Vysoká škola ekonomická v Praze

# Bakalářská práce

2017 Anna Palánová

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta podnikohospodářská

Studijní obor: Arts management

Název bakalářské práce:

# Úloha církví v poskytování paliativní péče na příkladu hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Autor bakalářské práce: Anna Palánová

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Vojtěch Kouba, Ph.D.

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma

„*Úloha církví v poskytování paliativní péče na příkladu hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích*“

vypracovala samostatně s využitím literatury a informací,

na něž odkazuji.

V Praze dne 15. května 2017 Podpis

**Název bakalářské práce:**

Úloha církví v poskytování paliativní péče na příkladu hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích


**Abstrakt:**

Bakalářské práce se zaměřuje na novodobou paliativní péči. V práci je nastíněna historie péče o nemocné a staré lidi. Dále popisuje roli křesťanských církví ve zdravotnictví v historii a dnes. Práce se věnuje východiskům paliativní péče, její současné situaci v České republice a možnostem jejího provádění v rámci současného stavu kultury, legislativy, ekonomiky. Popisuje, jakou roli má organizace Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a jaké byly důvody jejího vzniku. Poznatky z teoretické části jsou v praxi aplikovány na konkrétní hospic sv. Jana N. Neumanna, který poskytuje své služby v prostředí památkové rezervace v Prachaticích.



**Klíčová slova:**

Církev, paliativní péče, hospicová péče, Hospic sv. Jana N. Neumanna

**Title of the Bachelor´s Thesis:**

The role of religious organizations in providing palliative care with the st. Jan Neumann hospice in Prachatice as an example

**Abstract:**

This Bachelor's thesis is focused on contemporary palliative care. In the thesis, the history of care of the sick and elderly is outlined. Furthermore, the role of the Christian Church in this care is described, along with its significance in health care in the past and today. The thesis deals with the possibilities of palliative care, its present situation in the Czech Republic and the possibilities of carrying it out, alongside with describing more closely hospice care within culture, legislation and economy. It describes what is the role of the Association of providers of hospice palliative care and what were the reasons for the establishment of this association. Findings from the theoretical part are applied in practice on st. Jan N. Neumann hospice in Prachatice, which offers its services in the surroundings of conservation area in Prachatiec.

**Key words:**

Church, palliative care, hospice care, st. Jan N. Neumann hospice

## Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala Ing. Vojtěchu Koubovi, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné připomínky a podněty. Děkuji také panu PhDr. Robertu Hunešovi a paní MUDr. Marii Svatošové za jejich rady a informace.

# Obsah

Úvod ..... 15

1. Vymezení pojmů ..... 17

2. Člověk – tvor smrtelný ..... 19

2.1 Smrt a umírání v průběhu věků ..... 19

2.2 Stárnutí obyvatelstva ..... 20

2.3 Čtyři dimenze potřeb pacienta ..... 22

2.4 Východiska křesťanského přístupu ..... 23

2.5 Charita ..... 24

3. Paliativní péče ..... 26

3.1 Zásady paliativní péče ..... 26

3.2 Církevní nemocnice ..... 27

3.3 Léčebny dlouhodobě nemocných ..... 28

3.4 Paliativní péče a eutanázie ..... 29

3.5 Dříve vyslovená přání ..... 29

4. Hospicová péče ..... 31

4.1 Typy hospicové péče ..... 31

4.2 Historie hospiců ..... 32

4.3 Vývoj hospicového hnutí v České republice ..... 33

4.4 Legislativní zakotvení hospicové péče ..... 34

4.5 Financování hospicové péče ..... 34

4.6 Problémy rozvoje hospicové péče ..... 36

4.6.1 Nedostatečná legislativa ..... 36

4.6.2 Nedostatek informací ..... 36

4.6.3 Nedostatek financí ..... 37

4.7 Spirituální péče ve zdravotnických institucích ... 37
5. Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích ... 39
5.1 Objekt a historie ... 40
5.2 Zřizovatel ... 42
5.3 Financování ... 42
5.4 Zaměstnanci ... 47
5.5 Dobrovolníci ... 48
5.6 Osvětová a publikační činnost ... 49
5.7 Postup při přijímání klientů ... 50
5.8 Denní režim pacientů ... 52
5.9 Duchovní péče ... 53
5.10 Rodina v hospicové péči ... 54
5.11 Respitní služby ... 54
5.12 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče ... 55
5.13 Výjimečnost Hospice sv. Jana N. Neumanna ... 57
Závěr ... 58
Bibliografie ... 59
Seznam tabulek ... 63
Seznam obrázků ... 63

# Úvod

Neexistuje větší jistota, než to, že všichni zemřeme. Přesto je smrt v naší společnosti stále tabuizována. Jak chceme umřít? Jak mají vypadat naše poslední dny? Kde je chceme strávit? To jsou otázky, které se běžně v rodinném kruhu neprobírají, přestože se významně týkají každého z nás.

Tato témata mi přesto byla vždy blízká, ať už z důvodu mého sociálního cítění či vzhledem k bezprostřednímu kontaktu se stářím a křesťanskou církví. Proto jsem si jako téma své bakalářské práce vybrala paliativní péči v České republice a roli církví v jejím poskytování.

Evropská populace stárne, zvyšuje se průměrný věk a podíl důchodců na celkové populaci. Tento nový jev přináší mnohé ekonomické a sociální důsledky. Kromě hospodářských otázek (jakými jsou především financování penzijního systému, zvyšovní věku odchodu do důchodu, zvyšování podílu neproduktivní populace) je třeba věnovat pozornost také sociálním aspektům stárnutí populace.

Morální úroveň určité sociální skupiny, národa nebo státu se pozná podle toho, jak pečuje o staré, handicapované nebo umírající lidi. Žijeme v době blahobytu, používáme nové technologie, dokážeme se přemístit z jedné strany Evropy na druhou za několik hodin, ale přesto nemáme zajištěnou dostatečnou strukturu sociálních služeb.

Po staletí byla smrt přirozenou součástí životního cyklu. Lidé umírali doma, smrt byla běžná a všudypřítomná. Dnes je umírání v plné správě lékařských zařízení, které se starají o to, aby pacient fyzicky nestrádal. Ovšem umírání již není záležitostí pár hodin nebo dnů. Pacienti často ke svému konci směřují i několik měsíců. Ocitají se tedy v situaci, kdy zároveň potřebují lékařskou péči, ale také chtějí, aby byly brány v potaz nelékařské aspekty umírání a byla zachována jejich důstojnost.

Reakcí na tuto potřebu byl vznik hospicové péče. Já se ve své práci budu soustředit na Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, který své služby poskytuje v centru historického města, chráněného jako památková rezervace.

V teoretické části bakalářské práce čerpám z tištěných publikací i elektronických zdrojů. Popisuji paliativní péči, hospicovou péči a roli křesťanských církví v péči o staré a nemocné lidi. Většina informací uvedených v praktické části byla získána prostřednictvím rozhovorů,

popřípadě z mailové nebo jiné elektronické komunikace s povolanými osobami, hlavně s MUDr. Marií Svatošovou, zakladatelkou hospicového hnutí v ČR, a PhDr. Robertem Hunešem, ředitelem hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a prezidentem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. V neposlední řadě ve své práci čerpám z dostupných elektronických zdrojů, především z výročních zpráv Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích a z jejich webových stránek.

Práce má na příkladu konkrétního hospice poukázat na roli církve v poskytování paliativní péče, jejíž důležitou součástí je také duchovní péče. Specifikem Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích je také to, že jde o prozatím jediné zařízení hospicové péče v ČR, které je součástí památkové rezervace.

# 1. Vymezení pojmů

Mezi základní pojmy v paliativní péči patří:

- Terminální fáze umírání: Sláma (2007, str. 301) ji definuje jako poslední dny a hodiny člověka, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu (oběhová soustava, dýchání, metabolismus).
- Paliativní péče: Světová zdravotnická organizace (2002) popisuje paliativní péči jako „…přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ Paliativní péče se věnuje nejen pacientovi, ale i jeho rodině a nevynechává při tom ani společenské a duchovní aspekty. Jejím cílem je zmírnit pacientovu bolest a pomoci pacientovi i jeho okolí.
  Podle Matouška (2003, str. 140) je paliativní péče formou komplexní péče, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného, popřípadě umírajícího člověka, především bolest. Munzarová (2005) uvádí, že termín pochází z latinského *palladium* (masky, pokrytí, zakrytí pláštěm) a poukazuje na samotnou podstatu paliativní péče.
  Termín je už poměrně známý, leč často špatně používaný. Někdy je zaměňována za terminální péči, která se věnuje starosti o umírajícího člověka pouze v jeho posledních dnech nebo hodinách. Terminální péče je součástí paliativní péče.
- Hospic: slovo vychází z latinského *hospitum*, které v překladu znamená útulek. Tomeš (Rozvoj hospicové péče a její bariéry, 2015, str. 13) uvádí, že hospic je převážně zařízení speciální paliativní péče, které na rozdíl od obdobných nemocničních zařízení poskytuje i výraznou sociální podporu pacientovi a jeho rodině, což podstatně zvyšuje kvalitu života občanů v terminálním stádiu života.
  Podle Matouška (2003, str. 77) je hospicová péče forma komplexní ústavní péče založené na paliativní medicíně, navíc zohledňující psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta.
- Diakonie: Michael Martinek (2012, str. 78) popisuje tento termín jako službu církve a křesťanů lidem, kteří jsou znevýhodněni, prožívají nesnáze, jsou vyloučeni nebo

ohroženi vyloučením ze společnosti a není v jejich silách tento stav účinně změnit. Diakonie je jedním ze čtyř konstitutivních prvků církve[1].

- Stáří: obvykle je jako počátek stáří uváděn věk 65 let. Autorky knihy Vybrané kapitoly z gerontologie (Holmerová, Jurašková, & Zikmundová, 2003, str. 16) uvádí, že kvůli praktičnosti budeme v budoucnu možná používat věkové rozdělení 60–79 let (senioři) a 80 a více let (staří senioři). Poukazují ovšem na skutečnost, že v některých částech světa (subsaharská Afrika) se stále lidé nedožívají tak vysokého věku jako ve vyspělých zemích.

  Autorky dále uvádějí současné rozdělení:

  60–74 let (počínající stáří)
  75–89 let (vlastní stáří)
  90 let a více (dlouhověkost)

  nebo:

  65–74 let (mladí senioři)
  75–84 let (staří senioři)
  85 let a více (velmi staří senioři)

- Eutanázie: Munzarová (2005, str. 49) uvádí, že se jedná o úmyslné ukončení života osoby na její explicitní žádost někým jiným, než osobou samotnou (většinou lékařem). V překladu název znamená dobrá smrt. V Evropě je eutanázie podle Kupky (2014, str. 147) povolena v Nizozemsku, Belgii a Lucembursku. Švýcarsko umožňuje asistovanou sebevraždu. V České republice eutanázie vyvolává rozporuplné názory. Dominantní křesťansko-židovská tradice je zásadně proti a život je pro ni posvátný.

[1] Dalšími jsou martyria (svědectví), leiturgia (dosl. „dílo lidu“, bohoslužebné jednání, slavení svátostí), a koinoinia (společenství).

# 2. Člověk – tvor smrtelný

Umíráním se lidstvo muselo zabývat vždy. V posledních letech se ale výrazně mění struktura obyvatelstva tak, že smrt a umírání bude přinášet nové sociální i organizační výzvy. S měnící se strukturou obyvatelstva bude nutné rozšířit nedostačující sociální služby.

## 2.1 Smrt a umírání v průběhu věků

Francouzský historik Filip Ariès detailně rozebírá postoj lidí k umírání. Tvrdí, že změny postojů vůči smrti nejsou náhodné, ale odráží mínění lidí o sobě, stupeň jejich individuality, vztah osoby ke společnosti a k Bohu. Ariès ve svém díle Dějiny smrti (2000) rozděluje historii postojů lidí vůči smrti do několika etap:

1. *Smrt ochočená* převládala od nejstarších dob až do středověku. Byla v té době považována za zcela běžnou záležitost a každý s ní musel počítat. Umíralo se při porodu, při epidemiích nebo v dětství. Aktu umírání přihlížela rodina i sousedé. Veřejná povaha smrti (člověk musí umírat ve středu určitého společenství) podle Arièse (2000, str. 32) přetrvala až do konce 19. století. Důvěrný, prostý a smířený vztah k umírání však nepřetrval.
2. Druhá etapa, *smrt sebe sama*, trvala zhruba od dvanáctého do patnáctého století. V tomto období si člověk začínal uvědomovat svoji individualitu. Smrt se začala pokládat za osobní konec. Konec středověku Ariès (2000, str. 167) dokonce označuje jako období, kdy člověk lpěl na životě nejvíce, o lásce k životu hovoří jako o zoufalé (Ariès, 2000, str. 175) a spojuje jí s nadměrným lpěním na věcech (Ariès, 2000, str. 168).
3. Etapa nazvaná *smrt vzdálená i blízká* trvala od počátku renesance do 17. století. Vnímání smrti se rozložilo na celý život a smrt se tím stala méně dramatickou. Ariès popisuje (2000, str. 32) skutečnost, že lidé už tolik nelpěli na svých blízkých, ani na pozemských statcích.
4. Čtvrtá etapa se nazývá *smrtí blízkého*. V 19. století bylo na smrt pohlíženo s melancholickou bolestí, protože ukončí vztahy s ostatními a odloučí milované. Romantismus podle Arièse (2000, str. 215) smrt vnímal jako krásnou a přitažlivou.

