



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav fyzioterapie a vybraných medicínských oborů

Diplomová práce

Potřebnost hospicové péče na území obce s rozšířenou působností Jindřichův Hradec

Vypracovala: Bc. Michaela Kučerová
Vedoucí práce: Mgr. Petra Zimmelová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Hospicová a paliativní péče je nutná součást vyspělé medicíny každého státu. Ve světě a v západní Evropě je síť mobilních i lůžkových hospiců plně rozšířena a Česká republika je na pomyslném startu a snaží se o zlepšování situace a o pevné zakotvení hospicové péče do svého systému sociálních a zdravotních služeb. Rok 2016 je rokem velkých očekávání. Jednak probíhá Pilotní program úhrad mobilní paliativní péče, který po dokončení porovná „náklady na umírání“ v domácím prostředí s náklady vynakládaných v institucích. A druhou očekávanou věcí je, zda Ministerstvo práce a sociálních věcí prosadí změnu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a hospic se tak stane oficiálním sociálně zdravotním zařízením, čímž by se výrazně zlehčil problém s financováním péče, která je právě kombinací sociálních a zdravotních služeb.

Diplomová práce chce poskytnout ucelenější přehled aktuálních informací, které s danou problematikou souvisí. V teoretické části je proto kromě hospicové a paliativní péči věnován také prostor tématům jako je rakovina, demografické stárnutí s jeho ekonomickými dopady a novými formami péče o seniory, umírání a smrt. Dále je řešena otázka financování hospicové péče a také je vyzdvižena důležitost komunitního plánování. Posledním tématem teoretické části práce je charakteristika ORP Jindřichův Hradec a popis potřebnosti hospicové péče z pohledu města Jindřichův Hradec a dále z pohledu Jihočeského kraje. Potřebnost paliativní péče na daném území si uvědomuje i Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. a samo město, proto obě organizace podnikly již důležité kroky, na základě kterých Jihočeský kraj zanesl podporu hospicové a paliativní péče i do své koncepce rozvoje zdravotnictví dalších let.

Cílem práce je zmapování situace ohledně poskytování hospicové péče na území ORP Jindřichův Hradec a zjistit potřebnost této péče skrze zájem obyvatel daného území. Ve výzkumné části práce je potřebnost péče zjišťována jednak obsahovou analýzou dat z materiálů poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb a jednak kvalitativním šetřením prostřednictvím rozhovorů s osmi respondenty, kteří byly účastníky komunitního plánování sociálních služeb na území ORP Jindřichův Hradec.

Je uvedena i statistika dat z Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. se zaměřením na onkologické pacienty, kteří jsou největší skupinou přijímající paliativní péči.

Výsledek výzkumu není překvapující. Populace demograficky stárne, onkologická onemocnění jsou strašákem dnešní doby a tomu se musí sociální a zdravotní péče v České republice přizpůsobit. Výzkum potvrdil, že hospicová péče na území ORP Jindřichův Hradec je potřeba, rodiny pacientů si jí žádají a nabízené služby jsou nedostačující. Jak se ukázalo, největší zájem je o vybudování lůžkového hospice nebo zřízení paliativních lůžek v nemocnici. V Jihočeském kraji je jediný lůžkový hospic v Prachaticích, který je pro svou velkou vzdálenost málo využíván a rodiny tak nemají možnost ani respitní péče, o kterou se také pečující zajímají. Výzkum potvrdil, že vznik lůžkové formy hospicového typu na území ORP Jindřichův Hradec podporují praktiční lékaři, lékaři specialisté a především poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb a pečující rodiny.

Klíčová slova: demografické stárnutí, hospic, hospicová péče, komunitní plánování, ORP Jindřichův Hradec, paliativní péče, rakovina, smrt, umírání

Abstract

An essential part of high-level medicine of every state is hospice-based and palliative care. Throughout the world and throughout western Europe there is a fully established network of mobile and residential hospices. Meanwhile, the Czech Republic is in the early stages, making efforts to improve the situation and to firmly embed hospice care into its social and health service provision. The year 2016 is one of great expectations. Firstly there is an ongoing pilot programme of grants supporting mobile palliative care, which will compare the „cost of dying“ at home with the cost spent by institutions. Secondly, a decision by the Ministry of Work and Social Services is expected with respect to proposed changes in law no. 108/2006 of the Collection of Laws on social services. If passed, this would mean a hospice would turn into an official social and health institution, thereby markedly improving the problem of financing the care provided within one, as it is a combination of social and health services.

The aim of this thesis is to provide a more integrated briefing of current information related to the given issues. Therefore the theoretical part covers not only hospice and palliative care itself, but space is given to other issues such as cancer, population ageing with its impact on the economy and to new forms of care for senior citizens, dying and death. Furthermore the thesis deals with the question of financing hospice care, with particular emphasis on community planning. Lastly the theoretical part of the thesis covers the characteristics of Jindřichův Hradec, the municipality with extended competence and a description of the need for hospice care from the perspectives of both the Town Jindřichův Hradec and the Southern Bohemian region. The Hospital Jindřichův Hradec, plc and the Town itself are aware of the need for palliative care in the given region. Both organizations have therefore already undertaken important steps, based on which the Southern Bohemian region has included support for hospice and palliative care into planning and health development for the coming years.

The aim of the thesis is to map out the situation concerning the provision of hospice care in the area of Jindřichův Hradec, the municipality with extended competence and to establish the requirements for this care by considering the interest of the citizens from the given area. The experimental part of the thesis uses two approaches to establish the need for hospice care. Firstly, this was content analysis of data materials provided by social and health service providers, and secondly a qualitative investigation using interviews with eight respondents of a panel on community planning of social services in the area of Jindřichův Hradec, the municipality with extended competence. Included are also statistical data from the Hospital Jindřichův Hradec plc, with emphasis on oncology patients, because these form the major group receiving palliative care.

The result of the research is not surprising. The population is ageing demographically, cancer-related illnesses are the nightmare of our time and the social and health care in Czech Republic must adapt to this fact. The research confirmed that hospice care in Jindřichův Hradec, the municipality with extended competence is needed, that the families of patients are requesting it and that services currently offered are deficient. It became evident that the overwhelming support is for the development of a residential hospice or for establishment of palliative beds in the hospital. In Southern Bohemia there is only one residential hospice in Prachatice, which is little used due to the long distance and thus the families have no opportunity for respite care, which the carers are also interested in. The research confirmed, that the creation of a residential form of hospice type in the area of Jindřichův Hradec, the municipality with extended competence is supported by general practitioners, specialist doctors and above all by the providers of social and health care and carers themselves.

Keywords: demographic ageing, hospice, hospice care, community planning, Jindřichův Hradec, the municipality with extended competence, palliative care, cancer, death, dying

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. 5. 2016

.....

Bc. Michaela Kučerová

Poděkování

Děkuji především vedoucí mé diplomové práce Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za ochotu, trpělivost a cenné rady při psaní této práce. Také bych chtěla poděkovat mé rodině, hlavně manželovi a všem přátelům za podporu během celého mého studia.

Obsah

Seznam použitých zkratk.....	10
Úvod	11
1 Současný stav	13
1.1 Hospice.....	13
1.1.1 Formy hospicové a paliativní péče	14
1.1.2 Potřeby nemocných	17
1.1.3 Respitní péče.....	18
1.1.4 Financování	19
1.2 Paliativní medicína.....	21
1.2.1 Paliativní péče v geriatrii	24
1.2.2 Rakovina.....	24
1.3 Umírání a smrt.....	27
1.3.1 Umírání.....	27
1.3.2 Eutanazie	29
1.3.3 Smrt	31
1.4 Stáří a stárnutí.....	34
1.4.1 Stáří.....	34
1.4.2 Stárnutí obyvatel České republiky.....	37
1.4.2.1 Institucionální zajištění politiky přípravy na stárnutí v ČR	38
1.4.2.2 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017.....	39
1.4.3 Ekonomický dopad demografického stárnutí	40
1.4.4 (Nové) formy péče o staré lidi	41
1.4.4.1 Institucionální péče o seniory.....	41
1.4.4.2 Domácí péče.....	41
1.4.4.3 Osobní péče.....	42
1.4.4.4 Senior Cohousing.....	43
1.4.4.5 ZeitBank.....	44
1.5 Komunitní plánování.....	46
1.5.1 Podpora seniorů v Jihočeském kraji	49
1.6 ORP Jindřichův Hradec.....	50

1.6.1	Potřeba hospicové péče z pohledu města J. Hradec.....	51
1.6.1.1	Komunitní plán sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec 2015-2017	51
1.6.1.2	Strategický plán rozvoje města Jindřichův Hradec 2015-2020.....	52
1.6.2	Potřeba hospicové péče z pohledu Jihočeského kraje.....	53
2	Cíl a výzkumná otázka	54
2.1	Cíl práce	54
2.2	Výzkumná otázka	54
3	Metodika	55
3.1	Charakteristika použité metody a technika sběru dat	55
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	56
3.3	Realizace výzkumu	57
3.3.1	Obsahová analýza dat	58
3.3.2	Kvalitativní šetření	58
3.4	Zpracování výsledků	59
4	Výsledky.....	60
4.1	Charakteristika spolupracujících poskytovatelů sociální a zdravotní péče na území ORP Jindřichův Hradec	60
4.2	Obsahová analýza dat.....	64
4.2.1	Shrnutí výsledků analýzy.....	64
4.2.2	Analýza dat Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	71
4.3	Kvalitativní šetření	72
4.3.1	Analýza dat z rozhovorů.....	72
4.3.2	Shrnutí výsledků rozhovorů.....	79
5	Diskuse	83
6	Závěr	91
7	Seznam informačních zdrojů.....	92

Přílohy

Seznam grafů, schémat a tabulek

Seznam použitých zkratk

APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče
APSS	Asociace poskytovatelů sociálních služeb
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	České republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
HELPS	Housing and Homecare for the Elderly and vulnerable people and Local Partnership Strategies in Central European cities
JH	Jindřichův Hradec
KPSS JH	Komunitní plánování sociálních služeb Jindřichův Hradec
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NOR	Národní ontologický registr
NSZM ČR	Národní síť zdravých měst České republiky
ORP	Obec s rozšířenou působností
ORP JH	Obec s rozšířenou působností Jindřichův Hradec
U3V	Univerzita třetího věku
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
WMA	Světová lékařská asociace

Úvod

Hospicová a paliativní péče je v současné době stále více a více diskutovaný pojem. Zájem o tuto problematiku způsobuje hned několik faktorů. Za prvé je to zvyšující se počet onkologicky nemocných pacientů, o které je potřeba se důstojně postarat i v době umírání a nemocniční péče je nedostačující nebo již zbytečná a agresivní. Za druhé je to rychle nastupující demografické stárnutí, kdy je potřeba začít řešit péči o stále větší počet starých nesamostatných osob. A za třetí má na stále probíhající debatu vliv i přítok aktuálnějších informací hlavně za západních zemí, které mají model hospiců již rozšířený a Česká republika se může inspirovat a získávat s touto péčí cenné zkušenosti.

V teoretické části práce jsou zpracovány názory předních českých odborníků, ale také použity co nejaktuálnější zdroje. Je zpracována nejnovější literatura, vyhledány statistické podklady z Českého statistického úřadu a od Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, je nahlédnuto i do zahraničních zdrojů jako je World Health Organization a její pobočka Europe, dále byl využit Eurostat. Podrobněji je rozebráno financování hospicové péče, neboť je to v roce 2016 velice diskutované téma. Pokud se podaří změna zákona č. 108/2006 Sb. a hospic se oficiálně stane sociálně zdravotním zařízením, bude to průlom v této péči. Nahlédneme i do statistiky počtu onkologických pacientů v České republice i na území ORP Jindřichův Hradec, neboť jde o cílovou skupinu paliativní péče a o stále agresivnější onemocnění. Poměrně velká kapitola je věnována ekonomickým dopadům demografického stárnutí a jsou popsány i nové formy péče o seniory, které jsou rozšířené v západní Evropě, a Česká republika se s nimi teprve pomalu seznamuje.

Ve výzkumné části jsou zpracovány názory poskytovatelů sociální a zdravotní péče na území ORP Jindřichův Hradec, které jsou doplněné o statistické údaje se zaměřením na největšího poskytovatele služeb na daném území. Respondenti velice dobře vystihli i problémy z pohledu poskytovatelů, které jsou s poskytováním hospicové péče spojené.

Smyslem této diplomové práce je zjištění, zda na tak velkém území na jihu Čech jako je ORP Jindřichův Hradec obyvatelé o hospicovou a paliativní péči stojí, zda je v současné

době nabídka této služby dostačující a s jakými problémy se při péči o své nemocné rodinné příslušníky potýkají.

Zpracovaná diplomová práce by dále měla sloužit jako pomocný studijní materiál nejen pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a pomoci tak k lepšímu seznámení se s touto velice důležitou a aktuální problematikou.

1 Současný stav

1.1 Hospice

Termín hospic pochází ze slova *hospitium* – útulek a již v dobách Římské říše a ve středověku byly útulky nebo přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní se buď uzdravit, anebo v klidu zemřít (Munzarová, 2008). Název hospic se používá dodnes, jeho obsah je však trochu jiný. Dnešní hospice poskytují péči především těžce nemocným a umírajícím lidem a jejich rodinám (Haškovcová, 2010). Kübler-Rossová (2013, s. 70) definuje hospic jako *„zařízení, v němž skupina lidí pomáhá těm, kdo už jsou na sklonku života a nepotřebují ani tak lékařskou pomoc jako spíš lásku a důstojnost a možnost dočkat se důstojného konce bez bolesti.“* Někteří poukazují na to, že zmínka o vůbec prvním hospici je popsána už v podobenství o milosrdném Samaritánovi, kde oním hospicem byl hostinec, kde se starali o raněného (Bible, Nový zákon, Lk 10, 25-37). Hospicové hnutí vzniklo v 60. letech 20. století ve Velké Británii, hospic sv. Kryštofa založila Cecilie Saundersová, a první hospic v České republice byl otevřen po roce 1989 v Červeném Kostelci (Kalvach a kol., 2014). Saundersová (1918 – 2005) ve svých memoárech vzpomíná: *„Uvědomila jsem si, že potřebujeme lepší nejen kontrolu bolesti, ale celkovou péči. Lidé potřebovali prostor, aby byli sami sebou. Zavedla jsem pojem ‚celková bolest‘ (celkové utrpení, total pain), neboť jsem pochopila, že umírající lidé trpí bolestí nejen tělesnou, ale také spirituální, duševní či sociální, které všechny se musí léčit. A od té chvíle jsem na tom pracovala.“* (Kalvach, 2010, s. 13). Hospic sv. Kryštofa (St. Christopher) zajišťuje odbornou metodickou podporu pro zájemce z celého světa a za optimální považují v průměru pět hospicových lůžek na sto tisíc obyvatel (Svatošová, 2011). Velkou zásluhu o rozvinutí českých hospiců má lékařka Marie Svatošová, která v roce 1995 otevřela již zmíněný první lůžkový hospic v Červeném Kostelci (Šiklová, 2013).

Hospic nemocnému zaručuje, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,

- v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

(Svatošová, 2011)

Největší přínosnost hospicového hnutí je mimo jiné v tom, že se znovu otevřela možnost kladného přijetí nemoci a smrti (Munzarová, 2008) a je povzbudivé, že tam kde vznikly hospice, se časem výrazně zlepšila péče o umírající i v nemocnicích (Svatošová, 2011).

1.1.1 Formy hospicové a paliativní péče

1. Lůžkové hospice jsou zdravotně sociální zařízení specializovaná na poskytování hospicové (paliativní) péče, obvykle mají 25 – 30 lůžek a jsou rozvíjena většinou komunitní podporou (Kalvach a kol., 2014).

Pro přijetí do lůžkového hospice jsou posuzována čtyři kritéria indikace a naléhavosti:

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

(Svatošová, 2011)

Snaha, aby hospic nemocnému připomínal více domov než nemocnici, se projevuje například v umožnění návštěv 24 hod 365 dní v roce nebo ve vnitřním vybavení hospice (Svatošová, 2011). V hospici probíhá neustálá integrace zdravých a nemocných, časté jsou koncerty, kulturní akce, pohybují se tam neustále lidé v civilu, návštěvy s dětmi, veselá mládež a často tam pobíhají i zvířátka a toto všechno dohromady pomáhá vytvořit atmosféru normálního života a dává nemocným zapomenout na své trápení, uvádí Svatošová (2011).

2. Mobilní (domácí) hospic splňuje přání „zemřít doma“, lépe umožňuje kontakt umírajícího s jeho rodinou, doma je lepší prostor pro smíření a vysvětlení a lépe mohou zaznít slova jako: děkuji – mám Tě rád(a) – odpusť – odpouštím (Kalvach a kol., 2014).

Hospicová péče v domácím prostředí může být realizovaná dvojím způsobem:

- agenturami domácí péče (home care) ve spolupráci s praktickým lékařem,
- mobilním hospicem nabízejícím ucelené multidisciplinární služby; výhodou je dostupnost 24 hodin denně 7 dní v týdnu, týmová sebranost, zkušenosti a zvládání paliativních komplikací (Kalvach a kol., 2014). Multidisciplinární personál představuje běžné složení týmu: lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, ošetřovatel, psycholog, někdy koordinátor dobrovolníků, terapeut pro pozůstalé a pastorační pracovník (Marková a kol., 2009).

3. Ambulance paliativní péče se skládá z lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka a tým přenáší znalosti paliativní medicíny do ostatních lůžkových zařízení, kdy pacient zůstává na jakémkoli oddělení (Kupka, 2014).

4. Oddělení paliativní péče se nachází v rámci běžného zdravotnického zařízení a nabízí komplexní péči o nemocné, kteří potřebují jak diagnostiku, tak i léčbu nemocniční (Kupka, 2014).

5. Stacionární (ambulantní) paliativní péče funguje tak, že pacient je ráno přijat a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Tato forma je vhodná pouze pro pacienty v místě nebo poblíž hospice a důvody mohou být i odlehčovací (respitní) nebo psychoterapeutické, rehabilitační, terapeutické a diagnostické (Kupka, 2014).

6. Speciální hospicová poradna nabízí poradenství telefonické, internetové i přímé a to pro pacienty, pečující i pozůstalé (Kupka, 2014).

Kübler-Rossová (2013) doporučuje nezřizovat hospiců tolik, aby mezi nimi propukl konkurenční boj a vytratila se ze zřetele kvalita, protože pak už se nebude jednat o hospic. V České republice funguje Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), která sdružuje hospice a přispívá k pozitivní proměně vztahu české

společnosti ke smrti a umírání (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2016). V současné době je členem Asociace (stav k 31.3.2016) celkem 26 hospiců (viz příloha 1), z čehož je 17 lůžkových – v ČR je celkem 18 lůžkových hospiců, ale Hospic Chrudim, z.ú. není členem Asociace (APHPP, 2015). Situaci ohledně mobilních hospiců vysvětluje prezident Asociace Robert Huneš: „U mobilních je situace proměnlivá – dosti překotně vznikají. Některé jsou žadateli o členství, o jejich přijetí bude teprve hlasovat valná hromada.“ (Huneš, 2016). Dalším zdrojem ohledně hospiců je Adresář hospiců (www.hospice.cz), o němž Huneš (2016) říká: „Web hospice.cz není oficiálním, ani nikterak autorizovaným. Nikoli každý, kdo se za hospic vydává, jím ve skutečnosti je.“ Nejstarším a největším mobilním hospicem je Cesta domů (založen v roce 2001), který ale není členem Asociace, neboť podle Huneše (2016) její působení není v souladu se stanovami a cíli APHPP. Podle Adresáře hospiců jsou v Jihočeském kraji celkem 4 hospice (viz tabulka 1) s převládající mobilní péčí (Hospice.cz, 2016).

Tabulka 1 – Počet hospiců v Jihočeském kraji (stav k 31.3.2016)

	Název	Místo	Druh
1	Domácí hospic Athelas Písek	Písek	mobilní
2	Domácí hospic Jordán o.p.s.	Tábor	mobilní
3	Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	Prachatice	lůžkový
4	Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň	Třeboň	mobilní

Zdroj: Adresář hospiců, 2016, vlastní zpracování

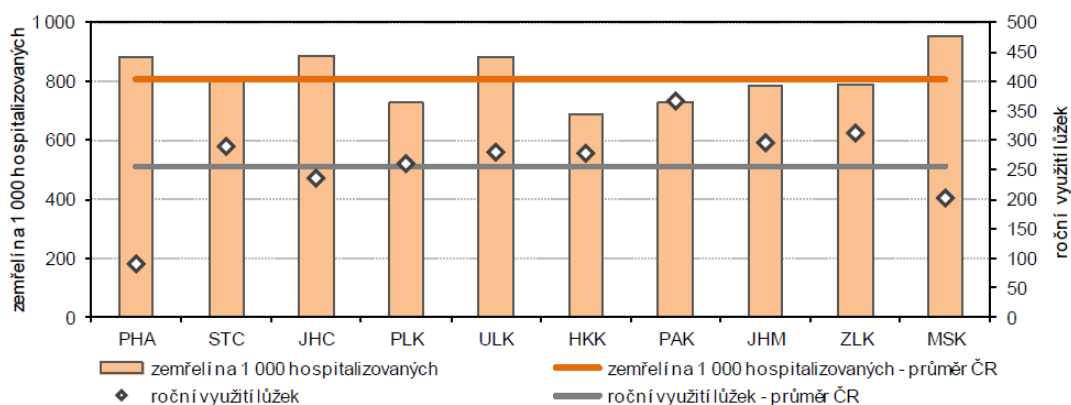
V Jihočeském kraji poskytuje služby pouze jedno zařízení hospicového typu s celkovou kapacitou 30 lůžek (viz tabulka 2). V roce 2013 byl podíl hospitalizovaných osob v hospici v Jihočeském kraji vyšší než celkový průměr za Českou republiku (viz graf 1) (ČSÚ, 2015).

Tabulka 2 – Hospic v Jihočeském kraji v letech 2009 – 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Hospice	1	1	1	1	1
Lůžka	30	30	30	30	30
Hospitalizovaní	160	176	183	205	213
Zemřelí	151	167	166	184	204
Zemřelí na 1.000 hospitalizovaných	943,8	951,6	907,1	897,6	885,0
Průměrná ošetrovací doba	48,7	46,0	39,8	34,1	30,7
Roční využití lůžek ve dnech	259,7	268,8	242,8	232,9	235,6

Zdroj: ČSÚ, 2015, vlastní zpracování

Graf 1 – Hospice v krajích v roce 2013



Zdroj: ČSÚ, 2015

1.1.2 Potřeby nemocných

Každý člověk má různé potřeby a je třeba je hierarchizovat dle naléhavosti, protože nelze vždy uspokojit všechny najednou, což potvrdil americký psycholog Abraham Maslow svojí „pyramidou potřeb“ (Haškovcová, 2010). Svatošová (2011) shrnuje potřeby těžce nemocných do čtyř okruhů: biologické, psychologické, sociální a spirituální a uvádí, že prioritou potřeb se v průběhu nemoci mění, pokud na začátku nemoci byly důležité biologické potřeby, v závěrečné fázi života jsou prvořadé potřeby spirituální. I u nemocných a seniorů je nezbytné uspokojovat biologickou potřebu výživy, zabezpečit pitný režim, pravidelný spánek a dbát o osobní hygienu, jak uvádí

i Haškovcová (2010). Psychosociální potřeba pocitu bezpečí a jistoty musí být zajištěna i v nemocnici a ostatních institucích. Haškovcová (2010) dále upozorňuje na osamělost seniorů, neopomíjení informovanosti, respektování autonomie, na vrcholu „pyramidy potřeb“ se pak nachází sebeúcta a seberealizace, na toto všechno by členové ošetrovatelského týmu měli pamatovat a nemocní by na ně neměli rezignovat.

Holistické pojetí osobnosti zastává i Jankovský (2014) a uvádí, že pojem *holos* je z řečtiny a jeho význam je celostní, celkový, integrální. Holistický přístup k nemocným potvrzuje i Kübler-Rossová (2013), která přirovnává lidské tělo k velkému kruhu, jenž se skládá ze čtyř dílů, podobně jako dort rozporcovaný na čtyři kusy a mluví o čtyřech kvadrantech: tělesný – fyzický, emocionální, intelektuální a duševní – intuitivní.

