4
1.2 UMÍRÁNÍ .....	5
<b>2. KAPITOLA: HOSPICOVÁ PÉČE .....</b>	<b>7</b>
2.1 CO JE HOSPICOVÁ PÉČE.....	7
2.1.1 <i>Formy hospicové péče</i> .....	8
2.1.2 <i>Zásady hospicové péče</i> .....	10
2.1.3 <i>Paliativní péče</i> .....	11
2.2 PRO KOHO JE HOSPICOVÁ PÉČE URČENA .....	12
2.3 KÝM JE HOSPICOVÁ PÉČE POSKYTOVÁNA .....	13
<b>3. KAPITOLA: HISTORIE A SOUČASNOST HOSPICOVÉ PÉČE.....</b>	<b>15</b>
3.1 HISTORIE A SOUČASNOST HOSPICOVÉ PÉČE VE SVĚTĚ .....	15
3.2 HISTORIE A SOUČASNOST HOSPICOVÉ PÉČE U NÁS .....	16
<b>4. KAPITOLA: HOSPICOVÁ PÉČE NA ÚZEMÍ HL.M.PRAHY .....</b>	<b>19</b>
4.1 HOSPIC ŠTRASBURK.....	19
4.1.1 <i>Financování hospicu Štrasburk</i> .....	20
4.1.2 <i>Zaměstnanci</i> .....	21
4.1.3 <i>Pacienti hospicu Štrasburk</i> .....	22
4.1.3.1 <i>Podmínky pro přijetí</i> .....	23
4.1.3.2 <i>Režim dne</i> .....	24
4.2 DOMÁCÍ HOSPIC CESTA DOMŮ .....	25
4.2.1 <i>Občanské sdružení Cesta domů</i> .....	25
4.2.2 <i>Domácí hospic Cesta domů</i> .....	27
4.2.2.1 <i>Postup přijímání klientů</i> .....	28
4.2.2.2 <i>Zaměstnanci</i> .....	29
4.2.2.3 <i>Financování</i> .....	30

<b>5. KAPITOLA: ZHODNOCENÍ HOSPICOVÉ PÉČE NABÍZENÉ NA ÚZEMÍ HLAVNÍHO MĚSTA PRAHY .....</b>	<b>32</b>
5.1 HOSPIC ŠTRASBURK.....	32
5.2 DOMÁCÍ HOSPIC CESTA DOMŮ .....	33
5.3 MOŽNOSTI BUDOUCÍHO VÝVOJE.....	33
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>36</b>
<b>RESUMÉ AJ.....</b>	<b>37</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>38</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>40</b>

# Úvod

Když jsem před několika lety nastupovala na praxi do Hospicu Štrasburk, byla jsem plná rozporuplných očekávání. Přestože jsem se o hospicové péči učila a měla jsem jisté povědomí o principech, na kterých funguje, tváří v tvář praxi tyto teoretické znalosti poněkud nedostačovaly. I já jsem se potýkala s obecně vžitými mýty a předsudky, které se k hospicům pojily a dodnes pojí. Obávala jsem se, že navštívím „dům smrti“, místo, kde lidé čekají na blížící se konec.

O to větší a příjemnější překvapení mne čekalo. Vstoupila jsem do prostředí, kde si klienti snažili užít zbytek života v takové plnosti, jakou jim jejich fyzický a psychický stav dovoľoval. Pracovníci hospicu vycházeli vstříc jejich požadavkům i požadavkům jejich rodin. Byla jsem přítomna smrti a přesto jsem pociťovala hospic jako místo života.

Na základě této zkušenosti jsem se rozhodla vypracovat takový materiál, který by stručně a přesto nezkresleně obeznámil širokou laickou veřejnost s hospicovou péčí. Vzhledem k místě, kde žiji a kde jsem se osobně s hospicovou péčí seznámila, jsem se zaměřila na činnost dvou pražských hospiců – lůžkového Hospicu Štrasburk a domácího hospicu Cesta domů. Obě zařízení používám jako typické představitele dvou forem hospicové péče.

Mým záměrem je podat informace, které by nejen sloužily k „očišťení“ hospicové péče od neadekvátních představ, ale ideálně by také pomohly v rozhodování těm, kteří zvažují její využití - tedy rodinám, které se rozhodují jak co nejvíce ulehčit a „zpříjemnit“ svému členu odchod ze života.

V první kapitole se snažím definovat pojmy „smrt“ a umírání“ a poukázat na změny v nazírání na ně, ke kterým v historii docházelo. Mám za to, že před seznámením s hospicovou péčí je třeba blíže představit pojmy, se kterými se dále operuje.

Kapitoly 2. a 3. jsou věnovány samotné hospicové péči – vymezení pojmů, historii a současnosti u nás i ve světě.

Ve čtvrté kapitole se zaměřuji na činnost Hospicu Štrasburk a domácího hospicu Cesta domů – snažím se stručně a srozumitelně zmapovat jejich vznik a současné fungování.

Poslední kapitola je jakýmsi ohlednutím za předešlým. Pokusím se posoudit základní výhody a nevýhody obou zařízení, poukáži na problémy, na které hospicová péče (a nepřímo i její klienti) u nás naráží a budu se snažit sumarizovat informace důležité pro případné příjemce hospicové péče.

# 1. kapitola: Umírání a smrt

Pro moji bakalářskou práci je nezbytné zmínit se alespoň okrajově o fenoménu smrti a umírání. Pokusím se proto vymezit význam samotného pojmu „smrt“ a zmíním se také o měnícím se nazírání na ni.

## 1.1 Smrt

Smrt je jednou z mála zkušeností, které jsou vlastní všem živým tvorům. Lidé, kteří si svoji smrtelnost a své ukotvení v čase uvědomují s až bolestnou palčivostí, byli, jsou a vždy budou se smrtí konfrontováni. A to jak se smrtí vlastní, tak se ztrátou svých blízkých. Vyrovnání se s faktem smrtelnosti je známkou osobní zralosti.

Hovoříme-li o smrti, máme většinou na mysli *smrt fyzickou*. Smrtí fyzickou je myšlena úplná, nezvratná a trvalá ztráta vědomí, ukončení biologických pochodů a funkcí a zastavení mozkové činnosti.<sup>1</sup>

Před zánikem těla přichází však vymizení vědomí člověka – stav, kdy tělo ještě pracuje, ale psychika již je od těla odpoutána, nemocný nekomunikuje a není při vědomí. Tento stav bývá někdy nazýván *smrtí psychickou*<sup>2</sup>.

Někteří autoři zmiňují ještě *smrt sociální*. Definice sociální smrti bývá nejčastěji udávána jako „vyvázání se z důležitých sociálních, interpersonálních vztahů, kdy je (nemocný) odtržen od všeho lidského a nelze jej vrátit do kontextu společnosti“.<sup>3</sup>

K této sociální smrti nezdědka dochází v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních, kdy pacient umírá bez kontaktu se svojí rodinou a se svými blízkými. Paradoxně se někdy umírající ocitá nejen na okraji života, ale i na okraji společnosti.

Všichni toužíme po „důstojné smrti“, po smrti v kruhu svých blízkých, po urovnání si svých záležitostí. Realita bývá často jiná. Hospicové hnutí se snaží

---

<sup>1</sup> H. Haškovcová, Rub života a líc smrti, str. 142

<sup>2</sup> K. Blumenthal-Barby a kolektiv, Kapitoly z thanatologie, str. 41 - 42

<sup>3</sup> H. Haškovcová, Lékařská etika, str. 152



člověku důstojnou smrt přiblížit, zachovat si vědomí vlastní hodnoty a důstojnosti až do konce.

### ***1.1.1 Historický vývoj pohledu na smrt***

Chápání pojmu „smrt“ a vyrovnávání se s ní se měnilo v průběhu vývoje lidstva. Se smrtí těla vždy úzce souvisela víra v nesmrtelnost lidské duše, které je v různých náboženstvích nazírána různě, vždy však je myšlena jako pravý „základ lidství“, jako vlastní osobnost a individualita.

Již člověk žijící v době ledové (30 000 – 10 000 př.n.l.) zahrabával své mrtvé, které předtím červeně pomaloval, snad jako důkaz usmíření.<sup>4</sup>

Egypt je proslulý balzamováním svých mrtvých a silnou vírou v posmrtný život i s tělem. Smrt si staří Egypťané často připomínali i během zábavy, aby si více cenili svého nynějšího života. Vondráček ve své knize „Fantastické a magické z hlediska psychiatrie“ říká: „...při hostinách ve starém Egyptě vstupoval do večeřadla, když zábava vrcholila, člověk držící v ruce malou mumii. Ukazoval ji rozjařeným hostům se slovy:“ Radujte se, dokud žijete, neboť brzy budete jako ona.“<sup>5</sup>

Pro Římany byla smrt bratrem spánku. Považovali ji za něco příjemného, neboť po smrti je lidská duše ušetřena vášní a konečně se jí dostane zaslouženého klidu.<sup>6</sup>

Středověký křesťanský člověk byl se smrtí často konfrontován – špatná hygiena, časté války a děsivé morové rány vedly až k jisté fascinaci smrtí. Ohler hovoří až o „rozkoši z hrůzy“. Známé jsou středověké tance smrti – umělecká díla, kde bývá smrt zobrazována jako kostra-tanečník zvoucí k tanci (umírání) všechny bez rozdílu věku a společenského postavení<sup>7</sup>.

Novověk přichází s „odborným zájmem“ o smrt. Smrt již není líčena jako schematizovaná kostra nebo idealizovaná lidská postava, nadchází období vědeckého zájmu a zkoumání.