5. *Převrácená smrt* nastupuje ve dvacátém století spolu s rozvojem techniky a trvá dodnes. Je to etapa popření, odmítání smrti. Umírání je zcela medicinalizováno. Pacient je odevzdán lékařům a odvezen do nemocnice nebo jiného zdravotnického zařízení, kde později umírá ve sterilním a neosobním prostředí.

Arièsova kniha Dějiny smrti II byla v originále vydaná v roce 1977. Už v této době autor v textu upozorňuje na změnu reakce společnosti při pohledu na obrázek pacienta napojeného na přístroje a udržovaného při životě uměle. Uvažuje (Ariès, 2000, stránky 354–355) nad tím, zda je před námi nová změna, kdy budou sami lidé žádat o usmrcení, až budou chtít umřít (a tím popřou bezvýhradnou blahodárnost rozvoje techniky jako rysu etapy *převrácené smrti*). To, o čem v druhé polovině sedmdesátých let Ariès psal, se stalo skutečností.

V České republice nejsou zatím eutanázii nakloněni ani politici, ani veřejné mínění a v nejbližších letech nejspíš zavedena nebude. I přesto je možné tvrdit, že ve společnosti došlo od poslední etapy vnímání smrti podle Arièse k určitému posunu. Lidé uvažují nad tím, kdo může rozhodovat o jejich smrti, a v jakém prostředí chtějí umírat. Otevření prvního lůžkového hospice sv. Anežky České v roce 1996 a následný rozvoj hospicové péče mohou být události, které budou vnímány jako začátek nové etapy vnímání smrti.

## 2.2 Stárnutí obyvatelstva

Český statistický úřad pravidelně zveřejňuje projekce složení obyvatelstva ve třech variantách: nízké, nejpravděpodobnější střední a vysoké. Poslední celorepubliková projekce je z roku 2013 (ČSÚ) a přináší odhadnuté údaje až do roku 2101.

Počet obyvatel ČR v posledních letech roste, ČSÚ ovšem nepředpokládá, že tento jev bude dlouhodobý. Ve čtyřicátých letech jednadvacátého století má přijít pozvolné snižování počtu obyvatel, které má trvat až do roku 2101, kdy projekce končí. K 1. 1. 2101 má mít Česká republika dokonce jenom 7,684 milionu obyvatel.

Vysoká ztráta obyvatel v průběhu století bude způsobena zejména velikým snížením porodnosti, které podle ČSÚ průměrně klesne mezi lety 2011 až 2100 z 101,3 tisíc na 60,5 tisíc. Živých narozených bude tedy méně o více než třetinu. Migrace úbytek do značné míry vyrovnaná, podle projekce to ale nedokáže zcela. Mezi desátými a devadesátými lety se má průměrně zvýšit o 7,3 tisíc ročně.

Počet zemřelých má průměrně stoupat. ČSÚ (Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100, 2013) upozorňuje zejména na zrychlenou úmrtnost ve třicátých letech, kdy věkem nejvyšší úmrtnosti budou procházet silné poválečné ročníky. Následovat má relativní stagnace a až v padesátých, šedesátých a sedmdesátých letech má přijít další růst zemřelých. Následovat má pokles mírně pod původní hodnotu z období let 2011–2020 (tj. z 107,3 tis. na 106,1 tis.), ovšem počítaný z menšího počtu obyvatel. Počet zemřelých se tedy bude zvyšovat a je očekáván ve všech variantách projekce.

***Tabulka 1 Prognóza ČSÚ do roku 2100: Počet a pohyb obyvatel (střední varianta)***

**Počet a pohyb obyvatel, střední varianta**

| | Počet obyvatel v tis. (stav 1.1.) | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2011 | 2021 | 2031 | 2041 | 2051 | 2061 | 2071 | 2081 | 2091 | 2101 |
| Celkem | 10 487 | 10 528 | 10 374 | 10 098 | 9 778 | 9 337 | 8 781 | 8 308 | 7 965 | 7 684 |
| Muži | 5 147 | 5 175 | 5 097 | 4 967 | 4 825 | 4 611 | 4 347 | 4 139 | 3 987 | 3 854 |
| Ženy | 5 340 | 5 353 | 5 276 | 5 130 | 4 953 | 4 726 | 4 434 | 4 169 | 3 978 | 3 829 |
| | Pohyb obyvatel a přírůstky/úbytky v tis. (průměr let) | | | | | | | | | |
| | 2011-2020 | 2021-2030 | 2031-2040 | 2041-2050 | 2051-2060 | 2061-2070 | 2071-2080 | 2081-2090 | 2091-2100 | |
| Živě narození | 101,3 | 83,5 | 81,6 | 82,6 | 72,5 | 69,1 | 68,9 | 63,6 | 60,5 | |
| Zemřelí | 107,3 | 110,0 | 121,6 | 128,3 | 131,5 | 140,3 | 132,5 | 114,9 | 106,1 | |
| Přirozený přírůstek | -6,0 | -26,5 | -40,0 | -45,8 | -59,0 | -71,2 | -63,7 | -51,3 | -45,6 | |
| Saldo migrace | 10,2 | 11,1 | 12,4 | 13,8 | 14,9 | 15,6 | 16,3 | 17,0 | 17,5 | |
| Celkový přírůstek | 4,1 | -15,4 | -27,6 | -32,0 | -44,1 | -55,6 | -47,3 | -34,3 | -28,1 | |

Zdroj: (ČSÚ, 2013, str. 4)

Index ekonomického zatížení porovnává počet osob v ekonomicky neaktivním a aktivním věku. Vymezení produktivního věku populace je obvykle vymezeno lety 15–64, ale vzhledem ke zvyšující se délce vzdělání ČSÚ uvádí také odhad indexu ekonomického zatížení pro variantu stanovující produktivní věk až od dvacátého roku věku. „Index ekonomického zatížení se bude intenzivně zvyšovat zejména v období 2035–2060 a to až k hodnotě 100 (ČSÚ, 2013).“ Průměrný věk se má do roku 2100 zvýšit o 9 let.

***Tabulka 2 Prognóza ČSÚ do roku 2100: Charakteristiky věkového složení populace (střední varianta)***

**Charakteristiky věkového složení populace, střední varianta**

| | 2011 | 2021 | 2031 | 2041 | 2051 | 2061 | 2071 | 2081 | 2091 | 2101 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Počet obyvatel v tis. ve věku: | | | | | | | | | | |
| 0-14 let | 1 522 | 1 613 | 1 332 | 1 231 | 1 262 | 1 144 | 1 061 | 1 055 | 996 | 937 |
| 15-64 let | 7 328 | 6 710 | 6 525 | 5 990 | 5 342 | 5 029 | 4 902 | 4 545 | 4 359 | 4 248 |
| 65+ let | 1 637 | 2 205 | 2 516 | 2 876 | 3 174 | 3 163 | 2 818 | 2 708 | 2 610 | 2 499 |
| Průměrný věk | 40,9 | 43,2 | 45,9 | 47,8 | 48,9 | 49,8 | 49,8 | 49,3 | 49,5 | 49,8 |
| Index stáří (65+/0-14) | 107,6 | 136,7 | 188,9 | 233,6 | 251,5 | 276,4 | 265,5 | 256,7 | 262,1 | 266,7 |
| Index ek.zatížení (0-14,65+/15-64) | 43,1 | 56,9 | 59,0 | 68,6 | 83,0 | 85,6 | 79,1 | 82,8 | 82,7 | 80,9 |
| Index ek.zatížení B (0-19,65+/20-64) | 55,4 | 69,1 | 73,3 | 82,2 | 98,2 | 103,3 | 94,5 | 98,5 | 99,3 | 96,6 |
| Index ek.zatížení (odhad STD)* | 68,1 | 74,4 | 73,3 | 74,8 | 83,8 | 83,3 | 73,0 | 66,7 | 65,1 | 60,4 |

* vymezení produktivní a neproduktivní složky odráží posunující se věkovou hranici nároku na starobní důchod

Zdroj: (ČSÚ, 2013, str. 6)

Stárnutí obyvatelstva s sebou přináší mnoho dalších důsledků. Mezi souvislosti populačního stárnutí bezesporu patří zatížení produktivní populace, zvyšování věku odchodu do důchodu a financování důchodového systému i dalších sociálních systémů, včetně veřejného zdravotnictví.

Je nutné zabývat se nejen ekonomickými, ale také sociálními dopady změn složení a počtu obyvatel. „Zatímco dopady do oblasti důchodového pojištění jsou dlouhodobě diskutovány a jejich kvantifikace je otázkou standardních pojistně matematických propočtů, o dopadech stárnutí populace na oblast sociálních služeb se diskutuje pouze okrajově a žádné komplexní studie, které by kvantifikovaly dopad stárnutí populace na potřebu sociálních služeb v naší zemi, doposud nebyly zpracovány.“ (Dvořáčková, 2012)

## 2.3 Čtyři dimenze potřeb pacienta

Západní zdravotnictví je na vysoké úrovni, dokáže vyléčit mnoho nemocí, přesto má značný nedostatek. Léči pouze tělesné strasti a bolesti pacienta a ostatní aspekty nebere v potaz. Zdraví je plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Svatošová (2012) proto uvádí také čtyři okruhy potřeb pacienta:

- Potřeby biologické zahrnují všechny potřeby nemocného těla, o které se starají zdravotníci.

- Potřeby psychologické už oproti biologickým potřebám nejsou vždy samozřejmostí. Zahrnují respektování lidské důstojnosti (nezávisle na stavu tělesné schránky člověka), komunikaci (včetně mimiky, gest, postoje atd. a sdělovaných informací).
- Potřeby sociální jsou člověku přirozené. V nemocničních zařízeních jsou ale často opomíjeny. Nemocný by měl mít právo si návštěvy sám usměrňovat, než aby to za něj dělali nemocniční předpisy.
- Potřeby spirituální byly donedávna v naší společnosti tabu. Věřící mají své duchovní potřeby a většinou si o ně dokáží říct. Ve zdravotnictví je potřeba se soustředit i na nevěřící. V posledních dnech často hledáme odpovědi na smysl života nebo na hledání Boha. Takovým lidem je možné ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.

## 2.4 Východiska křesťanského přístupu

Přístup křesťanských církví k zásadním otázkám by měl vycházet z Bible jako kanonické knihy. V této práci bude citovaná Bible kralická (2014).

Základní etické principy jsou ve Starém Zákoně shrnuty v rámci Deseti přikázání. „Cti otce svého i matku svou, jakož přikázal tobě Hospodin Bůh tvůj, aby se prodleli dnové tvoji, a aby tobě dobře bylo na zemi, kterouž Hospodin Bůh tvůj dá tobě.“ (Dt 5, 16) Čtvrté (původně páté) přikázání hovoří o úctě k rodičům a potažmo ke starším, kterým máme být nápomocní a máme je ctít a vážit si jich.

V Novém Zákoně je mnohokrát popsáno, jak sám Ježíš Kristus chodil a uzdravoval nemocné a s jeho životem je spojováno mnoho zázraků nejen v uzdravování. „I procházel Ježíš všecku Galilei, uče v shromážděních jejich a káže evangelium království a uzdravuje všelikou nemoc i všeliký neduh v lidu.“ (Mt 4, 23).“ V Bibli je více, než sedmdesát zmínek o Kristu – léčiteli.

Kristus ve svém učení také apeluje na lásku k lidem bez rozdílu věku a finanční situace. „A odpovídaje Král, dí jim: Amen pravím vám: Cožkoli jste činili jednomu z bratří těchto mých nejmenších, mně jste učinili.“ (Mt 25, 40)

„Protož milujte nepřátely vaše, a dobře čiňte, a půjčujte, nic se odtud nenadějíce, a budeť odplata vaše mnohá, a budete synové Nejvyššího. Nebo on dobrotivý jest i k nevděčným a zlým.“ (L 6, 35) Podle Bible máme milovat své nepřátelé a činit dobro.

O uzdravování a pomoci slabým se hovoří také ve Skutcích apoštolů. Ve třetí kapitole (Sk 3, 2–10) je popsáno uzdravení chromého žebráka svatým Petrem. Pátá kapitola (Sk 5, 12–13) popisuje, že pověst o zázračném uzdravování nemocných se rozšířila a lidé z okolí vozili své choré do Jeruzaléma, kde byli všichni uzdraveni.

V epištolách se rovněž nachází mnoho rad, ze kterých vychází diakonická povaha církve. Epištola sv. Pavla k Římanům ve dvanácté kapitole vyzývá křesťany k sebeobětování (Ř 12, 1–2) a k bratrské lásce jeden k druhému (Ř 12, 10).

## 2.5 Charita

Podle Martinka (2010, str. 7) jsou základními činnostmi církve:

- Bohoslužba (liturgie): dále sem patří mše a křest.
- Svědectví o Kristu (martyria): zahrnuje kázání, vyučování náboženství.
- Společenství (koinónia): označuje budování církevních společenství a správu obce.
- Služba potřebným (diakonia): sociální práce, zdravotnictví, školství a jiné aktivity, při kterých křesťané pomáhají lidem, kteří jsou jakýmkoliv způsobem znevýhodněni.

Během dvou tisíc let od narození Krista se povaha a způsob péče o nemocné velmi změnily. Dříve spadaly mezi povinnosti rodiny, církevní společenství je doplnilo pouze v okamžiku, kdy se rodina z nějakého důvodu nemohla o nemocného postarat. Umírání ve většině případů trvalo výrazně kratší dobu než dnes.