1.1.3 Respitní péče

Péče o umírající a dlouhodobě nemocné nesmírně vyčerpává, nemocní jsou někdy nevděční, stěžují si a jsou nespravedliví (Šiklová, 2013). V českém prostředí je používán pojem úlevová péče, v odborné terminologii převažuje výraz respitní, kdy anglické slovo *respit* znamená uvolnění nebo ulehčení (Haškovcová, 2010). Haškovcová (2010) dále vysvětluje, že respitní péče nabízí pečujícím přestávku, ve které si pečující odpočinou a nabерou potřebné síly k dalšímu dlouhodobému soustavnému pečování. Toto uvádí i Rivoireová (2007), která konstatuje, že je nutné mít někdy čas pro sebe, udělat si přestávku, vyčistit hlavu a odpočinout. Některé hospice nabízejí respitní pobyty a to na omezenou dobu, zpravidla na 3 měsíce (Marková a kol., 2009). Jedno z nejnovějších svědectví o fyzické i psychické náročnosti péče o matku trpící demencí a o trápení, naději i zoufalství, je osobní zpověď německé novinářky a spisovatelky Martiny Rosenbergové pod šokujícím názvem „Mami, kdy už konečně umřeš?“, jež se stala po vydání v Německu okamžitě a právem bestsellerem (Rosenberg, 2016).

1.1.4 Financování

Financování hospicové a paliativní péče je tou nejzávažnější překážkou, se kterou se provozovatelé potýkají, neboť největším problémem je formální zařazení hospice jako zdravotního zařízení (z důvodu poskytované medicínské péče), ačkoliv vykonává i neoddělitelnou péči sociální (Štůsek, 2014). Na konferenci Den hospicové a paliativní péče na Vysočině v Jihlavě dne 6.4.2016 prezident APHPP Robert Huneš uvedl potěšující zprávu, že ministryně Ministerstva práce a sociálních věcí Michaela Marksová dne 31.3.2016 vznesla návrh na změnu zákona č. 108/2006 Sb. se zanesením nového paragrafu, kde by byl uveden pojem sociálně zdravotního zařízení (Huneš, 6.4.2016).

Problém vzniká už od legislativy, neboť do zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., byl teprve v roce 2006 doplněn §22a „*Zvláštní lůžková péče – ve znění: Hrazenými službami je i léčba paliativní a symptomická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve specializovaných zařízeních hospicového typu*“, z čehož bohužel plyne, že domácí (mobilní) hospic dosud v legislativě definován stále není (Hospice.cz, 2016). Problém nastává i ve výkladu zákona zdravotními pojišťovny, které nechtějí hradit například návštěvu lékaře hospicové paliativní péče u pacienta, neboť se standardně proplácí pouze praktickým lékařům. Hospicová péče je dále hrazena pomocí vyhlášky č. 134/1988 Sb., skrze bodové hodnoty, které jsou dalšími vyhláškami hodnoceny v KČ a jako další možnost je využití příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., neboť novelou byly i hospice zařazeny jako zdravotně sociální lůžková zařízení (Štůsek, 2014). Štůsek (2014) dále konstatuje, že financování ze zdravotního pojištění je v rozsahu maximálně 60 %, dále se částečně podílí přímo pacient a zbylé zdroje jsou získávány formou sponzorů, darů, příspěvků a grantů, ať už od soukromých osob, měst, krajů, Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) nebo z Evropské unie prostřednictvím dotačních programů.

Od 1.4.2015 do 29.2.2016 byl spuštěn Pilotní program úhrad mobilní paliativní péče, který má zjistit, jak je finančně náročné postarat se doma o umírajícího člověka s péčí mobilního hospice a porovnat tyto výsledky s náklady péče v nemocnicích a jiných

zdravotních zařízeních (Cesta domů, 2016). U vybraných pacientů vybraných 7 mobilních hospiců (viz příloha 2) je nutné denně detailně zaznamenávat několik desítek parametrů a hodnotit zdravotní stav podle mezinárodních skórovacích tabulek, čímž se získá přehled o objemu poskytované péče (České společnosti paliativní medicíny, 2016). Do programu je zahrnuto 350 klientů (klientů Všeobecné zdravotní pojišťovny) a je organizován Českou společností paliativní medicíny, Ministerstvem zdravotnictví a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) a kromě finanční stránky je sledována i bezpečnost a odborná úroveň mobilní hospicové péče a její přínos pro pacienta (Cesta domů, 2016). V hodnotící fázi Pilotního programu se vezmou náklady na 350 vybraných pacientů, porovnájí se s náklady na péči s kontrolní skupinou pacientů (stejný vzorek lidí, kteří ve stejném období a stejných regionech zemřeli za běžných podmínek na stejnou diagnózu), budou tedy porovnány „náklady na umírání“ doma s péčí mobilního hospice s „náklady na umírání“ tak, jak se umírá v České republice běžně v nemocnicích, domovech pro seniory, léčebnách, aj. (Česká společnost paliativní medicíny, 2016).

V lednu 2016 přišla zpráva, že Pilotní projekt, který měl původně trvat do konce února 2016, bude prodloužen a to až do doby, když už bude péče zařazena v seznamu výkonů a v úhradové vyhlášce. Prodloužení je na základě spokojenosti všech zapojených stran a po vyčerpání původní částky 15 miliónů korun VZP slibuje navýšení tak, aby vše mohlo ve stávajícím rozsahu pokračovat. VZP dále uvádí, že je ochotna navýšit i původní počet klientů (350) o dalších 350 až 400, ale počet poskytovatelů (7 hospiců) zůstává stejný. První výsledky budou známy zřejmě v červnu 2016, které budou podkladem pro rozhodnutí, zda bude projekt pokračovat i v roce 2017 (Zdravotnický deník, 2016).

1.2 Paliativní medicína

Dá se říci, že paliativní (útěšná) péče je jednou z nejstarších lékařských a ošetrovatelských disciplín (Kupka, 2014). Paliativní neboli zmírňující medicína je ucelený systém pomoci umírajícím a jejich rodinám v době, kdy už jsou „karty rozdány“, je zjevné, že život nemocného spěje ke konci a je nutné zabránit bolesti a postarat se o kvalitu života umírajícího člověka do posledního dechu (Haškovcová, 2010). Termín pochází z latinského *pallium* – maska, pokrytí a *palliare* – pokrýt, zakrýt pláštěm (Munzarová, 2008). Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje v roce 1990 paliativní péči jako „*aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a jejich rodiny.*“ a v roce 2002 je definice rozšířena o větší důraz na prevenci utrpení (Munzarová, 2005). Munzarová (2005) konstatuje, že naprosto odlišný přístup je eutanazie, která nepřijímá umírání jako normální součást lidského života a která reaguje tím, že zabíjí, což není ani přirozené, ani morální.

Paliativní péče je zaměřena na kvalitní tlumení celkového utrpení: tělesného, duševního, sociálního i spirituálního, dále péče vytváří prostor, ve kterém by umírající mohl zůstat sám sebou až do konce života a také se zaměřuje i na komunikaci s blízkými a rodinou (Kalvach a kol., 2014). Jde o pomoc rodině nemocného jak v době jeho života, kdy jde o snahu vyrovnat se situací a umíráním, tak i po jeho smrti, v období zármutku (Munzarová, 2005). Munzarová (2005) dále pokračuje, že Ti, kteří vykonávají eutanazii, ponechávají blízké pacienta v utrpení ze ztráty, ale i v utrpení z výčitek svědomí a při nezodpovězených otázkách, zda se nešlo o nemocného lépe postarat, než zvolit zabití. Lékaři, kteří jsou v paliativní medicíně řádně vyškoleni, eutanazii odmítají, neboť ji nepovažují za nutnou. Munzarová (2005) ještě zdůrazňuje, že je nutno respektovat člověka v jeho celistvosti a ošetřovat všechny jeho dimenze, zejména v období konce života a umírání.

Moderní paliativní péče:

- Neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade si za hlavní cíl kvalitu života.
- Dokáže úspěšně zvládat bolest a další související jevy závěrečných stádií smrtelných onemocnění.
- Je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, obsahuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty.
- Vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich priority a chrání právo pacienta na sebeurčení.
- Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim prožít poslední období života v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých.
- Nabízí různorodou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat 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, nesmyslným utrpením a nesnesitelnou bolestí.

(Marková a kol., 2009)

Moderní paliativní péče si klade ambiciózní cíl: udržet dobrou kvalitu života v situaci pokročilého onemocnění, ale dobrá kvalita života znamená více, než „nemít nesnesitelné bolesti, nezvracet a mít pravidelnou stolici“, protože kromě tělesných obtíží je určena i mírou uspokojení potřeb v oblasti psychické, sociální a duchovní (viz *schéma 1*), (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011).

Schéma 1 – Kvalita života v situaci pokročilého nevyлéčitelného onemocnění

Jakou mám diagnózu? Jakou mám prognózu? Jaké potíže mi nemoc působí (bolest, dušnost, únava, nespavost atd.)? Jak kvalifikovaně zdravotníci mé obtíže řeší? Mám se na koho obrátit, když se mi přitíží?	Jsem depresivní? Jak zvládám nejistotu? Jak zvládám frustrace? Jak zvládám tělesný diskomfort? Mohu dělat věci, které mě těší a uspokojují?
KVALITA ŽIVOTA	
Mám funkční rodinu? Mám přátele? Mám nějaké širší společenství, kam patřím (sportovní klub, církev)? Mám nezaplacenou hypotéku? Kdo se postará o mé děti, až já tu nebudu?	Žil jsem dobře? Má můj život ještě nějaký smysl? Mám pocit viny, zatrpklosti proti nějakému člověku, proti bohu? Mám strach z umírání a smrti? Bude něco po smrti?

Zdroj: Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, vlastní zpracování

Na začátku 90. let odstartoval proces zavádění principů paliativní medicíny do praxe, která se jeví jako perspektivní, reálné a vhodné řešení současného problému odlidštění umírání a smrti (Haškovcová, 2010). V roce 2009 byla paliativní medicína uznána Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) jako samostatný specializovaný lékařský obor (Kupka, 2014).

Světová zdravotnické organizace uvádí přímou úměru mezi paliativní péčí a demografickým stárnutím, a jak konstatuje, stále zvětšující se počet starších lidí přinese riziko lhostejné nebo špatné zdravotní péče, více nemocí a závislost na druhé osobě, což nevyhnutelně povede ke zvýšení poptávky právě po paliativní péči pro tuto věkovou skupinu (WHO Europe, 2011).

Paliativní péče je v dnešní době poskytována především pacientům s nádory a je milné se domnívat, že paliativní péče je při ztrátě naděje na uzdravení nemocného omezena, zmenšena nebo zjednodušena, pravý opak je pravdou, u onkologicky nemocných pacientů s maligními chorobami je paliativní péče poskytována v 75 % případech (Kupka, 2014).

1.2.1 Paliativní péče v geriiatrii

Geriatrická specifiičnost paliativní péče není dána pouze samotným věkem ale i přítomností stavů, které se stářím souvisejí a které se v mládí nevyskytují či jen s malou frekvencí a nejde o věkovou segregaci, ale o respektování křehkosti (může dospět do terminální fáze), zranitelnosti a zvláštních potřeb (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011). Autoři také konstatují, že ke zvláštnostem paliativní péče ve stáří patří často nesnadná odhadnutelnost zbývající délky života a nástupu terminální fáze, bez ohledu na to, zda pacientovi zbývají týdny či roky křehkého nezdatného života, jde o důraz na kvalitu života, ochranu osobnosti a důstojnosti, o bránění osamělosti (zapojení dobrovolníků), o validaci a smyslu zývajícího života a o zprostředkování dobrých pocitů a prožitků. Sláma, Kabelka, Vorlíček (2011) upozorňují na fakt, že umírající geriatrickí pacienti se smyslovým, komunikačním či kognitivním deficitem (nedoslýchavost, demence), jsou nejvíce ohroženi fenoménem zvěcnění, kdy se s nimi prakticky nekomunikuje, ale nakládá (byť i šetrně) jako s neživou věcí.

1.2.2 Rakovina

Rakovina patří bez diskuse k nejobávanějším onemocněním dnešní doby a je téměř nemožné najít rodinu, která by se v nejbližším nebo vzdálenějším příbuzenstvu nesetkala s nádorem (Svatošová, 2011).

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) vede Národní onkologický registr (NOR), jehož účelem je registrace onkologických onemocnění a periodické sledování jejich dalšího vývoje, tj. shromažďování dat, jejich verifikace, ochrana a následné zpracování. NOR poskytuje souhrnné údaje pro statistické přehledy (viz *tabulka 3*) na národní i mezinárodní úrovni, dále se z něj vychází při epidemiologických studiích a zdravotnických výzkumech. Dále údaje slouží k podpoře včasné diagnostiky a léčbě, ke sledování trendů, příčinných faktorů a společenských důsledků. Souhrnná data jsou podkladem pro tvorbu, realizace a vyhodnocování preventivních zdravotnických programů a slouží pro odhady potřebných finančních nákladů na komplexní onkologickou péči (ÚZIS, 2016).

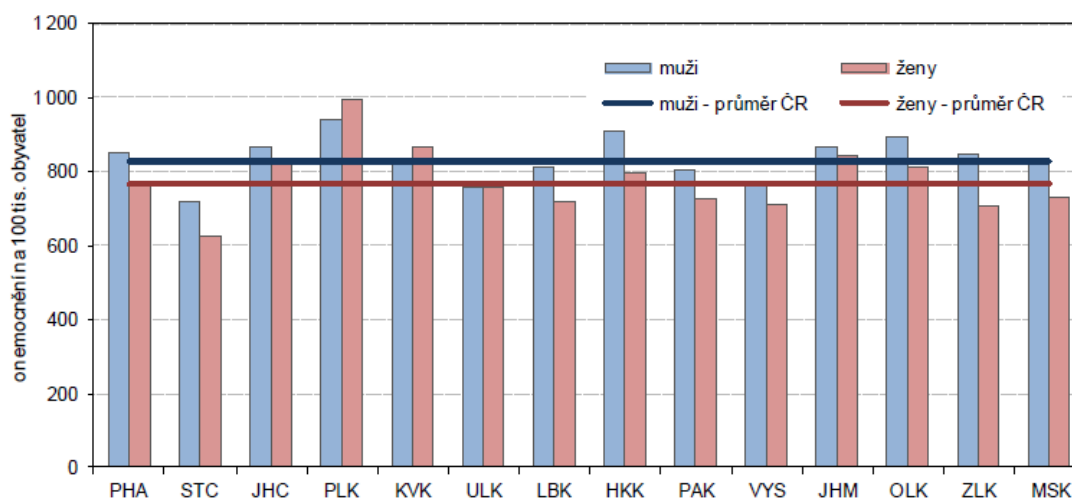
Tabulka 3 – Počet zemřelých na novotvary (dg. C00 – D48) v letech 2012 – 2014

ZEMŘELÍ	2012		2013		2014	
	celkem	novotvary	celkem	novotvary	celkem	novotvary
ČR	108 189	27 683	109 160	27 449	105 665	27 603
Jihočeský kraj	6 504	1 735	6 604	1 721	6 428	1 751
ORP J. Hradec	468	127	495	125	462	103

Zdroj: ČSÚ, 2015, vlastní zpracování

V rámci ČR byl například v roce 2011 v Jihočeském kraji podíl nově hlášených onemocnění zhoubnými novotvarami vyšší než celorepublikový průměr a v mezi krajském srovnání u mužů i žen vystupuje Jihočeský kraj na čtvrté nejvyšší pozici (viz graf 2) (ČSÚ, 2015).

Graf 2 – Hlášená onemocnění zhoubnými novotvarami podle pohlaví a kraje v roce 2011 (na 100 000 mužů/žen)



Zdroj: ČSÚ, 2015

Zpráva Eurostatu konstatuje, že v Evropské unii umírá jeden ze čtyř lidí na rakovinu, muži v důsledku rakoviny plic a ženy díky rakovině prsu (Eurostat, únor 2016). Zpráva dále uvádí, že podíl zemřelých v důsledku rakoviny u osob do 65 let představoval více než třetinu (37 %) všech úmrtí, ve věku nad 65 let to bylo 23 % všech úmrtí. Dle WHO je výskyt nádorových onemocnění v Evropském regionu na vzestupu: v roce 2012 bylo diagnostikováno 3,7 milionů případů a v roce 2030 se podle odhadů zvýší počet o 25 % a dosáhne 4,5 milionů pacientů, což WHO připisuje faktorům jako je kouření a alkohol, nezdravá strava, nedostatek fyzické aktivity, zvyšující se nadváha a obezita, expozice karcinogenům v pracovním a životním prostředí, aj. (Institut důstojného stárnutí, 2016).

Při léčbě rakoviny je důležitá léčba bolesti, kterou má Česká republika velmi vyspělou, existuje 8 center pro léčbu bolesti, 8 výukových center a 106 ambulancí pro léčbu bolesti. Jedná se o samostatný obor, v roce 2011 se vydělily samostatná Společnost pro studium a léčbu bolesti a Česká společnost paliativní medicíny. Systém kurzů a atestací, jež jsou podmínkou pro zřízení center a ambulancí, je také velmi dobře propracován (Fricová, Rokyta, 2015).

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí, že onkologická onemocnění zvyšují nároky občanů na zdravotní, sociální a sociálně zdravotní péči, mají i velké sociální dopady a promítají se do různých statistik:

- pracovní neschopnost,
- invalidita,
- stupeň závislosti,
- mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené osoby,
- příspěvky sociální péče,
- stupeň zdravotního postižení,
- osoba zdravotně znevýhodněná.

(MPSV, 2016)

1.3 Umírání a smrt

Umírání a smrt jsou velká lidská témata, jejichž „řešení“ nás v budoucnosti čeká a nemine a přejeme si, aby smrt přišla zadlouho a aby umírání bylo rychlé a bezbolestné nejlépe ve spánku. Nikdo nechce trpět dlouhodobou a nevléčitelnou nemocí, které se bojí více než vlastní smrti (Haškovcová, 2010).

1.3.1 Umírání

„*Všichni budeme umírat bez generálky, rovnou naostro.*“ (Svatošová, 2011, s. 17)

Umírání je proces, který k životu patří, začíná dříve před vlastní smrtí, někdy jeden, někdy tři měsíce, kdy se člověk začne pomalu jakoby odpoutávat od svého okolí (Svatošová, 2011). Umírající člověk má stále méně tělesné energie, stahuje se z vnějšího světa, hodně spí, nemá už zájem o knihy a televizi, dokonce nestojí ani o lidi, chce mít o kolo sebe jen důvěrné přátele, anebo někdy chce zůstat úplně sám (Špinková, 2013).

Odborná disciplína zabývající se otázkami umírání a smrti se nazývá thanatologie, kdy jde o multidisciplinární obor, do něhož jsou zahrnuty další jako medicína, biologie, sociologie, psychologie, psychiatrie, teologie, etnografie aj. (Šiklová, 2013). Prolomení tehdejšího tabu a nárůst zájmu o thanatologii ve vyspělém světě se v 60. letech 20. století zasloužila neuroložka Elizabeth Kübler-Rossová (Haškovcová, 2012). Do té doby byla pacientům, kteří se ocitli v poslední fázi umírání, věnována jen minimální pozornost, ale Kübler-Rossová zdůrazňovala význam procesu umírání (Kübler-Rossová, 2013). A právě ona byla první, kdo své mnohaleté zkušenosti práce s těžce nemocnými a umírajícími popsal z odborného hlediska a klasifikoval je jako fáze umírání (*viz schéma 2*), kterými prochází nejen pacient, ale i jeho nejbližší (Svatošová, 2011) a své poznatky postavila na výpovědích 450 terminálně nemocných lidí (Kupka, 2014). Tímto přehledem poskytla především lékařům, sociálním pracovníkům, ošetřujícímu personálu a duchovním užitečné informace o tom, jak jednat s umírajícími ale i s truchlícími pozůstalými. Díky její iniciativě začaly v Americe

i v jiných zemích vyrůstají hospice jako houby po dešti a dostávalo se zde umírajícím, často ve spolupráci s příbuznými, intenzivní péče (Kübler-Rossová, 2013).

Schéma 2 – Fáze umírání podle Kübler-Rossové

FÁZE	PROJEVY	CO S TÍM
negace, šok, popírání	<i>"Ne, já ne, pro mne to neplatí."</i> <i>"To není možné."</i> <i>"To je určitě omyl."</i> <i>"Zaměnily výsledky."</i>	Navázat kontakt, získat důvěru.
agrese, hněv, vzpouza	<i>"Proč zrovna já?"</i> <i>"Čí je to vina?"</i> <i>"Vždyť mi nic nebylo."</i> Zlost na zdravé lidi, na zdravotníky, vyčítá nespravedlnost.	Dovolit odreagování, nepohoršovat se.
smlouvání, vyjednávání	Hledání zázračných léků, léčitelů a diet, pověr. Ochoten zaplatit cokoli. Činí velké sliby.	Maximální trpělivost, ale pozor na podvodníky.
deprese, smutek	Smutek z utrpěné ztráty, z hrozící ztráty. Strach z účtování, strach o zajištění rodiny.	Trpělivě naslouchat, pomoci urovnat vztahy, pomoci hledat řešení (zajištění rodiny atd.).
akceptace, smíření, souhlas	Vyrovnání, pokora, konec boje, je čas loučení. <i>"Dokonáno jest."</i> <i>"Do Tvých rukou..."</i>	Mlčenlivá lidská přítomnost, držet za ruku, utřít slzu. Pozor: rodina možná potřebuje pomoc více než pacient!

Zdroj: Svatošová, 2011, vlastní zpracování

Důležité je mluvit o smrti i s dětmi. Když někdo z rodiny vážně onemocní, je pro dítě moc důležité, aby se cítilo zapojené do chodu rodiny, a je dobré začít připravovat dítě i na budoucnost (Goldman, 2015). Autorka dále píše, že dítě s námi může sdílet své pocity, klást otázky a zapojit se do činností, které společně pomohou překonat těžké období. Jedna z otázek dítěte může být například: „*A co je to ten hospic?*“

a Goldman (2015, s. 34) uvádí možnost odpovědi: „*Hospic je místo, kde jsou lidé, kteří dědovi pomáhají. Pomáhají těm, kdo jsou moc a moc nemocní a už se asi neuzdraví. Dělají všechno pro to, aby se děda cítil co nejlépe. Někteří doktoři a sestřičky mu dávají léky, aby ho nic nebolelo. Jiní jsou dobrovolníci, kteří si s dědou povídají a naslouchají mu, aby nebyl sám. Někteří z nich jsou sociální pracovníci a ti odpovídají na různé otázky dědově rodině a dědovým přátelům. V hospici můžou mít lidé i psa nebo jiného mazlíčka.*“ Pokud se s dětmi o smrti nemluví, není to dobře. Dítě často zaslechne, co si dospělí šeptají o vážné nemoci člena rodiny, ale bez znalostí faktů dítě neví, co si má představovat, nerozumí slovům jak „hospic“ nebo „terminální“ a je jakoby v izolaci (Goldman, 2015).

Velmi těžká situace je, když umírá na vážnou nemoc samo dítě. Má spoustu specifických otázek, potřebuje hovořit o životě a smrti, což někteří dospělí nedovedou, dítě má pak pocit izolace a osamění a je nutné najít blízkého člověka, který s ním bude otevřeně mluvit o budoucnosti, o léčbě ale i o smrti (Goldman, 2015). Děti potřebují především pomoc ve formě podpory, aktivního naslouchání a usměrňování svého způsobu prožívání situace. Bez ohledu na věk je důležité, aby rodiče a ošetřující personál dokázali odpovědět dítěti na otázky pravdivě, stručně a jasně, přiměřeně jeho věku a aby mu poskytli bezpečné místo, kde by mohlo tyto informace zpracovat a vyjadřovat své pocity. Jak potvrzují klinická pozorování Kübler-Rossové, smrtelně nemocné děti mohou chápat smrt a rozumět jí stejně jako dospělí lidé (Kupka, 2014).

1.3.2 Eutanazie

Termín eutanazie pochází z řečtiny, *eu* – dobrý, *thanatos* – smrt. Dle Světové lékařské asociace (WMA) eutanazie je: „*Vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka 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 spáchá tento skutek s prvořadným úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.*“ (Munzarová, 2008, s. 19). Všichni, kteří mají zkušenosti s těžce

nemocnými a umírajícími a kteří mají trochu představu o jejich duševních pochodech, mohou dosvědčit, že takováto žádost je spíše dožadováním se pomoci a lásky a nikoli touhy po zabití (Munzarová, 2008). Umírání nemusí být utrpení, dnešní medicína je pokročilá, dokáže udržovat umírajícího v bezbolestném stavu, a pokud bude bez bolesti, bude o něj dobře postaráno, pokud to bude možné a vezmeme si ho domů, tak nemocný o smrtící dávku nikdy nepožádá (Kübler-Rossová, 2013). Eutanazii často prosazují ti, kdo nejsou ani nemocní ani umírající, většinou se jedná o děti, jejichž rodiče příliš dlouho umírají, o zaměstnance nemocnic, kteří řeší ekonomické záležitosti, nebo o lékaře, kteří nejsou spokojeni s péčí o nevléčitelně nemocné. Nemocní jsou v konečné fázi choroby velmi zranitelní a snadno přijímají nápady jiných lidí a lékařům často bezmezně důvěřují (Munzarová, 2005).

