TŘI

VÝZVY HOSPICOVÉ PÉČE

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

2016

OBSAH

	ÚVODNÍ SLOVO	1
	SHRNUTÍ VÝZKUMU	2
	SVĚT KOLEM NÁS	6
1.	ZKUŠENOSTI S HOSPICOVOU PÉČÍ	10
2.	DOBROVOLNICKÝ PROGRAM	16
3.	FINANCOVÁNÍ	22
4.	VZDĚLÁVÁNÍ	28
5.	ROZVOJ SPOLUPRÁCE	34
6.	PÉČE O ZAMĚSTNANCE	40
7.	PR	46
	POZNÁMKY	54

ISBN 978-80-270-0455-3

ÚVOD

Hospicová péče představuje již od svého počátku zásadního nositele změny v systému zdravotně-sociální péče, hlavním motorem této změny byly potřeby umírajících pacientů a jejich rodinných příslušníků. Hospicové hnutí v rámci svého holistického přístupu odmítalo redukovat pacienta pouze na diagnózu. Do popředí se tak dostaly pacientovi nejenom fyzické, ale i sociální, psychické a spirituální potřeby.

Téměř padesát let od založení prvního hospice na světě a více než dvacet let od založení toho prvního v Čechách je vhodné se zaměřit na současný stav hospicové péče, identifikovat výzvy, které před poskytovateli hospicové péče stojí a hlavně si položit otázku, jestli se nám daří adekvátně reagovat na potřeby pacientů žijící s nevyléčitelnou diagnózou.

Již v tuto chvíli je možné předvídat výzvy, které stojí před hospicovou péčí v České republice. Demografické změny, nesystémové financování, vyšší riziko vyhoření u zaměstnanců, větší množství poskytovatelů paliativní péče apod.
Pro potřeby této publikace jsme výzvy hospicové péče rozdělily do následujících kapitol:

- Zkušenosti s hospicovou péčí
- Dobrovolnický program
- Financování
- Vzdělávání v paliativní péči
- Rozvoj spolupráce
    - Spolupráce domácího hospice s domovem pro seniory
    - Domácí hospic v prostředí nemocnice
- Péče o zaměstnance a jejich rozvoj
- Vztah s veřejností

Smyslem této studie není pouze hlavní výzvy definovat a pojmenovat, ale hlavně navrhnout kokrétní doporučení, která mohou být pro mnohé inspirativní.

Jiří Krejčí

SHRNUTÍ VÝZKUMU

ZKUŠENOSTI S HOSPICOVOU PÉČÍ

- Dokáže náš hospic dobře reagovat na potřeby, které se ozývají ve výše uvedených zjištěních? Umíme oslovit a pracovat s pocItem bezmoci na straně rodiny?
- Vnímáme my jako poskytovatelé péče důležitost těchto aspektů stejně nebo bychom na některé otázky odpovídali jinak?
- Uvědomujeme si, co ovlivňuje naši péči vůči jednotlivým klientům?
- Jak se mění naše péče u klietů,které máme v péči delší dobu?
- Jakým způsobem si ověřujeme kvalitu naší práce? Jak s takovou zpětnou vazbou pracujeme? Využíváme nějakých standardizovaných metod pro měření kvality péče (například dotazníky ESAS, POS)? Pokud ano, jak s nimi pracujeme?

DOBROVOLNICKÝ PROGRAM

- Definovat strategii rozvoje.
- Nastavit hodnocení kvality programu.
- Vytvořit pracovní úvazek pro koordinátora dobrovolníků.
- Zapojit personál do dobrovolnického programu.
- Zajistit další vzdělávání dobrovolníků.
- Ošetřit případná rizika.

FINANCOVÁNÍ

- Vypracovat studii popisující příjmy hospiců v jed notné struktuře.
- Vypracovat studii popisující skutečné náklady v hospicích v jednotné struktuře.
- Připravit kalkulaci hodnoty ošetřovacího dne na základě personálního standardu.
- Provést kalkulaci bodové hodnoty ošetřovacího dne dle navrhovaných personálních standardů na základě studie o skutečných nákladech hospiců vypočítat hodnotu režie k ošetřovacímu dni.
- Připravit výčet výkonů agregovaných do ošetřo vacího dne a výčet výkonů, které lze vykázat samostatně s ošetřovacím dnem.
- Navrhnout zdravotní prostředky a léky, které by byly vykazovány k ošetřovacímu dni.
- Projednat s Úřadem práce metodiku přiznávání příspěvků na péči pro klienty hospice.
- Připravit a prosazovat možnosti platby za sociální služby pro klienty v hospici.
- Individuální jednání hospiců v jednotlivých krajích o možnosti jednorázové i pravidelné finanční podpory hospice z rozpočtu kraje.
- Jednat se Svazem měst a obcí o doporučené metodice jak se bude obec podílet na péči, kterou hospic poskytne jejímu obyvateli.
- Projednat v rámci hospiců možné sladění přstupu k platbám žádaným po klientech s cílem nalézt a realizovat harmonizovaný přístup.