Římský císař Konstantin uznal Ediktem milánským v roce 313 křesťanské církvi politickou svobodu. Tento akt způsobil začátek strukturální změny antické společnosti, která později formovala celou západní civilizaci.

Mnohé skutečnosti, které se dnes jeví jako zcela přirozené, v antice běžné nebyly. Šmerda (2011, str. 62) uvádí, že v Římské říši byl majetek vším a člověk jako osoba ničím. Soudci byli podpláceni, lichva byla nekontrolovatelná a neúnosná a výběrčí daní trápili obyvatelstvo nesmyslnými daněmi. Chudý lid neměl žádné slovo a neměl se kam odvolat proti svým utlačovatelům. Podle Šmerdy (2011, str. 62) se právě v těchto časech stali biskupové jedinými zastánci slabých.

Církev se zasadila o zlepšení situace otroků. V době, kdy byli otroci vnímáni jako majetek a podle toho s nimi bylo zacházeno, církevní Otcové zdůrazňovali, že poskytnutí svobody otrokovi je akt nejvyššího milosrdenství. V této době církev podle Šmerdy (2011, str. 63) zřídila několik druhů pečujících institucí:

- **Nosokomium** byl útulek pro nemocné. Tato zařízení podle Martinka (2012, str. 115) dala vzniknout tzv. špitálům, z nichž se postupně vyvinuly nemocnice, jak je známe dnes.
- **Brefotrofium** byl ústav pro odložené pohanské novorozence a nemluvňata. Odkládání potomků bylo v antice u chudých vrstev poměrně rozšířené.
- **Orfanotrofium** byl sirotčinec pro starší děti. Vyučována zde byla umění, řemesla a vědy.
- **Gerontotrofium** byl starobinec, kde církev pečovala o staré lidi.
- **Ptochotrofium** byl chudobinec.

Tradici zakládání a vedení špitálů ve středověku převzaly církevní řády. Svatá Anežka Česká u nás založila první velký špitál v Praze Na Františku. Mezi řády, které se na charitativní činnost vysloveně specializovaly Martinek (2012, str. 115) uvádí především boromejky, vincentky nebo milosrdné bratry.

Církevní nemocnice na našem území fungovaly nepřetržitě až do roku 1948, kdy se dostali k moci komunisté a zlikvidovali je. Po revoluci v roce 1989 došlo k novému oživení církevních nemocnic na našem území.

# 3. Paliativní péče

## 3.1 Zásady paliativní péče

Ralbuch a Payne (2009, stránky 21–25) rozebírají standardy a normy paliativní péče v Evropě. Přestože jsou mezi přístupy jednotlivých zemí značné rozdíly, tvrdí, že mezi obecně přijímané a uznávané patří následující rysy:

- Autonomie
- Důstojnost
- Vztah mezi pacienty a zdravotníky
- Kvalita života
- Postoj k životu a smrti
- Komunikace
- Edukace veřejnosti
- Multiprofesní tým a interdisciplinární přístup
- Péče o truchlící a pozůstalé

Paliativní péče se dělí na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měli být schopní poskytnout všichni zdravotníci a všechna zdravotnická zařízení. Jedná se o dobrou klinickou praxi zdravotníků vůči pacientovi, který je ve stádiu pokročilé nemoci. „Je to základní léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii a efektivní komunikace (Bužgová, 2015, str. 19).“

Specializovaná paliativní péče je poskytována týmem specializovaných odborníků. Sláma a kol. (2007, str. 31) uvádí, že mezi organizační formy specializované paliativní péče patří mobilní paliativní péče, lůžková zařízení (hospice), ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení, konziliární týmy paliativní péče v rámci zdravotnických zařízení, denní stacionáře paliativní péče a zvláštní zařízení paliativní péče, např. poradny.

*Tabulka 3. Stupňovaný systém služeb paliativní péče*

| | **Paliativní přístup** | **Odborná podpora v rámci obecné paliativní péče** | **Specializovaná paliativní péče** |
|---|---|---|---|
| **Akutní péče** | nemocnice | Nemocniční podpůrné týmy paliativní péče | Jednotka paliativní péče |
| **Dlouhodobá péče** | léčebná dlouhodobá péče | Dobrovolnické hospicové služby | Lůžkový hospic |
| **Domácí péče** | Praktičtí lékaři, komunitní ošetřovatelské týmy | Týmy domácí paliativní péče | Týmy domácí paliativní péče, denní centra |

Zdroj: (Radbruch & Payne, 2009, str. 27)

Většina paliativní péče je dnes poskytována v podobě nespecializovaných služeb a Ralbuch a Payne (2009, str. 43) uvádí, že tomu tak bude i do budoucna. Nespecializovaní poskytovatelé proto musejí mít snadný přístup ke konzultacím v otázkách paliativní péče.

## 3.2 Církevní nemocnice

V České republice jsou momentálně tři církevní nemocnice:

1) Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze je jedinou církevní nemocnicí s akutní lůžkovou a ambulantní péčí na území ČR
2) Nemocnice Milosrdných sester v Kroměříži
3) Nemocnice Milosrdných bratří ve Vizovicích

Podle Kozelky (2015) Řád Milosrdných bratří také plánuje znovu převzít do své péče nemocnici v Brně, která se tak má stát největší církevní nemocnicí v ČR.

## 3.3 Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou podle Kupky (2014, str. 35) definovány jako specializovaná zdravotnická zařízení pro léčení starých a dlouhodobě nemocných lidí. Autor dále uvádí, že do LDN jsou umísťováni pacienti, u nichž je předpokládaná lůžková péče delší než tři měsíce. LDN byly zřízeny v roce 1974.

Maximální dobu pobytu v nemocnici stanoví systém úhrad. Po určité době pojišťovna pacientovi pobyt v nemocnici přestává hradit. Sovová a Řehořová píší (2007, str. 30), že pokud je stav pacienta takový, že dále bude vyžadovat pouze dlouhodobou chronickou péči, je tato péče adekvátně poskytnuta na tzv. „chronických lůžkách“, například v Léčebně dlouhodobě nemocných. V praxi je pobyt v LDN pacientovi nabídnut po jeho stabilizaci, ale zároveň pokud vyžaduje další péči. Pokud s pobytem v LDN pacient nebo jeho rodina nesouhlasí, je propuštěn do domácí péče.

Červenková, Bruthansová a Pechanová (2006, str. 46) ve svém ve svém šetření oslovily domovy důchodců a samostatně hospodařící LDN a uvedly, že denní neinvestiční náklady na jedno lůžko činily v LDN přibližně 1000 Kč. V domovech důchodců byly ve stejné době zhruba poloviční.

Autorky dále uvádějí, že zástupci managementu domovů důchodců i LDN v šetření deklarovali, že přínos sponzoringu pro rozpočet těchto zařízení je minimální. Některé LDN zmiňují drobné finanční dary od pacientů a příbuzných, podíl sponzorských darů na krytí celkových nákladů je prakticky nulový. Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení financovaná převážně z veřejného zdravotního pojištění. (Červenková, Bruthansová, & Pechanová, 2006)

Protože kapacita navazujících ústavních forem sociální péče (domovy důchodců a jiné ústavy sociální péče) není dostatečná, přejímají LDN jejich funkci (Matoušek, 2003, str. 101). Nejsou přitom profilovány na komplexní sociální péči, personál není příslušným způsobem trénován a budovy, v nichž sídlí, nejsou příslušně upraveny a vybaveny.

LDN neposkytují osobní a přívětivý prostor pro trávení posledních dní pacienta. Pokoje jsou po čtyřech i více lůžkách. Personál bývá z více důvodů špatně motivovaný a často jeví známky vyhoření. Návštěvy jsou striktně omezeny na odpolední návštěvní hodiny.

Na několik léčeben byly dokonce podány stížnosti kvůli špatnému zacházení s pacienty. Například soukromá léčebna dlouhodobě nemocných zřizována společností Interna Co. spol. s r.o. v Chitussiho ulici v Praze byla kritizována vícekrát. Výtky se týkaly hrubého porušování hygieny, neposkytnutí péče, falšování chorobopisů, neexistence tísňových hlásičů, arogantního chování lékařů či kritického podvyživení. Válková upozorňuje (2014), že právě to vedlo u pacienta zmíněné LDN ve spojení se zanedbanou infekcí a proleženinami až k jeho smrti. Kontroly soukromých léčeben může provádět zdravotní pojišťovna, pokud ale k nějakému pochybení dojde, má jen málo nástrojů, jak zjednat nápravu. Léčebna vyvázla téměř bez trestu a funguje dodnes. Jedna noc stojí pacienty až 200 – 400 Kč (Nemocnice Bubeneč, nedatováno).

Státní LDN mohou kromě pojišťoven kontrolovat i krajské úřady. To ovšem neznamená, že jsou zárukou kvality. Jejich výhodou pro pacienty je ovšem to, že péče je plně hrazena ze zdravotního pojištění.

## 3.4 Paliativní péče a eutanázie

Jediným společným jmenovatelem paliativní péče a eutanazie je umírající pacient. V ostatních aspektech jsou termíny zcela rozdílné a neslučitelné.

Při eutanázii dochází k úmyslnému ukončení života pacienta na jeho vlastní žádost. Naopak v paliativní péči je život posvátný. Snahou je zlepšit kvalitu života a zachovat důstojnost pacienta bez ohledu na pokročilost onemocnění. Nejde přitom o lpění na životě za každou cenu. Sláma a Vorlíček uvádějí (2007, str. 27), že paliativní péče smrt neurychluje, ale ani za žádnou cenu neoddaluje.

## 3.5 Dříve vyslovená přání

Dříve vyslovená přání (dále také DVP) jsou definována zákonem č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. „Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit.“ (Právní prostor, 2011)

Možnost sepsání DVP mají občané České republiky už od roku 2001. Občan má možnost formulovat přání, jak by s ním mělo být zacházeno, pokud se ocitne ve stavu neschopnosti vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí (pokročilá demence, kóma).

Dříve vyslovená přání lze respektovat jenom u zletilých občanů se způsobilostí k právním úkonům. Přání nesmí vést ke zranění nebo ohrožení jiné osoby a k aktivnímu způsobení smrti. Dokument může být podepsán u praktického lékaře nebo při přijetí do péče zdravotnickým zařízením či kdykoliv v průběhu hospitalizace. Podpis musí být úředně ověřen.

Při nedávném výzkumu pro organizaci Cesta domů se Agentura STEM/MARK (2015) dotazovala 1088 respondentů na obeznámenost s možností sepsání Dříve vyslovených přání. Celých 75 % dotovaných o přáních nikdy neslyšelo, 12 % o nich slyšelo, ale neví, o co se jedná a pouze 3 % respondentů uvedlo, že přesně ví, o co se jedná.

I přes malou obeznámenost veřejnosti jsou sepsaná přání velmi důležitá nejen pro ošetřující zdravotníky, ale také pro pacientovu rodinu a blízké. V případě, že existuje takto formulované přání, si může být rodina jistá, že s pacientem bude nakládáno tak, jak si to sám přál.

# 4. Hospicová péče

Ve spojení s paliativní péčí se často používají pojmy hospic a hospicová péče. Význam termínů je ale odlišný. „Zatímco paliativní péče jako zdravotnické úsilí je především soustředěna na pacienta, na jeho bolesti a útlum zdravotního znevýhodnění, hospicová péče silně podporuje rodinu, resp. sociální prostředí, ve kterém člověk umírá, a jeho kvalitu života, která není definovaná jen zmírněním bolesti.“ (Tomeš, Dragomirecká, Sedlárová, & Vodáčková, 2015, str. 13). Nejvýznamnější odlišností je, že hospic se soustřeďuje na pacienty v terminálním stádiu nevyléčitelné nemoci, zatímco paliativní péče se zabývá všemi zdravotními aspekty dlouhodobé péče o pacienty s nevyléčitelnou chorobou.

## 4.1 Typy hospicové péče

Existují 3 formy hospicové péče:

1) Stacionární: (denní pobyty) je celodenní péče o pacienta, který je do zařízení přivezen ráno a vrací se odpoledne nebo v podvečer. Stacionární péče je vhodná pro pacienty z blízkého okolí. Dopravu zajišťuje buď rodina, anebo hospic.
2) Domácí hospicová péče umožňuje pacientovi prožívat svou nemoc v rodinném prostředí, i přestože potřebuje odbornou paliativní pomoc. Pacientovi je poskytnuta jak zdravotní, tak duchovně-sociální péče. V rámci domácí hospicové péče ho mohou navštěvovat nejen lékaři, zdravotní sestry, ale i duchovní nebo psychologové. Tato forma péče se může zdát ideální, ale není možné ji ve všech případech aplikovat. Problémem může být situace, kdy chybí rodinné zázemí nebo pokud pacient vyžaduje neustálou přítomnost lékařského personálu. Umírání v domácím prostředí by ovšem mělo být odborníky přijímáno, a pokud je to možné, nabízeno pacientům
3) Lůžková hospicová péče je nejčastější a nejznámější formou hospicové péče u nás. Je poskytována ve speciálním lůžkovém zařízení a používá se, pokud z jakýchkoliv důvodů nemůže pacient využít stacionář nebo domácí hospicovou péči.