---

<sup>4</sup> K. Blumenthal – Barby a kolektiv, Kapitoly z thanatologie, str. 12

<sup>5</sup> V.Vondráček, F.Holub, Fantastické a magické z hlediska psychiatrie, str. 253

<sup>6</sup> K.Blumenthal – Barby a kolektiv, Kapitoly z thanatologie, str. 13

<sup>7</sup> N. Ohler, Umírání a smrt ve středověku, str.325

Ve všech těchto historických dobách byla smrt samozřejmostí. Smrt znal každý, každý viděl umírat své příbuzné, každý byl se smrtí osobně konfrontován. Valná většina lidí umírala doma. S přibývajícím industrializací a stále větším sestěhováním se do měst pomalu, ale jistě mizí model „rodinného umírání“. Lidé jsou často od svých rodin odtrženi v okamžiku své smrti. Umírání a smrt se pomalu přemísťuje do nemocnic, kde zodpovědnost za důstojnou smrt není již v rukou člověka samého nebo jeho rodiny – toto břemeno se přesouvá na nemocniční personál. „Konec života je stále více a více z vědomí vytlačován. Toto vytlačení jde tak daleko, že umírání je pocíťováno jako něco zvláštního, neobvyklého.“<sup>8</sup>

Se vzrůstající kvalitou lékařské péče se smrt stala věcí do jisté míry oddělenou záležitostí přenechanou lékařům, věcí „zakázanou“ a hrůznou.

V posledních 50 letech je však znatelná snaha zlidštit smrt, přiblížit ji zpět veřejnosti a ulevit tak jak umírajícímu, tak i jeho rodině. Hospicové hnutí je jasnou reakcí na tuto situaci, zkvalitnění života až do smrti je jedno z jeho hlavních posláních.

## 1.2 Umírání

Proces umírání je se smrtí, stejně jako s životem, nerozlučitelně spjat. V minulosti, jak již jsem uvedla v předchozí podkapitole, se člověk s umíráním setkával mnohem častěji než je tomu dnes. Umírání bylo přirozenou součástí životní zkušenosti. Tato zkušenost nám možná dnes chybí a kvůli této absenci se konec života stává až tabuizovaným tématem. Díky mé praxi v Hospiciu Štrasburk jsem se stala součástí konce něčího života a i pro mne to byla zkušenost nová, překvapivě obohacující.

Samotná definice umírání z biologického hlediska se dá specifikovat jako „postupné a nevratné selhávání důležitých vitálních funkcí tkání a orgánů, jehož důsledkem je zánik individua, tj. smrt (mors).“<sup>9</sup>

Bylo by však nesmyslné redukovat umírání pouze na tělesnou rovinu. Umírání je především proces. Mnoho autorů se snažilo o hlubší pochopení tohoto

---

<sup>8</sup> K.Blumenthal – Barby a kolektiv, Kapitoly z thanatologie, str. 17

<sup>9</sup> H. Haškovcová, Lékařská etika, 14. Kapitola, str.151

procesu, o jeho přesnější popis. Já použiji obecně uznávanou teorii fází umírání dle Marie Kübler-Rossové.

Fáze pre finem je delší časové období, může se jednat o několik měsíců až let od okamžiku, kdy se nemocný dozví o své vážné nemoci. Je to období, kdy je nemocný nucen konfrontovat sám sebe se svojí smrtelností, více než kdykoliv před tím. Smrt již není něčím abstraktním, je jeho „problémem“, situací, s níž se musí vyrovnat. Kübler-Rossová udává pět etap, kterými nemocný prochází:

1. šok a popření, odmítání přijmout pravdu
2. hněv, vztek, nemocný se táže „proč já?“
3. smlouvání, nemocný se snaží věřit, že přeci jen „on ne“
4. deprese, zoufalství, bezmoc
5. přitakání, pochopení a přijmutí situace, nemocní se snaží těšit ze života, který je jim ještě dán, zařizují si své poslední věci, zvou přátele k rozloučení<sup>10</sup>

Ne všichni nemocní projdou všech pět etap, je to pochopitelné, protože každý jsme jiný a každý prožíváme svůj život (a posléze i umírání) jiným způsobem.

Fáze in finem představuje umírání ve vlastním slova smyslu – tedy přechod ze života ke smrti.

Fáze post finem zahrnuje péči o mrtvé tělo a o pozůstalé.<sup>11</sup>

Hospicová péče se snaží být průvodcem všemi fázemi umírání, v centru zájmu stojí však zejména fáze in finem a post finem. Každý sám se musí srovnat s vidinou své smrti a ani sebekvalitnější hospicová péče tento úkol nemůže a ani nechce vyřešit za něj. Hospic přichází podat pomocnou ruku v období před zahájením samotného umírání, při něm a následně pečuje o pozůstalé (viz 4.kapitola).

---

<sup>10</sup> K. Blumenthal – Barby a kolektiv, Kapitoly z thanatologie, str. 63 - 68

<sup>11</sup> H.Haškovcová, Lékařská etika, str. 151

## 2. kapitola: Hospicová péče

### 2.1 Co je hospicová péče

Hospicovou péči poskytuje specializované zařízení - hospic. Ten praktikuje tzv. paliativní péči (více o této formě péče v další podkapitole).

Základní myšlenka hospicové péče vychází ze zásad lidské důstojnosti a z prosté úcty k člověku. Garantuje nemocnému, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí a že v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

Nejdůležitějším úkolem hospice je pomáhat a sloužit až do konce. Smrt je zde respektována jako nedílná a přirozená součást života. Neslibuje se zde uzdravení, ale také se nemocnému nebere naděje. Hospicová péče neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost a zmírňování doprovodných symptomů postupující nemoci. Dalším důležitým úkolem je také pomoci nejen nemocnému, ale také jeho blízkým. Ti zde hrají nesmírně významnou a do značné míry nezastupitelnou roli. Pacient musí být respektován i se svou rodinou.

Souhrnně by se tedy dalo říci, že se hospicová péče snaží o naplňování základních lidských potřeb. Tyto potřeby jsou dle většiny autorů čtyři:

Potřeby biologické, mezi které patří vše co se týká klientova těla. Především je tím míněn příjem potravy, zajištění vyměšování, dýchání atd. a co největší tišení bolesti.

Potřeby psychosociální jsou „potřebami duše“. V případě klientů hospice se jedná zejména o zachování lidské důstojnosti a o přátelskou a otevřenou komunikaci.

S výše zmíněným úzce souvisí naplňování potřeb sociálních. Člověk je společenský tvor a není tomu jinak ani v blízkosti smrti. Je tedy nutné zajistit obyvatelům hospice interakci se svými blízkými, s přáteli, s rodinou. Do sociálních potřeb lze jistě řadit i potřebu být informován o dění ve světě, a to formou vhodnou a žádanou samotnými klienty – tiskovinami, možností poslouchání rádia či sledování televize.

Čtvrtou a poslední skupinou jsou potřeby spirituální. Zde bych ráda podotkla, že se zdaleka nejedná jen o touhu po duchovní – náboženské – útěše. Mimo ní do

skupiny spirituálních potřeb řadíme i urovnávání vztahů s přáteli a rodinou a nutnost smysluplnosti života až do jeho konce<sup>12</sup>.

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že kvalita života umírajících je spojena se zajištěním takových podmínek, které dovolí umírajícímu prožít své poslední dny v prostředí známém, v kruhu svých blízkých, bez fyzické i duševní bolesti a zbytečného utrpení. Je důležité si uvědomit, že každá pro nás všední činnost může být pro umírajícího posledním prožitkem. Proto je nutné vytvořit takové prostředí a podmínky, v němž umírajícímu umožníme naplno prožívat, co prožít chce a může.

### ***2.1.1 Formy hospicové péče***

Běžně ve světě se hospicová péče rozděluje do tří forem:

#### *1. Domácí hospicová péče*

Domácí hospicovou péčí se rozumí péče v poslední fázi nemoci, kdy již nelze očekávat žádné terapeutické zlepšení, která se provádí ve vlastním domově pacienta. Jde o léčbu paliativní, o které se více zmíním později.

Nezbytné je, aby pacient měl dobré rodinné zázemí, neboť členové rodiny se stávají samotnými sestrami a pacient nezbytně potřebuje péči 24 hodin denně. Tato celodenní péče ovšem není jen věcí rodinných příslušníků. V případě potřeby je možno zavolat si k nemocnému profesionální pomoc. Ovšem v některých případech právě tato profesionální pomoc může být omezena. „A to zejména v místech, kde dosud není žádná sesterská agentura poskytující domácí péči, anebo nemá speciálně vyškolené sestry pro hospicovou práci. Pak i jen přechodné zhoršení stavu pacienta znamená návrat do nemocnice.“<sup>13</sup>

Tato péče je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. V Čechách a na Slovensku zatím není moc rozvinutá. Dobrý systém je praktikován v Rakousku. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, či je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Svatošová Marie, Hospice a umění doprovázet, str. 123

<sup>13</sup> Svatošová Marie, Hospice a umění doprovázet, str. 127

<sup>14</sup> <http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>

V některých zemích má však domácí hospicová péče naprostou převahu. Jakoubková uvádí, že „...v USA je v současné době asi 2400 hospice programů, z nichž většinu tvoří tento typ“<sup>15</sup>.

## 2. *Stacionáře - denní pobyty*

Denní stacionář je většinou součástí hospice. Klient do něj dochází na několik hodin denně, často například k aplikaci infuzí atd. Dopravu si zajišťuje buď sám pacient (jeho rodina), nebo hospic. Tento způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče. Podle Marie Svatošové je takový způsob v určité fázi onemocnění nejvhodnějším řešením z následujících důvodů: diagnostický důvod (nejčastěji pro kontrolu bolesti, která se doma již nedá zvládnout), léčebný důvod (např. aplikace chemoterapie a nejrůznější paliativní léčby), psychoterapeutický důvod (pro osamocené pacienty se kterými rodina nechce, nebo z nějakého důvodu nemůže probírat jejich problémy) a azylový důvod (v případě, kdy si jednoduše pacient chce odpočinout od svých blízkých a blízcí si potřebují odpočinout od pacienta; může to zabránit vyčerpání na obou stranách.)