VZDĚLÁVÁNÍ

- Navázat lepší spolupráci a výměnu zkušeností s klíčovými partnery dalších poskytovatelů zdra votní a sociální péče v regionu.
- Zvýšit přitažlivost vzdělávacích aktivit pomocí akreditací, spoluprací s odbornými společnostmi či univerzitami. Účastníkům jasně sdělit v čem je dané vzdělávání užitečné pro konkrétní hospic a konkrétní účastníky.
- Lépe využívat potenciál diplomových prací, stra tegicky pracovat se získanými poznatky,navazo vat spolupráci s odbornými vedoucími těchto závěrečných prací.

- Udržet atraktivitu vzdělávacích programů díky využívání moderních technologií, zejména on-line vzdělávání. Jeho předností je zpřístupnění výuky širšímu okruhu posluchačů a časová flexibilita.
- Sdílet dobré zkušenosti, ale i problémy mezi hos pici, a to i na mezinárodní úrovni. Šířit zkušenosti hospiců i mezi další zdravotníky pomocí konfe rencí a odborných článků. Přispělo by to k vět šímu zájmu o hospicovou péči a lepšímu využití hospiců ve prospěch pacientů.

ROZVOJ SPOLUPRÁCE

SPOLUPRÁCE DOMÁCÍHO HOSPICE S DOMOVEM PRO SENIORY

- Ujasnit priority a cíl integrace.
- Nastavit vzdělávání v paliativní péči.
- Vyjasnit komunikační pravidla, mechanismy a předávání informací.
- Zajistit financování paliativní péče.

MOBILNÍHO HOSPIC V PROSTŘEDÍ NEMOCNICE

- Základem je schválení úhrady paliativních výkonů zdravotními pojišťovnami, s výhodou je schvá lení i výkonů domácí péče, ale podmínkou to není, lze využít i stávajících fungujících agentur domácí péče poskytujících hospicovou péči (systémové financování v současné době zajištěno není).
- Je nutno jednoznačně stanovit kompetence zúčastněných a organizační strukturu mobilního týmu.
- Musí být dohodnuta základní pravidla spolupráce s vedením nemocnice, s dopravou (služební vozi dlo), s mzdovým a personálním oddělením, s lékárnou, s oddělením pro vykazování péče, apod.
- Vzhledem k současné absenci standardů a meto diky je nutná intenzívní komunikace s regionál ními pobočkami zdravotních pojišťoven.
- Zajistit systémové financování domácí hospicové péče zdravotními pojišťovnami, v opačném případě bude tato péče vždy nestandardní a její fungování bude závislé na místních podmín kách(velkáočekáváníjsouvkládánadovyhodnocení právě probíhajícího Pilotního projektu)

PÉČE O ZAMĚSTNANCE

- Pravidelně analyzovat míru vyhoření u zaměst nanců a jejich spokojenost s pracovním prostředím.
- Každoročně navyšovat platy zaměstnanců se zaměřením na pracovníky s nízkým příjmem, kteří mohou být ohroženi příjmovou chudobou.
- Provést navazující výzkum analyzující vliv spokoje nosti zaměstnanců s pracovním prostředím, supervizí a mírou vyhoření.
- Systematizovat vzdělávání zaměstnanců, každý pracovník má svůj rozvojový plán. Seberozvoj je součástí kultury organizace.
- Organizovat pravidelná supervizní setkání man agementu napříč hospici v ČR (např. setkání ředi telů a ředitelek, případně vrchních a staničních sester apod.).
- Definice hodnot, vize, poslání organizace a jejich pravidelná akcentace v rámci týmu.
- Stanovit účel a kritéria supervizí zaměstnanců a pravidelně je vyhodnocovat.
- Snižovat riziko institucionalizace lůžkových hos piců v ČR.