Eutanazie je v přímém protikladu s náplní lékařství, což dokazuje citát z Hippokratovy přísahy: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.*“ (Munzarová, 2005, s. 27, 2008, s. 61). Právě podobné názory se staly základem lékařských kodexů a přetrvávají nepřerušeny do dnešní doby (Munzarová, 2005). Munzarová (2005) dále uvádí, že tento názor je obsažen i v Etickém kodexu České lékařské komory, kde je zakotveno, že eutanazie je nepřípustná. Lékaři se musí řídit čtyřmi nejdůležitějšími principy moderní lékařské etiky: respekt k autonomii, dobročinní, neškození a princip spravedlnosti. Pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich žádost, neskončí to u toho a tato možnost bude postupně rozšiřována. Uzákonění možnosti usmrcovat nemocné by dalo lékařům velikou moc. Následovalo by ukončování života lidí s těžkou nevléčitelnou chorobou, ale neumírajících, kteří by ještě mohli dlouho žít, života těžce postižených novorozenců, senilních lidí a lidí s různým mentálním postižením (Munzarová, 2005).

Neexistuje žádné morální, legální a sociální hledisko pro legalizaci eutanazie (Munzarová, 2008) a Svatošová (2011, s. 134) říká: „*Pomáhat v umírání ANO, pomáhat ke smrti NE.*“ Právo na eutanazii není právem, které by vycházelo z právní vědy, není chráněno žádnou ústavou, neboť by narušovalo právo na život a na integritu člověka (Munzarová, 2005).

Zákaz eutanazie je naprosto nutnou podmínkou k rozvoji a podpoře zcela jiného přístupu k umírajícím a trpícím, k dokonalé paliativní a hospicové péči. Znalosti, dovednosti, léky, přístrojové vybavení, finanční prostředky jsou po ukončení kurativní léčby k dispozici poskytování léčbě paliativní (Munzarová, 2005). Munzarová (2005) se dále zamýšlí, zda by patřičné finanční prostředky ve zdravotnictví při legalizaci eutanazie, byly i tak vydávány na řádnou péči o umírající a zda by se mohla paliativní péče vůbec rozvíjet. Zkvalitnění paliativní péče a zvýšení její dostupnosti se jeví jako správný postup, který debatu o legalizaci eutanazie v České republice odsune stranou (Kupka, 2014).

1.3.3 Smrt

Nemoc a smrt vždy byly a budou integrální součástí lidské zkušenosti (Munzarová, 2005). Zároveň smrt člověka znepokojuje, nelze ji odejmout z našeho osudu, načasování je nejisté a zdravý, mladý člověk si myšlenku na smrt nepřipouští, ta se ho netýká, přijde až jednou ... (Kupka, 2014). Žádná představa o smrti se člověka nedotkne tak, jako konkrétní setkání se smrtí rodinného příslušníka či velice blízké osoby (Vitoň, 2014). Měli bychom brát děti na pohřby nebo v jejich přítomnosti udělat hrobeček domácímu mazlíčkovi, měli bychom je brát do nemocnic, vzít si domů umírajícího dědečka, protože kdo něco takového zažije jako dítě, bude mít pak ve stáří menší strach ze smrti a umírání (Kübler-Rossová, 2013). Dnešní technicky orientovaná civilizace se snaží smrt si podrobit, zvítězit nad ní a získat nad ní kontrolu. Umírání je rychlé, témata smrti, utrpení a smyslu života jsou dokonale podrobena cenzuře a u širší laické i odborné veřejnosti převládá často názor, že zabývat se smrtí je nepatřičné, nebo dokonce divné (Kupka, 2014). Vědomí neodvolatelnosti smrti se nehodí do dnešní doby a životního stylu zaměřeného na úspěch, dostatek a pohodlí (Vitoň, 2014). Někdy jsou až neuvěřitelné přetvářky a bizarní hry, k nimž se rodiny terminálně nemocných pacientů uchylují, brání se hovorům o ztrátě a je velmi krátkozraké si myslet, že umírající člověk si svou situaci neuvědomuje (Kübler-Rossová, Kessler, 2013). Velkou osamělostí umírajícího je, když se nemůže se svými blízkými bavit o smrti a sdílet s nimi myšlenky, které ho napadají v těsné blízkosti před odchodem (Hennzel, 1997).

Umírající lidé vědí, že umírají a přichází smrt, jsou si vědomi hodnoty toho, co ztrácejí a jen lidé kolem nich mají potřebu sebe sami balamutit a něco si namlouvat (Kübler-Rossová, Kessler, 2013).

Stanovení diagnózy přicházejícího umírní je možné na základě těchto skutečností:

- zhoršování zdravotního stavu každým dnem,
- velká slabost (pacient připoután na lůžko),
- ospalost, netečnost nebo snížené vědomí,
- snížený příjem potravy (tekutin) a potíže s polykáním, nemožnost brát léky.

(Marková a kol., 2009)

Bližící biologická smrt je poznatelná příznaky, které mohou, ale nemusejí vždy nastat:

- puls slábne,
- chladnoucí ruce a nohy anebo naopak horečka,
- ústa jsou otevřená,
- spodní strana těla, nohy, kolena a ruce se tmavěji zbarvují,
- mění se frekvence a hloubka dechu,
- oči jsou otevřené nebo polozavřené, už se nedívají,
- zornice reagují stále méně na světlo,
- umírající se stává neúčastněným a nereaguje na podněty okolí.

(Špinková, 2013)

Sociální smrt. Člověk žije, je zdravý, ale chybí mu důležité mezilidské vztahy. Příkladem těchto lidí jsou nejen mladí lidé závislí na drogách a třeba bezdomovci, ale také senioři, kteří žijí sami a pociťují samotu. Prevenci této sociální smrti u seniorů bychom měli věnovat velkou pozornost (Haškovcová, 2012).

Všeobecně se podléhá iluzi, že starost o umírajícího a o smrt by měla být řešena odborným kolektivem, kdy si myslíme, že umírání a smrt patří do rukou zdravotníků, kteří mají potřebné vzdělání, což ale vyvrací německý lékař Kay Blumenthal-Barby, který uvedl, že „na smrt nemá nikdo příslušné vzdělání ...“ (Haškovcová, 2010, s. 319).

V nemocnicích vládne byrokracie, pravidla na návštěvní dobu, podávání léku na tišení bolesti, na vše jsou předpisy, pro ošetřující personál je obtížné přizpůsobování se jednotlivým pacientům, proto je potřeba hospicový personál se speciální přípravou (Kübler-Rossová, 2013).

V opakovaném průzkum agenturou STEM/MARK v letech 2011 a 2013 na reprezentativním vzorku dospělé populace v ČR uvedlo 78 % respondentů domácí prostředí jako preferované místo závěru života a smrti. Průzkum Umírání a péče o nevléčitelně nemocné byl vytvořen pro hospic Cesta domů a v roce 2015 bylo uskutečněno již třetí dotazování a výsledky jsou zpracovány do třech přehledných Výzkumných zpráv (Umirani.cz, 2016).

„Pokud dnes někdo začíná nebo končí svůj život ve vlastním domě, je to buď znak chudoby, nebo naopak zvláštní privilegium. Umírání a smrt se dostaly pod institucionální management lékařů a pohřebních služeb.“ (Haškovcová, 2012, s. 36). Zároveň Haškovcová (2012) uvádí, že neuspokojivý stav se postupně, i když velmi pomalu, v důsledku rozvoje paliativní medicíny a paliativní péče mění. Faktem ale zůstává, že ve vyspělých zemích včetně České republiky umírá až 80 % lidí v institucích a aktuální snaha o návrat procesu umírání domů má doposud jen skromné výsledky (Haškovcová, 2010), což dokazují i statistické přehledy (viz *tabulka 4* a *tabulka 5*).

Tabulka 4 – Zemřelí podle místa úmrtí v ČR v letech 2011 – 2013 (v %)

Místo úmrtí	2011	2012	2013
Doma	20,6	21,0	20,2
v nemocnici	58,9	58,3	65,9
v léčebném ústavu	9,1	9,2	1,2
na ulici či veřejném místě	2,1	2,0	1,6
při převozu	0,5	0,5	0,6
v sociálním zařízení	6,0	6,4	5,6
ostatní	2,8	2,6	2,4
nezjištěno	0,0	0,0	2,5

Zdroj: ÚZIS, 2015, vlastní zpracování

Tabulka 5 – Zemřelí podle místa úmrtí v Jihočeském kraji v roce 2014 (v %)

Místo úmrtí	2014
doma	22,5
v nemocnici	62,6
v léčebném ústavu	1,0
na ulici či veřejném místě	1,5
při převozu	0,7
v sociálním zařízení	8,3
jinde	2,2
nezjištěno	1,2

Zdroj: ČSÚ, 2015, vlastní zpracování

1.4 Stáří a stárnutí

1.4.1 Stáří

Stáří a stárnutí jsou v současné době hodně používané pojmy. Přední český geriatr Kalvach (2014) definuje individuální stárnutí jako bio-psycho-sociálně-spirituální proces, kdy dochází k přirozeným regresivním a adaptačním změnám v organismu. Z uvedeného tedy vyplývá, že stáří má několik vymezení:

- 1. Stáří biologické** – jedná se o biologické změny struktur, vzhledu a fungování organismu. Je zde patrný úbytek zdatnosti a odolnosti k zátěži, pokles výkonnosti a vyšší výskyt některých chorob.
- 2. Stáří kalendářní** – jde o stanovení věkové hranice, od níž je již člověk starý. Obvykle se mluví o věku 60 až 65 let.
- 3. Stáří sociální** – jde o soubor sociálních změn včetně změn přidělených sociálních rolí. Odchod do důchodu má za následek změnu struktury trávení času, změnu ekonomické situace, změnu společenské prestiže a ukončení profesní kariéry. Na situaci se podílí i fenomén prázdného hnízda či (hlavně u žen) ovdovění.

(Kalvach, 2015)

Sociologický slovník (Jandourek, 2001) definuje stáří jako fázi životního cyklu, která přichází většinou po skončení ekonomické aktivity a je doprovázena fyzickými a duševními změnami. Stáří není vymezené pouze věkem, protože existují velké individuální rozdíly. Stáří znamená sníženou schopnost adaptace a vzrůstající sociální izolovanost (postupné ztracení rodinných příslušníků a přátel). Jandourek (2001) dále uvádí, že stáří je podle právní definice stanovené věkem, kdy člověk odchází do důchodu. Jedná se o umělou hranici, ale jsou s ní spojené konkrétní společenské a psychologické důsledky, tj. ztráta statusu, snížení životního standardu, snížení respektu a konec většiny kontaktů. Změny se mohou odrazit i na zdravotním stavu.

Všeobecná vědní disciplína zabývající se stárnutím a stářím se nazývá gerontologie. Gerontologie zkoumá pojem stáří z pohledu biologie, demografie, sociologie a z mnoha dalších aspektů. Oproti tomu pojem geriatrické péče znamená už pouze lékařský obor, jde o poskytování specializované zdravotní péče nemocným osobám vyššího věku (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007). Do skupiny ještě můžeme zařadit gerontopsychologii, která je součástí psychologie, zabývá se zvláštnostmi psychiky starých lidí, poznatky mimo jiné mohou dobře využít výrobci spotřebního zboží, kteří díky tomu uvedli na trh mobilní telefon pro seniory s velkými číslicemi (Haškovcová, 2012).

Další pojem je gerontosociologie, což je věda, zabývající se stářím a stárnutím jako sociálními kategoriemi, které se přizpůsobují podle společenského a kulturního kontextu a specifikují pak vnitřní problémy skupiny starých lidí i jejich vztah k jiným skupinám a pozici ve společnosti (Sýkorová, 2007). Sýkorová (2007) tvrdí, že silící důraz na gerontosociologii je díky potřebám vysvětlit stárnutí a stáří na pozadí změny ve struktuře populace tedy vzhledem k demografickému stárnutí.

Dříve bylo stáří znakem moudrosti a bylo respektováno. V dnešní době vzbuzuje stáří pravý opak. Mladí lidé mají většinou hezký vztah jen ke „svým“ seniorům, k vlastním babičkám a dědečkům, ale ostatní staří lidé jim většinou už vadí (Haškovcová, 2012). Svědčí o tom vznik ideologie „ageismus“. Teoretizace a problematizace věku nemá v sociální teorii moc dlouhou tradici, ageismus a věková diskriminace se v sociálně-

politické praxi vyskytují již zhruba čtyřicet let. Tento pojem poprvé použil americký psychiatr Robert Butler v roce 1968 v souvislosti se segregací bytovou politikou a pojem byl do veřejného slovníku zahrnut v roce 1979 (Vidovičová, 2008). Socioložka a výzkumná pracovnice Vidovičová (2005, s. 5) dále uvádí, jak zní první česká sociologická definice: „*Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku anebo na jejich příslušnosti k určité generaci.*“ Český ekvivalent tohoto anglického pojmu neexistuje, praktickým a nejčastějším projevem ageismu je věková diskriminace (Haškovcová, 2012). Kalvach (Lidové noviny, 17.10.2014) tento názor potvrdil a na otázku, zda si česká společnost váží starších občanů, odpověděl: „*Naopak, obecně vykazuje mnoho předsudků a výraznou stereotypizaci. Čeští občané, i ti starší, jsou ageističtí, mají výrazný despekt ke stáří, k seniorům, k jejich veřejnému angažmá. Úměrně tomu se senioři cítí osamělí, bez podpory i bez šance uplatnění.*“ S ageismem je bohužel spojeno i násilí na seniorech. Haškovcová (2012) uvádí, že toto násilí je projev ventilu agresivity pro vybití vlastních frustrací, kterých je ve společnosti hodně a senior je snadným terčem.

Na druhou stranu v době narůstajícího počtu starých lidí, vznikají organizace a instituce, které se snaží starším občanům pomoci, vycházejí časopisy s přizpůsobenou tematikou a velmi oblíbené jsou servery pro seniory, například Magazín pro aktivní seniory (www.i60.cz) nebo Institut důstojného stárnutí Diakonie Českobratrské církve evangelické (www.dustojnestarnuti.cz) a velké oblibě se těší i Univerzity třetího věku (U3V). Mezi nejznámější organizace patří například Život 90, jedná se o komunitní centrum pro seniory, které umožňuje seniorům žít co nejdéle plnohodnotný život doma. Tento cíl podporuje jeho projekt Žít déle doma, ve kterém se uvádí: „*Devět z deseti lidí si přeje dožít doma. Devět z deseti lidí umírá v ústavech. Změňte to.*“ (Život 90, 2016).

Jako příklad v Evropě můžeme uvést Koncept celoživotního domova (Lifetime homes) ve Velké Británii. Koncepce bydlení pro stárnoucí společnost řeší universální design

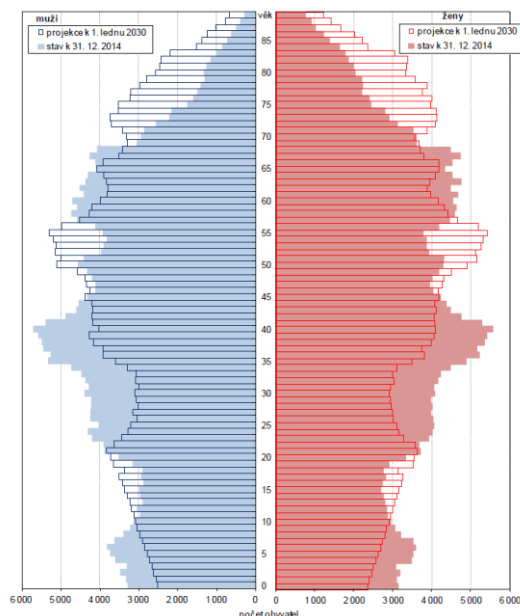
a standardy upravitelného bydlení. Projekt byl založen roku 1990 skupinou odborníků na bydlení a obsahuje 16 návrhových kritérií všestranně použitelných do nových domů při minimálních nákladech (Lifetime Homes, 2015).

1.4.2 Stárnutí obyvatel České republiky

Světová zdravotnické organizace upozorňuje, že podíl lidí ve věku nad 60 let se zvyšuje rychleji než jakákoli jiná věková skupina a jako důvod uvádí prodlužující se délku života a klesající porodnost (World Health Organization, 2016). WHO dále vyslovuje obavy ohledně budoucího zdraví starších lidí a zda budou státy dostatečně schopné zajistit jejich zapojení a bezpečnost ve společnosti. Lidé prostě žijí déle a odborníci tento fakt označují jako „inflaci stáří“ (Haškovcová, 2010).

Česká republika představuje dosud jednu z poměrně mladých zemí Evropské unie (EU). Tato situace se však bude velmi rychle měnit a populace České republiky se stane během příštích několika desetiletí naopak jednou z nejstarších zemí (Holmerová, Jurašková, Zikmundová a kol., 2007), což ukazuje i prognóza věkového složení obyvatelstva v Jihočeském kraji v roce 2030 (graf 3).

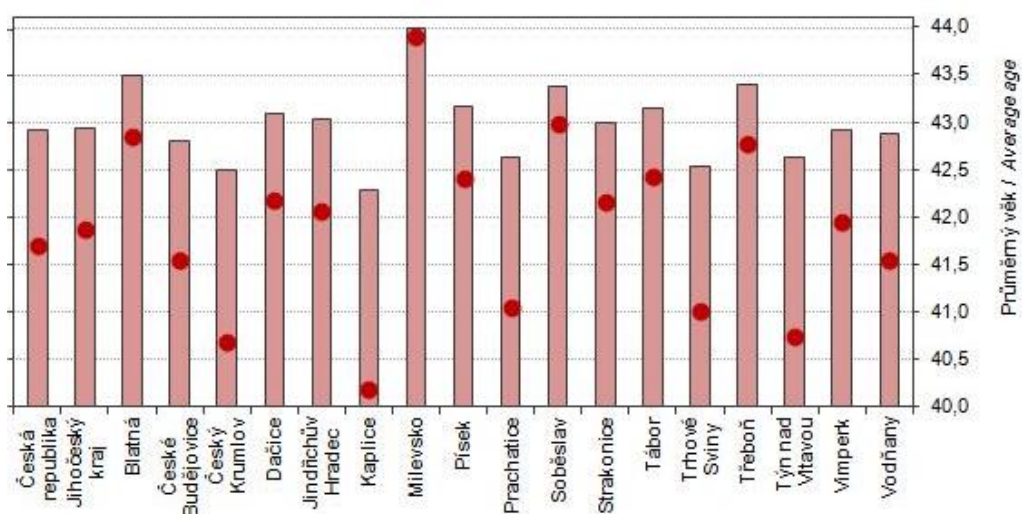
Graf 3 – Současné a předpokládané věkové složení obyvatelstva Jihočeského kraje (projekce k 1.1.2030)



Zdroj: ČSÚ, 2015

V roce 2014 byl věkový průměr v České republice 41,7 let, v Jihočeském kraji 41,9 let a v ORP Jindřichův Hradec 42,1 let (viz graf 4). Postupně se zvyšuje zastoupení věkové skupiny 65 let a více let, což je způsobené poklesem porodnosti a vlivem příznivých životních podmínek (ČSÚ, 2015).

Graf 4 – Průměrný věk obyvatel správních obvodů ORP Jihočeského kraje (stav k 31.12.2014)



Zdroj: ČSÚ, 2015

Jak dokazují statistiky České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ), v ČR stoupá i počet více než stoletých osob: na konci roku 2015 žilo v Česku 604 seniorů, kteří se narodili v letech 1907 až 1915 (MPSV, 2016, noviny Práce a sociální politika).

1.4.2.1 Institucionální zajištění politiky přípravy na stárnutí v ČR

Politika přípravy na stárnutí je institucionálně zajišťována širokým okruhem aktérů:

- Vláda ČR,
- Senát a Poslanecká sněmovna,
- Rada vlády pro seniory a stárnutí populace,
- Ministerstvo práce a sociálních věcí,
- ministerstva a ústřední správní orgány,
- krajská správa a samospráva,

- akademická sféra a výzkumné instituce,
- neziskové organizace.

(MPSV, 2015, Politika přípravy na stárnutí v České republice)

V problematice přípravy politiky demografického stárnutí je samozřejmě nezbytná mezinárodní spolupráce a koordinace. Česká republika je proto členem řady mezinárodních organizací a pracovních skupin, které pracují na celoevropské a globální úrovni, jede například o:

- Working Group on Ageing
- UNECE – pracovní skupina pro stárnutí, Evropská hospodářská komise OSN
- UNECE Task Force for Ageing-related Statistics – pracovní skupina pro tvorbu nových standardů statistik věnovaných stárnutí a kvalitě života ve stáří
- Národní síť Zdravých měst jako součást WHO Healthy Cities Projekt

(MPSV, 2015, Politika přípravy na stárnutí v České republice)

1.4.2.2 Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017

V České republice byl Ministerstvem práce a sociálních věcí vyhlášen Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Tento plán je hlavním výstupem Evropského roku aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, který byl vyhlášen v roce 2012 Evropským parlamentem a Radou na návrh Evropské komise. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí má několik cílů:

1. realizace politiky přípravy na stárnutí v České republice,
2. zajištění a ochrana lidských práv starších osob,
3. celoživotní učení,
4. zaměstnávání starších pracovníků a seniorů,
5. dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce,
6. kvalitní prostředí pro život seniorů,
7. zdravé stárnutí,
8. péče o seniory s omezenou soběstačností.

(MPSV, 2015, Politika přípravy na stárnutí v České republice)

1.4.3 Ekonomický dopad demografického stárnutí

Demografické stárnutí přitahuje pozornost díky předpokládaným ekonomickým důsledkům, řeší se enormní náklady na finanční, zdravotní a sociální zajištění zvyšujícího se počtu důchodců (Sýkorová, 2007). Stále více jsou si lidé (a hlavně politici a tvůrci sociálních systémů) vědomi rozsahu demografického rozvoje a pokládají si nyní otázku: kdo nás jednou bude živit, zásobovat a pečovat o nás, až zestárneme a mladých bude stále méně? Stoupající průměrná délka života a klesající porodnost se skutečně postaraly o to, že klasická „pyramida obyvatel“ je postavena na špičku (Henzler, Späth, 2013).

Snižující se počet výdělečně činných osob musí ale vyprodukovat zboží a služby, které budou muset stačit pro větší a větší skupinu starých lidí, a sami si musí vydělat tolik, aby svými výdělky zajistili takové důchody, s nimiž budou žít staří lidé (Henzler, Späth, 2013). V České republice je současný důchodový systém založen na průběžném financování, který je neudržitelný i díky dlouhodobé klesající porodnosti (Haškovcová, 2010). Haškovcová již v roce 2010 poukazuje na budoucí selhávání tohoto systému a uvádí nutnost důchodové reformy.

Další obrovské náklady státu vznikají tím, že lidé budou stále více a více odkázáni na péči. Když je a bude méně výdělečně činných lidí a stále více jich odchází do důchodu – bude hospodářský výkon země stačit pro všechny? Ukazuje se, jak je nesmyslné stanovovat pro všechny pevnou hranici pro odchod do důchodu. Život je stále delší a stále více lidí se těší déle velmi dobrému zdraví a výkonnosti. Musíme ovšem samozřejmě rozlišovat: pokrývač, sestra na operačním sále nebo profesionální hasič mohou stěží vykonávat svoje povolání se vším, co k němu patří, až do 70 let. Naproti tomu mohou zaměstnanci městského úřadu nebo v účtárně průmyslové firmy pracovat déle a tím být stále výdělečně činnou osobou (Henzler, Späth, 2013). Henzler a Späth (2013) upozorňují, že každý stát potřebuje tuto situaci řešit, a nejlépe flexibilní, individuální úpravu široké množství nabídky, která povede od práce na plný úvazek k práci na částečný úvazek a také k práci na malý či minimální úvazek, dále povede k sociální angažovanosti pro společnost až po skutečný odchod do důchodu.

S demografickým vývojem se dostává systém péče o staré lidi pod (finanční) tlak. Jak konstatuje Wija (Český Bratr, 11/2015), je tato situace způsobená tím, že máme jeden důchodový systém, který nedoveze zohlednit rozdíly ve zdraví a místní podmínky. Ale odvážná státní důchodová politika by mohla odstranit slabiny a zajistit přiměřené důchody. Demografické změny v budoucnu způsobí, že budou existovat současně až čtyři generace, a ta další bude vždy (i finančně) slabší než ta předchozí. V polovině 21. století bude zapotřebí nové mezigenerační smlouvy a o té je nutné dnes diskutovat (Henzler, Späth, 2013). Mezigenerační solidarita bohužel postupně klesá, a proto je postupně doplňována formální péčí (Haškovcová, 2012).