O přijetí rozhoduje lékař anebo komise. Marie Svatošová (1998, str. 21) popisuje praxi v Hospici Anežky České v Červeném Kostelci, kde před přijetím několikačlenná komise posuzuje přítomnost či nepřítomnost čtyř kritérií indikace:

- Postupující nemoc pacienta ohrožuje na životě
- Je nutná paliativní (úlevná) léčba a péče
- Nepotřebuje akutní ošetření nebo léčbu nemocniční
- Domácí péče nestačí nebo není možná

Marie Svatošová (osobní rozhovor, 2017) potvrdila, že se tato praxe je stále aktuální.

## 4.2 Historie hospiců

První předchůdce dnešních hospiců vznikaly už za dob Římské říše. „Jednalo se o útulky neb přístřešky při cestách, v nichž si mohli poutníci odpočinout, těhotné ženy porodit a nemocní buď se pozdravit a pokračovat v cestě anebo v klidu zemřít (Munzarová, 2005, str. 69).“

Počátky moderní domácí hospicové péče sahají do druhé poloviny devatenáctého století. Tomeš (2015, str. 15) uvádí, že v roce 1859 William Rathbon, jehož žena umírala na zhoubnou chorobu, přišel s myšlenkou domácí péče a spoluzaložil v Liverpoolu první školu pro zdravotní sestry, které poskytovaly ošetřovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem. V 19. století dochází k rozvoji domácí péče, z níž se časem vyvinula dnešní mobilní hospicová péče, tak jak ji známe.

K obnově hospicového hnutí dochází ve 20. století v Londýně, a to za účelem klidného a důstojného umírání nemocných. Doktorka Cecilie Saundersová zde v roce 1967 založila Hospic sv. Kryštofa. Právě Saundersová je pokládaná za zakladatelku moderní hospicové péče. Podle Munzarové (2005, str. 69) nebylo v hospici sv. Kryštofa o nemocné postaráno jenom po fyzické stránce, ale mohli zde také, spolu se svými blízkými, řešit různé citové a duchovní problémy, srovnávat se se smrtí či napravovat nesrovnalosti a konflikty.

Z Velké Británie se hospicové hnutí poměrně rychle rozšířilo i do jiných zemí. Tomeš (2015, str. 15) poukazuje na skutečnost, že ve Spojeném království a USA se počet hospiců odhaduje na více než dva tisíce.

## 4.3 Vývoj hospicového hnutí v České republice

Oproti západnímu světu došlo k rozvoji hospicové péče u nás se zpožděním. „Hospicové hnutí k nám v 90. letech 20. století přinesla MUDr. Marie Svatošová. Od počátku bylo neseno výrazným křesťanským étosem – důsledkem toho vývoje je skutečnost, že pět z celkem 17 lůžkových hospiců je provozováno církevními organizacemi (čtyři Charitou, jeden Diakonií ČCE), a většinu ostatních zřizují neziskové organizace, které jsou personálně propojeny s křesťanskými církvemi a inspirovány křesťanským duchem.“ (Martinek, 2012, str. 117).

Marie Svatošová se nejprve zabývala domácí zdravotní péčí a v roce 1996 se zasadila o otevření prvního českého kamenného hospice. Jednalo se o Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, který je společným projektem Diecézní charity Hradec Králové a sdružení Ecce homo (Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí).

Od roku 2001 poskytuje organizace Cesta domů odbornou multidisciplinární péči lidem na konci svého života v jejich domácím prostředí. Tato nezisková organizace se zasazuje o to, aby více lidí mohlo umírat doma. Nevynechává ani práci s rodinou, která o nemocného pečuje a často s podobnou situací nemá zkušenosti. Snaží se, aby byla domácí péče nabízena ze strany lékařů a brána jako samozřejmost. Kromě provozování domácí hospicové péče se věnuje práci s pozůstalými, osvětě a vzdělávání odborníků. (Cesta domů, nedatováno)

K rozvoji české hospicové péče pomohl také vznik Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče v roce 2005. Asociace veřejnost informuje o hospicové péči, tvoří standardy kvality hospicové paliativní péče, vzdělává a zasazuje se o to, aby byl hospicům přiznán status zdravotně-sociálních zařízení.

V roce 2007 vydala Asociace Standardy hospicové paliativní péče. Jejich cílem je definovat požadavky, které by měli poskytovatelé specializované paliativní péče v ČR splňovat, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita (APHPP, 2010). Standardy jsou pro členy asociace závazné.

Neméně důležitým krokem k rozvoji hospicové péče bylo založení České společnosti paliativní medicíny (ČSPM) v roce 2009, která sdružuje přes 150 lékařů – specialistů na paliativní přístup a další blízké obory (onkologie, interní medicína, kardiologie, pneumonologie, geriatrie, praktické lékařství atd.). Rovněž jsou členy i nelékaři z oblasti psychologie, ošetřovatelství, sociální práce a duchovní služby. (Česká společnost paliativní

medicíny, nedatováno) ČSPM se zasazuje se o celkovou kultivaci paliativní medicíny v České republice. Podílela se na tvorbě dokumentu Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011–2015, která měla za cíl odstranit nedostatečný stav v péči o umírající a zajistit všem lidem důstojný odchod ze života. ČSPM v roce 2013 vydala vlastní Standardy paliativní péče, které zahrnují principy a zvláštnosti paliativní péče a stav (2013, str. 4) , o popis cílového stavu, o který je třeba v péči o nevyléčitelně nemocné usilovat.

V roce 2014 vzniklo Centrum paliativní péče, které se systematicky věnuje výzkumu, osvětě a výuce.

## 4.4 Legislativní zakotvení hospicové péče

Legislativa upravující hospicovou péči v České republice je stále nedostatečná. Svatošová upozorňuje (osobní rozhovor, 2017), že situace je špatná hlavně pro mobilní hospice, které v zákoně nejsou vůbec definovány, a tak se k nim pojišťovny nehlásí a odmítají je platit.

Vláda ČR na konci března 2017 schválila novelu zákona 108/2006 o sociálních službách. Součástí je i novela Zákona č. 372/2011 o zdravotních službách. Obě normy poprvé v historii naší země obsahují pevné právní ukotvení hospicové péče. Novela by měla definovat hospic jako zdravotnická zařízení, kde se poskytuje také sociální péče.

Pokud novelu schválí parlament, bude to nejvýznamnější krok v legislativním ukotvení hospicové paliativní péče. Zlepší se možnosti financování a dostupnost hospicové péče. Ministr zdravotnictví Ludvík (2017) upozornil na to, že se jedná o poslední šanci, jak dostat hospice do legislativy a upozorňuje na to, že vzhledem k tomu, že stále nejsou legislativně definovány, nemají nárok na skoro žádné peníze.

## 4.5 Financování hospicové péče

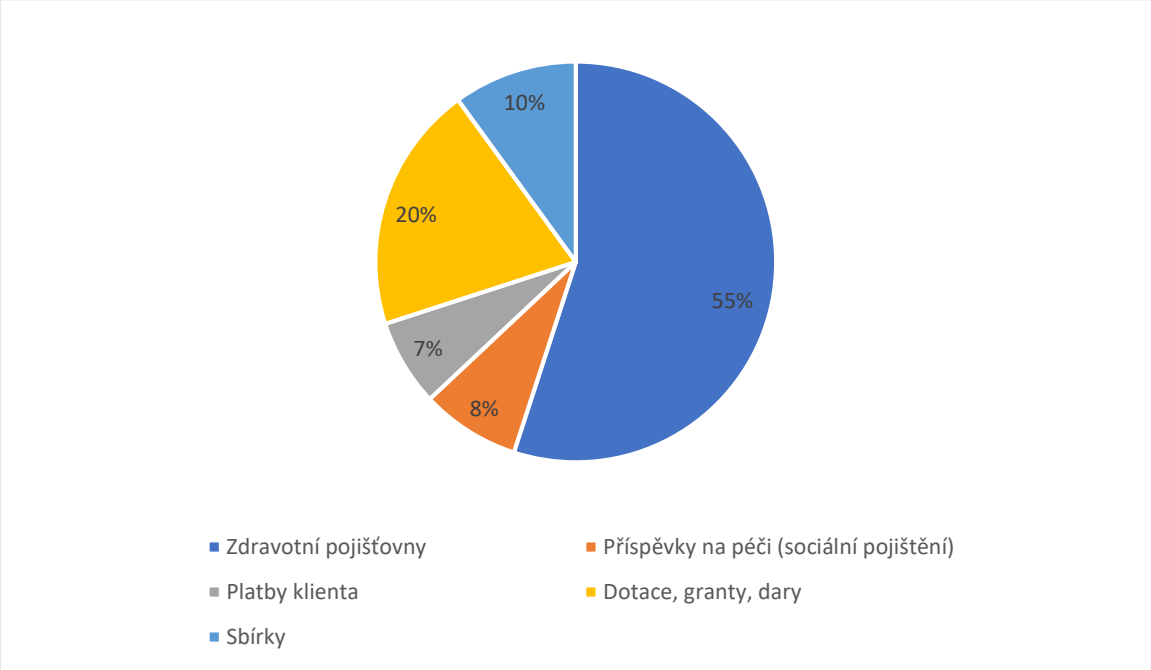
Příjmy hospiců pocházejí většinou z více zdrojů. Příjmová různorodost je ovšem v českých podmínkách spojena s tím, že finanční výkazy hospiců jsou často nepřehledné a nejednotné.

Marie Svatošová uvedla (osobní rozhovor, 2017), že u lůžkových hospiců tvoří cca 50 % příjmů platby zdravotních pojišťoven, cca 20 % je poskytováno Ministerstvem práce a

sociálních věcí formou nenárokové dotace, dalších cca 20 % jsou příjmy dárců a sponzorů. Zbývajících cca 10 % tvoří příspěvky pacientů nebo jejich rodin.

Podobně shrnuje příjmy hospiců také Tomeš, který zmiňuje také desetiprocentní podíl sbírek. Rozdělení příjmů je zobrazeno v následujícím grafu:

***Obr. 1 Obvyklé rozdělení příjmů hospiců podle Tomeše***




Zdroj: Tomeš (2016, str. 23)

Platby z veřejného zdravotního pojištění tvoří největší část rozpočtu hospicových zařízení. „Platby z veřejného zdravotního pojištění jsou realizovány cestou platby za ošetřovací den, režii a kategorii pacienta.“ (Cabrnoch, 2016, str. 23)

Hospice mají podle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách nárok na příspěvek na péči z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí. Příspěvek je poskytován osobám závislým na pomoci jiné osoby a podle Cabrnocha (2016, str. 23) se jedná o 8 000 Kč (do 18 let věku 9 000 Kč) měsíčně u osob s těžkou závislostí, u osob s úplnou závislostí 12 000 Kč měsíčně.

Hospice jsou vedeny jako zařízení sociální péče, a tak můžou žádat o dotace Ministerstva práce a sociálních věcí. Musí být ale registrovány jako poskytovatelé sociálních služeb. Přidělené dotace jsou nenárokové (příjemce se o ně musí aktivně ucházet), ale dotace MPSV hospice obvykle získávají. Cabrnoch (2016, str. 23) upozorňuje na skutečnost, že prostředky,

které jednotlivé hospice získávají, jsou nerovnoměrné. Existují velké rozdíly jak mezi jednotlivými hospici, tak mezi jednotlivými roky. Příspěvek státu na hospicovou péči je malý a nezanedbatelnou část příjmů organizací tvoří příspěvky sponzorů a dárců. Ztrátová bilance příjmů a nákladů není výjimkou.

## 4.6 Problémy rozvoje hospicové péče

První hospic v České republice byl založen před více než dvaceti lety. Od té doby hospicová paliativní péče prodělala změny ve vnímání populace, osvětě, legislativě, vzdělání, i rozsahu poskytované péče. K ideálnímu stavu má ovšem daleko. Mezi současné hlavní problémy rozvoje hospicové péče v ČR patří:

### 4.6.1 Nedostatečná legislativa

Péče o umírající nebyla nikdy prioritou zákonodárců, a proto stále není legislativně zakotvena. Huneš (2016, str. 4) uvádí, že „…řešením je explicitně definovat zdravotně-sociální péči umírajícím v příslušné legislativě – v Zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. i Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.“

Na novele zákona se podílela Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Pokud bude schválena, hospice se konečně plně dostanou do legislativy, získají statut zdravotně sociálních zařízení a pojišťovny budou mít povinnost s nimi uzavírat smlouvy o péči.

### 4.6.2 Nedostatek informací

Přes velké změny v posledních letech je stále určitým problémem hospicové péče panující neinformovanost veřejnosti i odborníků. Hospice existují v ČR relativně krátce, a proto je pochopitelné, že někteří lidé o nich stále nevědí nebo mají zkreslené představy.

Stále se vyskytují případy, kdy osvěta chybí dokonce i zdravotním pracovníkům. „Je třeba edukovat nejen veřejnost, ale i lékaře, kteří nám často zadržují v nemocnicích smrtelně nemocné pacienty v době, kdy by pro ně hospic mohl udělat víc než oni – saturovat všechny jejich (nejen tělesné) potřeby, zohlednit i potřeby jejich rodin atd.“ (osobní rozhovor, Svatošová)

### 4.6.3 Nedostatek financí

Finanční situace hospiců je nejistá. Instituce musí každý rok znovu žádat o dotace z Ministerstva práce a sociálních věcí. Forma dotací je nenároková. Příspěvky na péči jsou nižší než v LDN, kde je poskytovaná prokazatelně méně kvalitní péče.