## 3. *Lůžková hospicová péče*

Je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. Pacienti sem přicházejí ze své vlastní vůle na krátkodobé, opakující se i dlouhodobé pobyty. Zpravidla je pro rozhodnutí využít tuto formu péče důležitý fakt, že pacient ani jeho rodina již péči doma nezvládá, ale pobyt v nemocnici přitom není nutný. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče.

Lůžková hospicová péče nabízí také kontakt pacienta s jeho blízkými (nejčastěji rodinní příslušníci) po dobu 24 hodin denně po všech 365 dnů v roce. Od návštěvy se ovšem neočekává, že bude plnit povinnosti ošetřovatelského týmu. Pokud si to ale bude pacient i návštěva přát, tato možnost zde je.

---

<sup>15</sup> J. Jakoubková, *Trendy soudobé onkologie Paliativní medicína*, str.101

Přestože se jedná o péči lůžkovou, v mnohém se liší od nemocnice. Nejvíce odlišnosti můžeme nalézt v režimu dne. Pokud to je jen trochu možné, určuje si ho sám pacient (nikdo ho nebudí; jí, kdy chce; hygiena je dle jeho časového harmonogramu,...). V popředí je snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici.<sup>16</sup>

### **2.1.2 Zásady hospicové péče**

Při každé lidské činnosti je třeba stanovit určitá, přinejmenším morální a etická, pravidla. Nejinak je tomu i v případě hospicové péče.

Zásady hospicové péče se mohou shrnout do těchto stručných bodů:

1. Léčba a péče je nemocným poskytována na základě informovaného souhlasu. "Vzhledem k tomu, že je u nás sdělování neblahé diagnózy či prognózy pacientům nebo jejich rodinám stále ještě ne pravidlem, jedná se o velice citlivou záležitost jak pro samotného pacienta, jeho rodinu i tým ošetřovatelů, kteří se musejí s tímto aktem vypořádávat. Informovaný souhlas je v českém a slovenském zdravotnictví novinkou a jeho zavádění vzbuzuje protichůdné reakce."<sup>17</sup>
2. Léčba a péče v zařízení typu hospic je poskytována na vysoké odborné a etické úrovni.
3. Léčba a péče poskytovaná v zařízeních typu hospic je paliativní, to znamená zaměřena na potlačování všech příznaků, jež zatěžují život a provázejí základní onemocnění (viz níže).
4. Léčba a péče je vždy a za všech okolností individuální, je poskytována se zaměřením na všechny složky osobnosti (biologickou, psychickou, spirituální a sociální).
5. Léčba a péče v zařízeních typu hospic neurychluje ani neoddaluje smrt.
6. Léčba a péče v zařízeních typu hospic zabezpečuje nemocným individuální režim a individuální kontakt s rodinou a s osobami, o které nemocný požádá.

---

<sup>16</sup> Svatošová Marie, Hospice a umění doprovázet, str. 129 - 131

<sup>17</sup> <http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>

7. Péče v zařízení typu hospic je plně zaměřena na nemocného, jeho rodinu a pozůstalé.
8. Léčba a péče v zařízení typu hospic je poskytována plně v souladu se zásadami hospicového hnutí, které zabezpečuje všestrannou péči člověku v jeho konečné fázi onemocnění bez rozdílu pohlaví, věku, rasy, národnosti a vyznání.

### ***2.1.3 Paliativní péče***

Paliativní péče je taková péče, která se soustředí na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší (na rozdíl od standardní lékařské, neboli kurativní péče zaměřené na léčbu), na zachování pacientovy důstojnosti a na podporu jeho blízkých. Tvoří ji souhrn lékařské, ošetrovatelské a rehabilitační péče. Používá se u nemocných, kde již byly vyčerpány možnosti kurativní péče, ale pokračuje léčba příznaků s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže. Význam se také klade na biologické, psychologické, spirituální a sociální potřeby.

"Moderní paliativní péče:

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života;
- dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění;
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a integruje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty;
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení;
- zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých;
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka;



- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením".<sup>18</sup>

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

## 2.2 Pro koho je hospicová péče určena

Indikovanou skupinou, pro kterou je hospicová péče určena jsou lidé s aktivním, progresivním a pokročilým onemocněním, délka jejich života je omezená a cílem léčby je tedy snaha o udržení a zlepšení kvality jejich života (viz výše).<sup>19</sup>

V Českých zemích je tímto onemocněním většinou onemocnění onkologické. Věková struktura klientů je převážně 60 – 90 let (alespoň tak je tomu v hospicu Štrasburk, který stojí společně s Domácím hospicem Cesta domů v centru mého zájmu). Existují samozřejmě i hospice pro děti, kde je horní hranice většinou dosažení věku 18 let. I u nás se v současné době buduje dětský hospic v Malejovicích v Posázaví. Problematika dětských hospiců však není náplní mé práce.

Ze sociálního hlediska je možno také říci, že klienty hospice – ať již lůžkového nebo domácího typu – jsou lidé, kteří mají rodinu, která je schopná a ochotná zajistit péči o jejich poslední dny.

---

<sup>18</sup> <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>

<sup>19</sup>B. Misconiová, Péče o umírající – hospicová péče, <http://hospice.cz/hospice1/index2.php?id=38>

## 2.3 Kým je hospicová péče poskytována

Hospicová péče je poskytována zdravotníky, nezdravotníky i dobrovolníky. Odborná lékařská péče zajišťuje diagnostiku a léčbu základních symptomů a komplikací prvotního i doprovázejících onemocnění. Zaměřuje se na pacienty s rychle postupujícím, pokročilým onemocněním, jejichž délka života je omezená, a cílem léčby a péče je kvalita jejich života. V hospicové péči je využita odborná ošetrovatelská, odborná rehabilitační, odborná psychologická a spirituální péče.

- Odborná ošetrovatelská péče na těchto typech lůžek znamená zabezpečení všech ošetrovatelských výkonů na vysoké odborné úrovni, to znamená především: péče o hygienu, výživu, vyměšování, sledování ostatních fyziologických funkcí, péče o proleženiny, drény a kanyly, podávání léků všech forem včetně infúzí, odběry biologického materiálu, sledování psychického stavu a spolupráci s rodinou.
- Odborná rehabilitační péče je zaměřena na udržení a zlepšení kvality života nemocných.
- Odborná péče psychologická řeší řadu neklasických otázek postavených před zdravotníky. Především jsou to změny, k nimž dochází v posledním stadiu zrání osobnosti pacienta s nevléčitelným onemocněním.
- Spirituální péče je zaměřena na otázky života, víry a vztahů.

Tyto druhy péče zajišťuje tým hospice, který "tvoří:

- nemocný s opatrovatelem a jeho rodina
- hospicový lékař
- hospicová sestra
- sociolog starající se o rodinu a pozůstalé
- duchovní - kněz, psycholog
- sociální pracovník
- dobrovolníci

- další specialisti dle akutních potřeb nemocného"<sup>20</sup>

Cílem snažení celého týmu má být zmírňování utrpení nemocného a pomoci mu dosáhnout klidného umírání. Důraz se zde klade rovněž na duchovní rozměr péče, a proto jsou standardně součástí profesionálního týmu sociální pracovník, teolog nebo psycholog.

Filosofie hospice vyžaduje nejen hluboce lidský a současně profesionální přístup, ale i týmovou práci všech zúčastněných, včetně dobrovolníků, kteří tvoří neoddělitelnou součást těchto týmů. Odbornost však není tím nejdůležitějším kritériem pro práci v hospici. Pracovat zde mohou pouze lidé, kteří mají skutečně a bezvýhradně rádi lidi a kteří jsou vyrovnáni se svou vlastní konečností, smrtelností.

---

<sup>20</sup> <http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>

## 3. kapitola: Historie a současnost hospicové péče

Vzhledem k tématu své práce jsem se rozhodla širěji pojmut popis historie a současnosti hospicové péče na našem území.

### 3.1 Historie a současnost hospicové péče ve světě

Anglické slovo „hospice“ znamená doslova „útočiště“, „útulek“. Již ve 4. století našeho letopočtu se tímto slovem označovaly domy odpočinku pro poutníky. Poutníkům se dostávalo velké úcty, protože právě oni byli nezdřídka jediným pojítkem s okolním světem. Poskytnou poutníkovi přiměřenou péči bylo jistým společenským pravidlem. V původním slova smyslu tedy hospice nebyly domy pro umírající; sloužily k odpočinku na dalekých cestách, k znovuoobnovení sil. Putování však bylo náročné a často nebezpečné a jistě mnoho poutníků svoji cestu nepřezilo, velký počet z nich byl nemocný, raněný atd.

Postupem času došlo k posunu z péče výhradně o putující na péči o nemocné a umírající. Tyto domy byly většinou spravovány různými církevními řády. Myšlenka pomoci bližnímu, péče o nemocné a slabé, tolik zakotvená v křesťanství, zde tak docházela svému naplnění.