1.4.4 (Nové) formy péče o staré lidi

1.4.4.1 Institucionální péče o seniory

Do budoucna je nutno očekávat zvyšující se poptávku po sociální a zdravotní péči určené pro seniory, proto je potřeba této oblasti věnovat výrazně větší pozornost (ČSÚ, 2015, Senioři v Jihočeském kraji). Systém sociální péče o staré lidi reprezentují dvě nejrozšířenější služby a to domy s pečovatelskou službou a domovy pro seniory (Jeřábek a kol., 2013). Největší profesní organizací sdružující poskytovatele sociálních služeb v České republice je Asociace poskytovatelů sociálních služeb (APSS), která potvrzuje, že mezi jejími členy z pohledu druhu sociální péče, výrazně převládají právě provozovatelé domů pro seniory - 440 členů a poskytovatelé pečovatelských služeb - 312 členů (APSS, únor 2016). I když je v řadě případů institucionální (ústavní) péče nenahraditelná, všechny strategické nadnárodní a národní plány zdůrazňují nutnost deinstitucionalizace (Haškovcová, 2012).

1.4.4.2 Domácí péče

Dalším, pro rodiny náročnějším, stupněm péče o starší občany je domácí péče neboli home care. Jedná se o systém služeb, které jsou klientům poskytovány v jejich domácnosti a i když je služba určena osobám různých věkových kategorií, převážnou část klientely tvoří senioři (Haškovcová, 2012). Služba zahrnuje jak zdravotní složku,

tak i klasické služby typu donáška oběda, praní a žehlení a drobný domácí úklid (Jeřábek a kol., 2013).

1.4.4.3 Osobní péče

Osobní péče je nejnáročnější stupeň péče pro rodinné příslušníky. Jedná se o činnosti časově velmi nákladné, fyzicky i psychicky náročné, jde o intimní péči o starého člověka a je nutná nepřetržitá přítomnost pečující osoby (Jeřábek a kol., 2013). Je naprosto nezbytné, aby se pečující rodiny a laické pečování staly významnou součástí ucelené podpory a respektovaným partnerem služeb a pečujících profesí, jak také iniciují projekty WHO (Kalvach a kol., 2014). Kalvach a kol. (2014) dále podotýkají, že není pravda, že rodiny dnes nechtějí o své členy pečovat, že je „odkládají“ do institucí a dokonce obírají o peníze a příspěvky na péči, ale uvádí, že jde o výjimečné případy a nepravdivou nebezpečnou stereotypizaci. Rodiny uvádějí, že pečovat chtějí, ale neví, jak nebo nemají reálné možnosti, anebo často pracují na hranici svých fyzických sil bez dostatečné podpory.

Podpora pečujícím rodinám může mít několik podob:

- poradenství,
- možnost neformálního řešení problémů konzultací s odborníkem z praxe,
- vstřícnost zdravotnických zařízení při skloubení laické a odborné péče,
- pružná dostupnost respitních služeb,
- společenské ocenění dlouhodobé rodinné péče,
- změna legislativy na podporu dlouhodobé péče o člena rodiny: zápočet do důchodového zabezpečení, krátkodobá pracovní neschopnost na ošetřování člena rodiny atd.,
- péče o tělesné a duševní zdraví pečujícího: intervence syndromu vyhoření atd.

(Kalvach a kol., 2014)

1.4.4.4 Senior Cohousing

Cohousing je druh komunitního bydlení, jde o vědomě budované sousedské společenství a zároveň podporu osobní nezávislosti. Každá soukromá bytová jednotka je zcela zřízena stejně jako běžné bydlení, ale užitková plocha je rozšířená o společné prostory, které sdílí všichni obyvatelé dohromady (Cohousing.cz). Senior cohousing by se do češtiny dal volně přeložit jako koncept aktivního stárnutí v komunitě, jde o vlastní iniciativu seniorů a jejich vzájemné podpoře a pomoci. Obyvatelé pokračují ve svém dosavadním životě v přirozeném sociálním prostředí (Cohousing.cz). Koncept cohousingu v Evropě byl poprvé realizován v roce 1972 v Dánsku blízko Kodaně a postupně se rozšířil po západní Evropě (Sociální nadační fond města Brna, 2012). Přátelé se dávají dohromady a zakládají společné domácnosti. Stavební podniky mají tzv. program privátního společného bydlení pro seniory. Nové modely bydlení ve stáří vznikají například všude v Německu a jsou stále levnější a humánnější než domovy důchodců (Henzler, Späth, 2013). Autoři jako příklad uvádí projekt „Rodina podle Vaší volby“ realizovaný v Brémách v Německu. Malé byty se samostatným vchodem jsou přizpůsobené jak pro invalidní vozíky, tak i pro pozdější montáž výtahu. Každý obyvatel má své vlastní království a podílí se na úkolech celého projektu. Někdo se stará o zahrádku, jiní o dům nebo o jiné společenské záležitosti. Během týdne vykonává každý různé činnosti, ale o víkendu je klid a na programu je společná snídane pokaždé v jiném bytě. Tak již žijí dvacet let pohromadě a postarali se také o své dva spolunájemníky až do konce jejich života: oba zemřeli uprostřed své „rodiny“ (Henzler, Späth, 2013).

V České republice lze za první vlašťovku tohoto druhu považovat snahu města Brna o vybudování Sdíleného seniorského bydlení s doprovodnou sociální službou. Brno se zapojilo do mezinárodního projektu HELPS (Housing and Homecare for the Elderly and vulnerable people and Local Partnership Strategies in Central European cities), jehož cílem je podpořit rozvoj inovativních forem bydlení zejména pro starší osoby (Gregorová, 2014). Gregorová (2014) za Kancelář strategie města Brna dále uvádí, že projekt HELPS není investiční ale pouze získání nových poznatků z praxe z jiných zemí

Evropské unie a následné financování je pak z operačního programu Nadnárodní spolupráce Střední Evropa. Jak uvádí MPSV (2015, Politika přípravy na stárnutí v České republice), vzorem pro brněnský magistrát jsou tzv. bytová společenství seniorů ve Vídni (Seniorenwohngemeinschaften). Jde o chráněné bydlení pro seniory ve speciálně upravených bytech, dle potřeby dochází sociální a zdravotní pracovníce či pečovatelka, v případě nutnosti mají klienti přes noc k dispozici speciální zařízení pro přivolání pomoci (Gregorová, 2014). Po konkrétnější představu senior cohousing poslouží půdorys sdíleného bydlení pro seniory v Essenu v Německu (*viz příloha 3*), nebo popis bytu neziskové organizace Sammaritan Vienna (*viz příloha 4*).

Brněnský pilotní projekt má být alternativou vůči současným způsobům bydlení českých seniorů v domovech s pečovatelskou službou a domovech seniorů. Město Brno upravuje nebytové prostory ve starším bytovém domě (ulice Zámečnická 2) na prostory, které budou sloužit „sdílenému bydlení“ a následně budou doplněné dalšími sociálními službami dle zájmu nájemníků (KDU-ČSL Brno, 2015). Každý senior bude mít svůj vlastní pokoj zařízený podle sebe, dále bude užívat společnou kuchyň s jídelnou, společenskou místnost, sociální zařízení a další prostory, prádelnu atd. Tímto stylem bydlení bude zachována určitá míra soukromí, ale také bude zmírněn pocit osamělosti (KDU-ČSL Brno, 2015). Naději, že se nový způsob bydlení seniorů stane trendem i v České republice potvrdila i první náměstkyně primátora Klára Liptáková a uvedla: „*Mám velkou radost, že se schyluje k realizaci oceněného brněnského projektu Sdílené seniorské bydlení s doprovodnou sociální službou.*“ (KDU-ČSL, 2015).

1.4.4.5 ZeitBank

ZeitBank je dalším pilířem, novou formou v péči o staré lidi. Je to druh zdroje, který je vhodný pro solidární porozumění mezi mladými, staršími a úplně starými, jedná se o zdroj jménem „čas“ (Henzler, Späth, 2013). Fungování banky je založeno na výměně „časových šeků“, proto ten název banky (Doma na venkově, 2013). Člověk část svého času věnuje tomu, aby byl užitečný jiným lidem, a později může naopak čerpat pomoc od ostatních on sám, tímto se stává čas konceptem, jak dát sociálním jistotám zcela nové dimenze. V Německu začala ZeitBank působit v roce 2006, jako vzor měla před

sebou úspěšný projekt z Japonska a systém funguje na tvrzeních, že existuje hodně lidí, kteří mají hodně peněz a málo času, ale také hodně lidí, kteří mají málo peněz a hodně času (Henzler, Späth, 2013). V Rakousku od roku 2000 funguje svépomocná organizace seniorů ZeitBank 55+, jejíž iniciativa je zaměřená na zachování kvality života (nejen) seniorů prostřednictvím sousedské výpomoci (Doma na venkově, 2013). Při vstupu do ZeitBank 55+ osoba oznámí své dovednosti, znalosti, sdílí a kombinuje nabídky a potřeby a vyměřené hodinou jsou jí připisovány v časových jednotkách na účet, který jí banka vede (Zeitbank.at). Projekt ZeitBank 55+ byl v letech 2012-2013 realizován i v rámci příhraniční spolupráce (Rakousko, Německo, Česká Republika) a v únoru 2014 se v Plzni konalo první setkání (druhé proběhlo v listopadu 2015 v Německu) Evropské sítě ZeitBank 55+ pořádaném regionálním dobrovolnickým centrem TOTEM (Totem-rdc.cz). Časová banka působí proti izolaci a osamělosti seniorů, nabízí dobrý pocit z konání něčeho prospěšného pro ostatní, usnadňuje přijímání pomoci od druhých, ale hlavní důsledek je setrvání seniorů ve svém domácím prostředí a šetření finančních prostředků na sociální služby (Doma na venkově, 2013).

V České republice probíhá příprava implementace programu Sousedé 55+ (dle rakouského projektu ZeitBank 55+), jejímž cílem je zvýšení kvality života ve stáří, podpora při ztrátě některých tělesných funkcí, snížené mobility, po lékařském zákroku, při celkovém úbytku fyzických sil, jedná se o boj s osamělostí, izolací a obavou z budoucnosti a hlavně je to způsob, jak zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí a oddálit tak závislost na odborných institucích (Totem-rdc.cz). Jak uvádí TOTEM, v České Republice pracují zatím dva spolky Sousedé 55+ (jeden ve velkém městě a druhý na malé vesnici) a jednou z aktivit je prezentace a získání v roce 2016-2017 nové partnery pro tento projekt. TOTEM dále doufá, že organizovaná a evidovaná dobrovolnická sousedská výpomoc by mohla být velmi významným přínosem pro malé obce, kde není dostupná pečovatelská služba, což ukazuje zkušenost zahraničních partnerů projektu.

Pro úspěšnost tohoto nového pilíře péče o seniory musí být důvěryhodné záruky, musí být zcela jasné, že se časová úspora (našetřený sociální čas) nikde neztratí, musí

existovat po desetiletí, stejně jako zákonné důchodové pojištění (Henzler, Späth, 2013). Henzler a Späth (2013) poukazují, že když říšský kancléř Bismarck zavedl v Německu koncem 19. století solidární povinné pojištění, založil tím sociální stát a jednotlivec už nebyl odkázán na pomoc rodiny a dobrovolníků. Doba pokročila, zavedení systému časové banky vrátí vztah klienta a poskytovatele zase na pomoc člověka člověku a je to velká příležitost, jak snižovat důsledky demografických změn.

1.5 Komunitní plánování

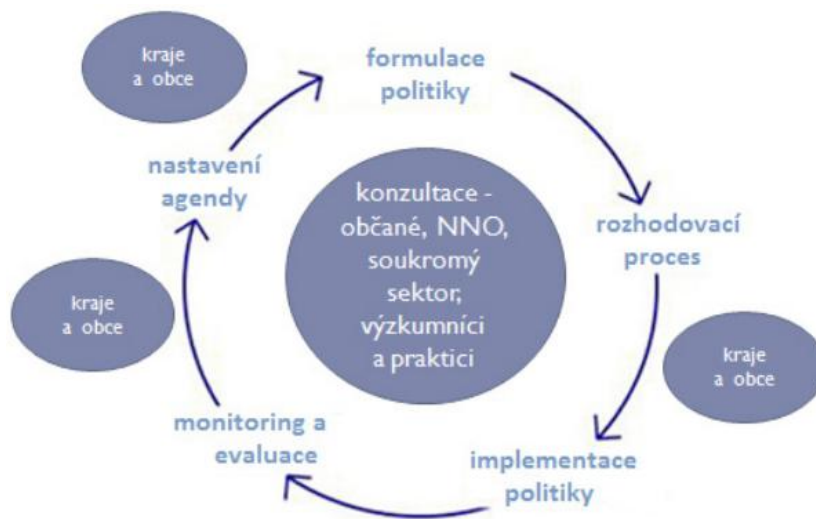
Komunitní plánování je metoda, která umožňuje zpracovávat rozvojové materiály pro různé oblasti veřejného života na úrovni obce a kraje. Je to universální metoda, kterou lze řešit místní problémy nejen v oblasti sociálních služeb, zdravotní péče, vzdělávání, etnického napětí, ale i sousedských vztahů, životního prostředí, urbánní politiky aj. (Pilát, 2015).

Česká republika je teď před mnoha výzvami, jak podpořit rozvoj komunitních a integrovaných sociálních a zdravotních služeb. Přes uvedenou podporu života seniorů v přirozeném prostředí toho od doby přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách nebylo učiněno mnoho. Stát potažmo města stojí před výzvou, jak zajistit dostupné a vstřícné seniorské bydlení a jak se připravit na nárůst počtu lidí s demencí. Další výzva je v podobě podpory mezigenerační solidarity a společenské soudržnosti jak na úrovni měst, tak i celé společnosti (MPSV, 2015, Metodika vytváření místních a krajských akčních plánů podpory pozitivního, aktivního a zdravého stárnutí).

Obce mají velmi důležitou roli při ovlivňování národních politik na základě jejich specifických a rozdílných zkušeností, různorodostí a podmínek nebo nerovností kvality života mezi různými regiony a skupinami obyvatel (Wija, 2015). Na podmínky realizace politiky na místní úrovni a kvalitu života seniorů mají vliv také různé úrovně samosprávy a odlišná situace v různých obcích – politická situace, množství financí, velikost obce a počet obyvatel. Samospráva by se měla podílet na realizaci priorit národní politiky pozitivního stárnutí (*viz schéma 3*) jak ve fázi implementace, tak také ve fázi formulace priorit a opatření na základě poznatků z praxe a svých potřeb

(MPSV, 2015, Metodika vytváření místních a krajských akčních plánů podpory pozitivního, aktivního a zdravého stárnutí).

Schéma 3 – Zapojení krajské a obecní samosprávy do procesu tvorby a realizace politiky stárnutí



Zdroj: MPSV, 2015, Metodika vytváření místních a krajských akčních plánů podpory pozitivního, aktivního a zdravého stárnutí

Na místní (samosprávné) úrovni se v politice pozitivního stárnutí jedná zejména o aktivitu v následujících tematických oblastech:

- informovanost a poradenství,
- zdraví a pohoda,
- bydlení a komunita,
- vnější prostory a bydlení,
- ekonomická aktivita a občanské zapojení,
- doprava,
- respekt a sociální inkluze,
- sociální participace.

(Wija, 2015)

Úspěšným výsledkem a především cílem těchto všech podporovaných aktivit je Město přátelské k seniorům (viz schéma 4).

Schéma 4 – Témata politiky přípravy na stárnutí na úrovni městské samosprávy



Zdroj: MPSV, 2015, Metodika vytváření místních a krajských akčních plánů podpory pozitivního, aktivního a zdravého stárnutí

Z praxe se potvrzuje jednoznačná potřeba posílení role, iniciativy, kompetencí a zdrojů obcí pro dostupnost a návaznost služeb pro seniory a potřebu konkrétní individuální podpory. Obce mohou iniciovat – snadněji než jednotlivci nebo zájmová sdružení, potřebné společenské změny, včetně legislativních a usilovat o vytvoření ekonomických nástrojů k řešení této problematiky (Kalvach, Wija, 2015). Autoři dále uvádí, že v komunitním plánování jde o dlouhodobý zájem a úsilí obcí jejich, představitelů a občanů, spolků a sdružení o vytváření vstřícných podmínek a prostředí pro život seniorů a zajištění chybějících služeb, které by snížily tlak na institucionalizaci a zlepšily tak kvalitu života znevýhodněných osob a jejich pečujících rodin.

Jako inspirace a příklady dobré praxe „Město seniorům“ při tvorbě komunitních plánů slouží městům Tematický web Národní sítě zdravých měst ČR (NSZM ČR), který poskytuje informace v těchto v tematických oblastech:

- město bez bariér,
- místní doprava,
- domov, bezpečí,
- společenský život,
- mezigenerační vztahy,
- zaměstnání, společenská aktivita,
- vstřícná komunikace, informace,
- místní sociální a zdravotní služby,
- zdraví a životní styl.

(NSZM ČR, 2015)

1.5.1 Podpora seniorů v Jihočeském kraji

V roce 2015 Jihočeský kraj vyhlásil grant Účelová dotace z rozpočtu Jihočeského kraje k poskytovatelům sociálních služeb v roce 2016. Tato dotace se poskytuje poskytovatelům sociálních služeb k financování neinvestičních výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb (ČSÚ, 2015, Seniori v Jihočeském kraji).

Příkladem velké podpory hlavně pro seniory žijící ve svém domácím prostředí jsou takzvané bezpečnostní náramky, které seniory rychle spojí s pomocí. Město Třeboň tento program spustilo na konci roku 2014 a náramky se rychle osvědčily (Dobrá praxe, 2014). Po zmáčknutí červeného tlačítka na šedém náramku se seniorovi ozve operátor, který zjistí, o jaký problém se jedná a podle toho pak policie postupuje v dalších krocích (Český rozhlas, 2014).

Jako příklad vzdělávání ve vyšším věku, můžeme uvést velmi oblíbenou službu v Jindřichově Hradci, kterou je Univerzita třetího věku (U3V). Nabídka studia U3V na Fakultě managementu Vysoké školy ekonomické patří pod celoživotní vzdělávání a jejím posláním je kromě rozvoje vzdělanosti, i funkce společenská a napomáhá k rozvoji kontaktů. Univerzita je určena seniorům ve starobním důchodu a žadatelům o invalidní důchod (VŠE FM, 2016, U3V).

1.6 ORP Jindřichův Hradec

Území správního obvodu obce s rozšířenou působností Jindřichův Hradec (ORP JH) je součástí Jihočeského kraje a má 58 obcí (viz příloha 5). ORP JH se nachází na území bývalého největšího, ale zároveň řídké zalidněného okresu České republiky, okresu Jindřichův Hradec (viz schéma 5) a hlavní vazbou je krajské město České Budějovice. Na území okresu je 91.778 obyvatel (stav k 1.1.2015) s hustotou zalidnění 51 obyvatel na km², hustota zalidnění Jihočeského kraje je 63 obyvatel na km² (ČSÚ, 2015).

Schéma 5 – Mapa území ORP Jindřichův Hradec



Zdroj: ČSÚ, 2015

1.6.1 Potřebnost hospicové péče z pohledu města J. Hradec

1.6.1.1 Komunitní plán sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec 2015-2017

Příprava plánu sociálních služeb na celém území obce s rozšířenou působností Jindřichův Hradec (JH) byla zahájena v létě 2013, navazuje na plánování z let 2007-2008, dále na plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji 2012-2013 a výsledkem je nový Plán sociálních služeb pro ORP Jindřichův Hradec na roky 2015-2017. Na přípravě plánu se podílely desítky lidí v řídicí skupině a dále v 8 pracovních skupinách, jež byly zřízeny i v obcích Nová Bystřice, Nová Včelnice, Strmilov a Kardašova Řečice. Další občané byli zapojeni prostřednictvím připomínek či dotazníkových šetření. Na druhém veřejném projednání dne 20.1.2015 byl představen návrh komunitního plánu a účastníci měli možnost připomínkovat zejména jeho opatření a aktivity. V rámci projektu byl také vypracován a distribuován Katalog poskytovatelů sociálních služeb v ORP Jindřichův Hradec a také Komunitní plán sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec 2015-2017 (Městský úřad Jindřichův Hradec, Komunitní plán sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec 2015-2017).

Akční plán pro rok 2016 je doplněním Komunitního plánu sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec 2015-2017, detailně rozpracovává aktivity, které mají být v roce 2016 naplněny, a dává představu o budoucím vývoji v sociální oblasti. Akční plán byl připraven v průběhu září až listopadu 2015 pracovními skupinami na základě zhodnocení aktuálních údajů s následnou úpravou stávajících opatření a aktivit. Plán byl dále odsouhlasen řídicí skupinou komunitního plánování ORP Jindřichův Hradec a poté schválen Radou města usnesením č. 84/4R/2016 ze dne 3.2.2016 (Městský úřad Jindřichův Hradec, Akční plán pro rok 2016).

Akční plán pro rok 2016 v kapitole Služby pro seniory v přehledu opatření a aktivit uvádí mimo jiné Prioritu 2 – Rozvoj systému poskytovaných služeb pro seniory (*celé znění viz příloha 6*):

2.1 *Zřízení lůžkového hospice v J. Hradci či Oddělení specializované paliativní péče*

2.1.1 *Souhlas KÚ – JČ kraje se zřízením Oddělení specializované paliativní péče při Nemocnici J. Hradec, a.s.*

2.1.2 *Rekonstrukce budovy současné LDN v J. Hradci*

2.1.3 *Zprovoznění Oddělení specializované paliativní péče v J. Hradci*

(Městský úřad Jindřichův Hradec, Komunitní plán sociálních služeb ORP

Jindřichův Hradec 2015-2017, s. 64)

1.6.1.2 Strategický plán rozvoje města Jindřichův Hradec 2015-2020

Strategický plán rozvoje města Jindřichův Hradec 2015-2020 je dlouhodobý koncept rozvoje formulující základní potřeby města. Do tvorby plánu byly zapojeny všechny sektory: veřejný, neziskový i podnikatelský. Plán představuje shodu místních aktérů a obyvatel nad budoucími směry rozvoje města, vyjádřenou v dohodnuté vizi, globálními cíly, prioritních cílů a zejména v opatřeních vedoucí k jejich naplnění. Strategický plán rozvoje je také jedním z podkladů pro podporu realizace projektů z fondů Evropské unie a jiných zdrojů. Konečný strategický plán rozvoje města Jindřichův Hradec byl schválen Zastupitelstvem města usnesením č. 267/13Z/2015 ze dne 25.11.2015 (Městský úřad Jindřichův Hradec, Strategický plán rozvoje města Jindřichův Hradec 2015-2020).

V cíly 3.2.2 Vybudování sociálního zařízení pro občany trpící nevléčitelnou nemocí je uvedeno jedno opatření:

3.2.2.1 *Vybudování zařízení s kvalitní péčí pro občany trpící smrtelnou nevléčitelnou nemocí = Zřízení lůžkového hospice.*

(Městský úřad Jindřichův Hradec, Strategický plán rozvoje města

Jindřichův Hradec 2015-2020, s. 23)

1.6.2 Potřeba hospicové péče z pohledu Jihočeského kraje

Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020 je základním koncepčním dokumentem, který prezentuje neměnný pohled do jihočeského zdravotnictví a současně slouží k nastavení východisek a opatření pro tuto oblast v následujícím pětiletém období. Na přípravě koncepce se podílel Odbor sociálních věcí a zdravotnictví, společnost Jihočeské nemocnice, a.s. a dále jednotlivé nemocnice. Poté byl dokument schválen usnesením Zastupitelstva Jihočeského kraje č. 63/2015/ZK-16 ze dne 16.4.2015 (Jihočeský kraj, Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020).

V kapitole 13 Přístroje, obnova, přístrojové techniky, v podkapitole Návazná péče v nemocnicích Jihočeského kraje – investiční záměry, je u Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s mimo jiné uvedeno (*celé znění viz příloha 7*):

„Budova pavilonu v ulici Československých legií bude využívána pro poskytování paliativní a sociální péče.“

(Jihočeský kraj, Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje
na období 2015-2020, s. 57)

V závěrečné kapitole Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020 je mimo jiné uvedeno v kapitole 28 Doporučení (*celé znění viz příloha 8*):

„S ohledem na stárnoucí populaci a zdravotní stav obyvatelstva dále doporučujeme, v návaznosti na doporučení navýšit počty lůžek následné péče, podporu rozvoje paliativní péče, hospicové péče a péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta.“

(Jihočeský kraj, Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje
na období 2015-2020, s. 91)

2 Cíl a výzkumná otázka

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zjistit, jaké jsou názory odborníků na území obce s rozšířenou působností Jindřichův Hradec na problematiku hospicové péče. Dílčím cílem je zjistit, zda došlo k názorovému posunu na hospicovou problematiku v období od roku 2013 do roku 2015.

2.2 Výzkumná otázka

Jako výzkumnou otázku jsem si stanovila: Jaká je potřeba hospicové péče a paliativní péče na území obce s rozšířenou působností Jindřichův Hradec?