VZTAH S VEŘEJNOSTÍ

- Vytvořit si komunikační strategii.
- Vyprofilovat reprezentanta celého oboru.
- Monitorovat informace o hospicové péči.
- Udržovat kontakt s opinion/decision makery.
- Udržovat kontakt s médii.

SHRNUTÍ VÝZKUMU

EXPERIENCE WITH HOSPICE CARE

- Is our hospice able to respond properly to the needs which have been revealed in identifications mentioned? Are we able to approach and work with the feeling of helplessness of the family?
- Do we take notice as care providers the impor tance of these aspects in the same way or should we reply to some questions in different way?
- Do we perceive what influences our treatment to individual clients?
- How has our treatment been changed for clients whom we have been taking care of in a long-term period?
- In what way do we check the quality of our work? How do we work with this feedback? Do we use some standardized methods to measure the treatment quality, e. g.: questionnaires ESAS, POS? If so, how do we work with them?

VOLUNTEERS PROGRAM

- Define a development strategy .
- Set up the evaluation of program quality.
- Establish position for volunteers coordinator in the organization.
- Draw our staff into the voluntary program.
- Ensure specific education for volunteers.
- Take into account other risks.

FINANCING

- Make a study describing incomes of hospices in a united structure.
- Make a study describing real costs in hospices in a united structure.
- Prepare the costs of one day of treatment based on personal standard.
- Perform the calculation of the point values of day of treatment according to personal standards, based on the study of real costs of hospices, calcu late the value of expenses up to one day of treatment.
- Prepare the enumeration outputs aggregated to one day of treatment and the enumeration of expenses which is possible to prove individually with one day of treatment.
- Propose medical devices and medicaments which would have been used during on day of treatment.
- Discuss the methodology of granting social allowences for hospice clients.
- Prepare and promote possibilities of payment for social services for clients of the hospice.
- Individual negotiations of hospices in individual regions about the possibilities of one-time or regular financial support for the hospice from the regional budget.
- Negotiate with the Association of towns and villages about recommended process of village participation in treatment which will be provided to its' resident by the hospice.
- Discuss among hospices possible harmonization of approach to some payments requested from clients with the aim to find and implement a harmonized approach.

EDUCATION

- Establish better cooperation and exchange of experience with key partners of the other providers of medical and social care in the region.
- Increase the attractiveness of educational activities using accreditation with professional organizations or universities. Make sure to inform participants in-depth about the ways in which education is useful for the hospice and particular participants.

- Make better use of theses, work strategically with obtained findings, establish cooperation with professional supervisors of these theses.
- Keep the attractiveness of educational programs using modern technologies, mainly e-learning. Its advantage is the availability for a wider range of listeners and time flexibility.
- Share good experience, but also difficulties among hospices, also on international level. Spread experience to other medical staff members through conferences and professional articles. It would contribute to a larger interest in hospice care and using hospices better in favour of the patients.

COOPERATION DEVELOPMENT

COOPERATION OF MOBILE HOSPICE CARE WITH HOME FOR THE ELDERLY

- Make clear priorities and the integration target.
- Set up education in the area of palliative treatment.
- Establish clear communication rules, mechanisms and handling of information.
- Ensure financing of palliative treatment.

MOBILE HOSPICE CARE WITHIN A HOSPITAL

- The most important point is the approval of palliative treatment performances by insurance companies, with the advantage of the approval of the performances of domestic care, but it is not required, it is possible to use even current agencies of domestic care providing the hospice care (system financing has still not been ensured).
- It is necessary to set up clear competences of participants and the organizational structure of a mobile team.
- The rules of cooperation with the hospital man agement have to be set up, considering transport (a company car), payroll and HR department, pharmacy, department of treatment documentation etc.
- Considering the current absence of standards and methodology, it is necessary to have inten sive communication with regional branches of insurance companies.
- Ensure system financing of the domestic hospice treatment by insurance companies. Otherwise, this treatment will be always non-standard and its working will be dependant on local conditions (big expectations are put into the evaluation of the currently running pilot project).

EMPLOYEES' CARE

- Regularly analyze the degree of burnout of employees and their satisfaction with work environment.
- Annually increase the salaries of employees with a focus on low-salary workers who may be at risk of income poverty.
- Carry out follow-up research to analyze the impact of employee satisfaction with the work environment, supervision and burnout.
- Systematize training of employees, each employee has his own development plan. Self-development is part of the culture of the organization.
- Organize regular supervision meetings of management throughout hospices in the Czech Republic, e. g. meetings of directors potentially head nurses etc.
- Definition of values, vision, mission of the organization and thein regular accentuation within the team.
- Set up purpose and criteria of supervision of employees and evaluate them regularly.
- Reduce the risk of institutionalization of inpatient hospices in the Czech Republic.