Až do dvacátého století byla tedy hospicová péče poskytována prakticky pouze v církevních zařízeních. Zlom nadešel v druhé polovině dvacátého století ve Velké Británii. Za první moderní hospic v dnešním slova smyslu se pokládá Hospic svatého Kryštofa (St. Christopher hospice), otevřený roku 1967 v Londýně. Jeho zakladatelkou je Cecily Saundersová, která se považuje za průkopnici v prevenci bolesti u onkologických onemocnění, se tímto krokem snaží kultivovat péči o umírající. Tato její myšlenka rázem obletěla celý civilizovaný svět, kde v současné době existuje kolem 2000 hospiců, v samotné Anglii více než 150. Přesto, že hospice ve světě mají podle místních podmínek různé formy, myšlenka je stejná.<sup>21</sup>

„Jaká forma hospicové péče se v té které zemi rozvine, záleží také na místních zákonech a v neposlední řadě na způsobu financování zdravotní péče. Tak

---

<sup>21</sup> Marie Svatošová, Hospice a umění doprovázet, str. 133

např. v Itálii za hospicovým pacientem přijede až do bytu (podle potřeby) kdokoli z hospicového týmu, včetně lékařů specialistů.<sup>22</sup>

### 3.2 Historie a současnost hospicové péče u nás

V Českých zemích pečovala o nemocné a umírající vždy především rodina. Přesto má „profesionální“ péče o nemocné v terminální fázi života svoji dlouhou a bohatou historii, která začíná prakticky již v 7. století. Důvodem k tomu je rozvoj nových myšlenkových směrů církevní reformy. To dopomohlo ke vzniku specializovaných ošetrovatelských řádů.

Tato historie u nás začíná založením první nemocnice knížetem Boleslavem I. v Praze a dále pokračuje dalším rozvojem „špitálů“ Anežky Přemyslovny, činností Zdislavy z Lemberka, vznikem ošetrovacích bratrstev (laických, která později přešla v duchovní řády). Později vznikly „špitály“ organizované rytířskými řády. S rozvojem měst přešla tato péče do městských organizací, včetně organizace péče o staré a chudé, tj. do tzv. starobinců a chudobinců.

Lékařská veřejnost se o umírající začíná specializovaně starat na počátku devatenáctého století. Misconiová uvádí, že k běžným povinnostem rodinných lékařů patřilo i tišení bolesti umírajících.<sup>23</sup> Tento model byl v praxi až do padesátých let dvacátého století. V této době na našem území zanikl institut rodinných lékařů; společně s rozvojem moderních zdravotnických zařízení se péče o umírající ve valné většině případů přesunula do těchto zdravotnických institucí.

Ke změně dochází po roce 1989. Společně s důrazem na akceptování lidských práv se myšlenka péče o umírající dostává do okruhu zájmů odborné i laické veřejnosti. Prvním závažným posunem v nazírání na hospicovou péči je zřízení „Pracovní skupiny pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče“, ke kterému dochází v roce 1991 při Ministerstvu zdravotnictví. Tato pracovní skupina byla složena z odborníků i z laiků a jejím primárním cílem byla osvěta v daném oboru.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Marie Svatošová, Hospice a umění doprovázet, str. 133

<sup>23</sup> B. Misconiová, Péče o umírající hospicová péče

<sup>24</sup> osobní rozhovor s paní Miladou Šubrtovou, vrchní sestrou Hospice Štrasburk

Členem „Pracovní skupiny pro podporu rozvoje domácí a hospicové péče“ byla i doktorka Marie Svatošová, která je považována za zakladatelku hospicového hnutí na území naší republiky. V roce 1993 bylo založeno občanské sdružení Ecce Homo s cílem rozvinout hospicové hnutí v ČR, ale také prosadit myšlenku hospice i mimo budovy zdravotních zařízení – všude tam, kde lidé umírají. Doktorka Marie Svatošová je jedním ze zakládajících členů sdružení a v současné době je jeho předsedkyní.

V návaznosti na úsilí sdružení Ecce Homo a jiných spřízněných institucí byl v roce 1995 otevřen první samostatný lůžkový hospic v Červeném Kostelci. Tento hospic sehrál v České republice podobnou roli jako londýnský Hospic svatého Kryštofa ve Velké Británii. Stal se modelovým zařízením pro ostatní hospice a předznamenal nejčastější formu hospicové péče u nás.

Na základě dobrých zkušeností z hospice v Červeném Kostelci byl počátkem roku 1998 uveden do provozu Hospic Štrasburk v Praze Bohnicích, o kterém se zmiňuji v samostatné kapitole.

Téhož roku také vzniklo Sdružení poskytovatelů hospicové péče, které sdružuje poskytovatele i příjemce hospicové a paliativní péče. Toto sdružení zabezpečuje především informovanost o hospicové péči a kontakt mezi poskytovateli paliativní péče.

V roce 2001 bylo v Praze založeno občanské sdružení Cesta domů, které poskytuje domácí hospicovou péči. Blíže se mu věnuji ve čtvrté kapitole.

V dosavadním rozvoji paliativní péče hrají klíčovou roli především lůžkové hospice a představují jednu z nejrozvinutějších forem specializované paliativní péče v České republice. Díky dotačnímu programu Ministerstva zdravotnictví mohlo být v ČR do roku 2004 vybudováno 8 lůžkových hospiců s celkovou kapacitou cca 220 lůžek. Další lůžkové hospice se budují. Některé z těchto zařízení rozvíjejí kromě lůžkové péče také domácí péči, respitní péči a intenzivní edukační činnost.<sup>25</sup>

Společné znaky „kamenných“ hospiců u nás zmiňuje Filec ve své práci „Hospicová péče v České republice“.

---

<sup>25</sup> <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=19&lang=cs>

1. Hospic je vždy nestátním lůžkovým zdravotnickým zařízením. Toto zařízení poskytuje hospicovou péči definovanou v návrhu zákona o zdravotní péči.
2. Všechny hospice mají smlouvy o hrazení zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami.
3. Péče v hospici je multidisciplinární a týmová.
4. Hospic respektuje specifické potřeby člověka stojícího na konci života, postavení klienta připomíná spíše „hotelového hosta“ než klienta na nemocničním lůžku.
5. Normou je v hospici vysoký standard technického vybavení i poskytované péče, součástí hospice bývá například i kaple či místnost posledního rozloučení.
6. Na péči o klienta se společně podílí i blízké osoby ( pokud chtějí) a naopak hospic poskytuje péči doprovázejícím a pozůstalým.
7. Součástí hospice je sbor dobrovolníků, kteří představují spojovací článek mezi hospicem a celou společností.
8. Hospic má „lidský rozměr“, to znamená, že obvyklá kapacita je 25 lůžek a stejný je i počet lůžek pro doprovázející, kteří se na péči podílejí.
9. Hospic plní i funkci edukačního centra hospicové péče ve svém regionu.
10. Podíl státních dotací na vzniku hospicového zařízení se pohybuje obvykle kolem 70% celkových investičních nákladů.<sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> V. Filec, Hospicová péče v České republice, <http://hospice.cz/hospiccr.html>

## 4. kapitola: Hospicová péče na území hl.m.Prahy

Na území hl. m. Prahy se v současné době nacházejí dva hospice. První je Hospic Štrasburk, založen roku 1998 a zřizovatelem je Občanské sdružení Hospic Štrasburk. Tento hospic poskytuje jak lůžkovou péči, tak péči domácí – lůžková péče však v jeho programu zřetelně převažuje. Druhým zařízením je hospic Cesta domů. Vznikl roku 2001, zřizovatelem je Občanské sdružení Cesta domů a poskytuje péči domácí.

V této kapitole bych se ráda zaměřila více na tyto dva hospice a pokusila se o jejich představení.

### 4.1 Hospic Štrasburk

Hospic byl zřízen v bývalé ubytovně PL Bohnice roku 1998. Ubytovna se nachází v budově, jejíž historický název je Štrasburk - podle zájezdního hostince, který kdysi existoval v tomto objektu. Nejstarší zmínka o stavbě na tomto území pochází z 11. století. Tato stavba sloužila jako ubytování pro kupce na obchodní stezce z Německa do Čech. Objekt sám nestačil, a proto k němu byla realizována dostavba, která plně respektuje vnější charakter původní budovy.

Zřizovatelem je Občanské sdružení Hospic Štrasburk. Občanské sdružení vzniklo na základě iniciativy zakládajících členů jako organizace pro zřízení hospiců v České republice. Hospic Štrasburk je jeho první humanitární projekt, dalším humanitárním projektem je zřízení agentury domácí hospicové péče při Hospici Štrasburk. Členy občanského sdružení jsou jak fyzické, tak právnické osoby. Mezi nejvýznamnější právnické osoby patří Psychiatrická léčebna Bohnice a Vojenský a špitální řád Rytířů sv. Lazara Jeruzalémského, který převzal na hospicem záštitu a je také garantem duchovní a spirituální péče v hospici.

Hospic má smlouvy se všemi pražskými lékařskými fakultami UK a další smlouvy s regionálními univerzitami v oblasti sociálně právních a sociálně zdravotních kateder. Dále slouží jako pracoviště praktické výuky pro Dívčí katolickou školu Praha 1. Zároveň se v hospici realizují stáže a výměnné návštěvy zdravotnických a sociálních pracovníků z pražských zdravotnických a sociálních



zařízení. Další spolupráce je s organizací HESTIA, která organizuje pobyty a služby dobrovolníků, jak v rámci České republiky, tak mezinárodní. Zařízení poskytuje služby ve spádové oblasti hl. m. Prahy a Středočeského kraje.<sup>27</sup>

Hospic disponuje 24 pokoji pro klienty, z nichž je 23 jednolůžkových a 1 dvojlůžkový. Kapacita hospicu je tedy 25 lůžek. Všechny pokoje mají vlastní sociální zařízení, které je bezbariérové a jsou plně vybaveny pro potřeby klientů a jejich blízkých či přátel, kteří je navštěvují, včetně sedmi míst v hostinských pokojích pro návštěvy celých rodin.

#### ***4.1.1 Financování hospicu Štrasburk***

Hospic je velmi specifické zařízení, které svojí činností spadá do dvou resortů – Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí. Vzhledem k tomu, že prakticky neexistuje legislativní norma, která by závazně určovala postavení hospice jak ve sféře zdravotnictví, tak ve sféře sociální, existují i nevyjasněnosti v oblasti ekonomické.