3 Metodika

3.1 Charakteristika použité metody a technika sběru dat

Pro zpracování diplomové práce byla stanovena metoda obsahová analýza dat doplněná o kvalitativní šetření u vybraných pracovníků organizací pečující o pacienty v preterminální či terminální fázi jejich života.

Hendl (2005, s. 50) definuje kvalitativní výzkum jako „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumáním daného sociálního nebo lidského problému.*“ Při kvalitativním výzkumu autor vytváří komplexní, celiství obraz, analyzuje různé druhy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2005).

Výzkum byl rozdělen na dvě části. V první řadě došlo k obsahové analýze dat. Vybraní respondenti byli požádáni o poskytnutí materiálů, ze kterých by bylo možné vyčíst potřebné údaje. Jednalo se převážně o jejich statistické záznamy, roční přehledy a výroční zprávy. Všechny tyto materiály sloužily k nalezení konkrétnějších údajů souvisejících s danou problematikou. Analýza dat proběhla zpětně za období 2013 až 2015 je zpracována do přehledných tabulek.

Jako druhá část výzkumu proběhly rozhovory s vybraným respondenty. Rozhovor je pracnější a nákladnější technika sběru informací, ale dokončený rozhovor je účinnější než např. dotazník s malou návratností (Disman, 2002). Specifickým druhem rozhovoru je rozhovor hloubkový, při němž se tazatel snaží vhodnými podněty získat od respondenta detailní informace, které objasňují jeho odpovědi a postoje (Průcha, Veteška, 2012). Hendl (2005) uvádí, že u hloubkového rozhovoru je určován předmět vyprávění a poté mohou následovat mimo jiné i otázky pro vyjasnění nejasností.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen cíleně vybranými sociálními a zdravotními organizacemi z území obce s rozšířenou působností Jindřichův Hradec, které pečují o pacienty v preterminální a terminální fázi jejich života. Výběr respondentů vycházel z pracovní skupiny Senioři, která se scházela v rámci komunitního plánování sociálních služeb Jindřichův Hradec (KPSS JH) jak na období 2013-2015 tak i na roky 2015-2017. Mimo zástupců z Městského úřadu Jindřichův Hradec, uživatelů a veřejnosti se plánování ve skupině Senioři účastnilo celkem 12 zástupců poskytovatelů potřebných služeb (viz příloha 9). Při plánování tedy byla dodržena účast triády: zadavatelé, poskytovatelé, uživatelé.

Naše pracovní skupina se scházela ve dvou časových úsecích. Komunitní plán pro období 2013-2015 se začal připravovat v létě roku 2013 a skupina Senioři se scházela na podzim stejného roku. Plán na roky 2015-2017 se připravoval o 2 roky později a všechny zúčastněné skupiny se scházely na podzim v roce 2015. Poté vždy následovala v každém období dvě setkání s veřejností (většinou v čase listopad až leden). Na první schůzce mohla veřejnost vznášet připomínky k navrženým opatřením a aktivitám a na druhém veřejném setkání už byl představen návrh celého komunitního plánu.

Moje účast na komunitním plánování sociálních služeb Jindřichův Hradec pro obě období ve skupině Senioři byla z pozice veřejnosti. Studuji Zdravotně sociální fakultu a problematika sociálních služeb v našem městě mne velice zajímá, zejména pak právě péče o seniory. Účastnila jsem se také proto, že se začínala řešit problematika hospicové a paliativní péče, o kterou se také zajímám a už tehdy jsem si říkala, že bych na toto téma napsala později diplomovou práci. Chtěla jsem tedy být přímo u zanášení hospicové a paliativní péče do komunitního plánu sociálních služeb Jindřichův Hradec, být blízko poskytovatelů služeb, znát jejich názory na tuto problematiku a tím si vytipovat zkoumaný soubor pro můj budoucí výzkum.

Po komunitním plánování sociálních služeb Jindřichův Hradec ve skupině Senioři, následovalo oslovení vybraných respondentů, což bylo všech 12 zástupců zúčastněných poskytovatelů potřebných služeb, kteří byly z různých částí území ORP Jindřichův Hradec. Po oslovení s prosbou spolupráce i poskytnutí rozhovoru nebylo ochotno spolupracovat všech 12 zástupců poskytovatelů daných služeb na i mimo území ORP Jindřichův Hradec a výzkumný soubor se tak zúžil pouze na 8 spolupracujících poskytovatelů, jejichž zástupci jsou označeni R1 až R8.

Základní informace o 8 spolupracujících poskytovatelích jsem čerpala prvotně z Registru poskytovatelů sociálních služeb (Iregistr.mpsv.cz), dále z webových stránek organizací a následně jsem si informace ověřovala ještě při rozhovoru s respondenty. Ucelený souhrn (viz *tabulka 6*) dává přehled o poskytovatelích sociálních a zdravotních služeb na území ORP JH, se kterými jsem spolupracovala, a následuje jejich charakteristika.

Tabulka 6 – Seznam spolupracujících zástupců poskytovatelů zdravotní a sociální péče na území ORP Jindřichův Hradec

	Název	Město
R1	Domácí zdravotní a hospicová péče JH – Eva Šafránková	J. Hradec
R2	Domov seniorů Jindřichův Hradec	J. Hradec
R3	Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň, o.p.s.	Třeboň
R4	Jihočeské centrum pro zdravotně postižené a seniory, o.p.s.	J. Hradec
R5	Kristina Vokáčová – Agentura sester	J. Hradec
R6	Mesada, občanské sdružení	J. Hradec
R7	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	J. Hradec
R8	Pečovatelská služba Ledax, o.p.s.	J. Hradec

Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Realizace výzkumu

Oslovení respondentů s žádostí o poskytnutí rozhovorů proběhlo již na podzim roku 2013 s tím, že byli upozorněni, že mne jejich názory a postoje zajímají do mé budoucí diplomové práce a že budou osloveni ještě znovu. Po druhé přípravě komunitního plánu

jsem proto znovu oslovila vybrané respondenty, kteří věděli, kdo jsem, proč data potřebuji a o to byla spolupráce jednodušší.

3.3.1 Obsahová analýza dat

Po oslovení s prosbou získání informací i z druhé vlny rozhovorů, byly respondenti následně požádáni o zapůjčení nebo zaslání materiálů v elektronické podobě, ze kterých byla udělána obsahová analýza dat. Poskytnutí potřebných materiálů proběhlo velice hladce, neboť jsem se se všemi respondenty již znala z obou komunitních plánování a s poskytnutím souhlasili. Další důvod snadné analýzy dat byl ten, že různé materiály jsou volně přístupné veřejnosti, např. výroční zprávy z webových stránek. Poskytnutí konkrétnějších a rozsáhlejších podkladů odmítl pouze 1 respondent (R1), se kterým byly tedy provedeny pouze dva rozhovory bez možnosti analýzy dat. Dále byl 1 respondent (R7), největší z celého území ORP Jindřichův Hradec, požádán o poskytnutí navíc dalších statistických dat, která by danou problematiku více osvětlila a pomohla tak k naplnění cíle diplomové práce. Analýza těchto statistických údajů je zpracována ve výzkumné části do přehledných tabulek.

3.3.2 Kvalitativní šetření

Rozhovory probíhaly v místech sídel organizací zaměstnávající respondenty a to většinou v odpoledních hodinách po splnění všech jejich pracovních závazků. Při hloubkových rozhovorech byli respondenti seznámeni s tématem diplomové práce, kterého by se měly týkat jejich odpovědi, a poté byli požádáni o vyjádření, kde mohli říci cokoli k danému tématu. Rozhovory byly popřípadě zakončeny doplňujícími otázkami pro získání konkrétnějších informací. Vybraní respondenti souhlasili s poskytnutím svého názoru na danou problematiku, ale už nedali souhlas s nahráváním na diktafon. Při průběhu rozhovoru jsem si dělala ruční zápis a snažila se zachytit důležité pasáže, což se snadno dařilo, neboť rozhovor probíhal v přátelském a pomalém tempu. Jsem si ale vědoma, že mohlo dojít k drobné redukci některých informací. Zveřejněné odpovědi jsou na základě souhlasu spolupracujících respondentů. Ve výzkumné části jsou uvedeny pouze nejdůležitější stěžejní části rozhovorů a to


formou přímé citace. Jsou vynechány nedůležité pasáže, které se přímo nevztahují k určenému tématu. Rozhodující názory jsou navíc pro lepší orientaci zvýrazněny a dále zpracovány metodou otevřeného kódování. Strauss (1999) o zvolené metodě uvádí, že jsou získané informace důkladně prostudovány a rozebírány na samostatné části, následně jsou porovnávány a hledají se podrobnosti a rozdíly. V rámci otevřeného kódování jsem vyhledala opakující se jevy, kolem nich seskupila související jevy a následkem byl vznik kategorií. Seskupování pojmů se tedy nazývá kategorizace.


3.4 Zpracování výsledků


V první části výzkumu je charakteristika respondentů, dále následuje obsahová analýza dat s doplněním o statistické údaje speciálně poskytnuté pouze jedním respondentem (R7). V další části výzkumu následují záznamy nejdůležitějších částí rozhovorů, které jsou v poslední kapitole výsledků shrnuty a analyzovány.


4 Výsledky

4.1 Charakteristika spolupracujících poskytovatelů sociální a zdravotní péče na území ORP Jindřichův Hradec


R1	Domácí zdravotní a hospicová péče J. Hradec – Eva Šafránková	
Sídlo	Jindřichův Hradec	
Působnost	Jindřichův Hradec a blízké okolí	
Služby a činnosti	<p><i>a) komplexní hospicová péče a kyslíková terapie</i></p> <p><i>b) půjčovna zdravotních pomůcek</i> invalidní vozíky, toaletní křesla, chodítka, polohovací postele, oxygenátor</p> <p><i>c) výkony:</i> odběry krve aj. biologického materiálu, aplikace injekcí, pooperační péče, převazy ran a diabetických a kožních defektů, aplikace a nácvik aplikace inzulínu, kontrola glykémie, cévkování, klyzma, výplachy, ošetření všech druhů stomií, podání infuzí, ošetrovatelská rehabilitace, kyslíková terapie, kompletní péče o umírající (domácí hospicová péče)</p>	


R2	Domov seniorů Jindřichův Hradec	
Sídlo	Jindřichův Hradec	
Působnost	OPR Jindřichův Hradec	
Služby a činnosti	<p><i>a) domov pro seniory</i></p> <p><i>b) domov se zvláštním režimem</i></p> <p><i>c) činnosti:</i> poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoci při zvládnutí běžných úkolů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí</p>	

R3	Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň, o.p.s.	
Sídlo	Třeboň	
Působnost	Třeboňsko a blízké okolí	
Služby a činnosti	<p><i>a) sociální poradenství</i> <i>b) psychologická poradna</i> <i>c) půjčovna zdravotních pomůcek</i> <i>d) domácí hospicová péče</i></p> <p>kvalifikované zvládání bolesti a další průvodní jevy onemocnění (zejména onkologického), péče o pacienta, ale i jeho rodinu, komplexně – po stránce fyzické, psychické i duchovní, vždy pravdivě a vždy v souladu s přáním pacienta</p>	

R4	Jihočeské centrum pro zdravotně postižené a seniory, o.p.s.	
Sídlo	Jindřichův Hradec	
Působnost	ORP Jindřichův Hradec	
Služby a činnosti	<p><i>a) poradna pro osoby se zdravotním postižením a seniory</i> zprostředkování kontaktu se společenským prostředím sociálně terapeutické činnosti pomoc při prosazování práv, zájmů a obstarávání osobních věcí</p> <p><i>b) osobní asistence</i> pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí</p> <p><i>c) sociálně aktivizační služby</i> zprostředkování kontaktu se společenským prostředím sociálně terapeutické činnosti pomoc při prosazování práv, zájmů a obstarávání osobních věcí</p> <p><i>d) půjčovna kompenzačních pomůcek</i></p>	

R5	Kristina Vokáčová - Agentura sester	
Sídlo	Jindřichův Hradec	
Působnost	Jindřichův Hradec	
Služby a činnosti	<p><i>a) terénní (domácí) komplexní zdravotní péče</i> <i>b) ošetrovatelská péče a ostatní související činnosti</i></p>	

R6	Mesada, občanské sdružení	
Sídlo	Jindřichův Hradec	
Působnost	Jindřichův Hradec a blízké okolí	
Služby a činnosti	<p><i>a) sociální rehabilitace</i> nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucí k sociálnímu začleňování zprostředkování kontaktu se společenským prostředím výchovně, vzdělávací a aktivizační činnosti pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí</p> <p><i>b) aktivizační služba</i> zprostředkování kontaktu se společenským prostředím sociálně terapeutické činnosti pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí</p> <p><i>c) osobní asistence</i> pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc se zajištěním stravy, pomoc zajištění chodu domácnosti výchovně, vzdělávací a aktivizační činnosti zprostředkování kontaktu se společenským prostředím pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí</p>	

R7	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	
Sídlo	Jindřichův Hradec	
Působnost	ORP Jindřichův Hradec	
Služby a činnosti související s onkologickým onemocněním	<p><i>a) akutní lůžka</i> akutní lůžková péče standardní akutní lůžková péče intenzivní následná lůžková péče dlouhodobá lůžková péče</p> <p><i>b) urgentní příjem</i> provoz zahájen v dubnu 2014, ošetření akutních pacientů přivážených zejména Zdravotnickou záchrannou službou</p> <p><i>c) onkologická poradna</i></p>	

ambulantní léčba onkologickým pacientům: kontroly, vyšetření EKG, drobné zákroky (břišní a hrudní punkce), protinádorová chemoterapie, omezeně transfúze, vasodilatační a analgetické infuze

návaznost na oddělení nemocnice a ambulance polikliniky, včetně RDG a biochemické laboratoře

návaznost léčby zářením zajištěna na onkologickém oddělení Nemocnice České Budějovice, speciální onkologická léčba zajištěna v Praze, Brně, Plzni a Hradci Králové

d) ambulance pro léčbu bolesti


řešení chronických bolestí neonkologického původu (bolest kloubů a páteře, následky úrazů a operací), spolupráce s rehabilitačním oddělením v nácviu vhodných léčebných sestav pro nemocné s chronickými bolestmi zad pro domácí léčení

pomáhá při bolestech způsobených nádorovým onemocněním a bolestmi a potížemi souvisejícími s onkologickou léčbou (po ozařování, po chemoterapii a po operacích)

poskytuje pomoc pacientům s nevléčitelným, většinou onkologickým onemocněním, kteří se nachází v poslední fázi svého života

spolupracuje s agenturami domácí péče a pomáhá rodinám pacientů zajistit vhodnou péči v domácím prostředí

léčba je nejčastěji farmakologická, ale využívá i anesteziologické invazivní techniky (blokády nervů, epidurální katétry), ve spolupráci s jinými odděleními podává analgetické infuze

R8	Pečovatelská služba Ledax, o.p.s.	
Sídlo	Jindřichův Hradec	
Působnost	Jindřichův Hradec a okolí	
Služby a činnosti	časová dostupnost: PO až PA 7:00 - 18:00, SO až NE 7:00 - 14:00 dodávky stravy, pomoc s udržením a chodem domácnosti, zvládnání běžných úkonů péče, zajištění osobní hygieny a zdravotní péče	

4.2 Obsahová analýza dat

Z poskytnutých podkladů od jednotlivých poskytovatelů služeb jsem hledala odpověď na 6 mnou předem stanovených oblastí (viz *tabulka 7*) týkající se výzkumu. Kvůli porovnání po sobě jdoucích let, je analýza dokumentů zpracován zvlášť pro roky 2013, 2014 a 2015, čím se zachytí potřebný vývoj dané problematiky. Dále je každý rok pro větší přehlednost rozdělen na 2 skupiny, jednak na klienty z území ORP Jindřichův Hradec a dále na osoby mimo území ORP JH. Respondent R1 neposkytl požadovaná data k analýze, proto nemohla být provedena a v tabulkách je tato skutečnost označena písmenem N (= nedodáno).

Druhá část analýzy jsou zpracovaná statistická data poskytnutá od respondenta R7 za organizaci, která je největším poskytovatelem sociálních a především zdravotních služeb na území ORP JH a tyto údaje mají pro výzkum velkou vypovídací schopnost.

4.2.1 Shrnutí výsledků analýzy

Tabulka 7 – Oblasti analýzy dat

1	Počet klientů, které Vaše organizace doprovodila.
2	Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili služeb terénního hospice. (Hospice vyplnili již v předchozí otázce)
3	Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili služeb lůžkového hospice v Prachaticích nebo paliativních lůžek v Jihlavě.
4	Počet lidí, kteří měli zájem o lůžkový hospic, ale službu nevyužili kvůli vzdálenosti.
5	Počet lidí, kteří projevíli zájem o pobytovou odlehčovací službu.
6	Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili pobytovou odlehčovací službu.

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 8 – Počet klientů, které Vaše organizace doprovodila

	2013		2014		2015	
	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH
R1	N	N	N	N	N	N
R2	6	0	6	0	7	0
R3	0	1	0	4	1	10
R4	0	0	0	0	0	0
R5	8	0	5	0	8	0
R6	2	0	2	0	0	0
<u>R7</u>	<u>31</u>	<u>25</u>	<u>44</u>	<u>48</u>	<u>50</u>	<u>44</u>
R8	0	0	0	0	0	0
CELKEM	47	26	57	52	66	54

Zdroj: vlastní výzkum

Mylně se zdát, že nejvíce umírajících doprovodila organizace respondenta R7, který ale uvádí: „*Jsme nemocnice, data jsou pouze počty úmrtí osob s onkologickou diagnózou, pod pojmem „doprovodit“ si představuji něco jiného a ne to, jaká je současná péče v nemocničním prostředí.*“ Z dat od respondenta R7 lze ale vyčíst vzrůstající úmrtnost osob s onkologickým nálezem. Za povšimnutí stojí počty u organizací respondentů R2, R3 a R5, čemuž napomáhá náplň poskytovaných služeb a územní rozsah působnosti. Počty klientů u respondentů R4, R6 a R8 jsou nulové nebo nevýznamné.

Závěr: Stoupá počet pacientů s onkologickou diagnózou.

Tabulka 9 – Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili služeb terénního hospice (Hospice vyplnili již v předchozí otázce)

	2013		2014		2015	
	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH
R1	N	N	N	N	N	N
R2	0	0	0	0	0	0
<u>R3</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>x</u>	<u>x</u>
R4	0	0	0	0	0	0
R5	0	0	0	0	0	0
R6	0	0	0	0	0	0
R7	0	0	0	3	0	1
R8	0	0	2	0	0	0
CELKEM	0	0	2	3	0	1

Zdroj: vlastní výzkum

Kromě organizací respondentů R7 a R8 nevyužil na radu nikdo terénní hospic. Odpovědi respondenta R3 jsou zahrnuty již v předešlé tabulce.

Závěr: O službu terénního hospice nebyl velký zájem.

Tabulka 10 – Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili služeb lůžkového hospice nebo paliativních lůžek v nemocnici v Jihlavě

	2013		2014		2015	
	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH
R1	N	N	N	N	N	N
R2	0	0	0	0	0	0
R3	0	0	0	0	0	0
R4	1	2	0	0	1	1
R5	0	0	0	0	0	0
R6	0	0	1	0	0	0
R7	0	0	6	0	2	0
R8	0	0	0	0	1	0
CELKEM	1	2	7	0	4	1

Zdroj: vlastní výzkum

Z organizace respondentů R2, R3 a R5 žádný klient lůžkového hospice nebo paliativní lůžka nevyužil. Počet osob u organizací respondentů R4, R6 a R8 je zanedbatelný. Nejvíce pacientů odeslala organizace respondenta R7.

Závěr: Respondent R7 potvrdil narůstající počet pacientů s onkologickou diagnózou a zájem o lůžkovou formu paliativní péče.

Tabulka 11 – Počet lidí, kteří měli zájem o lůžkový hospic, ale službu nevyužili kvůli vzdálenosti

	2013		2014		2015	
	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH
R1	N	N	N	N	N	N
R2	0	0	0	0	0	0
R3	0	2	1	2	1	6
R4	0	0	0	1	1	0
R5	0	0	0	0	0	0
R6	2	0	2	0	3	0
R7	6	0	3	0	2	0
R8	3	0	3	0	3	1
CELKEM	11	2	9	3	10	7

Zdroj: vlastní výzkum

Organizace respondenta R2 využití služeb lůžkového hospice ani nenabízí z podstaty předmětu podnikání a stejně tak i organizace respondenta R5, která se o umírající pacienty přímo stará. R3 je z organizace doprovázející pacienty, proto jsou zvyšující se počty jeho klientů důležité. Ostatní respondenti potvrdili konstantní nebo mírně zvyšující se zájem.

Závěr: Zájem o lůžkový hospic stoupá, v roce 2013 projevil zájem 13 lidí a v roce 2015 už to bylo 17 pacientů.

Tabulka 12 – Počet lidí, kteří projevili zájem o pobytovou odlehčovací službu

	2013		2014		2015	
	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH
R1	N	N	N	N	N	N
R2	4	0	4	2	3	1
R3	0	2	1	2	0	3
R4	2	1	3	2	1	2
R5	0	0	0	0	0	0
R6	3	0	2	0	3	0
R7	0	0	0	0	1	2
R8	4	0	4	0	3	0
CELKEM	13	3	14	6	11	8

Zdroj: vlastní výzkum

Důležitá data poskytli respondenti R2 a R7, jejichž organizace nabízí pobytovou službu, ostatní organizace respondentů mají terénní služby nebo nabízí pouze poradenství.

Závěr: O odlehčovací službu je větší zájem než o daleko vzdálený lůžkový hospic v poměru 55:42 zájemců. Pečující by si rádi odpočinuli, ale zároveň měli nemocného blízko u sebe. O odlehčovací službu mohou mít zájem pečující nejen onkologicky nemocných pacientů.

Tabulka 13 – Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili pobytovou odlehčovací službu

	2013		2014		2015	
	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH	z ORP JH	mimo ORP JH
R1	N	N	N	N	N	N
R2	1	0	1	1	0	0
R3	0	0	0	0	0	0
R4	0	1	0	0	0	1
R5	0	0	0	0	0	0
R6	1	0	1	0	0	0
R7	0	2	1	0	1	2
R8	0	0	0	0	0	0
CELKEM	2	3	3	1	1	3

Zdroj: vlastní výzkum

Konečné využití odlehčovací služby je nižší než projevený zájem v poměru 13:55. Pouze organizace respondentů R2 s R7 nabízejí pobytovou službu, ale nikoli však odlehčovací.

Závěr: Nabídka odlehčovací (respitní) péče je nedostačující.

4.2.2 Analýza dat Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.

Tabulka 14 – Počet úmrtí onkologických pacientů na akutním lůžku v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s v období 2013 – 2015

2013	2014	2015
56	92	94

Zdroj: vlastní výzkum

Skoro dvojnásobný počet úmrtí onkologických pacientů byl v roce 2014 oproti předešlému roku. Stejně vysoké číslo v následujícím roce dokazuje stále zvýšený výskyt onkologického onemocnění mezi pacienty.

Tabulka 15 – Počet pacientů Onkologické poradny Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. v období 2013 – 2015

2013	2014	2015
1 310	1 360	1 353

Zdroj: vlastní výzkum

Zájem pacientů o Onkologickou poradnu během posledních tří let je konstantní, spíše mírně stoupá. Roční průměr ze sledovaného období je 1 341 pacientů.

Tabulka 16 – Počet pacientů Ambulance bolesti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. v období 2013 – 2015

2013	2014	2015
525	492	517

Zdroj: vlastní výzkum

Ambulance bolesti každoročně ošetří přibližně stejný počet pacientů. Roční průměr ze sledovaného období je 512 pacientů.

**Tabulka 17 – Počet onkologických pacientů na oddělení Urgentní příjem
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. v období 2014 – 2015**

*2014	2015
24	76

Zdroj: vlastní výzkum

* V roce 2014 je počet pacientů uveden pouze za období duben až prosinec a to z důvodu vzniku nového oddělení Urgentní příjem až v dubnu 2014.

Uvedená data nelze časově porovnat, lze stanovit pouze průměrnou návštěvnost za měsíc a rok. V roce 2014 byl na Urgentním příjmu průměr 2,7 pacienta s onkologickou diagnózou a v roce 2015 už to bylo 6,3 pacienta měsíčně. Po přepočtu na celý rok je v roce 2014 počet pacientů 32 a v roce 2015 zůstává uvedených 76 pacientů.