PUBLIC RELATIONS

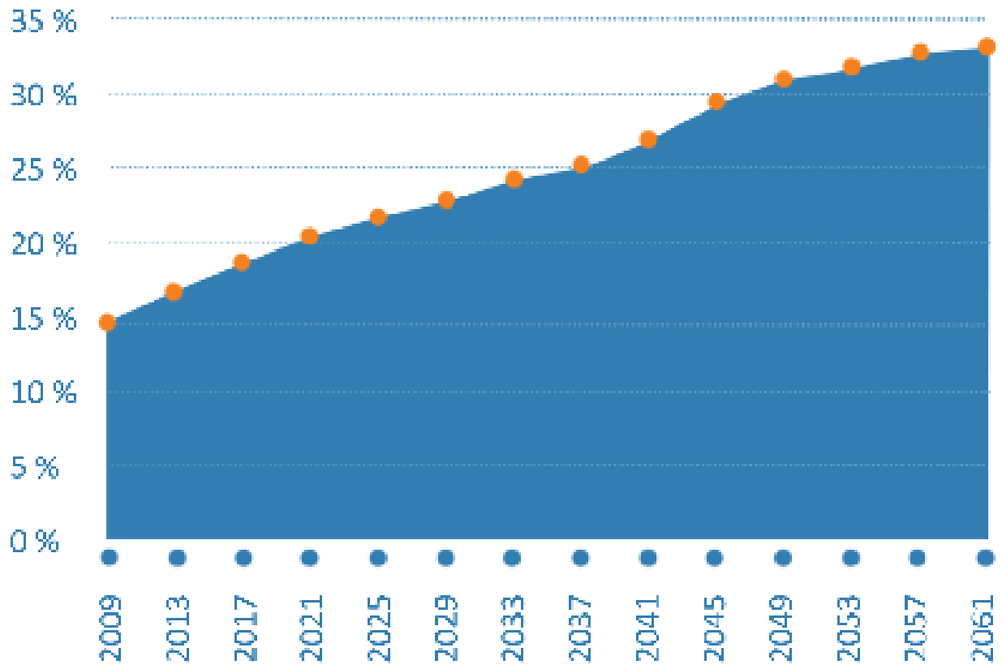
- Create the communication strategy.
- Make a profile of a representative of the whole field.
- Monitor information on hospice care.
- Maintain relationships with opinion/decision makers.
- Maintain relationships with media.

SVĚT KOLEM NÁS

Moderní hospicové hnutí vzniklo v šedesátých letech dvacátého století, kdy Cicely Saunders založila v Londýně Hospic sv. Kryštofa. Tento hospic sloužil jako vzor při budování sítě lůžkových hospiců v mnoha dalších zemích světa, včetně České republiky. Kromě příkladu, jak taková organizace může fungovat, nabízí Hospic sv. Kryštofa ještě jeden „výukový moment“. Můžeme se zamyslet nad tím, na základě jakých potřeb vlastně hospicové hnutí vzniklo, jaká byla tehdejší situace a jak se od té doby společenská poptávka a potřeby pacientů s nevyléčitelnou nemocí změnily. Tato úvaha nám může pomoci při pochopení úlohy, kterou dnes hospice mají a toho, jak na měnící se podmínky ve společnosti adekvátně reagovat.

Nejprve je nutné uvědomit si, jak se za těch zhruba padesát let změnila demografická a epidemiologická situace v Evropě. V roce 1963 byla ve Spojeném království průměrná naděje dožití 70,8 let, dnes se v Anglii ženy dožívají průměrně 83,1 a muži 79,4 let (Office for National Statistics, 2015, Index Mundi, 2015). V naší zemi je trend podobný, v roce 1963 byla střední délka života 67,4 let u mužů a 73,1 let u žen (Ústav pro zdravotnickou statistiku, 1964). Dnes se muži dožívají 75,5 a ženy 81,4 let (ČSÚ, 2015). V obou zemích tedy vidíme prodloužení lidského života téměř o dekádu a tento trend je patrný i v ostatních evropských zemích.