Hospic je považován za neziskovou organizaci, což znamená, že musí hospodařit minimálně vyrovnaně, v lepším případě se ziskem, ale zisk nemůže být použit pro rozdělení formou mezd nebo odměn, ale musí být použit pro další rozvoj.

Hospic počítá s vícezdrojovým financováním. Ministerstvo zdravotnictví hospice zařadilo do kategorie ošetrovatelských ústavů, protože převaha péče spočívá v ošetrování nemocných; i když v léčbě, převážně paliativní, se samozřejmě pokračuje dál. Problém je v tom, že naše legislativa pojem hospic stále ještě nezná, tudíž ho nezná ani sazebník pojišťoven. Přesto však mají všechny české hospice uzavřeny smlouvy s pojišťovnami podle šablony pro ošetrovatelská lůžka. Z prostředků zdravotního pojištění je pokryta zhruba polovina provozních nákladů. Asi 20% dosud přispívalo formou dotace Ministerstvo práce a sociálních věcí a stejnou částku se daří získat od dárců a sponzorů. Zbývajících 10% představují platby pacientů. Neboť se jedná o nadstandardní ubytování, pacient si musí přispívat sám. Cena za lůžko v hospici je: 250,- Kč za lůžko a den pro jednolůžkový pokoj, 210,- Kč na lůžko a den na dvojlůžkovém pokoji, za přistýlku

---

<sup>27</sup> [http://www.hospice.cz/hospice1/org\\_info.php?id=6](http://www.hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=6)

na pokoji klienta 60,- Kč za den, za lůžko na hostinském pokoji 200,- Kč za den, pro stážisty (mimo Jihočeské univerzity) 20,- Kč za lůžko a den. Při stravování návštěv jsou účtovány aktuální ceny podle fakturace dodavatele.

Pokud sám pacient nemá finanční zdroje, ze kterých by byl schopen vše platit, musí mu pomoci jeho rodina. Bohužel není žádný způsob, jak by mu mohly být poplatky odpuštěny. Nesmíme zapomenout, že chce-li hospic poskytnout lidem individuální a vysoce kvalitní péči, musí mít podstatně vyšší počet sester a ošetřovatelek, než předpokládají normy pro běžný ošetřovatelský ústav. To znamená samozřejmě i podstatně vyšší náklady.

#### **4.1.2 Zaměstnanci**

O chod hospicu se stará cca 30 zaměstnanců:

- 1 ředitel
- 1 stabilní + 1 zastupující lékař
- 1 psycholog
- 10 sester + vrchní sestra
- 12 sanitářů a ošetřovatelek
- 1 rehabilitační sestra
- 1 sestra na domácí péči
- 1 účetní
- obslužní personál (recepční,...)
- kněz (každý čtvrtek koná mši v kapli a každé úterý chodí za pacienty)

Celému týmu se daří budovat takovou atmosféru, že každý pacient cítí, že tam není sám a že není na obtíž. Přesto, že taková práce je velmi psychicky náročná, celá polovina personálu zde pracuje dlouhodobě a čtyři sestry zde pracují již od založení hospicu. V různých jiných zařízeních se můžeme setkat se zaměstnanci, u kterých se pomalu projevuje tzv. syndrom vyhoření. (Na stránkách Domácího hospice Cesta domů, [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz), je syndrom vyhoření popsán následovně: „**Syndrom vyhoření** (burn-out syndrom) je soubor příznaků vyskytující se u poskytovatelů péče, který je způsoben dlouhodobou nekompensovanou zátěží, jež přináší intenzivní pomoc druhým lidem. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocitem beznaděje, obavami,

případně i zlostí“). V tomto hospicu jsem se s nikým takovým nesetkala, přestože dle mého názoru by se někomu mohla zdát tato práce velmi depresivní a někdy i rutinní. Lidé, kteří patří do týmu zaměstnanců, musejí mít zvládnutý svůj přístup ke smrti, se kterou se zde tak často setkávají.

Zdá se, že v naší republice se daří lépe tento problém zvládnout. Například ve Velké Británii prý syndrom vyhoření přichází již po dvou letech a zaměstnanci po této době hospic opouštějí.

Marie Svatošová ve své knize Hospic slovem a obrazem uvádí několik bodů, jak předcházet syndromu vyhoření v hospicu:

Základem je dobrý výběr personálu. Jak jsem již napsala, musí být zvládnut přístup ke smrti. Ne totiž každý je ochoten se smířit s tím, že cílem může být i stanovit si důstojné a klidné umírání. Dalším krokem je bránit se rutině. K tomu pomáhá vymýšlet stále nové pracovní postupy, vylepšovat prostředí a také umět si odpočinout, pobavit se, odreagovat se. Dále velmi pomáhá také smysl pro humor, bez kterého by to vše asi nešlo.

Marie Svatošová také říká: „Osobně si myslím, že nejvíce nám pomáhá tušení čehosi velikého, čehosi nekonečného, o co tu ve skutečnosti jde a na čem můžeme mít aspoň nepatrnou účast. Kdo práci v hospici nechápe jenom jako službu, ale jako dobrodružství, a to dobrodružství lásky a účasti na něčem, co nás nekonečně přesahuje, ten nevyhoří nikdy. Ten totiž často, velmi často v hospici prožívá radost, která není z tohoto světa. A ta je zdrojem další síly a další energie, o kterou se může dělit a kterou může rozdávat.“<sup>28</sup>

Myslím, že toto vše přesně odráží práci personálu v hospici Štrasburk.

### ***4.1.3 Pacienti hospicu Štrasburk***

Přibližný věk pacientů bývá v rozmezí 60 – 90 let a více než polovinu z nich tvoří ženy.

Hospicová péče je převážně určena pro onkologicky nemocné a ani hospic Štrasburk není výjimkou. Pacienti jsou v terminálním stadiu nemoci a průměrná doba pobytu je kolem 55 dní (za rok 2003 byla průměrná doba 50 dní, v roce 2004

---

<sup>28</sup> Svatošová Marie, Hospic slovem a obrazem, str.34

57 dní). Chtějí zde dožít svůj život v důstojných podmínkách a to v co možná nejlepší psychické a fyzické pohodě.

Protože se, pochopitelně, převážně stává, že pacient zde zemře, má hospic určen přesný plán, jak v takové situaci postupovat. Právě zemřelý pacient zůstává na svém lůžku a ošetřující personál jej připraví pro rodinu, která se může přijít se svým zesnulým rozloučit. Je zde snaha kopírovat vše tak, jak by to bylo ve vlastním domově. Pohřební službu, se kterou má hospic smlouvu, zajišťuje hospic samotný. Rodina si samozřejmě může určit pohřební službu jinou.

Ne každý však v hospici zemře. Někteří nemocní se vracejí domů. Nejčastěji proto, že se podařilo zvládnout bolest a léčbu nastavit tak, že je v ní možno pokračovat doma. Rodina si alespoň může v době pobytu nemocného v hospici odpočinout a také se případně naučit o nemocného se postarat sama.

#### ***4.1.3.1 Podmínky pro přijetí***

Péče a léčba nemocných v hospicu je určena všem bez rozdílu rasy, pohlaví, národnosti a náboženského vyznání. Určujícím kritériem pro přijetí pacienta je jeho zdravotní indikace. V hospicu Štrasburk se jedná o onkologicky nemocné v terminálním stadiu. Ošetřující lékař vyplní žádost o přijetí, aby bylo jisté, že se vyčerpaly všechny léčebné možnosti, které mohly nemoc vyléčit nebo zastavit.

Další podstatnou podmínkou pro přijetí je časový horizont maximálně do 6 měsíců od očekávané smrti (tato doba je spíše orientační a ne vždy se přesně dodržuje). Z výše uvedeného tedy vyplývá, že hospic není pro každého nemocného – není určen pacientům, kteří potřebují „běžnou“ dlouhodobou péči; to znamená, že nesupluje léčebnu dlouhodobě nemocných a ani sociální hospitalizaci. Platí zde, že nemocný s horší prognózou má přednost před nemocným s prognózou příznivější, resp. delší. Nemocný s nezvládanou bolestí má přednost před nemocným se symptomy zvládanými. Při nedostatku lůžek v hospici má přednost nemocný z domácího prostředí před nemocným hospitalizovaným. Jakákoli protekce by v případě hospicové péče byla naprosto neetická. Přesnější čekací doba na pobyt je kolem 14 dní až 1 měsíc (v některých případech se jedná i o dobu delší).

Pacienta také nelze přijmout do hospice bez toho, aniž by se dozvěděl, že lékař v hospici vědomě opouští od všech léčebných zákroků a postupů, jež už

nemohou zlepšit kvalitu jeho života. Nicméně přesto ne každému pacientovi „dochází“ blízkost jeho vlastního konce. Ale platí zde pravidlo, že jakmile se pacient zeptá na svůj stav, je mu řečena pravda. A to i v případě, že rodina s tím nesouhlasí.

Žádosti posuzuje několikačlenná komise. Každý její člen dle svého svědomí posuzuje přítomnost či nepřítomnost čtyř kritérií indikace a naléhavosti přijetí:

- postupující nemoc ohrožuje pacienta na životě,
- je nutná paliativní péče,
- nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční,
- domácí péče nestačí nebo není možná.

#### **4.1.3.2 Režim dne**

V hospici je kladen důraz především na kvalitu života a pokud není zdravotní důvod k celodennímu ležení v pyžamu v posteli; nemocný se ráno oblékne do svých šatů a může se pohybovat jak v objektu hospice, tak, s vědomím personálu, i mimo něj. Pokoje by se měly vlastně spíš nazývat ložnicemi, protože schopnějším pacientům opravdu mohou sloužit jen k přespání, nebo jako azyl, když chtějí být zrovna sami. Opodstatněným standardem jsou pokoje jednolůžkové (až na jednu výjimku dvojlůžkového) s možností ubytování člena rodiny – kdy jindy by měl mít člověk právo na soukromí, ne-li v umírání? Ve 22 pokojích jsou umístěny přistýlky. Zbývající dva jsou bohužel o něco menší, ale v případě nutnosti i zde lze přistýlku krátkodobě umístit.