Nad tímto nepoměrem se pozastavuje i prezident Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a ředitel Hospicu sv. Jana N. Neumanna Robert Huneš (2016): „Není zvláštní, že v nemocnicích (relativně štědře financovaných a s poměrně vysokými platy zaměstnanců) je pacientův hmotný komfort často na úrovni poloviny 20. století, zatímco v hospicích (bídně financovaných a s podprůměrnými mzdami) má pacient hmotný komfort z 22. století, o rozměru přidané hodnoty péče psychické, sociální a duchovní nemluvě?“

Ani zdravotní pojišťovny, ani sociální rozpočty hospici nehradí náročnou duchovní léčbu pacienta, která je velmi náročná nejen časově. Hospice navíc poskytují nadstandardní vybavení. Přesto mnohé hospice každoročně bojují o přežití a možnosti zachování svých služeb v dosavadním rozsahu.

## 4.7 Spirituální péče ve zdravotnických institucích

Spirituální léčba není nutností, ale možností pro každého nemocného. Je důležité, aby pacientovi byla duchovní léčba nabídnuta a poskytnuta, pokud si to sám přeje. Přesto je stále duchovní péče často ve zdravotnických zařízeních vnímána jako nevhodná, neobvyklá. Příčin je hned několik, mezi nejvýznamnější patří čtyřicet let vývoje zdravotnictví v systému daném materialistickým a anti-křesťanským étosem nebo silné nastavení sociálních rolí pacient – lékař. Když už je pacientovi poskytnuta v zdravotnických institucích jakákoliv duchovní úleva, představa veřejnosti (a často i lékařů) je taková, že se jedná o službu poslední – poskytnutí svátosti umírajících. Návštěvy kněží či pastoračních pracovníků přitom mohou být pro pacienty běžné nejen v terminální fázi nemoci.

Duchovní dimenze péče je přirozenou součástí činnosti hospiců. Ať už se jedná o kteroukoliv z forem hospicové péče, vždy nabízí nemocnému a jeho rodině spirituální úlevu.

Umírání je dobou, kdy se nemocní, a to často i tzv. ateisté, začínají zabývat smyslem života a jinými filosofickými a duchovními otázkami. Proto je spirituální péče ve zdravotnických institucích velmi důležitá a měla by být samozřejmostí v jakémkoliv stádiu nemoci v jakékoliv zdravotní instituci, pokud si to pacient přeje.

# 5. Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích

Lůžkový hospic sv. Jana N. Neumanna[2] je nestátní neziskové zdravotnické zařízení sídlící v Prachaticích na adrese Neumannova 144. Zřizovatelem je obecně prospěšná společnost Hospic sv. Jana N. Neumanna. Hospic byl otevřen v roce 2005.

Společnost kromě Hospice sv. Jana N. Neumanna provozuje také Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích, Domov Matky Vojtěchy v Prachaticích a Vzdělávací institut sv. Jana N. Neumanna. Domácí hospic sv. Veroniky byl otevřený v listopadu 2016. Podle Huneše (osobní rozhovor, 2017) měl za 6 měsíců fungování asi 50 pacientů, což koresponduje s odhady, že by měl sloužit asi 100 pacientům ročně. Mobilní hospic poskytuje péči v Českých Budějovicích a v dojezdové vzdálenosti cca do 30 kilometrů. Domov Matky Vojtěchy je domov se zvláštním režimem pro osoby s různými druhy demencí, zejména Alzheimerovou chorobou a poskytuje 26 lůžek.

„Cílem hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích je vysoká kvalita života pacientů až do jejich přirozeného konce. Ideálem je, aby člověk umíral bez bolesti fyzické, psychické, sociální a spirituální a s vděčností za život, který mu byl dán.“ (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2015)

Kapacita hospice je 30 lůžek, poskytuje tedy 22 jednolůžkových pokojů a 4 dvoulůžkové. Většina hospiců v ČR má kapacitu přibližně třicet lůžek. Každý pokoj disponuje automatickým polohovacím lůžkem, přistýlkou pro příbuzné, klimatizací, televizorem a bezbariérovou koupelnou a WC. Návštěvy jsou možné 24 hodin denně. V areálu hospice je rozlehlý park, zimní zahrada, vlastní kuchyně a bezbariérová kaple.

---

[2] Jan Nepomuk Neumann, prachatický rodák, světec a biskup philadelphský je významnou postavou devatenáctého století, ale v ČR stále patří mezi méně známé světce. Narodil se 28. 3. 1811 v Prachaticích, po ukončení studií odešel do Ameriky. Podle Piťhy (1990, str. 67) se zasadil o rozvoj školství, budoval kláštery a podporoval církevní řády. Po Ann Setonové se stal teprve druhým svatořečeným v USA. Kromě Hospice sv. Jana N. Neumanna nese v České republice jeho jméno také Biskupské gymnázium J. N. Neumanna v Českých Budějovicích. V USA je po prachatickém rodákovi pojmenována Neumann University v Philadelphii nebo Saints John Neumann and Maria Goretti Catholic High School.

Lůžkový hospic nabízí následující péči (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2015):

- každodenní přítomnost lékaře,
- aktivní léčbu bolesti,
- infuzní terapii včetně ATB terapie,
- oxygenoterapii,
- individuální ošetřovatelskou péči
- bazální stimulaci.

Pacientovi je garantováno (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2015), že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, za každých okolností zůstane zachována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích nezůstane osamocen.

Nejmladšímu pacientovi bylo v roce 2015 pouhých 32 let, nestaršímu 101 let. Průměrný věk pacientů činil 72,5 let. Během roku hospic přijme kolem 300 pacientů, průměrná délka hospitalizace činila 26,8 dne.

## 5.1 Objekt a historie

Myšlenka založení hospice se zrodila na přelomu milénia, k jejímu účelu bylo v roce 2000 dle Zákona č. 83/1900 Sb. založeno Sdružení sv. Jana Nepomuka Neumanna v Prachaticích (nyní Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.). Milosrdné sestry sv. Karla Boromejského, jejichž klášter se nachází v prachatické Neumannově ulici, nabídly používání části objektu pro účely hospice a pronajmuly ho společnosti za symbolickou cenu 1 Kč. Tímto bylo naplněno i přání

***Obr. 2 Areál Hospice sv. Jana N. Neumanna***

samotného Jana N. Neumanna, který dům kongregaci věnoval s přáním, aby sloužil potřebným.

Zdroj: (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2016)

„Občanské sdružení s vypracovanou projektovou studií zažádalo koncem roku 2002 o státní dotaci Ministerstvo zdravotnictví ČR. V únoru roku 2003 přišel z MZ ČR příslib o poskytnutí dotace. Plán rekonstrukce budov do podoby hospice byl rozložen do let 2003 až 2005.“ (Hospic sv. Jana N. Neumanna, nedatováno)

Obchodní soutěž na přestavbu vyhrála firma Metrostav, a.s., s cenou 57 mil. Kč. Kvůli zvýšení DPH, inflaci a vícepracím se konečná cena vyšplhala nad 80 mil. korun. Plánovaná úprava budov pro účely hospice proběhla mezi lety 2003–2005. Ke slavnostnímu otevření a zahájení provozu došlo 1. 11. 2005.

V další části areálu žije kongregace sester boromejek. Areál a park objektu je veřejně přístupný a užívaný obyvateli Prachatic. Hospic je součást městské památkové rezervace, ale není kulturní památkou. Sousední měšťanský dům (č.p. 143) je chráněn jako kulturní památka a je součástí ochranného pásma. Památkový katalog (nedatováno) o něm poskytuje tyto údaje:

MĚŠŤANSKÝ DŮM

- kulturní památka,
- zapsáno do státního seznamu před r.1988

OCHRANNÉ PÁSMO PRO MĚSTSKOU PAMÁTKOVOU REZERVACI PRACHATICE

- ochranné pásmo,
- rozhodnutí o ochranném pásmu

Měšťanský dům č.p. 143 plynule navazuje na hospic a je s ním komunikačně spojen. Okolní měšťanské domy (č. p. 142 a 144) jsou rovněž vedeny jako kulturní památka.

Využití budovy v památkové rezervaci pro poskytování paliativní hospicové péče nemá v České republice obdoby. Budova hospice má svá specifika. Její nevýhodou jsou užší chodby, které jsou méně vhodné pro manipulaci s jezdícími lůžky. Výhodou historické kamenné budovy je naopak tepelná izolace (ochrana před vysokými teplotami v letním období).

## 5.2 Zřizovatel

Zřizovatelem většiny lůžkových hospiců byla do roku 2014 občanská sdružení. To platilo i pro Hospic sv. Jana N. Nepomuka. Když členy sdružení novela Občanského zákoníku donutila v roce 2014 k transformaci, rozhodovali se, zda se stanou spolkem nebo obecně prospěšnou společností a rozhodli se pro o.p.s. „Občanské sdružení Hospic sv. Jana N. Neumanna, se sídlem Prachatice I, Neumannova 144, identifikační číslo 708 53 517, změnilo rozhodnutím učiněným valnou hromadou svou právní formu na obecně prospěšnou společnost s názvem Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. ve smyslu zákona č. 68/2013 Sb. o změně právní formy občanského sdružení na obecně prospěšnou společnost.“ (Justice.cz, 2017)

Hospic sv. Jana N. Neumanna je veden ve křesťanském duchu a má to dokonce zapsané v druhu své prospěšné činnosti. Přesto jeho vedení nikdy neuvažovalo nad tím, že by se stal součástí Charity[3]. „Charita je tak obrovský moloch, že kdybychom se stali její součástí, bylo by rozhodování méně pružné a ztratili bychom samostatnost.“ (Huneš, osobní rozhovor, 2017)

## 5.3 Financování

Částka, kterou hospici vyplácí zdravotní pojišťovny a dotace Ministerstva práce a sociálních věcí nestačí na pokrytí celkových výdajů na zajištění provozu. Lůžkový ani domácí hospic se neobejdou bez příspěvků pacientů. Zejména u mobilního hospice některé pojišťovny nenasmlouvávají péči. Smlouvy jsou uzavírány spíše s menšími pojišťovnami.

Příspěvek klientů se pohybuje od 200 do 440 Kč denně podle jejich měsíčního příjmu. Úhrada zahrnuje:

a) Poplatek za služby nezdravotního charakteru.
   Zdravotní pojišťovny hospicům proplácí pouze část nákladů, které se týkají úzce specifikované zdravotní péče. Hospic ale poskytuje širší, nezdravotnickou péči a nadstandardní vybavení pokojů a budovy.
b) Zákonný regulační poplatek za pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení dle platné legislativy, přísluší-li.

[3] Čtyři ze sedmnácti lůžkových hospiců jsou zřízené Charitou a jeden Diakonií.

Příspěvek pacienta tvoří kolem deseti až dvaceti procent celkových nákladů na den. Příspěvek osoby ubytované na pokoji s nemocným na přistýlce je 50 Kč/noc. Je-li pacient v obtížné ekonomické situaci (kdy by pro něj bylo neúnosné poplatek platit), bude mu snížen nebo zcela prominut. Náklady na jedno lůžko činí kolem tisíci korun denně. Ročně tak musí hospic získat nad rámec dotací a úhrad zdravotních pojišťoven asi 2,2 mil korun.

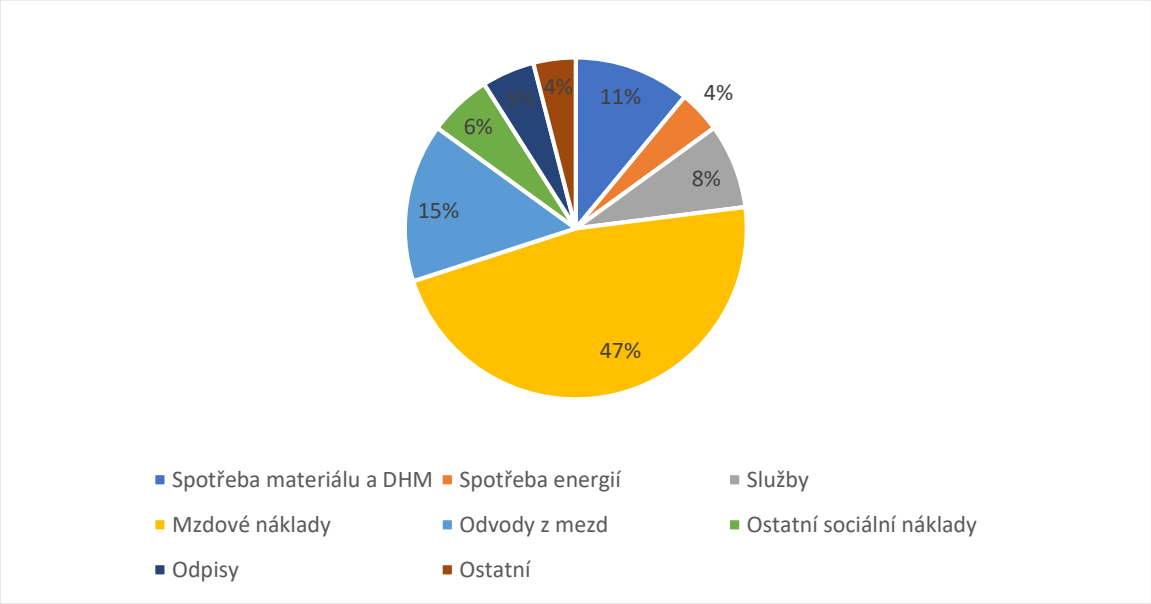
Hospodaření obecně prospěšné společnosti za rok 2015 i s doplňkovou činností shrnuje následující tabulka a grafy:

*Tabulka 4 Hospodaření o.p.s. za rok 2015*

| **NÁKLADY CELKEM** | **41 414** | **VÝNOSY CELKEM** | **41 336** |
|---|---|---|---|
| spotřeba materiálu a DHM | 4 016 | platba pacientů a klientů (vč. doprovodu) | 6 361 |
| spotřeba energií | 1 806 | platby ZP | 10 701 |
| služby | 3 730 | dotace (státní, krajské, obecní) | 8 938 |
| mzdové náklady | 19 932 | dary, příspěvky, sbírky | 4 218 |
| odvody z mezd | 6 301 | PnP | 6 055 |
| ostatní sociální náklady | 2 140 | dotace EU | 1 685 |
| odpisy | 2 074 | ostatní výnosy (vč. zúčtování odpisů) | 2 859 |
| ostatní | 1 284 | doplňková činnost | 519 |
| doplňková činnost | 131 | | |
| **ZTRÁTA CELKEM** | | | **-78** |

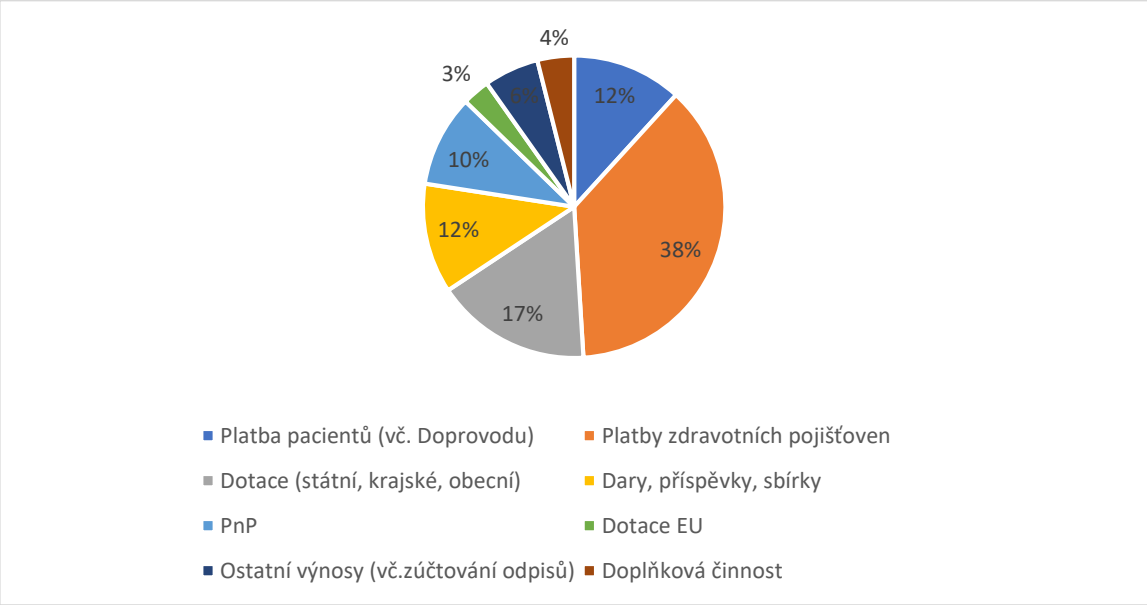
Zdroj: (Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, 2016, str. 17)

***Obr. 3 Náklady lůžkového hospice za rok 2015[4]***




Zdroj: (Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, 2016, str. 18)

***Obr. 4 Výnosy lůžkového hospice za rok 2015***




Zdroj: (Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, 2016, str. 18)

[4] Náklady a výnosy lůžkového Hospice sv. Jana N. Neumanna jsou uveřejňovány pouze v procentuálním podílu. Absolutní data nejsou k dispozici.

Úhrada pobytu je odstupňována podle měsíčního příjmu pacienta. Ceník úhrad platný od 1. 1. 2014 zobrazuje následující tabulka:

***Tabulka 5 Úhrada pobytu pacienta***

| měsíční příjem pacienta | úhrada – denní sazba v Kč | tj. Kč za měsíc |
|---|---|---|
| do 8 000 | 200 | 6 000 |
| do 9 000 | 230 | 6 900 |
| do 10 000 | 260 | 7 800 |
| do 11 000 | 290 | 8 700 |
| do 12 000 | 320 | 9 600 |
| do 13 000 | 350 | 10 500 |
| do 14 000 | 380 | 11 400 |
| do 15 000 | 410 | 12 300 |
| nad 15 000 | 440 | 13 200 |

Zdroj: (Hospic sv. Jana N. Nepomuka v Prachaticích, 2014)

Denní rozdíl mezi příjmy a náklady činí přibližně 6 tisíc korun. Proto hospic nabízí možnost stát se tzv. honorárním ředitelem. Pokud se podporovatel hospice rozhodne přispět právě 6 tisíc korun na určitý den, bude jmenován do pozice honorárního ředitele, obdrží certifikát, bude uveden ve výroční zprávě a bude moci po domluvě využít prohlídky areálu hospice a promluvit si s jeho zaměstnanci. V roce 2016 této příležitosti využilo 8 lidí.

Jakákoliv finanční pomoc je vítaná. Je možné ji poskytnout v hotovosti na sekretariátu Hospice sv. Jana N. Neumanna. Peněžní částku je možné zaslat složenkou, pomocí převodu z jiného bankovního účtu (jednorázově či jako trvalý příkaz k úhradě) nebo pravidelnou srážkou z platu. V hospici funguje také Klub přátel, jehož členem se může stát kdokoliv, kdo

se zaváže přispívat 100 Kč měsíčně a více. Členi klubu můžou například využít prohlídky hospice nebo pozvánek na jím pořádané akce.

Po skončení kalendářního roku je dárcům (které je možné identifikovat) zasíláno potvrzení o daru, které můžou využít jako doklad pro odpočet ze základu daně fyzických i právnických osob.

Hospic využívá také sponzorství. Mezi jeho dárce patří například Nadační fond Avast, Nadace Olgy Havlové nebo Jihočeský kraj.

Hospic poskytuje také doplňkové služby, jakými jsou exkurze nebo pronájem sálu. V nabídce je také stravování z hospicové kuchyně. Pro svůj provoz hospic přijímá darem předměty každodenní péče, kancelářské potřeby či květiny. S konkrétní nabídkou se mohou dárci obrátit přímo na vedení. Na webových stránkách (Pomáháte s námi) hospic uvádí seznam pomůcek, které v provozu schází. Zájemce může zakoupit konkrétní věc (aktuálně – v květnu 2017 – by hospic potřeboval dokoupit lůžkoviny, analgetické náplasti, televizory, polohovací pomůcky a také koncentrátor kyslíku Everflo. Pomůcky se cenově pohybují od 1 400 po 40 000. Darované věcné předměty si lze rovněž odečíst z předmětu daně.

Podle Huneše (osobní rozhovor, 2017) se finanční situace hospice výrazně zlepší, pokud projde novela zákona o sociálních službách.

## 5.4 Zaměstnanci

Požadavky na ty, kdo se v hospici starají o pacienty, jsou definovány zákonem O zdravotních službách a O sociálních službách. Kromě vystudovaných lékařů a zdravotních sester, sociálních pracovnic a pastoračních asistentek v hospici dále působí ošetřovatelé, kteří musí mít specializovaný akreditovaný kurz, jenž je zmocňuje k práci s pacienty.

Vedení se při pohovorech soustředí na to, aby zájemce vyhovoval specifikám hospicové péče, jimiž jsou „dobré srdce, vnitřní motivace a sociální cítění“ (Huneš, osobní rozhovor, 2017). Pokud zájemce vyhoví těmto kritériím, ale kurz zatím nebude mít splněn, vedení mu ho proplatí.

Součástí hospicového týmu jsou momentálně 4 řádové sestry, dvě z nich dělají pastorační asistentky a dvě ošetřovatelky. Působí zde sestry ze dvou kongregací, pastorační asistentky jsou

z kláštera Milosrdných sester sv. Karla Boromejského a ošetřovatelky, šedé sestry III. Řádu sv. Františka, dojíždí z Lomce.

Zaměstnanci hospice musí být ze zákona trestně bezúhonní. Vyhláška o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť stanovuje minimální počty vyškolených pracovníků. Pro tento typ zařízení se jedná o 1,82 lékaře, 5 ošetřovatelů a 11 sester. Aktuální počty jsou ale mnohem vyšší.

## 5.5 Dobrovolníci

V hospici sv. Jana N. Neumanna působilo v květnu 2017 celkem 15 dobrovolníků. Byli ti převážně lidé mladšího nebo středního věku. Do hospice docházel velký počet studentů, především žáků Střední pedagogické školy v Prachaticích.

Mezi seniory byl při vzniku hospice podle Huneše (osobní rozhovor, 2017) poměrně velký zájem o dobrovolnictví. Poté se ale ukázalo, že i když staří lidé chtějí pomáhat, nakonec působení v hospici těžko zvládají, a tak jsou mezi dobrovolníky dnes výjimkou.

Činnosti dobrovolníků jsou velmi rozmanité. Můžou pacientům číst, jít se s nimi procházet na náměstí nebo na zahradu, anebo dělat cokoliv, co si pacient přeje. V kompetenci dobrovolníka ovšem nikdy není ošetřovatelství. Nemůže podávat léky nebo pacienta krmit, aby nedošlo k žádnému nežádoucímu zranění.

Pokud si člověk nepřeje pracovat přímo s pacienty, může vykonávat i jiné dobrovolné práce. Momentálně v hospici například působí lékař z místní nemocnice, který „do hospice nevkročí“ (Huneš, osobní rozhovor, 2017), ale pečlivě se celé léto stará o růže v zahradě.

Na dobrovolníky nikdy nemohou být kladeny požadavky jako na zaměstnance. V hospici mají dobrovolníků dostatek, uvítali by ale větší stabilitu a pravidelnost. Studenti středních škol často odchází z Prachatic na vysoké školy, nové dobrovolníky je poté potřeba znovu zaučit. Jedním z dlouhodobých dobrovolníků je Lída Maxová, která v hospici působí už dva roky. Maxová (2017) popisuje, že spolupracuje zejména se sociální pracovnicí hospice. Ta jí vždy navrhne, za jakým pacientem by mohla zajít a co by mohli spolu dělat. Náplní činnosti dobrovolnice je hlavně trávit čas s pacienty, se kterými hraje hry, čte jim nebo s nimi chodí na procházky do parku či k lékaři. Občas vypomáhá také s administrativou nebo zalévá květiny.

## 5.6 Osvětová a publikační činnost

Hospic sv. Jana N. Nepomuka v Prachaticích vydává vlastní publikace, v nichž popisuje principy hospicové péče a přidává fotografie nebo dopisy příbuzných pacientů. V hospici jsou dostupné zdarma nebo za malý poplatek a je možné je zaslat poštou. V posledních letech vyšly tyto publikace:

- Hospic sv. Jana N. Neumanna. (2010). *Hospic sv. Jana N. Neumanna.* Jedná se o publikaci obsahující inspirativní citáty, úryvky z dopisů pozůstalých a fotografie z prachatického hospice.
- Hospic sv. Jana N. Neumanna. (2012). *Tam, kde dny naplňují životem*. DVD. Jedná se o třicetidvouminutové video, které představuje hospic v Prachaticích a jeho služby. Je k dostání na disku DVD nebo k přehrání na webových stránkách hospice[5].
- Hospic sv. Jana N. Neumanna. (2015). *Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.: Hospic - Nevšední svět medicíny.* (R. Huneš, & E. Ludačková, Editoři). Publikace obsahuje praktické informace o přijímání pacientů, poskytovaných službách a vybavení, ale obsahuje také fotografie z života v prachatickém hospici.
- Hospic sv. Jana N. Neumana. (2016). *Průvodce v čase zármutku.* (E. Ludačková, R. Huneš, & N. Špatenková, Editoři).

Osvětové činnosti se hospic věnuje už od svého počátku. Zaměstnanci přednáší na konferencích, pořádají přednášky na školách či výstavy. Hospic má vlastní webové stránky i facebookový profil a vše pravidelně aktualizuje.

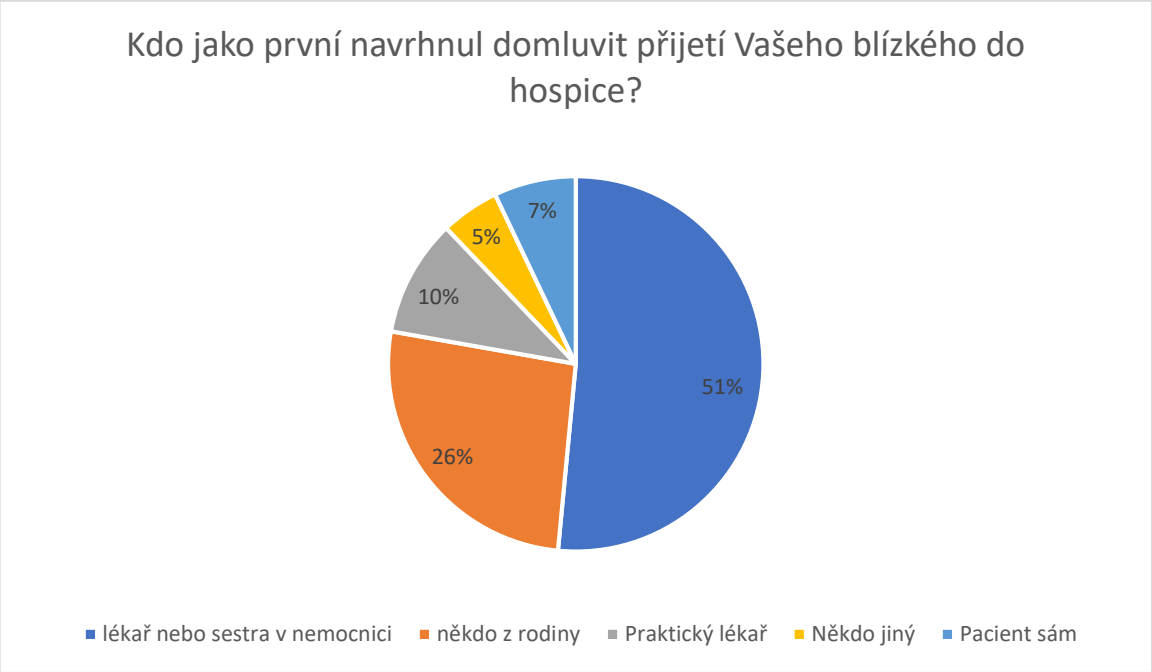
Osvětová činnost je nutností vzhledem k relativnímu mládí hospicového hnutí u nás. Přesto se nikdy nemůže rovnat dobré osobní zkušenosti z prostředí hospice.