PROGNÓZA: PODÍL OBČANŮ ČR STARŠÍCH 65 LET



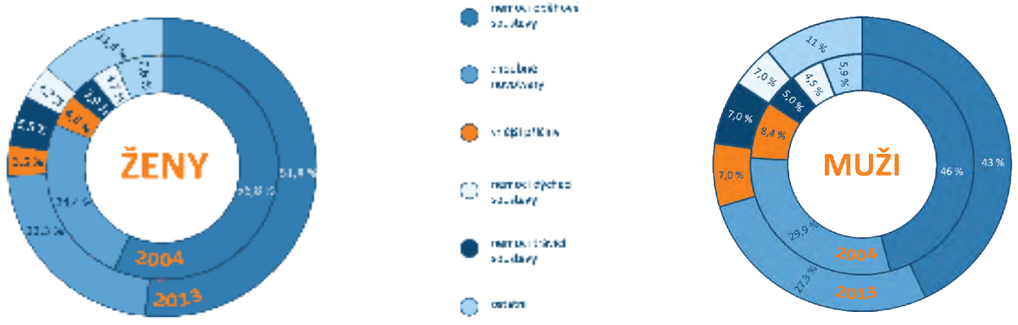
podle Svobodová (2012)

Stárnoucí populace s sebou nese ještě jednu důležitou výzvu – úbytek přirozených pečujících. S tím, jak se zvyšuje střední délka života, prodlužuje se produktivní věk a v evropských zemích klesá porodnost, zvyšuje se takzvaný index závislosti seniorů, tedy poměr počtu osob v postproduktivním věku oproti lidem v produktivním věku. Jak uvádí Fiala a Langhamrová (2013), tento indikátor může být částečně zavádějící, protože ne všichni občané v produktivním věku jsou ekonomicky aktivní. Tito autoři proto doporučují analyzovat raději poměr osob v postproduktivním věku vůči počtu zaměstnaných. I studium této souvislosti však ukazuje některé scénáře, které varují před výrazným zatížením systému. V současnosti je v naší společnosti zhruba 100 zaměstnaných na 50 seniorů, tedy 2 zaměstnaní na jednoho důchodce. Při fixaci důchodového věku na hranici 65 let by se při zachování současných trendů tento poměr změnil na 100 zaměstnaných na 90 důchodců v roce 2060 (Fiala, Langhamrová, 2013). To by znamenalo nárůst ekonomické zátěže o téměř jednou tolik.

Zároveň by pravděpodobně ještě ubývalo těch, kteří budou ochotni a schopni na dobu v řádech týdnů nebo měsíců pozastavit své zaměstnání a věnovat se péči o své blízké v závěru života. Vzhledem k nedostatečné právní úpravě péče o osobu blízkou je takové rozhodnutí často kritickým ohrožením pracovního poměru pečujícího a bude pochopitelné, když při větší ekonomické zátěži budou lidé tuto možnost využívat ještě méně než dnes. Společnost proto musí být připravená na možnost výrazně vyššího kapacitního vytížení ústavní péče, a to včetně péče v závěru života. Můžeme se domnívat, že čím dál více obyvatel naší země bude konec svého života prožívat v institucích typu domovů pro seniory, domovů s pečovatelskou službou, léčebny dlouhodobě nemocných a doufejme, že i hospiců. Je zároveň nutné uvažovat nad tím, jak zajistit vzdělání a kompetence v paliativní péči u pracovníků ve všech těchto typů zařízení, respektive hledat ideální modely sdílené péče tak, aby klienti i v jiných než specializovaných hospicových lůžkách měli k paliativní péči přístup.

Mění se také příčiny úmrtí a tím pádem potřeby pacientů, na které by hospice měly být schopny reagovat. Na obrázku 2 vidíme strukturu příčin úmrtí a změny jen během deseti let. Jak je z grafu patrné, mírně ubývá počtu úmrtí jak na nemoci oběhové soustavy, tak na zhoubné novotvary. Ve srovnání s evropským průměrem v České republice výrazně častěji pacienti umírají na kardiovaskulární nemoci, a to až o více než 53% (ÚZIS, 2015). Z tohoto pohledu se může zdát alarmující, že většina pacientů v českých hospicích jsou pacienti s onkologickou diagnózou (Švancara, 2015), ačkoli prognóza například u chronického srdečního selhání je velmi špatná – polovina nemocných umírá do čtyř let od stanovení diagnózy (Heinc, 2007). Vzhledem k statistikám příčin úmrtí a tomu, že hospice zůstávají v podstatě výhradním poskytovatelem paliativní péče v naší zemi, tak můžeme konstatovat, že velká skupina pacientů s neonkologickými diagnózami má k paliativní péči velmi omezený přístup. Je však nutné sledovat epidemiologický vývoj i u dalších onemocnění, zejména demence.