Stejně jako ostatní hospice, i hospic Štrasburk má společenské místnosti, kde se mohou nemocní a jejich návštěvy neomezeně scházet a kde se konají různé akce. Například v létě se pořádají táboračky pro pacienty, zaměstnance i přátele a rodinu. Součástí hospicu je i kaple, konají se zde koncerty a jednou týdně mše. Tyto akce jsou většinou otevřené i pro širokou veřejnost. Přestože jsou dvě třetiny pacientů ležící, pracovníci se snaží vyjít vstříc všem, kteří by se rádi účastnili. A tak například při koncertě se tito pacienti mohou vyvézt na chodbu a alespoň být na doslech.

V popředí stojí snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici. Tomuto požadavku se proto přizpůsobilo vnitřní vybavení hospice. Navíc jsou zde k dispozici nejrůznější pomůcky, usnadňující nemocným

každodenní život a sestřám fyzickou námahu – polohovací lůžka, zvedáky, pojízdné koupací vany, umožňující velmi šetrné a současně důkladné vykoupání ležícího pacienta a zcela nepohyblivého pacienta. Všechny prostory hospice jsou bezbariérové.

Má-li hospic připomínat spíše domov, musí být upraven i režim dne tak, aby nemocnému co nejvíce vyhovoval. I když se v hospici, podobně jako v nemocnici, provádějí lékařské vizity a navíc vizity sesterské, režim dne se od nemocnice dosti výrazně liší. A je-li to jen trochu možné, určuje si ho sám pacient. Není zde přesně určený čas jídla, nemocní mají svobodnou volbu také v kvantitě potravy. Spí podle své vůle a potřeby. Pacienti mohou také hrát na hudební nástroje nebo, po dohodě s ošetřujícím personálem, mít na pokoji i své domácí mazlíčky. Hospic se prostě snaží dávat nemocným co nejméně omezení. Například, co se týče pití alkoholu nebo kouření cigaret, ani na to se omezení nevztahuje. Pacienti se jen musí hlídat kvůli své bezpečnosti (aby nezačalo někde hořet od cigarety,...).

Preferencí hospice je také to, že nijak neomezuje návštěvy nemocného a umožňuje časově neomezený kontakt nemocného s rodinou, se zástupci veřejného života, jako je právník, notář, duchovní... Záleží na pacientovi, zda chce v hospici pobývat se svým průvodcem, nebo bez něho. Záleží na pacientovi, jak si s rodinou dohodne návštěvy. Ty jsou zde možné nepřetržitě 24 hodin denně po všech 365 dnů v roce.

## **4.2 Domácí hospic Cesta domů**

V této kapitole bych se ráda věnovala blíže Domácímu hospicu Cesta domů. Toto zařízení je na území hlavního města Prahy jediné, které se věnuje pouze a výlučně domácí hospicové péči a následné péči pro pozůstalé.

### **4.2.1 Občanské sdružení Cesta domů**

Jak již zmiňuji ve třetí kapitole, v roce 2001 u nás vzniklo občanské sdružení Cesta domů. Jeho členy jsou jak profesionálové z řad zdravotníků, psychologů a sociálních pracovníků, tak dobrovolníci zastupující laickou veřejnost. Sdružení vzniklo jako reakce na nedostatek hospicových lůžek; usiluje o zlepšení péče o

nevyléčitelně nemocné a umírající. Souběžně s tímto si sdružení klade za cíl podpořit strukturálně společenské změny, které by takové zlepšení usnadňovaly.<sup>29</sup>

Praktické aktivity sdružení Cesta domů probíhají na několika úrovních. Nejzásadnější činností je samozřejmě provozování domácího (někdy také „mobilního“) hospice, kterému se budu blíže věnovat později. Mimo této služby se občanské sdružení Cesta domů snaží informovat veřejnost o problematice umírání a o možnostech, které se umírajícím i jejím blízkým nabízejí. Do této sféry vlivu jistě patří založení a správa internetového portálu Umirani.cz. Na internetových stránkách Cesty domů se můžeme dočíst, že hlavním účelem portálu Umirani.cz je snaha poskytnout potřebné informace, pomoci navázat kontakt a zprostředkovat možnost poradenské pomoci. Poradenskou pomocí se zde myslí zejména pomoc v problematice související s koncem života, s péčí o smrtelně nemocné a jejich pozůstalé.

Dále občanské sdružení Cesta domů zajišťuje provoz veřejné knihovny. Využívat jejích služeb mohou jak nemocní a pečující, tak studenti, zdravotníci a pozůstalí. Já sama jsem při tvorbě své bakalářské práce používala materiály vypůjčené v této knihovně.

Službou, které velice úzce souvisí s hospicovou činností sdružení Cesta domů je „Klub Podvečer“. V Klubu se v přátelské atmosféře scházejí osoby pečující o své umírající, zaměstnanci domácího hospice i pozůstalí. Hlavním úkolem Klubu Podvečer je samozřejmě pomoc a útěcha v těžké životní situaci. Tato pomoc je důležitá pro ty, kteří jsou v pozici pečovatelů; péče o těžce nemocné je psychicky i fyzicky náročná – strach s toho co bude, zármutek i neustálý boj s vlastní bezmocí, to vše je pro nezkušeného a před tím profesionálně netrénovaného člověka velice náročné. Klub Podvečer se snaží překonávat nejistotu, možné pocity izolace a prohry. Činí tak jednak odbornou pomocí – na setkáních Klubu Podvečer nikdy nechybí psycholog, možná je i pomoc sociálního pracovníka atd. – tak formou pomocí „jednoho druhému“. Pomoc „jednoho druhému“ v této situaci znamená především přítomnost pozůstalých, kteří mohou pečujícím osobám sdělit své zkušenosti se smrtí, své zážitky a pocity. Toto

---

<sup>29</sup> [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)

sdělování je důležité i pro pozůstalé, protože se tak mohou vyhnout pocitům osamělosti a ulevit svému zármutku.

Mimo sdělování zkušeností, pocitů a obav nabízí Klub Podvečer i možnost volnočasových aktivit, zájmových činností, přednášek atd.

#### ***4.2.2 Domáci hospic Cesta domů***

Nejdůležitější službou, kterou občanské sdružení Cesta domů poskytuje je domácí hospic stejného jména. Jak jsem již uvedla ve třetí kapitole, domácí hospicová péče probíhá přímo v domově terminálně nemocného, tedy v prostředí, které zná a které je mu blízké. Pečovatelé jsou jeho rodinní příslušníci, popř. jiní blízcí lidé.

Cesta domů se snaží tuto formu hospicové péče podporovat ze všech sil. Činí tak především nabídkou odborné pomoci - „vyškolí“ pečovatele natolik, aby byli schopni relativně sami poskytovat svému nemocnému takovou péči, jakou potřebuje; za nemocným dochází zdravotní sestra, která pomáhá s možnými problémy - s podáváním léků, zaváděním infuzí atd. V případě potřeby navštíví rodinu nemocného lékař či pracovník z jiných, momentálně žádaných oborů. Dále se domácí hospic snaží zajistit jak pečovatelům, tak nemocnému, důležité kontakty, radí nejen v problémech medicínskými, ale i v otázkách právních (popř. doporučí vhodného odborníka), pomůže zajistit péči duchovní (pokud ji nemocný žádá a pokud nemá zajištěnu vlastní) a v neposlední řadě povzbuzuje a těší pečovatele a je schopen zajistit jim pomoc kvalifikovaného psychoterapeuta.

V rejstříku služeb, které domácí hospic Cesta domů nabízí, je i půjčovna pomůcek. Za malý poplatek (který závisí na objektivní ceně pomůcky a také na její dostupnosti) půjčuje pečujícím rodinám zdravotnické a pečovatelské pomůcky (polohovací lůžka, hygienické pomůcky ...); tyto pomůcky je možné i zakoupit. Vybrané pomůcky pracovníci hospicu předvedou a naučí pečovatele jak s nimi zacházet. Je zajištěn i servis zapůjčených potřeb.

I po smrti nemocného zůstává Domáci hospic Cesta domů nablízku. Pomáhá pozůstalým v záležitostech spojených s pohřbem, nenechá je napospas stresu a osamělosti, zve je do Klubu Podvečer, kde mají možnost podělit své pocity a zkušenosti (viz výše).



#### **4.2.2.1 Postup přijímání klientů**

Stejně jako „lůžkový“ Hospic Štrasburk, má i Domácí hospic Cesta domů pravidla a postupy, kterými se řídí přijímání nových klientů.

Následující informace jsem čerpala přímo z internetových stránek občanského sdružení Cesta domů.

- úvodní osobní či telefonický rozhovor zaměřený především na pochopení a objasnění situace pacienta a jeho rodiny, jejich potřeb a představ o péči a zapsání zájemce do formuláře První kontakt
- srozumitelné formulování možností a limitů nabízených služeb Domácího hospice
- první návštěva lékaře či sestry u pacienta
- navázání kontaktu týmu paliativní péče s ošetřujícím lékařem
- zjištění dalších informací o zdravotním a sociálním stavu pacienta a jeho rodiny
- posouzení potřeb pacienta a možností domácí paliativní péče a rozhodnutí týmu o přijetí či nepřijetí pacienta
- přijetí pacienta do péče domácího hospice
- stanovení plánu paliativní péče
- zapůjčení potřebných pomůcek či pomoc při jejich obstarávání
- zaučení rodiny v ošetřování nemocného a v používání pomůcek
- zprostředkování kontaktu na ambulantní ošetřovatelské a pečovatelské agentury, případně další poskytovatele péče, a pomoc při koordinaci jejich služeb<sup>30</sup>

Tímto ustáleným postupem přijímání je zajištěna snaha o co nejobektivnější posouzení situace nemocného a jeho rodiny a indikace adekvátní pomoci. Zodpovědnost za péči o umírajícího by měla být rozdělena mezi jeho rodinu, Domácí hospic a případně další orgány, které mohou být v této situaci nápomocny (ošetřující lékař, místní středisko pečovatelské péče a podobně).