[5] http://www.hospicpt.cz/prachatice/film-o-hospici

## 5.7 Postup při přijímání klientů

Hospitalizaci v hospici doporučuje pacientům praktický lékař, ošetřující lékař či sestra. Cabrnoch a kol. (2016, str. 11) v rámci výzkumu oslovili hospice sdružené pod Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. Získali odpovědi od 592 respondentů z řad příbuzných pacientů. Ti v rámci výzkumu uvedli následující data:

***Obr. 5 Podnět pro přijetí pacienta do lůžkové hospicové péče***




Zdroj: (Cabrnoch, 2016, str. 13)

Přijímání pacientů v Hospici sv. Jana N. Neumanna probíhá tak, že je písemná žádost konzultována na poradě, (která se koná každý den ráno) a lékaři ji buď schválí, nebo neschválí.

Podmínky pro přijetí (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2015) jsou následující:

- Nemoc ohrožuje pacienta na životě.
- Medicína vyčerpala veškeré možnosti vedoucí k vyléčení.
- Není možná či postačující domácí péče.

V ideálním případě může příjem nastat druhý den, maximálně do dvou nebo tří dnů.

Pacienti nejčastěji přicházejí do hospice z oddělení interny, onkologie, plicního, neurologického, chirurgie, ale také z ORL. Někteří pacienti přicházejí z oddělení LDN.

Rozptyl průměrné doby pobytu je vysoký, některé hospitalizace jsou pouze dvoudenní, jiní pacienti stráví v hospici několik měsíců. Průměrná doba pobytu pacientů činí přibližně 27 dní.

Klíčové je, aby nemocniční lékař určil správný okamžik, kdy je dobré pacienta vyslat do hospice. Primář Petr Kroptík na osvětovém DVD (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2012) uvádí, že při včasném odeslání do hospice je možné po stabilizaci stavu poslat pacienta domů nebo alespoň při jeho pobytu v hospici výrazně zvýšit kvalitu jeho života. Pokud se tedy pacientův stav zlepší, může být propuštěn zpět do domácího ošetřování. O tento stav hospice usilují.

Kroptík upozorňuje, že je smutné, když pacient umírá záhy po přijetí do hospice, a to jen proto, že byl do něj vyslán pozdě. V takové situaci je pacientovi v hospici poskytnuta plná zdravotní péče, ovšem na tu duchovní už není čas. Tuto skutečnost potvrzuje i zmíněné šetření Cabrnocha a kol., který zjistil, že s dobou přijetí do hospicové péče byla nespokojena polovina pozůstalých, jejichž blízký zemřel ve dni přijetí a více než čtvrtina těch, jejichž blízký zemřel do týdne od přijetí do hospicu (viz následující tabulka):

***Tabulka 6 Načasování přijetí do hospice***

| **Domníváte se, že Váš blízký byl přijat do hospicové péče** | | | |
|---|---|---|---|
| **DÉLKA PÉČE:** | **dříve, než bylo nutné** | **v ideální dobu** | **později, než by bylo ideální** |
| **1 den** | 0 % | 50 % | 50 % |
| **2–7 dnů** | 1 % | 65 % | 29 % |
| **8–15 dnů** | 0 % | 71 % | 25 % |
| **16–30 dnů** | 1 % | 80 % | 17 % |
| **30 a více dnů** | 2 % | 89 % | 7 % |

Zdroj: (Cabrnoch, 2016, str. 13)

I v případě, že délka pobytu překročila jeden měsíc, byla pouhá 2 % respondentů přesvědčena, že přijetí do hospice bylo unáhlené, a celých 7 % respondentů uvedlo, že přijetí do hospice nastalo později, než by to bylo ideální. Výzkum potvrzuje, že pacienti jsou často zadržování v nemocnicích, místo aby je lékař poslal do hospice.

Kapacita Hospice sv. Jana N. Neumanna nebývá zcela naplněná. Pořadníky jsou výjimkou, jen jednou nebo dvakrát do roka se stane, že klienti nemohou nastoupit v den, kdy o to požádají (příjmy jsou pouze ve všední dny). Huneš uvádí (osobní rozhovor, 2017), že stejná situace je ve většině českých hospiců, které průběžně disponují několika volnými lůžky a nemají pořadníky. Nabídka lůžkové hospicové péče v ČR je tedy dostačující. Průměrný počet 5 hospicových lůžek na 100 tis. obyvatel je přiměřený, v důsledku to znamená přibližně jeden lůžkový hospic v kraji. Domácích hospiců je ovšem v ČR málo.

## 5.8 Denní režim pacientů

Režim v hospicích je jiný než v nemocnicích. Protože se hospic soustředí na kvalitu života, není zaveden budíček v šest hodin, pokud pacient ráno spí, jedná se o dobrou věc. Vizita pacientů začíná až po ranní poradě, tzn. nejdříve po půl deváté, kdy už je většina pacientů vzhůru. Pokud ne, lékař se pokoji vyhne a vrátí se později.

Oběd je pacientům nošen na pokoj, ti si mohou sami určit, kdy mají hlad a kdy se chtějí najíst. Strava se odvíjí od pacientova přání a režimu. Alkohol ani cigarety nejsou zakázány.

Personál se snaží pomoci pacientům prožít pobyt kvalitně. Pacienti můžou kdykoliv navštěvovat zahradu i město. Většina pacientů ovšem není mobilních, ale i tak zaměstnanci při hezkých dnech vyvezou pacienta na lůžku ven. „Když pacienta na lůžku vyvezete ven do parku a on se rozbrečí, protože léta nebyl pod širým nebem, je to něco neskutečného.“ (Huneš, osobní rozhovor, 2017). Rodina může do hospice přijít kdykoliv a je vítána. Denní režim je zcela individuální a je podřízen pacientovi. Snaží se co největší mírou přispět ke kvalitě jeho života.

## 5.9 Duchovní péče

Hospic má svoji vlastní kapli, jak je stanoveno ve standardech Asociace, další kaple je k dispozici v klášteře sester boromejek. Jednou týdně je v hospici vedena mše, další mše jsou slouženy při zvláštních příležitostech.

Při příchodu pacienta se sbírají anamnestická data. Huneš uvádí (osobní rozhovor, 2017), že formulář kromě základních údajů obsahuje také otázky směřující na duchovní péči (např.: Je pro Vás víra důležitá? Jste pokřtěný? Pokud ano, u jaké církve? Máte zájem o duchovního pracovníka? Máte zájem o pastoračního asistenta?)

Velmi malé procento v dotazníku uvede, že o žádného pracovníka zájem nemá. Obdobně malé procento jsou ale praktikující věřící, kteří si vyžádají bohoslužby a jsou smíření se smrtí. Naprostá většina pacientů se nachází mezi těmito extrémy. Pro ně jsou k dispozici právě pastorační asistenti.

Duchovní péče je v Hospici sv. Jana N. Neumanna chápána jako všechna péče, která je nefyzická. Pacienti se nacházejí ve zvláštním období, kdy zvažují celý svůj život. Často mají psychické bolesti, rozbité rodinné vztahy, trápí je staré křivdy, mají výčitky svědomí. Toto všechno jsou duchovní bolesti, se kterými zaměstnanci hospice pracují.

Nejčastěji se duchovní péči věnují pastorační asistentky nebo sociální pracovnice, ale Huneš upozorňuje (osobní rozhovor, 2017), že na každého pacienta „platí“ někdo jiný, a tak už se setkali s případy, kdy pacienti našli duchovní úlevu u primáře či u uklízečky.

Zdravotní stav se měří a zaznamenává do konce života. Sepisuje se podaná medikace a objektivně se měří její účinnost. Neméně důležitá duchovní péče měřit nelze. Lidé by měli umírat v prostředí, kde o ně bude správně postaráno, ale také v prostředí, které jim nabídne odpovědi na otázky, které je trápí a pomůže jim najít ztracený smysl života nebo napravit staré křivdy a bolesti.

Duchovní péče je poskytovaná také rodině a příbuzným (a to i po smrti pacienta). Na spirituální službu v hospici je primárně nahlíženo z pozice křesťanského pohledu, ale hospic je připraven spolupracovat s jakýmkoliv náboženstvím, pokud si to pacient přeje. Hospic disponuje volně přístupnou bezbariérovou kaplí, která je zasvěcená Janu Pavlu II.

## 5.10 Rodina v hospicové péči

Pacientova rodina je velmi důležitou součástí hospicové duchovní péče. V hospici sv. Jana N. Neumanna je vítáno, když rodinní příslušníci využívají přistýlek na klientově pokoji nebo často chodí na návštěvy, které jsou možné 365 dní v roce.

Primář hospice Petr Koptík na disku DVD uvádí (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2012), že při prvním kontaktu s pacientem se zaměstnanci snaží navázat kontakt s rodinou a zasadit se o to, aby se stali součástí pacientova pečujícího týmu. Ředitel hospice Robert Huneš si v tomto ohledu přistýlky pochvaluje. „K mé velké radosti je hodně příbuzných, kteří přistýlku využívají. U pacientů, kteří odcházejí na věčnost, více než polovina ve svých posledních chvílích má u sebe někoho z rodiny.“ (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2012)

## 5.11 Respitní služby

Posláním odlehčovací služby je zastoupit po určitou omezenou dobu pečující osobu či rodinu a poskytnout sociální služby seniorovi nebo osobě se zdravotním postižením. (Hospic sv. Jana N. Neumanna, nedatováno) Poskytování odlehčovacích (respitních) pobytů se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Podle Huneše (2012) slouží tyto pobyty pro rodiny, které o svého těžce nemocného pečují doma a dojdou jim síly, chtějí si odpočinout nebo jet na dovolenou. Příbuzní tak mají možnost na několik týdnů nemocného ubytovat v hospici a mezitím se zotavit a načerpat nové síly. Hospic sv. Jana N. Neumanna na svých webových stránkách (nedatováno), uvádí, že je tato služba určena:

- osobám ve stupni závislosti III. a IV., kteří potřebují každodenní pomoc nebo dohled obvykle nejméně v rozsahu 3 až 5 hodin denně
- dospělým, kteří trpí chronickým onemocněním, v jehož důsledku nejsou plně soběstační
- dospělým se zdravotním postižením, kteří nejsou schopni bez pomoci druhé osoby zajistit některé své životní potřeby (osobní hygiena, stravování apod.)

Respitní pobyty se realizují na dvoulůžkových pokojích v areálu hospice. Průměrná délka pobytu v respitní péči dosáhla podle výroční zprávy Hospice sv. Jana N. Neumanna (2016) délky 21,8 dne a využilo jí 41 klientů.

## 5.12 Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

Asociace sdružující poskytovatele hospicové paliativní péče se podílí na tvorbě příslušné legislativy, tvoří standardy péče a hájí zájmy svých členů. Jejím prezidentem je Robert Huneš, ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna. Momentálně má Asociace 22 členů:

- Domácí hospic Athelas v Písku
- Domácí hospic Duha, o.p.s.
- Hospic Anežky České v Červeném Kostelci
- Hospic sv. Alžběty o.p.s., Brno
- Hospic Citadela ve Valašském Meziříčí
- Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., Prachatice
- Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích
- Hospic svatého Lazara
- Hospic sv. Lukáše v Ostravě
- Nadační fond Klíček
- Hospic v Mostě, o.p.s.
- Hospic na Svatém Kopečku
- Hospic Štrasburk, o.p.s., Praha
- Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.
- Charita Opava – Mobilní hospic Pokojný přístav
- RUAH o.p.s.
- Hospic Frýdek-Místek, p.o.
- Hospic Malovická v Praze 4
- Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň, o.p.s.
- Hospic sv. Jiří, o.p.s. v Chebu
- Domácí hospic Setkání, o.p.s. v Rychnově nad Kněžnou
- Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov

Zdroj: (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, nedatováno)

Výhody plynoucí z členství formuluje Asociace na svých webových stánkách (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, nedatováno):

- Aktivní účast a možnost podílet se při prosazování změn v legislativě týkající se hospicové péče.

Ředitel prachatického hospice Huneš (osobní rozhovor, 2017) uvedl, že členství v Asociaci slouží také jako podpůrný nástroj při vyjednávání se státními orgány. Asociace dlouhodobě spolupracuje na tvorbě legislativy týkající se hospicové paliativní péče. Právě navrhovaná novela Zákona č. 372/2011 o zdravotních službách vychází ze standard Asociace, která se na její tvorbě podílela.