4.3 Kvalitativní šetření

4.3.1 Analýza dat z rozhovorů

Respondent R1

Záznam části rozhovoru leden 2014:

„Naše Domácí zdravotní péče provazuje hospicovou péče v Jindřichově Hradci a okolí už 20 let. Úzce spolupracujeme s praktickými lékaři, nemocnicí, onkologií i s ambulancí bolesti. Jsme dostupné 24 hod denně 7 dní v týdnu. V terénu máme denně až 10 aut, z toho 4 služební. Provádíme paliativní péči i poradenskou činnost. K umírajícímu jedeme i v noci, spíme s mobilem u ucha. Náš rajon je nejen v JH, ale jezdíme denně i do Stráže nad Nežárkou, Kardašovi Řečice, Deštné, Nové Včelnice, Kamenice nad Lipou, Strmilova, Studené a Nové Bystřice. Jen v prosinci 2013 nám zemřelo 5 pacientů. Od ledna 2014 nám zemřeli 3 pacienti, z toho jedno úmrtí bylo dnes. K dalším 6 umírajícím se teď jezdí. Smekám před sestrami. Jsem přesvědčena o tom, že hospic sv. Kleofáše nebo každý jiný, který tu chce jako terénní vzniknout, má pramalou zkušenost a oproti nám mizivé možnosti. V jejich neprospěch hraje i to, že nemají smlouvy s pojišťovnamí a chtějí keš platby od pacienta nebo od rodiny. Jsme chudý kraj s malou pracovní příležitostí a lidi nejsou příliš solventní. Peníze vložené do terénního

hospice budou vynaložené zbytečně. Jak v Jindřichově Hradci tak v Třeboni je o umírající postaráno. Kamenný hospic bychom tu ale uvítali a jsme ochotni spolupracovat.“

Záznam části rozhovoru únor 2016:

„Nabídka spolupráce ohledně podpory vzniku lůžkového hospice stále trvá, neboť se domnívám, že tato služba bude stále více a více potřeba a hospic v Prachaticích je daleko.“

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ 20 let existence naší služby – zkušenosti, provoz paliativní i poradenské činnosti, podpora a nabídka spolupráce, vznik lůžkového hospice
- ☹ malá zkušenost mobilních hospiců, neexistují smlouvy s pojišťovnami, zbytečné investice do nových mobilních hospiců, hospic v Prachaticích je daleko

Respondent R2

Záznam části rozhovoru prosinec 2013:

„Z našeho pohledu pobytového zařízení pro seniory se o paliativní péči zajímáme, bohužel jen v teoretické rovině. Není v našich silách z kapacitních důvodů věnovat každému umírající péči, kterou by si zasloužil. Rozvoj hospicové péče v našem okrese podpoříme a preferujeme mobilní formu. Při snaze o lůžkovou formu vidím problém v administrativě ohledně prosazování vzniku a formě úhrad od pojišťovny. V současné době myslím, že jeden lůžkový hospic v Jihočeském kraji kapacitně stačí.“

Záznam části rozhovoru únor 2016:

„S rozvojem hospicové péče na Jindřichohradecku plně souhlasíme, ať už se jedná o formu mobilní či lůžkovou. Jindřichův Hradec je velký okres a služba bude v budoucnu potřeba. Otázka je ale finanční stránka provozu. Pokud by se podařila paliativní lůžka pod hlavičkou nemocnice, byl by to velký úspěch a zase by se o něco zlepšila nabídka služeb pro obyvatele našeho města a okolí, tedy budoucí uživatele.“

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ podpora rozvoje, preference mobilní formy hospice, paliativní lůžka v nemocnici

- ⊗ kapacitní důvody nedovolují paliativní péči, administrativní překážky při vzniku nové služby, nejsou úhrady od pojišťovny, finanční nákladnost

Respondent R3

Záznam části rozhovoru leden 2014:

„Pokud bychom neviděli nutnost hospicové péče, nezaložili bychom v září 2013 naši mobilní službu. Ano, hospicová péče je potřeba. Lůžková péče není v našich silách, to musí chtít Kraj a vědět, zda je o ní zájem. Po velkém úsilí se založením našeho hospice, po sehnání potřebných lékařů jako garantů péče, po sehnání prvních peněz na rozjezd, po tom všem se teď plně chceme věnovat klientům. Problém v současné době vidíme v neznalosti veřejnosti, neví o paliativní péči a hospicích nic, takže se musíme zaměřit na informovanost a naši propagaci, což zase bude vyžadovat peníze.“

Záznam části rozhovoru únor 2016:

„O mobilní hospicovou službu je zájem, stoupá počet klientů, které jsme doprovodili. Bohužel největší problém je stále otázka financí, shánění peněz na provoz, hlavně na mzdy nás velice zatěžuje a unavuje. Sledujeme snad všechny možnosti, kde peníze sehnat. Je dobře, že vznikají další a další mobilní hospice, plně tuto myšlenku podporujeme, ale není dobře, že není vyřešené financování hospicové péče ze strany státu. Až se tak stane, mobilním hospicům se hodně uleví.“

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ růst počtu klientů, podpora rozvoje služby, financování lůžkového hospice prostřednictvím Kraje
- ⊗ nedostatek lékařů, neznalost veřejnosti, finanční zajištění provozu, postoj státu k hospicové péči

Respondent R4

Záznam části rozhovoru leden 2015:

„Z pozice Centra nemohu přesně říci, jaká je potřeba hospicové péče v našem okrese. K nám do poradny chodí převážně lidé zajímající se o jinou problematiku.“

Záznam části rozhovoru únor 2016:

„Pro loňský rok nemohu přesně na 100% říci, kolik lidí o hospicovou službu stálo, mám žádnou nebo velice špatnou zpětnou vazbu. Při poradenství se zajímalo několik osob o možnost pomoci v situaci, kdy pečovali o osobu blízkou vyžadující péči odborného zdravotního personálu, ale která z nabízených služeb byla nakonec využita, nevím. Při péči o osobu velmi vážně nemocnou byl většinou zájem o terénní služby, tj. domácí péči, pečovatelské služby, osobní asistenci, odbornou lékařskou péči v ambulanci (psycholog). Pobytovou službu jsme řešili pouze s jedním uživatelem, ale jestli ji využil, opět nevím. Lidé k nám do poradny chodí, aby se zorientovali v dané situaci, ujasnili si, jaké jsou možnosti dalších kroků, navazujících služeb a také pro další kontakty. Zpětná vazba nám většinou chybí.“

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ zájem o terénní služby
- ⊗ nedostatek zpětné vazby

Respondent R5

Záznam části rozhovoru prosinec 2013:

„Z mého osobního šetření k dané problematice u 5 praktických lékařů na Poliklinice Jindřichův Hradec vyplývá velká podpora ke zřízení lůžkového hospice v Jindřichově Hradci. Jako důvod uvádějí odmítání rodin s umístěním onkologickým pacientů do lůžkového hospice v Prachaticích (jediný v Jihočeském kraji) pro velkou vzdálenost. A tak zda zůstává jediným řešením umístění těchto nemocných do Léčebny dlouhodobě nemocných nebo na Oddělení následní péče v nemocnici Jindřichův Hradec a to i v případech, kdy si rodina pečující o nemocného potřebuje odpočinout (respitní péče). S ohledem na nedostatečný počet lůžek na těchto odděleních je však umístování nemocných častým problémem. Dle mých informací od praktických lékařů bylo za poslední cca 2 roky umístěno do hospice v Prachaticích celkem 10 nemocných. Lůžkový hospic v Jindřichově Hradci by vyřešil i problém v zapůjčování polohovacích postelí a přístrojů k lůžku nemocného v domácím prostředí, kde je zavedena i zdravotní služba poskytována sestrami z domácí zdravotní péče. Tato péče je stejně jako péče

o umírající indikována praktickými lékaři a je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.“

Záznam části rozhovoru leden 2016:

„Já i lékaři, se kterými spolupracuji, vidíme nárůst onkologicky nemocných pacientů. I u nás se zvýšil počet osob, o které jsme pečovali při umírání. Pracuji v oboru dlouho a vidím, že se musí hospicová péče začít rychle rozvíjet. Bylo mi řečeno, že by se v nemocnici mělo otevřít oddělení paliativních lůžek, což je pro mne jako zdravotní sestru dobrá zpráva.“

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ podpora lůžkového hospice ze strany praktických lékařů, zájem o lůžkový hospic v Prachaticích, nárůst onkologicky nemocných pacientů, zvyšující se počet klientů, vznik paliativních lůžek
- ☹ hospic v Prachaticích je daleko, nedostatečný počet lůžek na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných a Oddělení následné péče, problém se zapůjčováním polohovacích postelí

Respondent R6

Záznam části rozhovoru leden 2014:

„Ano, někdy někdo přijde a zajímá se o tuto problematiku, většinou jde o odlehčovací služby. Několik lidí se ptalo i na lůžkový hospic v Prachaticích, ale pak to nedopadlo, protože je daleko.“

Záznam části rozhovoru leden 2016:

„Myslím, že se v současné době o hospicové péči v našem městě hodně mluví. Jde o to, kdo by ji provozoval. Jako u všeho jde o to najít schopné lidi, kteří tuto aktivitu nastartují, v tomto případě asi zdravotní personál. Mám pocit, že v dnešní době jsou lidé pohodlní a nikomu se nechce nic organizovat a služby chtějí jen přijímat. Asi by musela být velká spolupráce s městem, jinak by se tato služba asi nezaplatila. A také vidím velké rezervy v informovanosti, alespoň starých občanů. Pokud už ve městě hospicová služba vznikne, asi mobilní, tak je nutné udělat informační kampaň, aby se

o ní lidé vůbec dozvěděli. Né každý jde na internet a všechno si najde sám, někomu se musí strčit informace až po nos.“

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ zájem o odlehčovací služby, zainteresování města do vzniku nové služby
- ⊗ hospic v Prachaticích je daleko, personální zajištění nové hospicové služby, finanční nákladnost, nutnost informační kampaně pro veřejnost

Respondent R7

Záznam části rozhovoru prosinec 2013:

„Rodiny se mne jako sociální pracovnice ptají na možnost hospicové péče, ale bohužel jsou často zklamáni. Mobilní péče u nás neexistuje, hospic v Prachaticích je daleko a paliativní lůžka v Jihlavě také. Několik rodin se zajímalo i o respitní péči, že by si potřebovali od pečování odpočinout. Pár rodin uvedlo, že nemají ani informace, neví, kam pro ně zajít, proto přišli za mnou.“

Záznam části rozhovoru únor 2016:

„Myslím, že ze záznamů se nedá přesně vyčíst potřebnost hospicové péče, jsou to informace z mých záznamů a rozhovory s rodinami i klienty o potřebnosti péče se odehrávají u lékařů na lůžkách i na ambulancích a to není nikde zaznamenané, což nelze, jsou to pouze rozhovory. Tudiž nelze zjistit přesné údaje, kolik osob mělo zájem například o hospic v Prachaticích a kolik ho následně využilo. Já mám k dispozici pouze údaje o klientech, které se dostali až ke mně. Nemocnice plně podporuje rozvoj paliativní péče, což je možné vidět jednak na velké spolupráci na komunitním plánování a hlavně na snaze otevřít v co nejbližší době oddělení paliativních lůžek. Oddělení by mělo mít 6 lůžek na jednolůžkových pokojích. Pokoje budou nadstandardně vybavené dle standardů hospicové paliativní péče: bezbariérové sociální zařízení, elektrická polohovací postel, TV, lednička, internet, signalizace, rozvod O2, klimatizace. Dále by měla vzniknout ambulance paliativní medicíny, která chce spolupracovat s již zaběhnutými home care agenturami a do budoucna pak zřídit vlastní terénní hospicovou službu, ale to je plán do daleké budoucnosti. V současné době se pracuje na otevření oddělení a ambulance a otevření je myslím plánované na léto. V současné době

probíhají jednání a plánování. Myslím, že zřízení paliativních lůžek přímo v nemocnici je výborné řešení, jednak z důvodu finančních, kdy nemocnice snáze tyto lůžka ufinancuje a hlavně jednak z hlediska veřejnosti. Řada lidí stále neví, co hospic je a bojí se ho a lůžka v nemocnici pro ně budou přijatelnější variantou. “

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ zájem o respitní péči, nelze zjistit přesné statistiky o potřebnosti péče, město má zájem o zřízení nové služby (viz komunitní plánování), otevření paliativních lůžek v nemocnici, otevření ambulance paliativní medicíny, plán nemocnice spolupráce s home care agenturami, plán nemocnice na zřízení vlastní mobilní hospicové služby
- ☹ neexistence mobilní hospicové péče ve městě, hospic v Prachaticích je daleko, paliativní lůžka v Jihlavě jsou daleko, veřejnost nemá informace, neznalost a strach veřejnosti ohledně hospicové péče

Respondent R8

Záznam části rozhovoru prosinec 2013:

„K rozhovoru doplňuji, že jako pečovatelská služba, nemám přehled o konkrétních počtech klientů, ale tito pacienti jsou také uživateli našich služeb. Pracovníci pečovatelské služby se při poskytování sociálních služeb v domácnosti potýkají s klienty (a nejen se seniory, ale s nemocnými bez ohledu na věk), o kterých se buď z jejich informace, nebo od příbuzných dozvědí o onkologické diagnóze. Při postupující nemoci se jak sami klienti našich služeb, tak především jejich rodina ptají na možnosti léčby, léčbu bolesti a důstojné podmínky pro konec života. Vždy doporučujeme v první řadě konzultaci s praktickými lékaři, jinak poskytujeme základní informace a kontakty o hospici v Prachaticích, nemocnici v Jihlavě, o mobilním hospicové péči v Třeboni a okolí a o léčbě bolesti specializované ambulanci v nemocnici v Jindřichově Hradci. Právě hospic v Prachaticích je pro pacienty z našeho regionu vzdálený, často slyšíme od příbuzných a rodin, že chtějí být se svými blízkými do poslední chvíle života co nejplněji. Dostalo se mi též informací, že v některých nemocnicích, např. v Liberci, Turnově, České Lípě, existují v rámci nemocnice tzv. rodinné pokoje s paliativní péčí,

kteře umožňují důstojný pobyt pacientům a jejich blízkým. Pečovateľská služba Ledax velmi podporuje myšlenku vybudování kamenného hospice v Jindřichově Hradci, za účelem zajištění paliativní péče v tomto regionu.“

Záznam části rozhovoru únor 2016:

„Ledax stále podporuje vznik kamenného hospice a paliativních lůžek, neboť dle poptávky klientů je tato služba v našem regionu stále žádaná.“

Shrnutí, klíčové informace:

- ☺ klienti hospicové péče jsou nejen onkologičtí pacienti ale i senioři, veřejnost chce informace o důstojných podmínkách při umírání a o léčbě bolesti, rodina chce mít umírající u sebe, vznik paliativních lůžek nebo rodinných pokojů v nemocnici, podpora vzniku lůžkového hospice nebo paliativních lůžek
- ☹ hospic v Prachaticích je daleko

4.3.2 Shrnutí výsledků rozhovorů

Tabulka 18 – Potřebnost hospicové péče

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
ano		x	x		x	x	x	x
ne	x							
nevím				x				

Zdroj: vlastní výzkum

Potřebnost hospicové péče na území ORP JH je jasně zřejmá, což vylpynulo ze 6 kladných odpovědí (R2, R3, R5 až R8). Respondent R1 si myslí opak: *„Peníze vložené do terénního hospice budou vynaložené zbytečně. Jak v Jindřichově Hradci tak v Třeboni je o umírající postaráno.“* Respondent R4 neví, jako moc je péče potřeba: *„Z pozice Centra nemohu přesně říci, jaká je potřebnost hospicové péče v našem okrese ... Nemám žádnou nebo velice špatnou zpětnou vazbu.“*

Tabulka 19 – Forma potřebné péče

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
mobilní		x		x		x	x	
lůžková	x		x		x			x
paliativní lůžka v nemocnici		x			x		x	x

Zdroj: vlastní výzkum

Forma potřebné péče je velice důležitý ukazatel, neboť o něm rozhodují dotazovaní respondenti z řad poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb díky svým zkušenostem v péči o umírající pacienty a právě oni nejlépe vědí, jaká služba ve městě chybí. K názoru na druh formy péče došlo k většinové shodě. Pouze 2 respondenti vidí příležitost jen v mobilní formě (R4 a R6). Respondenti R2 a R7 volí kombinaci mobilní a lůžkové varianty. Velká skupina názorů zastává především lůžkovou péči ať už formou přímo hospicové služby nebo v podobě paliativních lůžek v nemocnici. Nutnost pouze lůžkové formy podporují 4 dotazovaní respondenti (R1, R3, R5, R8).

Tabulka 20 – Problémy souvisejí s hospicovou problematikou

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
administrativa		x						
finance na provoz		x	x			x		
informovanost veřejnosti						x	x	
kompensační pomůcky					x			
nedostupnost služby					x		x	
nezkušenost personálu	x							
personální zajištění		x	x			x		
spolupráce s pojišťovnami	x	x						

státní podpora			x					
vzdálenost Prachatic a Jihlavy	x				x	x	x	x
zpětná vazba				x				

Zdroj: vlastní výzkum

Největší problém je spatřován v nedostupnosti lůžkové péče díky velké vzdálenosti hospice v Prachaticích a paliativních lůžek v Jihlavě (R1, R5 až R8). Jako druhý největší problém respondenti uvádějí finanční stránku provozu hospice (R2, R3, R6) a personální zajištění (R2, R3, R6), ať v podobě schopných lidí při zakládání nové služby nebo v dostupnosti lékařů s požadovaným vzděláním, kteří paliativní péči garantují. S finančními problémy souvisí i špatná spolupráce s pojišťovkami, kterou vidí 2 respondenti (R1 a R2) a respondent R3 se zaměřuje na legislativní otázku: „*Není vyřešené financování hospicové péče ze strany státu.*“ Mezi problémy spojené s hospicovou problematikou zařadili 2 respondenti (R6 a R7) i špatnou informovanost veřejnosti o této službě. Další 2 názory si myslí, že je ve městě hospicová péče nedostupná (R5 a R7). Za méně závažné problémy byla uvedena administrativa při zakládání nové služby (R2), problém se zapůjčováním polohovacích lůžek (R5), respondent R1 vyjádří i obavu nad nezkušeností mobilních hospicových týmů oproti agenturám domácí péče s dlouhodobou působností. Respondent R4 uvedl, že má špatnou zpětnou vazbu, kolik klientů nakonec doporučenou hospicovou službu využilo.

Tabulka 21 – Názorový posun v potřebnosti hospicové péče (2013 – 2015)

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
stále lůžková forma péče	x		x		x			x
přechod z mobilní f. na paliativní lůžka		x					x	
přechod z žádné formy na mobilní				x				
stále mobilní forma péče						x		

Zdroj: vlastní výzkum

Názorový posun na potřebnost hospicové péče na území ORP Jindřichův Hradec v letech 2013 až 2015 nevykazuje žádné zásadní výkyvy. Celkem 4 respondenti (R1, R3, R5, R8) nezměnili názor v potřebnosti péče lůžkovou formou. Na mobilní formě trvá v časovém odstupu pouze respondent R6. K názorovému posunu došlo u 3 z 8 dotazovaných. Respondenti R2 a R7 změnili názor, před mobilní péčí dávají přednost lůžkové formě v podobě paliativních lůžek v nemocnici. Respondent R4 dříve neměl názor na hospicovou péči, s odstupem dvou let a ze zkušeností s klienty podporuje vznik mobilní formy hospicové péče.

5 Diskuse

První část práce se zabývá vymezením potřebných pojmů v teoretické rovině. Mezi odborníky řešící geriatrická témata patří Kalvach a Haškovcová, problematiku stáří často řeší i Šiklová. Na fenomén hospicové péče jsou zaměřené Svatošová, Špinková nebo Munzarová. Paliativní péči se v České republice zabývá především Sláma a Kabelka. Téma umírání zpracovává Munzarová, Šiklová a mnoho dalších odborníků. Ze světových autorů jednoznačně velký přínos měla Kübler-Rossová se svými fázemi umírání, které sepsala na základě svých zkušeností s umírajícími lidmi.

Pro výzkum bylo vybráno 8 respondentů z poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb nejen z území ORP Jindřichův Hradec, které názory odborníků nevyvrací, naopak s nimi většinou plně souhlasí. Pro představu o organizacích je v první části výzkumu rozsáhlejší charakteristika, aby bylo zřejmé, že jde opravdu o poskytovatele, kterých se dané téma úzce týká, a tím poskytují na danou problematiku velice důležitý a cenný pohled.

Kübler-Rossová svým přehledem v podobě fází při umírání poskytla především lékařům, sociálním pracovníkům, ošetřujícímu personálu a duchovním užitečné informace o tom, jak jednat s umírajícími ale i s truchlícími pozůstalými. Myslím, že z charakteristiky poskytovatelů služeb, ze kterých bylo 8 respondentů, je jasné, že mají všichni s těmito fázemi umírání velké zkušenosti. Jeden respondent například uvádí, že služby umírajícím poskytuje již 20 let, což vypovídá o jeho velké odbornosti a profesionalitě.

V opakovaném průzkumu agentury STEM/MARK v letech 2011 a 2013, který byl vytvořen ve spolupráci s největším mobilním hospicem Cesta domů, uvedlo 78 % respondentů, že si přejí zemřít v domácím prostředí. Opak je pravdou, což dokazují data Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, která uvádí, že v letech 2011 až 2013 doma zemřelo cca 20 % Čechů. Data dále říkají, že v nemocnici umírá průměrně 60 % pacientů, asi 6,5 % v léčebném ústavu a zhruba 6 % v sociálním zařízení (viz *tabulka 4*). Podobný stav problému v navazujícím roce 2014 potvrzují

i data Českého statistického úřadu říkající, že v Jihočeském kraji zemřelo doma pouze 22,5 %, v nemocnici 62,6 % a v sociálním zařízení 8,3 % pacientů (viz tabulka 5). Znepokojivou situaci komentuje Haškovcová (2012, s. 36): „*Pokud dnes někdo začíná nebo končí svůj život ve vlastním domě, je to buď znak chudoby, nebo naopak zvláštní privilegium. Umírání a smrt se dostaly pod institucionální management lékařů a pohřebních služeb.*“ Skutečnost plně obsazených lůžek mohou doložit respondenti R2 a R7, jejichž organizace jsou lůžková pobytová zařízení. Zcela plnou kapacitu v Léčebně dlouhodobě nemocných a na Oddělení následné péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s potvrzuje i respondent R5: „*S ohledem na nedostatečný počet lůžek na těchto odděleních je však umístování nemocných častým problémem.*“

S umíráním v institucích souvisí i eutanazie. Odpůrkyně eutanazie Munzarová (2005) upozorňuje na zranitelnost umírajících v konečné fázi choroby a na snadné přijímání nápadu jiných lidí a bezmezná důvěrování lékařům. Zamítající názor na eutanazii má i Svatošová (2011, s. 134): „*Pomáhat v umírání ANO, pomáhat ke smrti NE.*“ Kapitulu o tomto problému uzavírá Kupka (2014), který zastává názor, že zkvalitnění paliativní péče a zvýšení její dostupnosti se jeví jako správný postup, který debatu o legalizaci eutanazie v České republice odsune stranou. Během rozhovorů s respondenty na toto téma nikdy nedošlo, neboť si myslím, že respondenti jako sociální a zdravotní pracovníci jsou podporovateli rozvoje hospicové péče a paliativní medicíny a mají stejný názor jako Kupka.

Haškovcová (2012) také upozorňuje na sociální smrt, kdy je člověk zdravý, ale chybí mu důležité mezilidské vztahy a apeluje na prevenci obzvláště u seniorů, kteří žijí sami. Demografické stárnutí je v dnešní době velice skloňovaný pojem, proto je mu v teoretické části práce věnována poměrně rozsáhlejší kapitola. A stejně jako Haškovcová, i jeden respondent výslovně uvádí, že se při poskytování sociálních a zdravotních služeb v domácnosti často setkávají s osamělými seniory.

Demografické stárnutí je jeden z důvodů, který také otvírá debatu o paliativní péči. Světová zdravotnická organizace upozorňuje, že podíl lidí ve věku nad 60 let se zvyšuje rychleji než jakákoli jiná věková skupina. Haškovcová (2010) tento fenomén označuje

jako „inflaci stáří“. Budoucí stárnutí České republiky dokazuje i prognóza věkového složení obyvatel v Jihočeském kraji pro rok 2030, kdy je věková „pyramida obyvatel“ postavena na špičku (viz graf 3). V roce 2014 byl věkový průměr v České republice 41,7 let a kolem tohoto čísla se pohybuje i ORP Jindřichův Hradec s průměrem 42,1 let (viz graf 4). Na ekonomický dopad stárnutí upozorňují například Sýkorová (2007), Haškovcová (2010, 2012), Henzler a Späth (2013) nebo Wija (2015). Péči o seniory lze kromě klasických forem služeb jako je institucionální, domácí nebo osobní péče řešit i jinými novými formami, které jsou již v západní Evropě zcela běžné. Henzler a Späth (2013) uvádí dvě nejrozšířenější formy, a sice Senior cohousing a ZeitBank.