---

<sup>30</sup> [www.cestadomu.cz](http://www.cestadomu.cz)

#### **4.2.2.2 Zaměstnanci**

Domácí hospic Cesta domů je koncipován tak, aby počet zaměstnanců nezatěžoval již tak napjatý rozpočet sdružení. Snaha o co největší ekonomičnost a zároveň i funkčnost je jedním z charakteristických znaků domácí hospicové péče.

V současné době má Cesta domů deset stálých zaměstnanců s lékařskou odborností:

- čtyři zdravotní sestry
- vrchní sestra
- ošetřovatelka
- lékař
- psycholog
- psychoterapeut
- sociální pracovnice

Mimo zdravotníků jsou zaměstnanci Domácího hospice i lidé zajišťující jeho běžný chod – sekretářka, knihovnice, účetní atd.

Domácí hospic využívá v hojné míře služeb dobrovolníků, dá se říci, že je na jejich službách existenčně závislý. Počet dobrovolníků se mění a kolísá, vždy však překračuje počet stálých zaměstnanců. V současné době se na činnosti aktivně podílí přes třicet dobrovolníků. Dobrovolníci pomáhají buď přímo – organizují setkání Klubu Podvečer, zajišťují půjčovnu pomůcek, pomáhají s dopravou sester a lékařů k pacientovi atd., nebo nepřímo – správou internetových stránek sdružení, získáváním nových kontaktů, nových sponzorů atd.

Dobrovolníci se rekrutují z mnoha vrstev společnosti – jsou to často studenti, ale i pozůstalí, kteří měli svého umírajícího v domácí péči a spolupracovali s Cestou domů.

Postup přijímání a školení dobrovolníků má v Cestě domů svůj řád, který je jistě nutné zmínit, mimo jiné i pro případ, že by se čtenářem mé práce stal člověk, uvažující o dobrovolnictví.

První krok k tomu stát se dobrovolníkem je jednoduchý – stačí na internetových stránkách Cesty domů kliknout na odkaz Registrace dobrovolníka a vyplnit formulář. Registraci musí potvrdit koordinátor dobrovolníků. Po potvrzení je možnou kliknout na odkaz Přihlásit se k práci; tak se nový dobrovolník dostává

do „Burzy práce“, kde si může vybrat to, co mu vyhovuje a kde bude nejprospěšnější. Poté je kontaktován koordinátorem a rozbíhá se samotná spolupráce.

Bylo by však jistě nevhodné zaměstnat dobrovolníky bez předchozího vzdělání. Domácí hospic Cesta domů proto rozděluje dobrovolníky na tři stupně, „cykly“ – dle jejich míry informovanosti a zkušeností.

Třetí stupeň dobrovolníků zahrnuje ty, kteří projeví zájem stát se dobrovolníkem. Jsou to tedy lidé, kteří se zaregistrovali, vyplnili formulář a čekají na zaškolení, které probíhá formou přednášek.

Do druhého cyklu dobrovolníků patří lidé, kteří absolvovali jednak cyklus přednášek, dále stáž v lůžkovém hospici (v 99% se jedná o Hospic Štrasburk), víkendové setkání dobrovolníků a osobní pohovor v Domácím hospici.

První cyklus dobrovolníků jsou lidé, kteří úspěšně prošli zaškolením druhého a třetího cyklu, získali certifikát dobrovolníka a mohou pomáhat ve všech oblastech činnosti Cesty domů.

Základem úspěšného fungování hospice je spolupráce mezi zaměstnanci a dobrovolníky, která zaručuje spolupráci světa profesionálů a laiků.

#### **4.2.2.3 *Financování***

Služby domácího hospice jsou zdarma. To znamená, že pacienti ani pečovatelská rodina neplatí nic za informativní, lékařskou, právní či psychologickou pomoc, která je jim Cestou domů poskytována. Jedinou placenou službou Domácího hospice Cesta domů je půjčovna pomůcek; poplatek za půjčení je však malý (závislý na ceně a dostupnosti pomůcky) a je nastaven tak, aby příliš nezatěžoval pečující rodiny.

Tento fakt je zásadním jak pro příjemce pomoci (tedy pečovatele), tak pro poskytovatele pomoci (domácí hospic).

Domácí hospic Cesta domů je stejně jako Hospic Štrasburk neziskovým zařízením. Prostředky na svůj provoz čerpá taktéž z několika zdrojů. Jedním z nich jsou příspěvky a dary členů občanského sdružení Cesta domů. Příspěvky jsou dobrovolné, jejich výše je zcela závislá na vůli členů sdružení.

Dalším významným zdrojem financí jsou sponzorské dary a to jak od fyzických, tak od právnických osob, tuzemských i zahraničních. Na příklad Klub

Podvečer je podpořen prostředky z programu Phare EU – Podpora aktivního života seniorů. Donátorem je dále i Nadace Open Society Fund Praha, Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové atd., atd. (více v Příloze 1 „ Výroční zpráva za rok 2004 – Hospicové občanské sdružení Cesta domů“)

Možnou podporou financování jsou i odkazy, tedy finanční prostředky odkázané Domácímu hospicu v závěti zemřelých klientů. Tento model není u nás tak běžný, jako například ve Velké Británii, kde odkazy tvoří často většinu všech prostředků hospice.

V neposlední řadě stojí i finanční pomoc od státních orgánů České republiky. Jsou to zejména Ministerstvo zdravotnictví, Hlavní město Praha a Městská část Praha 7 (viz Příloha 1).

## 5. kapitola: Zhodnocení hospicové péče nabízené na území hlavního města Prahy

V této kapitole bych se ráda pokusila o zhodnocení obou výše popisovaných zařízení. Snažím se poukázat na přínos, který jednotlivé typy hospicové péče nabízejí různým druhům klientů. Rovněž bych ráda naznačila možnou budoucnost hospicové péče na daném území.

### 5.1 Hospic Štrasburk

Jako jediný lůžkový hospic na pražském území má Štrasburk nepopíratelně obrovský význam. Vzhledem k vysoké kvalitě péče, kterou nabízí je pro mnoho umírajících ideálním místem pro pokojný odchod ze života. Profesionalita i zájem o individuální lidskou bytost jsou zárukou naplnění myšlenek paliativní a hospicové péče (viz kapitola 2).

Obrovským kladem je i možnost pobývání příbuzných s umírajícím až do samého konce.

I samotný, velice vkusně zrekonstruovaný, objekt Hospice Štrasburk s velkou zahradou, na které se čas od času pořádají různé akce (grilování atd.) je jistě vítaným zpestřením.

Hospic Štrasburk, ostatně stejně jako ostatní lůžkové hospice, je samozřejmě nejvhodnější pro ty, kteří se nemohou o své blízké starat doma. Mnoho lidí, kteří chtějí svým umírajícím zajistit důstojný odchod ze života, není schopno domácí hospicové péče – ať již z důvodů bytových, časových nebo jiných (obrovský psychický tlak na pečující nezvládá každý).

Největší slabiny lůžkové hospicové péče jsou obecně známy – je to zejména nízká kapacita lůžek. Doporučený počet hospicových lůžek je 5 lůžek na 100 000 obyvatel. Momentální je toto doporučení naplněno z 46%. Tento výpočet je výsledkem zprůměrování počtu lůžek ve všech krajích České republiky, kde však vládne značná diskrepance – např. v Olomouckém kraji je pokrytí poptávky po hospicových lůžkách na 93% zatímco ve Středočeském kraji na 0%.... (viz Příloha 2 „Prezentace Ministerstva zdravotnictví“)

Druhým možným negativem je jistá finanční náročnost hospicové péče poskytované v Hospici Štrasburk. Finanční nárok 210 – 250 Kč za lůžko a den je jistě pochopitelný, vzhledem k nutnosti zachování vysokého standardu péče, pro mnoho rodin je však jistě největší překážkou využívání péče nabízené Hospicem Štrasburk.

## 5.2 Domácí hospic Cesta domů

Oproti Štrasburku má Cesta domů velkou výhodu zejména v již zmíněné otázce finanční. Pomoc v domácí péči je bezplatná, ochotná a rychlá, jediné za co se platí, je půjčování pomůcek (a i tento poplatek je stanoven velmi mírně).

Právě v tomto však číhá nebezpečí, které nemusí být na první pohled zřejmé – udržitelnost Domácího hospicu. Vzhledem ke své dobré spolupráci s mnoha nadacemi a k dobré internetové i jiné prezentaci (která je v hledání sponzorů velkou pomocí), je hospodářství Domácího hospice Cesta domů vyrovnané (viz Příloha 1) Otázkou zůstává, bude-li tomu tak i v budoucnu.

S problematikou financí úzce souvisí i jistá trhlina v české legislativě, které ztrpčuje život rodinám rozhodnutým pečovat o svého nemocného člena až do konce. V současné době neexistuje taková zákonná úprava, která by flexibilně umožnila zůstat s nemocným doma s přiměřenou náhradou ušlé mzdy. Více se tomuto problému věnuji v následující podkapitole.