- Hájení zájmů členů-poskytovatelů hospicové paliativní péče při jednáních s orgány státní správy a samosprávy

Při vyjednávání s orgány státní správy a samosprávy Asociace vždy dbá na zájmy svých členů. Svatošová uvedla (osobní rozhovor, 2017), že momentálně vyjednávají s Ministerstvem zdravotnictví v otázkách financování domácích hospiců.

- Zpracovávání standardů kvality hospicové paliativní péče s aktivním zapojením členů do výsledné podoby.

Hospic sv. Jana N. Neumanna se řídí standardy Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Standardy Asociace jsou přísnější než zákonné normy, a proto slouží jako deklarace určité kvality na poli hospicové péče v ČR. V prachatickém hospici je zaměstnán vyšší počet pracovníků, než je vyžaduje zákon a dokonce více, než stanovují Standardy asociace (2016, stránky 12–13), namísto 1,7 úvazku lékaře mají v Hospici sv. Jana N. Neumanna 2,1, místo 5 ošetřovatelů jich je v hospici 17, místo 11 sester jich je 12.

- Propagace členů a jejich kvality.

Asociace spravuje vlastní facebookovou stránku a přidává na ni pravidelně příspěvky. Vytvořila projekt Dobrá tečka, s vlastní webovou stránkou sloužící vzdělávání o hospicové péči.

Několikrát do roka se schází valná hromada šesti statutárních zástupců, na kterou ale většinou jezdí také vrchní sestry a sociální pracovníci a probírají svou agendu, předávají si zkušenosti. Mezi členy Asociace probíhají také vzájemné stáže.

Podle výroční zprávy (2016, str. 45) je prachatický hospic také členem Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky a Asociace českých a moravských nemocnic.

## 5.13 Výjimečnost Hospice sv. Jana N. Neumanna

Lůžkový hospic v Prachaticích je jediný hospic v České republice, v jehož prostorách se narodil světec. Jméno sv. Jana N. Nepomuka nese ve svém názvu a sídlí v areálu jeho rodného domu. Jedná se o jediný hospic, který se nachází na městských hradbách a je součástí památkové rezervace. Je obklopen měšťanskými domy, které Národní památkový ústav vede v Ústředním seznamu nemovitých kulturních památek. Sám hospic kulturní památkou není.

Také přímé napojení na řeholní život není zcela běžné. V prachatickém lůžkovém hospici slouží jako pastorační asistentky dvě Milosrdné sestry sv. Karla Boromejského.

# Závěr

Tématem bakalářské práce byla paliativní hospicová péče, její ekonomické fungování a spojitost s církvemi a zásadami jejich činnosti. V teoretické části byla pomocí odborné literatury popsána paliativní hospicová péči, její ekonomika, legislativa i hlavní problémy. Byla nastíněna úloha církví ve formování západního zdravotnictví a péči o nemocné a staré lidi.

V praktické části byl popsán Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. Byly aplikovány poznatky z teoretické části a došlo ke srovnání teoretických předpokladů a výsledků hospodaření konkrétní instituce.

Hospic sv. Jana N. Neumanna je výjimečný z několika důvodů. Je to jediný hospic v České republice, kde se narodil světec. Zařízení je také jediným hospicem v ČR, který je součástí památkové rezervace. Budova hospice má svá specifika. Její nevýhodou jsou užší chodby, které jsou méně vhodné pro manipulaci s jezdícími lůžky. Výhodou historické kamenné budovy je naopak tepelná izolace (ochrana před vysokými teplotami v letním období), stejně jako atraktivní prostředí v centru historického města.

Práce popsala roli Kongregace Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v hospici. Aspekt duchovní léčby je součástí komplexní péče o pacienta v hospicovém prostředí, rozhodně nejde o léčbu (křesťanskou) vírou. V prachatickém hospici je cílem duchovní péče zvýšení kvality života pacienta ve všech nezdravotnických oblastech.

Ze srovnání hospiců a léčeben dlouhodobě nemocných vyplývá, že hospice poskytují kvalitnější péči s nižšími náklady. Pro rozšíření služeb a stabilizaci prostředí jsou ovšem potřeba legislativní změny, především přijetí novely Zákona č. 372/2011 o zdravotních službách.

# Bibliografie


APHPP. (2010). *APHPP: Standardy hospicové paliativní péče*. Načteno z Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče: http://asociacehospicu.cz/standardy-kvality/

Ariès, P. (2000). *Dějiny smrti.* Praha: Argo.

Ariès, P. (2000). *Dějiny smrti II.* Praha: Argo.

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. (2016). *Standardy hospicové paliativní péče*. Načteno z Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. (2016). *Výroční zpráva 2015.* Načteno z Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: http://www.asociacehospicu.cz/html/files/vz2015.pdf

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. (nedatováno). *Členové*. Načteno z Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: http://asociacehospicu.cz/clenove

*Bible kralická: Starý a Nový zákon: [podle posledního vydání Kralického z roku 1613 Biblí svatá, aneb, Všechna svatá písma Starého i Nového zákona]*. (2014). Liberec: Družstvo Ekon.

Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Cabrnoch, M. a. (2016). *Výzvy hospicové péče.* Čerčany: TŘI, o.p.s.

Cesta domů. (nedatováno). *Úvod*. Načteno z Cesta domů: https://www.cestadomu.cz/

Červenková, A., Bruthansová, D., & Pechanová, M. (2006). *Sociálně zdravotní služby poskytované klientům na ošetřovatelských odděleních domovů důchodců a v léčebnách dlouhodobě nemocných se zřetelem k jejich sociální situaci a zdravotnímu stavu.* Praha: VÚPSV.

Česká společnost paliativní medicíny. (2013). *Standardy*. Načteno z Česká společnost paliativní medicíny: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

Česká společnost paliativní medicíny. (nedatováno). *ČSPM*. Načteno z Česká společnost paliativní medicíny: https://www.paliativnimedicina.cz/cspm/

ČSÚ. (2011). *Český statistický úřad.* Získáno 2017, z https://www.czso.cz/documents/10180/20551795/17022014.pdf/c533e33c-79c4-4a1b-8494-e45e41c5da18?version=1.0

ČSÚ. (2013). *Projekce obyvatelstva České republiky do roku 2100.* Načteno z Český statistický úřad: https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-do-roku-2100-n-fu4s64b8h4

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha: Grada Publishing, a.s.

Holmerová, I., Jurašková, B., & Zikmundová, K. (2003). *Vybrané kapitoly z gerontologie.* Česká alzheimerovská společnost.

Hospic sv. Jana N. Nepomuka v Prachaticích. (2014). *Úhrada obytu*. Načteno z Hospic sv. Jana N. Nepomuka v Prachaticích: http://www.hospicpt.cz/prachatice/uhrada-pobytu

Hospic sv. Jana N. Neumana. (2016). *Průvodce v čase zármutku.* (E. Ludačková, R. Huneš, & N. Špatenková, Editoři) Hospic sv. Jana N. Neumana.

Hospic sv. Jana N. Neumanna. (2010). *Hospic sv. Jana N. Neumanna.* Hospic sv. Jana N. Neumanna.

Hospic sv. Jana N. Neumanna. (2012). Tam, kde dny naplňují životem. *DVD*. Prachatice.

Hospic sv. Jana N. Neumanna. (2015). *Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.: Hospic - Nevšední svět medicíny.* (R. Huneš, & E. Ludačková, Editoři) Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna.

Hospic sv. Jana N. Neumanna. (2016). *Hospic sv. Jana N. Neumanna*. Načteno z Facebook: https://www.facebook.com/hospicpt/photos/a.1716162785261867.1073741827.1716157711929041/1716162708595208/?type=1&theater

Hospic sv. Jana N. Neumanna. (nedatováno). *Historie*. Načteno z Hospic sv. Jana N. Neumanna: http://www.hospicpt.cz/prachatice/vznik-hospice

Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích. (2016). *Výroční zpráva 2015*. Načteno z Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích: http://www.hospicpt.cz/www_hos2/upload/File/vyrocni_zprava_h_dmv_2015_(1).pdf

Hospic sv. Jana N. Neumanna. (nedatováno). *Základní informace*. Načteno z Hospic sv. Jana N. Neumanna: http://www.hospicpt.cz/prachatice/zakladni-informace

Jandourek, J. (2010). *Vzestup a pád moderního ateismu.* Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s.

Justice. (2017). *Veřejný rejstřík*. Načteno z Justice: https://or.justice.cz/ias/ui/rejstrik-$firma?nazev=hospic

Justice.cz. (2017). *Úplný výpis z rejstříku obecně prospěšných společností*. Načteno z Justice.cz: https://or.justice.cz/ias/ui/rejstrik-firma.vysledky?subjektId=822691&typ=UPLNY

Kozelka, P. (2015). *V Brně bude největší církevní nemocnice*. Získáno 15. 4 2017, z Novinky.cz - Domácí: https://www.novinky.cz/domaci/363750-v-brne-bude-nejvetsi-cirkevni-nemocnice.html

Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče.* Praha: Grada.

Ludvík, M. (2017). *Idnes*. Načteno z Vzroste příspěvek na péči, šanci na peníze dostanou také hospice: http://zpravy.idnes.cz/vlada-navrhuje-specialni-pomoc-rodicum-trojcat-vzroste-prispevek-na-peci-1rn-/domaci.aspx?c=A170329_110921_domaci_kop

Martinek, M. (2010). *Křesťanské církve v občanské společnosti.* Načteno z JABOK: https://is.jabok.cz/el/JA10/leto2010/RJ3402/um/KCOStext07.pdf

Martinek, M. (2012). *K čemu jsou křesťanské církve?* Brno: Cesta.

Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce.* Praha: Portál.

Munzarová, M. (2005). *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada Publishing, a.s.

Národní památkový ústav. (nedatováno). *měšťanský dům*. Načteno z Památkový katalog: http://www.pamatkovykatalog.cz/?element=680966&sequence=1&mode=fulltext&keywords=Neumannova+144+prachatice&order=relevance%3Adesc&action=element&presenter=ElementsResults

Nemocnice Bubeneč. (nedatováno). *https://www.nemocnice-bubenec.cz/inpage/ceniky/*. Načteno z Nemocnice Bubeneč: https://www.nemocnice-bubenec.cz/inpage/ceniky/

Pechková, Š. (2017). *Dobrovolník.cz - Články*. Načteno z V hospici to zkrátka žije: https://www.dobrovolnik.cz/rozhovory-reportaze/v-hospici-zkratka-zije

Piťha, P. (1990). *Posel ze zámoří: Sv. Jan Nepomuk Neumann.* Praha: Ústřední církevní nakladatelství.

Podstatová, R., Sovová, E., Řehořová, J., & kolektiv, a. (2007). *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení.* Praha: Grada Publishing, a.s.

*Pomáháte s námi*. (nedatováno). Načteno z Hospic sv. Jana N. Neumanna: http://www.hospicpt.cz/prachatice/pomahate-s-nami

Právní prostor. (2011). *372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Načteno z Právní prostor: http://codexisuno.cz/3B9#!20

Radbruch, L., & Payne, S. (2009). *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.* Získáno 30. 4 2017, z Cesta domů: https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf

Sláma, O., Kabelka, L., & Vorlíček, J. (2007). *Paliativní medicína pro praxi.* Praha: Galén.

STEM/MARK. (2015). *Výzkumná zpráva 2015.* Získáno 9. 5 2017, z Umírání.cz: http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf

Svatošová, M. (1998). *Hospic slovem a obrazem.* Praha: Ecce homo.

Svatošová, M. (2012). *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* Praha: Grada Publishing, a.s.

Šmerda, H. (2011). *Křesťanská charita od počátku do konce středověku (s přihlédnutím k jižní Moravě).* Břeclav: Jiří Polach.

Tomeš, I., Dragomirecká, E., Sedlárová, K., & Vodáčková, D. (2015). *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Karolinum.

Válková, H. (2014). *Pacient z LDN zemřel po dvou dnech v nemocnici. Ta podává stížnost*. Načteno z IDNES: http://zpravy.idnes.cz/pece-v-soukrome-ldn-chittussiho-ulice-d8h-/domaci.aspx?c=A140109_120933_domaci_hv

WHO. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Načteno z World Health Organization: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/

# Seznam tabulek

Tabulka 1 Prognóza ČSÚ do roku 2100: Počet a pohyb obyvatel (střední varianta) . 21~~22~~

Tabulka 2 Prognóza ČSÚ do roku 2100: Charakteristiky věkového složení populace (střední varianta) ..... 22~~23~~

Tabulka 3. Stupňovaný systém služeb paliativní péče..... 27~~28~~

Tabulka 4 Hospodaření o.p.s. za rok 2015 ..... 44~~45~~

Tabulka 5 Úhrada pobytu pacienta ..... 46~~47~~

Tabulka 6 Načasování přijetí do hospice ..... 51~~52~~

# Seznam obrázků

Obr. 1 Obvyklé rozdělení příjmů hospiců podle Tomeše ..... 35~~36~~

Obr. 2 Areál Hospice sv. Jana N. Neumanna ..... 42

Obr. 3 Náklady lůžkového hospice za rok 2015 ..... 46

Obr. 4 Výnosy lůžkového hospice za rok 2015 ..... 47

Obr. 5 První návrh lůžkové hospicové péče ..... 53