Komunitní společné bydlení cohousing je pro seniory krásná představa, ale myslím, že tento způsob bydlení není pro území ORP Jindřichův Hradec možné a to hlavně díky finančním nákladům. Takto velký projekt v podobě komplexu se soukromými byty, užitkovou plochou a společnými prostory by město nikdy neufinancovalo a je to otázka spíše pro Jihočeský kraj nebo soukromého investora. Velkou naději vidím v systému ZeitBank, kdy by si navzájem mohli pomáhat starší občané hlavně příhraničních oblastí regionu. Některé části území jsou bez možnosti dojezdu pečovatelské a ošetrovatelské služby, takže by to mohla být pro občany alternativní možnost péče a i podpora sousedského společenství a prevence osamění.

Důležitým článkem v přípravě politiky na stárnutí obyvatel je komunitní plánování. Obce mají důležitou roli při ovlivňování národní politiky na základě jejich specifických a rozdílných zkušeností a požadavků (Wija, 2015). Posílení role obcí při plánování budoucnosti a návaznosti služeb pro seniory je důležité, protože obce mohou snadněji než jednotlivci iniciovat potřebné změny (Kalvach, Wija, 2015). Podrobnější popis komunitního plánování v Jindřichově Hradci je popsán v metodice této práce (viz kapitola 3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*). Plánování jsem se účastnila v letech 2013 a 2015, byla jsem součástí skupiny Senioři a průběh schůzek se mi velice líbil. Myslím, že toto komunitní plánování je vedené profesionálně a přistupuje se k němu velice zodpovědně a to z pohledu všech zainteresovaných stran.

Potřebnost hospicové péče si Městský úřad Jindřichův Hradec uvědomuje právě díky komunitnímu plánování, na kterém získává veškeré důležité podklady a statistické materiály přímo od poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb. Na základě vyhodnocení těchto informací město zaneslo do svého Komunitního plánu sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec 2015-2017 jak zřízení nového lůžkového hospice tak i vybudování Oddělení specializované paliativní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. Cíl vybudování lůžkového hospice si město dále uvedlo i do Strategického plánu města Jindřichův Hradec 2015-2020. Jsem si jista, že dojde k naplnění obou cílů, neboť za zřízením paliativního oddělení i následného lůžkového hospice stojí v Jindřichově Hradci potřebná skupina lékařů, schopných a ochotných dotáhnout věc do zrádného konce a budou věnovat rozvoji této péče velké úsilí.

V teoretické části práce prosazují rozvoj hospicové péče přední čeští odborníci hlavně z řad lékařů a zdravotnického personálu, s čímž kromě města Jindřichův Hradec souhlasí i Jihočeský kraj, který do svého Konceptu zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020 tuto problematiku zanesl. Kraj podporuje vznik paliativní a sociální péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. Zanesení rozvoje péče do městského i krajského plánování se tak stalo na základě iniciativy přímo z jindřichohradecké nemocnice, jejíž již zmínění lékaři ale i vedení nemocnice jsou o potřebnosti péče plně přesvědčeni a jejich postoj je podložen i statistickými čísly ohledně ontologických pacientů, která jsou zpracovány v analýze výzkumné části práce (*viz tabulky č. 14, 15, 16, 17*).

Potřebnost lůžkového zařízení hospicového typu i na území ORP Jindřichův Hradec potvrzují ve výzkumné části práce i názory respondentů, kteří vidí zřízení chybějícího lůžkového hospice nebo paliativních lůžek v nemocnici jako velký přínos pro budoucí péči. Konkrétně jsou pro lůžkový hospic 4 odpovědi a varianta paliativních lůžek přímo v nemocnici je podpořena také 4 názory (*viz tabulka 19*). V Jihočeském kraji je v současné době pouze jeden lůžkový hospic v Prachaticích (*viz tabulka 1*), který nabízí celkem 30 lůžek (*viz tabulka 2*). Zvyšující se zájem o lůžkový hospic v Prachaticích nebo paliativní lůžka v Jihlavě potvrzují i spolupracující poskytovatelé sociálních

a zdravotních služeb (viz *tabulka 10*), ze kterých nejvíce klientů do těchto zařízení odeslala Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. Bohužel velká vzdálenost lůžkového hospice v Prachaticích svědčí proti jeho častějšímu využívání, což v letech 2013 až 2015 ve výzkumu potvrdilo celkem 42 rodin (viz *tabulka 11*). Současně narůstá poptávka po odlehčovací službě, kterou v roce 2013 žádalo 16 klientů, v roce 2014 se o tuto službu zajímalo 20 rodin a následně v roce 2015 dalších 19 žadatelů, celkem tedy 55 klientů (viz *tabulka 12*). Bohužel konečné využití odlehčovací služby vzhledem k projevenému zájmu je pouze 13:55 (viz *tabulka 13*), což svědčí o nedostatečnosti nabídky této služby na území ORP Jindřichův Hradec. Respitní péče nabízí pečujícím přestávku na odpočnutí a nabrání sil k dalšímu dlouhodobému pečování (Haškovcová, 2010), kterou bohužel pečující v ORP JH nemohou využívat.

Mobilní hospic naopak umožní přání „zemřít doma“ a umožňuje neustálý kontakt umírajícího s rodinou (Kalvach, 2014). Tento názor zastává i několik dotazovaných respondentů, kteří uvádějí, že si rodiny chtějí nechat nemocného doma, aby s ním mohli být co nejvíce. Zájem o služby organizací pečujících o umírající doma potvrzuje nárůst počtu klientů, které organizace doprovodily (viz *tabulka 8*). Z tohoto přehledu je nutné odečíst počty zemřelých osob v nemocnici, neboť konkrétní respondent uvádí: „*Jsme nemocnice, data jsou pouze počty úmrtí osob s onkologickou diagnózou, pod pojmem „doprovodit“ si představuji něco jiného a ne to, jaká je současná péče v nemocničním prostředí.*“ Dalším ukazatelem potvrzujícím zájem tentokrát o mobilní péči je stoupající počet klientů, kteří na základě doporučení organizací respondentů využili služeb mobilního hospice v Třeboni (viz *tabulka 9*). Rozvoj této formy péče by uvítali celkem 4 respondenti (viz *tabulka 19*).

Stále narůstající počet pacientů s onkologickým onemocněním je jeden z důvodů zvyšující se potřeby paliativní péče. Rakovina patří k nejobávanějším onemocněním dnešní doby a je téměř nemožné najít rodinu, která by se s nádorem nesetkala (Svatošová, 2011). Názor Svatošové potvrzují i údaje Českého statistického úřadu, který uvádí, že počty zemřelých na novotvary v České republice jsou v letech 2012 až 2014 víceméně konstantní (viz *tabulka 3*). Stejně konstatování se dá říci i o počtu zemřelých

v Jihočeském kraji a i na území ORP Jindřichův Hradec. V roce 2011 byl podíl nově hlášených novotvarů v Jihočeském kraji vyšší než celorepublikový průměr (*viz graf 2*).

Narůstající počet onkologických nemocí potvrzují i statistická data Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., která je možná vidět ve výzkumné části práce. Vyrůstá počet onkologických pacientů i na území ORP Jindřichův Hradec. V roce 2013 zemřelo v nemocnici 56 pacientů s rakovinou a v roce 2015 už to bylo 94 pacientů (*viz tabulka 14*). Konstantní je počet pacientů Onkologické poradny Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s, kdy je ve sledovaném období roční průměr 1 341 pacientů (*viz tabulka 15*). Stejný počet pacientů ošetří přibližně každý rok i Ambulance bolesti s průměrem 512 pacientů ročně (*viz tabulka 16*). V dubnu 2014 vzniklo v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. nové oddělení Urgentní příjem, jehož data budou velice důležitá pro budoucí statistickou evidenci. Tímto oddělením prochází pacienti s onkologickou diagnózou ve fázi akutního zhoršení zdravotního stavu. U některých pacientů dochází k návštěvám tohoto oddělení opakovaně, neboť stavy akutního zhoršení pečující rodina i přes veškerou snahu doma obtížně zvládá. Tito pacienti končí ve většině případů na akutním lůžku nemocnice, po dobu nezbytně nutnou ke stabilizaci zdravotního stavu, přestože by si zasloužili odbornou paliativní péči. V roce 2014 byla po přepočtu měsíční návštěvnost 2,7 pacienta s onkologickou diagnózou a v roce 2015 už to bylo 6,3 pacienta měsíčně (*viz tabulka 17*). Právě tyto pacienti, u kterých již byla ukončena léčba, jsou potenciálními klienty hospicové paliativní péče. V roce 2013 Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. snížila počet akutních lůžek o 36 (z toho 13 na interním oddělení, kam jsou často onkologičtí pacienti s ukončenou léčbou umisťováni). Nové lůžkové zařízení hospicového typu by tak zoptimalizovalo využívání současného počtu akutních nemocničních lůžek.

Potřebnost nové hospicové služby vidí jednoznačně většina respondentů, tj. 6 z 8 dotazovaných osob (*viz tabulka 18*). Pouze 1 názor uvádí, že další rozvoj péče není potřeba a 1 respondent neví, neboť se s touto problematikou setkává velice zřídka a má velice špatnou zpětnou vazbu.

S rozvojem nové služby na území ORP Jindřichův Hradec nepřichází jen optimismus, ale je potřeba mluvit i o souvisejících problémech (*viz tabulka 20*). Jako největší problém současnosti respondenti uvedli právě nedostupnost lůžkové a paliativní péče (celkem 5 odpovědí). Jako druhý největší problém je spatřováno financování (3 odpovědi), které by snad bylo vyřešeno spoluprací tří velkých partnerů: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s, město Jindřichův Hradec a Jihočeský kraj. Na stejné pozici je uvedena obava o personální zajištění v podobě schopných lidí při zakládání služby a počet lékařů s požadovaným vzděláním. Jako další problém někteří respondenti (3 odpovědi) uvádějí špatnou spolupráci mobilních hospiců s pojišťovnami a špatný legislativní přístup státu. Jako méně důležité problémy byly zmíněny špatná informovanost veřejnosti, zapůjčování polohovacích lůžek nebo složitá administrativa při zakládání nové služby.

Problém informovanosti pečujících ohledně umírání a hospicové péče bych vyřešila mimo jiné odkazem na webové stránky hospice Cesta domů, o kterém je zmínka v teoretické části práce. Zmíněný hospic poskytuje velké množství souvisejících informací, ale především provozuje web Umírání.cz. Na tomto informačním portále je možné získat velice cenné rady pro nemocné, pečující i pozůstalé.

Problém financování hospicové péče je v teoretické části práce důkladněji rozebrán, neboť je to v současné době velice horké téma. Ministerstvo práce a sociálních věcí v dubnu 2016 vneslo návrh na změnu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a požaduje zanesení nového paragrafu, kde by byl hospic konečně definován jako sociálně zdravotní zařízení. Zároveň probíhá Pilotní program úhrad mobilní paliativní péče mapující veškeré náklady mobilní péče. Věřím, že ke změně zákona dojde, mobilní péče se ukáže levnější než umírání v institucích a že se postupně tyto fakta odrazí i na území ORP Jindřichův Hradec. V budoucnu snad statistika Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. bude vykazovat menší úmrtnost nejen onkologických pacientů, a že i v Jindřichově Hradci a okolí bude více lidí umírat doma s péčí mobilních hospiců a bude nastaven štedřejší systém úhrad dané péče.

Poslední část výzkumu je věnována názorovému posunu respondentů v potřebnosti hospicové péče na území ORP Jindřichův Hradec v letech 2013 až 2015. Mohu konstatovat, že názorový posun nevykazuje žádné zásadní změny (viz *tabulka 21*). Celkem 4 respondenti si stále myslím, že je potřeba lůžková forma péče a pouze 1 respondent prosazuje mobilní péči. K názorovému posunu došlo pouze u 3 dotazovaných respondentů. Z mobilní formy na podporu paliativních lůžek pod hlavičkou nemocnice přešly 2 názory a 1 respondent z původního postoje nenázoru se spíše kloní k potřebnosti mobilní péče.

Dle mého názoru výzkumná část práce plně potvrdila výroky v teoretické kapitole. Přední čeští odborníci propagují podporu hospicové paliativní péče a zlepšení péče o seniory. Stejný názor vyjadřují i respondenti z řad poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb na území ORP Jindřichův Hradec. Obsahová analýza dat materiálů organizací respondentů a stejně tak i statistická data poskytnutá Nemocnicí Jindřichův Hradec, a.s. potvrzují zvyšující se nárůst onkologického onemocnění, které v teoretické části práce konstatuje jednak Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky a jednak Český statistický úřad. Z analýzy dat rozhovorů lze vyčíst jednoznačnou potřebnost především lůžkové péče na daném území, čímž by se také nabídla nová služba formou respitních pobytů. Tato potřebnost je v teoretické části potvrzena přijatými dokumenty na regionální úrovni, ve kterých je s rozvojem péče v budoucnosti již počítáno. Jedná se o důležité projekty jak města Jindřichův Hradec v podobě komunitního plánu, tak především Jihočeského kraje a jeho koncepci zdravotnictví.

Neumím odhadnout, jak rychle bude rozvoj hospicové a paliativní péče na území ORP Jindřichův Hradec probíhat, ale myslím si, že vyspělý stát by se měl umět důstojně postarat o umírající a staré občany. A také se domnívám, že v tomto směru má Česká republika veliké mezery a v této oblasti by měl nastat velký rozvoj.

6 Závěr

Na závěr lze konstatovat, že potřebnost hospicové péče na území ORP Jindřichův Hradec potvrzují všechny zainteresované osoby nebo organizace: respondenti, organizace poskytující sociální a zdravotní služby, Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., město Jindřichův Hradec a Jihočeský kraj. Cílem diplomové práce bylo zjistit potřebnost péče a dílčím cílem bylo zjištění názorového posunu. Cíle byly splněny.

ORP Jindřichův Hradec je velké území na jihu Čech a má v příhraniční oblasti odlehlá městečka a vesničky, kde bude asi v budoucnu problém s péčí o staré nesamostatné a osamělé seniory. Z těchto důvodů považují rozvoj hospicové péče a paliativní medicíny za velice důležitý. Pokud na daném území vznikne lůžkový hospic nebo paliativní lůžka v nemocnici a dále se rozšíří nabídka mobilní péče, bude péče o staré občany zase o krůček zlepšena. Jistě se také uleví mnoha rodinám, které řeší péči o onkologicky nemocné příbuzné a jediný lůžkový hospic v Prachaticích v Jihočeském kraji je od Jindřichova Hradce vzdálen 95 km. Pro rodiny z ORP Jindřichův Hradec jsou tedy dostupnější paliativní lůžka v Nemocnici Jihlava se vzdáleností 40 km. Lůžkové zařízení hospicového typu v Jindřichově Hradci by tak bylo spádové minimálně pro okresy Jindřichův Hradec (92 000 obyvatel) a Tábor (103 000 obyvatel). Město Jindřichův Hradec si je tohoto problému vědomo, proto ve spolupráci s Nemocnicí Jindřichův Hradec, a.s. apeluje na Jihočeský kraj ohledně vybudování potřebných lůžek.

Zakladatelka hospicového hnutí v České republice Svatošová a přední český geriatr Kalvach uvádějí, že není pravda, že by rodiny nechtěly o své nemocné nebo staré příbuzné pečovat, oni prostě jen nemají informace, podmínky a prostředky, jak tuto péči zvládnout, neví na koho se obrátit o pomoc. Pokud si vezme Česká republika příklad za západních zemí, vybuduje kvalitní síť lůžkových a mobilních hospiců a zlepší finanční podmínky pro poskytovatele této služby, věřím, že dojde ke dvěma velkým pozitivům. Jednak lidé budou více umírat doma, tak jak si to většina přeje a dojde k odinstitucionalizaci smrti a kromě toho, že tato varianta je humánnější, tak se ukáže, že tato cesta je pro stát i finančně levnější.

7 Seznam informačních zdrojů

1. AGEISMUS.CZ. Projekt Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti pro ČR. *Ageismus.cz* [online] [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: <http://www.ageismus.cz/index.php@lang=cz.html>
2. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. *Asociacehospicu.cz* [online] [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/>
3. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ HOSPICOVÉ PALIATIVNÍ PÉČE. 2015. *Hospicová péče v ČR. Přehled lůžkových a domácích hospiců, kontakty, rozsah služeb, vložená mapa*. Praha: APHPP. ISBN neuvedeno
4. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Typy sociálních služeb. *Apsscr.cz* [online] [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/cz/asociace/typy-socialnich-sluzeb>
5. BIBLE. 2005. *Nový zákon*. 11. vydání podle vydání z r. 1985. Praha: Česká biblická společnost. ISBN 80-85810-37-9
6. CESTA DOMŮ. Pilotní program mobilní paliativní péče – tisková zpráva. *Cesta domu.cz* [online] [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/detail-clanek/pilotni-program-mobilni-paliativni-pecce-tiskova-zprava.html>
7. COHOUSING. *Cohousing.cz* [online] [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.cohousing.cz/co-je-cohousing/>
8. ČESKÁ SPOLEČNOST PALIATIVNÍ MEDICÍNY. Pilotní program mobilních hospiců. *Paliativnimedicina.cz* [online] [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/pilotni-program-mobilnich-hospicu>
9. ČESKÝ ROZHLAS. 2014. Nářamky, jež seniora rychle spojí se strážníky, se v Třeboni osvědčují. Město pořídí další. In: *Český rozhlas* [online] [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/zpravy/regiony/_zprava/naramky-jez-seniora-rychle-spoji-se-strazniky-se-v-treboni-osvedcuji-mesto-poridi-dalsi--1405948

10. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Czso.cz* [online] [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/domov>
11. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Senioři v Jihočeském kraji 2015. *Czso.cz* [online] [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20537754/33015015cela.pdf/051ecb7fb991-49e9-89c2-41643b6ad642?version=1.13>
12. ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk a kol. 2014. *Sociální gerontologie. Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada Publishing, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2
13. DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Dotisk 3. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0139-7
14. DOBRÁ PRAXE. 2014 Třeboň: Náramky seniory rychle spojí s pomocí. In: *Dobrá praxe* [online] [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.dobrapraxe.cz/cz/stripky/trebon-naramky-jez-seniora-rychle-spoj-se-stražníky-se-osvedcuji-mesto-poridi-dalsi>
15. DOMA NA VENKOVĚ. 2013. *Projekt „Doma na venkově – Vzdělávací program pro zvýšení konkurenceschopnosti venkovského obyvatelstva“*. Katovice: Otavan – spolek pro kulturu, ekologii a vzdělávání. ISBN 978-80-260-5448-1
16. DOMÁCÍ ZDRAVOTNÍ A HOSPICOVÁ PÉČE JINDŘICHŮV HRADEC – EVA ŠAFRÁNKOVÁ. *Domaci-zdravotni-pece.cz* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.domaci-zdravotni-pece.cz/>
17. DOMOV SENIORŮ JINDŘICHŮV HRADEC. *Dsjh.cz* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.dsjh.cz/>
18. EUROSTAT. Still 1 in 4 deaths caused by cancer in the EU. *Ec.europa.eu* [online] [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7149996/3-03022016-BP EN.pdf>
19. FRICOVÁ, Jitka, ROKYTA, Richard. 2015. Lékař, pacient a bolest. In: BARTŮNĚK, Petr, PTÁČEK, Radek a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5788-9

20. GOLDMAN, Linda. 2015. *Jak s dětmi mluvit o smrti*. Praha: Portál, 88 s. ISBN 978-80-262-0819-8
21. GREGOROVÁ, Eva. Sdílené seniorské bydlení s doprovodnou sociální službou – nová možnost pro Brno? In: *Smart Cities Magazine* [online] 3/2014 [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.scmagazine.cz/casopis/03-14/sdilene-seniorske-bydleni-s-doprovodnou-socialni-sluzbou-nova-moznost-pro-brno?locale=cs>
22. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9
23. HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2012. *Sociální gerontologie, aneb Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8
24. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
25. HENNZEL, Marie de. 1997. *Smrt zblízka. Umírající nás učí žít*. Praha: ETC Publishing. ISBN 80-86006-15-8
26. HENZLER, Herbert a SPÄTH, Lothar. 2013. *Soužití generací. Proč nejsou staří lidé problémem, ale řešením*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika. ISBN 978-80-7357-987-6
27. HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*, 3. přepracované a doplněné vydání, Praha: EV public relations, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8
28. HOSPICE. *Hospice.cz* [online] [cit. 2016-3-31]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/adresar-hospicu/>
29. HOSPICOVÁ PÉČE SV. KLEOFÁŠE TREBOŇ. *Hospic.kleofas.cz* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://hospic.kleofas.cz/>
30. HUNEŠ, Robert. Hospicová péče v ČR. In: *Konference – Den hospicové a paliativní péče*, Jihlava: Dělnický dům, 6.4.2016. Ústní sdělení
31. HUNEŠ, Robert. Re: *počet hospiců v ČR* [elektronická pošta] Message to: Michaela Kučerová. 6. dubna 2016 [cit. 2016-04-06]. Osobní komunikace
32. INSTITUT DŮSTOJNÉHO STÁRNUTÍ. Diakonie Českobratrské církve evangelické. Jeden ze čtyř lidí v EU umírá na rakovinu. *Dustojnestarnuti.cz*

- [online] [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/zdravi/jeden-ze-ctyr-lidi-v-eu-umira-na-rakovinu/>
33. JANDOUREK, Jan. 2001. *Sociologický slovník*. Praha: Portál. 288 s. ISBN 80-7178-535-0
34. JANKOVSKÝ, Jiří. 2014. Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace. In: PFEIFFER, Jan a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-461-2
35. JEŘÁBEK, Hynek a kol. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství, 317 s. ISBN 97-80-7419-117-6
36. JIHOČESKÉ CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ A SENIORY. *Jczps.webnode.cz* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://jczps.webnode.cz/>
37. JIHOČESKÝ KRAJ. Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020. *Kraj-jihocesky.cz* [online] [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: http://www.kraj-jihocesky.cz/2093/koncepce_zdravotnictvi_jihoceskeho_kraje_na_obdobi_2015_8211_2020.htm
38. KALVACH, Zdeněk a kol. 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Diakonie Českobratrské církve evangelické, 100 s. ISBN 978-80-87953-08-2
39. KALVACH, Zdeněk, WIJA Petr a kol. 2015. *Systém Integrovaných Podpůrných Služeb. Nástin uplatnění modelu SIPS v obcích*. Diakonie Českobratrské církve evangelické, Institut důstojného stárnutí [online] [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/data/011/001323.pdf>
40. KALVACH, Zdeněk. 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty. Pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3
41. KALVACH, Zdeněk. 2014. Poválečnou generaci jsme vyždímali. In: *Lidové noviny* [online] [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: http://relax.lidovky.cz/povalecnougeneracijsmevyždimalid64/zdravi.aspx?c=A141016_145953_ln-zdravi_ele

42. KALVACH, Zdeněk. 2015. Základní pojmy, fenotyp stáří, principy přístupu ke stáří. In: *Metodický portál RVP.CZ* [online] [cit. 2016-02-08]. Dostupné z: http://clanky.rvp.cz/wp-content/upload/prilohy/18959/priloha_k_uvodu_ii_a.pdf
43. KDU-ČSL BRNO. 2015. Projekt „Sdílené seniorské bydlení“ získal významné ocenění. *Kduprobrno.cz* [online] [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.kduprobrno.cz/novinky/projekt-sdilene-seniorske-bydleni-ziskal-vyznamne-oceneni-2891/>
44. KDU-ČSL. 2015. Sdílené seniorské bydlení je mezi inovacemi roku. *Kdu.cz* [online] [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: <http://www.kdu.cz/aktualne/archiv/2015/sdilene-seniorske-bydleni-je-mezi-inovacemi-roku>
45. KRISTINA VOKÁČOVÁ – AGENTURA SESTER. *Nastarakolena.cz* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.nastarakolena.cz/detail/kristina-vokacova-agentura-sester-884/>
46. KÜBLER-ROSOSVÁ, Elisabeth, KESSLER, David. 2013. *Lekce života. O tajemství lidského bytí*. Brno: Jota. ISBN 978-80-7462-327-1
47. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. 2013. *Přežít svou smrt*. Liberec: Dialog, 112 s. ISBN 978-80-7424-058-4
48. KUPKA, Martin. 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada Publishing, 261 s. ISBN 978-80-247-4650-0
49. LIFETIME HOMES. Adaptable Design for Life. *Lifetimehomes.org.uk* [online] [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://www.lifetimehomes.org.uk/>
50. MARKOVÁ, Alžběta a kol. 2009. *Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní týmy*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-254-4552-5
51. MESADA. *Mesada.eu* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.mesada.eu/>
52. MĚSTSKÝ ÚŘAD JINDŘICHŮV HRADEC. Akční plán pro rok 2016. *Jh.cz* [online] [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.jh.cz/cs/mestsky-urad/odbory-uradu/odbor-socialnich-veci/komunitni-planovani/akcni-plan-pro-rok-2016.html>