Za důležitou součást škály služeb, které Cesta domů nabízí považují následnou péči o pozůstalé. Možnost nezůstat se svým trápením sám, potkávat ty, kdo zažili něco podobného, sdílet své pocity se zasvěcený – to je obrovský přínos Cesty domů. Klub Podvečer, který je prostorem pro střetávání všech, kdo jsou do procesu umírání nějak zahrnuti, je velkým přínosem Cesty domů.

## 5.3 Možnosti budoucího vývoje

Snaha predikovat budoucí vývoj hospicové péče na území města Prahy je zároveň snahou pokoušet se predikovat vývoj hospicové péče v celé České republice. Podstatou mé práce není hluboký výzkum tendencí směřujících do budoucna. Přesto jsem přesvědčena, že je nutné alespoň nastínit možný směr, kterým se česká hospicová péče může vydat a těžkosti, které při tom bude muset překonávat.

Pro lůžkovou hospicovou péči je zásadní zbavit se negativních předsudků a mýtů, které se k ní v podvědomí široké veřejnosti stále váží.

Helena Haškovcová ve své knize Thanatologie některé z nich uvádí. Za nejzásadnější lze jistě považovat následující:

- Hospic je dům smrti – přestože je hospic spojen s hrozící smrtí, nelze jej takto zjednodušovat. Jak, pevně doufám vyplývá, z mé práce, umírání je dlouhodobý proces a hospic zajišťuje kvalitní a důstojnou péči vážně nemocným, kteří dál prožívají plnohodnotně svůj život.
- Hospic je luxusní léčebna pro dlouhodobě nemocné – dlouhodobě nemocní často nesplňují podmínku terminálního stádia nemoci nebo nejsou schopni poskytnout informovaný souhlas k přijetí do hospice, protože se např. jedná o staré lidi se zastřeným vědomím
- Hospic je jen pro věřící – tento mýtus je založen na faktu, že zřizovateli a zakladateli hospiců jsou často církve. Víra jako taková samozřejmě není zakotvena v podmínkách pro přijetí. Součástí péče a služeb jsou i bohoslužby a spirituální pomoc, ale přijímání této formy zcela závisí na klientově vůli.<sup>31</sup>

Situace na poli informovanosti laické veřejnosti se o něco zlepšila od roku 2001, kdy byla Thanatologie vydána, přesto je stále co zlepšovat. Jediným možným způsobem boje, proti těmto předsudkům je dostatečná informovanost veřejnosti. Velice dobře si v tomto směru vede Cesta domů, se svojí přehlednou a srozumitelnou internetovou prezentací.

Kromě seznámení laické veřejnosti s myšlenkou hospicové péče, je třeba apelovat i na profesionály. I v dnešní době není výjimkou nevstřícný postoj např. ošetřujících lékařů, kteří nejsou schopni pružně spolupracovat s pečujícími. Tento problém je častější u domácích hospicové péče.<sup>32</sup>

S lůžkovou hospicovou péčí je pevně spjatá otázka její dostupnosti. Ani současný počet hospiců není schopen pokrýt poptávku, které stále vzrůstá.

---

<sup>31</sup> H. Haškovcová, Thanatologie, str. 61-63

<sup>32</sup> na základě mé osobní komunikace s Cestou domů

Budoucnost se tedy zdánlivě skrývá v rozvoji domácí hospicové péče – je levnější, může obsáhnout nepoměrně více potřebných klientů; faktem, který nelze pominout je hodnota umírání v kruhu svých blízkých – tedy onoho důstojného umírání o kterém se zmiňuji v první kapitole.

Bohužel i domácí hospicová péče má svá úskalí, jejichž valnou většinu uvádím již v předchozí podkapitole. Z důvodu nedostatečně propracovaného právního rámce, je péče o umírajícího pro rodinu finančně ztrátová. S jistou nadsázkou lze říci, že finance, které rodina „uspoří“ oproti placené lůžkové péči, se „ztratí“ kvůli neposkytnutí adekvátní náhrady za ušlou mzdu.

Jistou slabinou je také nedostatek kvalifikovaných odborníků. I tato situace se rok od roku zlepšuje, přesto jsme stále pozadu například za Velkou Británií, kde má hospicové hnutí již čtyřicetiletou tradici.

Ve zkratce lze tedy říci, že nejdůležitějšími úkoly hospicové péče u nás jsou:

- Uvádět hospicovou a domácí hospicovou péči do širokého povědomí a stanovit způsoby a postupy této propagace.
- Vybudovat fungující systém a síť pracovišť, nabízející co největší počet hospicových lůžek.
- Zajistit dostatečný počet vzdělaných pracovníků všech zdravotnických profesí.
- Iniciovat legislativní změny a zajistit efektivnější financování péče.



## Závěr

Jak již jsem uvedla v úvodu své práce, problematika péče o umírající je mi blízká. Po absolvování praxe v Hospicu Štrasburk a po bližším seznámení s domácím hospicem Cesta domů jsem se rozhodla vypracovat materiál, který pomůže seznámit širokou veřejnost s pojmy „hospic“, „hospicová péče“, „umírající“ a snad napomůže k jejich demýtizaci.

Má práce je určena jak laické veřejnosti, která zatím nebyla konfrontována s potřebou hospicové péče, tak i těm, kteří o jejím využití uvažují. Ráda bych nabídkou informací přispěla k usnadnění tohoto rozhodování, k snazšímu posouzení, která forma je vhodná právě pro danou situaci jednotlivce.

Bakalářská práce je členěna do několika kapitol. V úvodních kapitolách seznamuje čtenáře s definicí samotných pojmů, s kterými je dále operováno, s historií a dalším vývojem hospicové péče u nás i ve světě. Poté se zaměřuji na popis dvou pražských hospiců – Hospicu Štrasburk a domácího hospicu Cesta domů. Popisuji jejich založení a současný stav. Zabývám se zejména popisem praktického fungování, procesem příjmu nových klientů, seznamuji čtenáře s personálem hospicu.

V poslední kapitole upozorňuji na základní negativa, která se s tím kterým druhem hospicové péče pojí. Pokusila jsem se ve zkratce objasnit čtenářům úskalí s kterými je hospicová péče u nás konfrontována a nastítnit možnou budoucnost.

Doufám, že tato práce osloví skupinu, pro kterou je určena (viz výše) a případně i další zájemce a přinese jim užitečné informace.

## Resumé AJ

My thesis deals with the problems of hospice care offered in the area of Prague. I tried to give some useful information, which could serve for purification of hospice care from inaccurate notions. I also hope, my work can help people who ponder on use of hospice care. The work comes from my own experience, because I worked as an assistant for a few months.

At the beginning of my work, I'd like to define the death and dying and to point out the historical changes of these concepts.

Next part of my thesis is dedicated to the whole hospice care. I specify the concepts; history and present of the Czech and worldwide hospice care.

In the main part, I focused on operation of Hospice Strasburk and mobile hospice Cesta domu. I tried to describe their genesis and present, as briefly and clearly as possible.

At the conclusion I strived for estimation of both kind of hospice care.

## Seznam použité literatury

BLUMENTHAL-BARBY, Kay a kol. Kapitoly z thanatologie. Přel. C. Škoda. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 152 s. ISBN 08-052-87

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. 2. vyd. Praha: Galén, 1997. 193 s. ISBN 80-85824-54-X

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Rub života – líc smrti. 1. vyd. Praha: Orbis, 1975, 161 s. ISBN 11-107-75

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7

JAKOUBKOVÁ, Jaroslava a kol. Paliativní medicína. 1. vyd- Praha: Galén, 1998. 118 s. ISBN 80-85824-78-7

KŘIVOHLAVÝ, Jaro; KACZMARCZYK, Stanislav. Poslední úsek cesty. 1. vyd. Sedlčany: Návrat domů, 1995. 85 s. ISBN 80-85495-43-0

OHLER, Norbert. Umírání a smrt ve středověku. Přel. V. Petkevič. 1. vyd. Jinočany: H&H, 2001. 403 s. ISBN 80-86022-69-2

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce Homo, 1995. 142 s. ISBN chybí

SVATOŠOVÁ, Marie; JIRMANOVÁ, Marie a kol. Hospic slovem i obrazem. 1. vyd. Praha: Ecce Homo, 1998. 158 s. ISBN 80-902049-1-0

VONDRÁČEK, Vladimír; HOLUB, František. Fantastické a magické z hlediska psychiatrie. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1968. 424 s. ISBN 08-082-68

Informace o hospicu Štrasburk. Internetové stránky Hospice.cz. [online] [cit. 5. 6. 2005]. Dostupný z www: [http://www.hospice.cz/hospice1/org\\_info.php?id=6](http://www.hospice.cz/hospice1/org_info.php?id=6)

Hospice – slovník pojmů. Internetové stránky Hospice.cz. [online] [cit. 5. 9. 2005]. Dostupný z www: <http://hospice.cz/hospice1/seznamy.php?sez=2>

Paliativní péče. Internetové stránky Občanského sdružení Cesta domů. [online] [cit. 26. 8. 2005]. Dostupný z www: <http://www.cestadomu.cz/index.php?cmd=page&id=20&lang=cs>

Situace paliativní péče v ČR. Internetové stránky Umírání.cz. [online] [cit. 14. 10. 2005]. Dostupný z www: <http://www.umirani.cz/index.php?cmd=page&id=19&lang=cs>

FILEC, Václav. Hospicová péče v České republice. [online] [cit. 8. 9. 2005]. Dostupný z www: <http://hospice.cz/hospiccr.html>

MISCONIOVÁ, Blanka. Péče o umírající – hospicová péče. [online] [cit. 12. 2. 2005]. Dostupný z www: <http://hospice.cz/pece.html>

# Seznam příloh

Příloha 1 – Výroční zpráva za rok 2004 – Hospicové občanské sdružení Cesta domů

Příloha 2 – Prezentace Ministerstva zdravotnictví ČR „Služby paliativní péče v systému zdravotní péče v České republice