53. MĚSTSKÝ ÚŘAD JINDŘICHŮV HRADEC. Komunitní plán sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec 2015-2017. *Jh.cz* [online] [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.jh.cz/cs/mestsky-urad/odbory-uradu/odborsocialnichveci/komunitni-planovani/kpss-v-jh-2013-2015/>
54. MĚSTSKÝ ÚŘAD JINDŘICHŮV HRADEC. Strategický plán rozvoje města Jindřichův Hradec 2015-2020. *Jh.cz* [online] [cit. 2016-04-05]. Dostupné z: <http://www.jh.cz/cs/plan-rozvoje/>
55. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2015. Metodika vytváření místních a krajských akčních plánů podpory pozitivního, aktivního a zdravého stárnutí. *Mpsv.cz* [online] [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/23616/1_Metodika_akcni_plany.pdf
56. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. *Mpsv.cz* [online] [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf
57. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Politika přípravy na stárnutí v České republice 2015. *Mpsv.cz* [online] [cit. 2016-02-16]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/24024/Brozura_staruti_screen.pdf
58. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Iregistr.mpsv.cz* [online] [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1460111599276_26
59. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Sociální dopady onkologických onemocnění. *Mpsv.cz* [online] [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8472>
60. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Druhy zdravotní péče. *Mzcr.cz* [online] [cit. 2016-04-08]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html
61. MUNZAROVÁ, Marta. 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, 108 s. ISBN 80-247-1025-0

62. MUNZAROVÁ, Marta. 2008. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-304-3
63. NÁRODNÍ SÍŤ ZDRAVÝCH MĚST ČR, tematický web. Města přátelská seniorům. *Mestoseniorum.cz* [online] [cit. 2016-02-18]. Dostupné z: <http://mestoseniorum.cz/>
64. NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC. *Nemjh.cz* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.nemjh.cz/>
65. PEČOVATELSKÁ SLUŽBA LEDAX. *Ledax.cz* [online] [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.ledax.cz/>
66. PILÁT, Miroslav. 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 200 s. ISBN 978-80-262-0932-4
67. *Práce a sociální politika*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016, č. 3. ISSN 0049-0962
68. PRŮCHA, Jan, VETEŠKA, Jaroslav. 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3060-1
69. RIVOIREOVÁ, Bénédicte. 2007. *Naděje tváří v tvář umírání*. Praha: Paulínky. ISBN 978-80-86949-27-7
70. ROSENBERG, Martina. 2016. *Mami, když už konečně umřeš?* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1017-7
71. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří. 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-849-0
72. SOCIÁLNÍ NADAČNÍ FOND MĚSTA BRNA „DOMOVY POTŘEBNÝCH“. Problematika bydlení s doprovodnou sociální službou. *Socialniprace.brno.cz* [online] 2012 [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studiebydlenidss.pdf>
73. STRAUSS, Anselm, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert, 196 s. ISBN 80-858-3460-X
74. SVATOŠOVÁ, Marie. 2011. *Hospice a umění doprovázet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 149 s. ISBN 978-80-7195-580-1

75. SÝKOROVÁ, Dana. 2007. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-62-5
76. ŠANDEROVÁ, Jadwiga. 2005. *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách*. Praha: Sociologické nakladatelství, 209 s. ISBN 80-86429-40-7
77. ŠIKLOVÁ, Jiřina. 2013. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-197-4
78. ŠPINKOVÁ, Martina. 2013. *Jak být nablízku*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-5-0
79. ŠTŮSEK, Petr. *Hospicová péče v ČR*. Jindřichův Hradec: 2014. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta managementu, Katedra managementu
80. TOTEM. Regionální dobrovolnické centrum. Sousedé 55+. *Totem-rdc.cz* [online] [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.totem-rdc.cz/dobrovolnictvi/sousedede-55>
81. UMÍRÁNÍ.CZ. Informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé. *Umirani.cz* [online] [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/>
82. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Národní onkologický registr. *Uzis.cz* [online] [cit. 2016-03-28]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/registry-nzis/nor>
83. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Uzis.cz* [online] [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
84. VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2008. *Stárnutí, věk a diskriminace – nové souvislosti*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4627-6
85. VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2005. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Brno: VÚPSV. ISBN neuvedeno
86. VITOŇ, Jan. 2014. Dítě s postižením, rodina a smrt. In: VELEMÍNSKÝ, Miloš, VITOŇ, Jan. *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí – jeho reflexe v umělecké literatuře*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-844-3
87. VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ. Fakulta managementu. U3V *Fm.vse.cz* [online] [cit. 2016-02-15]. Dostupné z: <http://www.fm.vse.cz/verejnost/u3v/>
88. WIJA, Petr. 2015. Město pro všechny generace: Role samospráv v podpoře aktivního stárnutí v komunitě. In: *Metodický portál RVP.CZ* [online] [cit. 2016-02-

- 18]. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/s/Z/20629/MESTO-PRO-VSECHNY-GENERACE-ROLE-SAMOSPRAV-V-PODPORE-AKTIVNIHO-STARNUTI-V-KOMUNITE.html/>
89. WIJA, Petr. Nesmělé odhalování tématu stáří. In: *Český Bratr* [online] 11/2015 [cit. 2016-03-29]. Dostupné z: <http://www.ceskybratr.cz/archives/9372>
90. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ageing. *Who.int* [online] [cit. 2016-02-26]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/ageing/en/>
91. WORLD HEALTH ORGANIZATION EUROPE. 2011. *Palliative care for older people: better practices*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. ISBN 978-92-890-0224-0
92. ZDRAVOTNICKÝ DENÍK. Víme první: pilot k domácím hospicům bude prodloužen do konce roku. *Zdravotnickýdenik.cz* [online] [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/01/vime-prvni-pilot-k-domacim-hospicum-bude-prodlouzen-do-konce-roku/>
93. ZEIT BANK 55+. Wie funktioniert eine Mitgliedschaft? *Zeitbank.at* [online] [cit. 2016-02-28]. Dostupné z: <http://www.zeitbank.at/zeitbank/showArticle.php?nr=16&amount=one>
94. ŽIVOT 90. Projekt Žít déle doma. *Zitdeledoma.cz* [online] [cit. 2016-02-09]. Dostupné z: <http://zitdeledoma.cz/>

Přílohy

- Příloha 1 Přehled lůžkových a domácích hospiců v ČR, které jsou členy Asociace poskytovatelů hospicové a lůžkové péče (APHPP), stav k 31.3.2016
- Příloha 2 Účastníci Pilotního programu mobilní specializované paliativní péče
- Příloha 3 Půdorys sdíleného bydlení pro seniory v Essenu, Německo
- Příloha 4 Popis bytu neziskové organizace Sammaritan Vienna
- Příloha 5 Seznam obcí ORP JH
- Příloha 6 Komunitní plán sociálních služeb Jindřichův Hradec 2015-2017
Služby pro seniory
- Příloha 7 Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020
Strana 57
- Příloha 8 Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020
Strana 91
- Příloha 9 Zástupci poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb tvořící pracovní skupinu Senioři v rámci Komunitního plánování sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec na období 2013-2015 a 2015-2017

**Příloha 1 Přehled lůžkových a domácích hospiců v ČR, které jsou členy
Asociace poskytovatelů hospicové a lůžkové péče (APHPP)
(stav k 31.3.2016)**

	Název	Město
1	Domácí hospic RUAH	Benešov
2	Hospic sv. Alžběty	Brno
3	Domácí hospic Tabita	Brno
4	Lůžkový hospic Dobrého Pastýře Čerčany	Čerčany
5	Domácí hospic Dobrého Pastýře Čerčany	Čerčany
6	Hospic Anežky České	Červený Kostelec
7	Mobilní hospic Anežky České	Červený Kostelec
8	Hospic Frýdek-Místek	Frýdek-Místek
9	Domácí hospic Duha	Hořice
10	Domácí hospic Dobrého Pastýře	Hořovice
11	Hospic sv. Zdislavy	Liberec
12	Domácí hospic sv. Zdislavy	Liberec
13	Hospic sv. Štěpána	Litoměřice
14	Domácí hospic sv. Štěpána	Litoměřice
15	Nadační fond Klíček - dětský hospic	Malejovice
16	Hospic v Mostě	Most
17	Domácí hospic Vysočina	Nové Město na Moravě
18	Hospic na Svatém Kopečku	Olomouc
19	Hospic sv. Lukáše	Ostrava
20	Mobilní hospic Ondrášek	Ostrava
21	Hospic sv. Lazara	Plzeň
22	Hospic Štrasburk	Praha
23	Hospic sv. Jana N. Neumanna	Prachatice
24	Domácí hospic Jordán	Tábor
25	Sdílení	Telč
26	Hospic Citadela	Valašské Meziříčí

Zdroj: APHPP, vlastní zpracování

Příloha 2 Účastníci Pilotního programu mobilní specializované paliativní péče

1. Diecézní charita Brno – pracoviště Rajhrad a Třebíč
2. Hospic sv. Alžběty – Brno
3. Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu – Zlín
4. Domácí hospic Cesta domů – Praha
5. Občanské sdružení Most k domovu – Praha a Praha-západ
6. Oblastní charita Červený Kostelec
7. Mobilní hospic Ondrášek – Ostrava



Zdroj: Česká společnost paliativní medicíny, 2016, vlastní zpracování

Příloha 3 Půdorys sdíleného bydlení pro seniory v Essenu, Německo



Zdroj: Gregorová, 2014, Smart Cities

Příloha 4 Popis bytu neziskové organizace Sammaritan Vienna

„Jedná se o velký bytový prostor v posledním patře bytového domu s výtahem, který je rozdělen na soukromé prostory a na společnou část s velkou kuchyní, obývací jídelnou, odděleným prostorem pro sledování televize a technickou místností s pračkou a sušičkou. Soukromé prostory představuje osm samostatných pokojů pro 8–9 obyvatel. Součástí každého pokoje je i sociální zařízení (WC a sprchový kout) a balkon. Celý byt je bezbariérový. Majitelem bytu je město Vídeň, které také financovalo rekonstrukci. Nezisková organizace je nájemcem bytu a jednotlivé pokoje seniorům pronajímá. Nezisková organizace dále zprostředkovává seniorům nákup sociálních či sociálně-zdravotních služeb (nejsou v ceně nájmu a nájemník si je kupuje podle svých potřeb). V ceně nájmu jsou energie, voda a úklid společných prostor. Na chod této sdílené domácnosti dohlíží podle potřeby sociální pracovník neziskové organizace, který se stará o potřeby obyvatel bytu (včetně základního sociálního, právního a finančního poradenství) a facilituje dle potřeby i vzájemné vztahy obyvatel bytu. Klíčové pro úspěšné provozování sdíleného bytu je zajištění soukromí každého obyvatele a zároveň sdílení vhodných společných aktivit (vzájemná výpomoc, jako je nákup či vaření, stravování, společenské aktivity atd.).“

Zdroj: Gregorová, 2014, Smart Cities

Příloha 5 Seznam obcí ORP JH

1	Bednárec
2	Bednářeček
3	Blažejov
4	Bořetín
5	Březina
6	Číměř
7	Člunek
8	Deštná
9	Dívčí Kopy
10	Dolní Pěna
11	Dolní Žďár
12	Doňov
13	Drunče
14	Hadravova Rosička
15	Hatín
16	Horní Pěna
17	Horní Radouň
18	Horní Skrýchov
19	Hospřiz
20	Jarošov nad Nežárkou
21	Jilem
22	Jindřichův Hradec
23	Kačlehy
24	Kamenný Malíkov
25	Kardašova Řečice
26	Kostelní Radouň
27	Kunžak
28	Lásenice
29	Lodhěšov
30	Nová Bystřice

31	Nová Olešná
32	Nová Včelnice
33	Okrouhlá Radouň
34	Pístina
35	Plavsko
36	Pleše
37	Pluhův Žďár
38	Polště
39	Popelín
40	Příbraz
41	Ratiboř
42	Rodvínov
43	Roseč
44	Rosička
45	Staré Město pod Landštejnem
46	Stráž nad Nežárkou
47	Strmilov
48	Střížovice
49	Světce
50	Újezdec
51	Velký Ratmírov
52	Vícemil
53	Višňová
54	Vlčetínek
55	Vydří
56	Záhoří
57	Zahrádky
58	Žďár

Zdroj: ČSÚ, 2015, vlastní zpracování

• **SLUŽBY PRO SENIORY**

Přehled opatření a aktivit

1.1. Zachování stávajících pobytových služeb pro seniory

- 1.1.1. Zachování služby typu domov pro seniory (§49) v DS J. Hradec
- 1.1.2. Zachování služby typu domov se zvl. režimem (§50) v DS J. Hradec
- 1.1.3. Zachování Oddělení sociálních lůžek v Nemocnici J. Hradec (§52)

1.2. Zachování stávajících terénních a ambulantních služeb pro seniory

- 1.2.1. Zachování pečovatelské služby Ledax (§40)
- 1.2.2. Zachování sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením (§66)
- 1.2.3. Zachování služby osobní asistence (§39)
- 1.2.4. Zachování služby domácí hospicové péče (§37, §44)

2.1. Zřízení lůžkového hospice v J. Hradci či Odd. Specializované paliativní péče

- 2.1.1. Souhlas KÚ – JČ kraje se zřízením Odd. Specializované paliativní péče při Nemocnici J. Hradec, a.s.
- 2.1.2. Rekonstrukce budovy současné LDN v J. Hradci
- 2.1.3. Zprovoznění Odd. Specializované paliativní péče v J. Hradci

2.2. Zajištění dostatku míst v zařízení typu domov se zvláštním režimem

- 2.2.1. Zajištění míst v zařízení typu domov se zvláštním režimem (§50)

3.1. Doplnkové aktivity pro seniory

- 3.1.1. Zachování stávajících dobrovolnických programů

• **Priorita 2. Rozvoj systému poskytovaných služeb pro seniory**

Číslo a název opatření:	2.1. Zřízení lůžkového hospice v J. Hradci či Odd. specializované paliativní péče
Výchozí priorita:	2. Rozvoj systému poskytovaných služeb pro seniory
Stručný popis opatření:	Cílem nově vzniklé NNO, s názvem Hospic Nova Domus, z.ú., je uvést do praxe principy hospicové paliativní péče, vybudováním a provozováním hospice, kde bude pečováno o pacienty v terminálním stádiu nevléčitelné nemoci a jejich rodinné příslušníky a blízké. Cílem je zmírnit tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu celé rodině nejen v období pacientova umírání, ale i po jeho úmrtí. Stále vyšší procento obyvatel se potýká s onkologickým onemocněním v jeho preterminální či terminální fázi.

	<p>Zvyšující se potřebu paliativní péče potvrzují také organizace zajišťující domácí péči a pečovatelskou službu. Z výzkumu provedeného mezi těmito organizacemi vyplývá velká podpora zřízení lůžkového hospice. Nejbližší terénní hospic je v Třeboni, Telči a Táboře. Jediný lůžkový hospic v jižních Čechách je v Prachaticích. Podle výše zmíněného průzkumu však cca 10 lidí z ORP J. Hradec každoročně odmítá službu v Prachaticích vzhledem k velké vzdálenosti.</p> <p>Chybí také respitní služby lůžkových zařízení pro nevyлéčitelně nemocné, aby si mohla rodina, pečující o takto nemocného blízkého, na čas odpočinout a nabrat síly do další péče. Agentury domácí péče v Jindřichově Hradci zaznamenávají značnou poptávku svých pacientů po respitních lůžkách v zařízení nabízejícím hospicovou paliativní péči.</p>
Aktivity vedoucí k naplnění opatření:	<p>2.1.1. Souhlas KÚ – JČ kraje se zřízením Odd. Specializované paliativní péče při Nemocnici J. Hradec, a.s.</p> <p>2.1.2. Rekonstrukce budovy současné LDN v J. Hradci</p> <p>2.1.3. Zprovoznění Odd. Specializované paliativní péče v J. Hradci</p>
Číslo a název aktivity:	2.1.1. Souhlas KÚ – JČ kraje se zřízením Odd. Specializované paliativní péče při Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s.
Charakteristika aktivity:	Vedení Jihočeského kraje byla v letošním roce předána zpráva – Analýza potřebnosti lůžkového hospice na území správního obvodu obce s rozšířenou působností Jindřichův Hradec. Dále byl ve spolupráci s vedením nemocnice v J. Hradci připraven projekt zřízení Odd. Specializované paliativní péče. Jednání pokračují i v roce 2016.
Realizátor:	Hospic Nova Domus, z.ú., Nemocnice Jindřichův Hradec, a s.
Spolupráce:	Vedení města J. Hradce, KÚ JČ kraje
Číslo a název aktivity:	2.1.2. Rekonstrukce budovy současné LDN v J. Hradci
Charakteristika aktivity:	Objekt musí projít rekonstrukcí dle standardů hospicové péče a následného provozu. Pro tuto akci je třeba získat dostatečné zdroje z finančních rezerv Města JH, JČ kraje, ev. Nemocnice JH, a.s., dotací, grantů a dalších forem fundraisingu.
Realizátor:	Hospic Nova Domus, z.ú., Nemocnice Jindřichův Hradec, a s.

Spolupráce:	Vedení města J. Hradce, KÚ JČ kraje
Časový harmonogram:	2017 a dále
Finanční zdroje:	
Investice	12 mil. Kč
Číslo a název aktivity:	2.1.3. Zprovoznění Odd. Specializované paliativní péče v J. Hradci
Charakteristika aktivity:	<p>Odd. specializované paliativní péče počítá se zřízením 6ti paliativních hospicových lůžek a Ambulance paliativní péče.</p> <p>Spádová oblast: J. Hradec, Třeboň, Dačice</p> <p>Poskytované služby:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Symptomatická a ošetrovatelská péče, 24 hodin denně, 7 dní v týdnu - Poradenství klientům a jejich rodinám - Sociální, psychologická a duchovní péče - Osvětová a edukační činnost - Práce s dobrovolníky - Nabídka odlehčovacích služeb - Půjčovna kompenzačních pomůcek <p>Doprovázení a podpora pozůstalých nejméně 12 měsíců po úmrtí pacienta.</p>
Realizátor:	Hospic Nova Domus, z.ú., Nemocnice Jindřichův Hradec, a s.
Časový harmonogram:	2017 a dále
Finanční zdroje:	Město Jindřichův Hradec, Nemocnice J. Hradec a.s., granty, dotace,
Provozní náklady celkem	cca 3 000,-Kč/lůžko/den – vč. režijních a mzdových nákladů
Výstupy:	Zajištění péče o nevléčitelně nemocné pacienty a jejich blízké.

Zdroj: Komunitní plán sociálních služeb OPR Jindřichův Hradec 2015-2017, s. 64

Příloha 7 Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020
Strana 57

Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. – pro rok 2015 plánuje nemocnice rozšíření oddělení hemodialýzy o 6 lůžek s celkovým nákladem 3 mil. Kč, výstavbu výdejny lékárny a PZT s celkovou investicí 7,5 mil. Kč, zahájení výstavby pavilonu dětského oddělení a centrálních laboratoří s investicí 20 mil. Kč, rekonstrukci vodoléčby za 5 mil. Kč, zateplení pavilonu A a pavilonu PAO za 12 mil. Kč a dále pak výstavbu infuzního centra 0,3 mil. Kč.

V roce 2016 je plánováno dokončení výstavby DEO s celkovou investicí 50 mil. Kč., modernizace technologie stravovacího provozu za 16 mil. Kč. Bude provedena rekonstrukce Pavilonu A na oddělení následné a rehabilitační péče za 15 mil. Kč.

V roce 2017 plánuje nemocnice dokončení výstavby Pavilonu centrálních laboratoří a DEO za 65 mil. Kč. Završením plánovaných staveb bude dokončen monoblok pro poskytování akutní péče, Pavilon A se stane místem pro poskytováním následné a rehabilitační péče. Budova pavilonu v ulici Československých legií bude využívána pro poskytování paliativní a sociální péče.

Zdroj: Koncepce zdravotnictví Jihočeského kraje na období 2015-2020, s. 57

28 Další doporučení

S ohledem na stárnoucí populaci a zdravotní stav obyvatelstva dále doporučujeme, v návaznost na doporučení navýšit počty lůžek následné péče, podporu rozvoje paliativní péče, hospicové péče a péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Současně je nutné počítat s nárůstem migrace obyvatel kraje za zdravotními (především specializovanými) službami do okresních měst a krajského města, přičemž je nutné zohlednit, že stárnoucí populace se obtížněji samostatně dopravuje do zdravotnických zařízení a zvýšení nákladů na zdravotnickou dopravní službu není jevem žádoucím. Naopak zajištění kvalitní dopravní infrastruktury by situaci migrace za zdravotními službami příznivě ovlivnila. Jednou z možných cest je podpora rozvoje dopravní infrastruktury („zdravotní taxi“). Nejedná se o zdravotnickou dopravní službu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, ale o podporu vzniku „zdravotních taxislužeb“, kdy by pacient byl dopraven (event. více pacientů najednou) za poskytovatelem zdravotních služeb, se kterým by se dohodl a obec by hradila např. poměrnou část nákladů na dopravu tam a zpět do zařízení. Nebyl by tedy vyvíjen tak silný tlak občanů obcí na zajištění zdravotních služeb v místě.

Příloha 9 Zástupci poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb tvořící pracovní skupinu Senioři v rámci Komunitního plánování sociálních služeb ORP Jindřichův Hradec na období 2013-2015 a 2015-2017

	Název	Město
1	Domácí péče - Třeboň	Třeboň
2	Domácí péče Dačice, s.r.o.	Dačice
3	Domácí zdravotní a hospicová péče JH – Eva Šafránková	J. Hradec
4	Domácí zdravotní péče Vlasta Bačáková	Dačice
5	Domov seniorů Jindřichův Hradec	J. Hradec
6	Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň, o.p.s.	Třeboň
7	Jihočeské centrum pro zdravotně postižené a seniory, o.p.s.	J. Hradec
8	Kristína Vokáčová – Agentura sester	J. Hradec
9	Mesada, občanské sdružení	J. Hradec
10	Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	J. Hradec
11	Pečovatelská služba Ledax, o.p.s.	J. Hradec
12	Sdílení o.p.s.	Telč

Zdroj: vlastní výzkum

Seznam grafů, schémat a tabulek

Graf 1	Hospice v krajích v roce 2013
Graf 2	Hlášená onemocnění zhoubnými novotvary podle pohlaví a kraje v roce 2011 (na 100 000 mužů/žen)
Graf 3	Současné a předpokládané věkové složení obyvatelstva Jihočeského kraje (projekce k 1.1.2030)
Graf 4	Průměrný věk obyvatel správních obvodů ORP Jihočeského kraje (stav k 31.12.2014)
Schéma 1	Kvalita života v situaci pokročilého nevyléčitelného onemocnění
Schéma 2	Fáze umírání podle Kübler-Rossové
Schéma 3	Zapojení krajské a obecní samosprávy do procesu tvorby a realizace politiky stárnutí
Schéma 4	Témata politiky přípravy na stárnutí na úrovni městské samosprávy
Schéma 5	Mapa území ORP Jindřichův Hradec
Tabulka 1	Počet hospiců v Jihočeském kraji (stav k 31.3.2016)
Tabulka 2	Hospic v Jihočeském kraji v letech 2009 – 2013
Tabulka 3	Počet zemřelých na novotvary (dg. C00 – D48) v letech 2012 – 2014
Tabulka 4	Zemřelí podle místa úmrtí v ČR v letech 2011 – 2013 (v %)
Tabulka 5	Zemřelí podle místa úmrtí v Jihočeském kraji v roce 2014 (v %)
Tabulka 6	Seznam spolupracujících zástupců poskytovatelů zdravotní a sociální péče na území ORP Jindřichův Hradec
Tabulka 7	Oblasti analýzy dat
Tabulka 8	Počet klientů, které Vaše organizace doprovodila
Tabulka 9	Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili služeb terénního hospice (Hospice vyplnili již v předchozí otázce)

- Tabulka 10 Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili služeb lůžkového hospice nebo paliativních lůžek v nemocnici v Jihlavě
- Tabulka 11 Počet lidí, kteří měli zájem o lůžkový hospic, ale službu nevyužili kvůli vzdálenosti
- Tabulka 12 Počet lidí, kteří projevíli zájem o pobytovou odlehčovací službu
- Tabulka 13 Počet lidí, kteří na základě doporučení Vaší organizace využili pobytovou odlehčovací službu
- Tabulka 14 Počet úmrtí onkologických pacientů na akutním lůžku v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s v období 2013 – 2015
- Tabulka 15 Počet pacientů Onkologické poradny Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. v období 2013 – 2015
- Tabulka 16 Počet pacientů Ambulance bolesti Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. v období 2013 – 2015
- Tabulka 17 Počet onkologických pacientů na oddělení Urgentní příjem Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. v období 2014 – 2015
- Tabulka 18 Potřebnost hospicové péče
- Tabulka 19 Forma potřebné péče
- Tabulka 20 Problémy související s hospicovou problematikou
- Tabulka 21 Názorový posun v potřebnosti hospicové péče (2013 – 2015)