PŘÍČINY ÚMRTÍ V ČESKÉ REPUBLICE 2004-2013

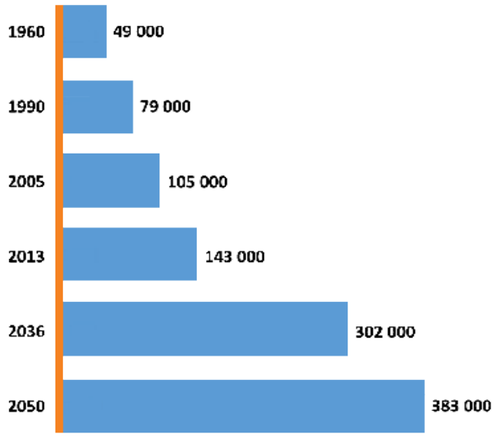


podle ÚZIS (2015), s.11

Demence

V populaci v posledních desetiletích významně narůstá prevalence této nemoci. Česká republika se drží mírně pod evropským průměrem, přesto však u nás v současnosti žije zhruba 154 tisíc lidí, trpících demencí (Mátl, Holmerová, Mátlová, 2014). Mezi lidmi staršími 80 let je pak demence diagnostikována u zhruba dvaceti procent, jedná se tedy o opravdu velmi časté onemocnění. Demence byla přitom dlouho považována za běžný projev stáří, ne za nemoc samu o sobě. V poslední době však přibývá dat o tom, že se jedná o specifické onemocnění, které zatím neumíme příliš dobře léčit ani zpomalit a teprve pomalu začínáme rozumět tomu, co jej způsobuje.

PREDIKCE POČTU LIDÍ S DEMENCÍ V ČR



podle Mátl, Holmerová, Mátlová (2014)

Pacienti, kteří trpí demencí, mají například u pokročilé Alzheimerovy demence nebo vaskulární demence naději dožití 3-5 let, což je prognóza srovnatelně nepříznivá s některými nádorovými onemocněními (Kua a kol., 2014). Hospice se přesto v českém seznamu obvyklých zdravotně-sociálních služeb pro pacienty s demencí v podstatě neobjevují (Mátl, Holmerová, Mátlová, 2014). Když se podíváme do jiných zemí, najdeme příklady, kdy je situace značně odlišná. Například v USA hospice pečují převážně o neonkologické pacienty (viz tabulka 1), což lépe kopíruje strukturu příčin úmrtí ve společnosti. Pacientů, jejichž primární příčinnou úmrtí byla demence, je v péči amerických hospiců zhruba 15 %. Péče o pacienty s demencí tedy zůstává výzvou nejen pro naše hospicové hnutí, ale i pro systém zdravotní a sociální péče jako takový.

PODÍL PACIENTŮ PŘIJATÝCH DO HOSPICŮ V USA PODLE NEJČASTĚJŠÍCH DIAGNÓZ

PRIMÁRNÍ DIAGNÓZA	2013	2012
Nádorové onemocnění	**36,5 %**	**36,9 %**
Jiné než onkologické onemocnění	**63,5 %**	**63,1 %**
Demence	**15,2 %**	**12,8 %**
Srdeční selhání	13,4 %	11,2 %
Nemoci plic	9,9 %	8,2 %
Poruchy CNS (mrtvice, kóma)	5,2 %	4,3 %
Nemoci ledvin	3,0 %	2,7 %

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

Vzhledem k výše uvedeným demografickým a epidemiologickým změnám se paliativní péče dostává stále výše v žebříčku priorit na národních i mezinárodních politických fórech. Od roku 2003, kdy bylo publikováno doporučení Výboru ministrů Rady Evropy o organizaci paliativní péče (Committee of Ministers, 2003) byly v řadě evropských zemí schváleny speciální zákony a předpisy o paliativní péči (například v Itálii, Německu nebo Španělsku). Posledním zásadním krokem bylo přijetí rezoluce o paliativní péče na valném shromáždění Světové zdravotnické organizace v Ženevě v květnu 2014 (WHO, 2014). V tomto klíčovém dokumentu Světová zdravotnická organizace naléhá na všechny členské země, aby paliativní péči implementovaly do svých zdravotních systémů na všech relevantních úrovních.

Hospice v České republice jsou součástí systému, který pečuje o nevyléčitelně nemocné. Nesou v našem prostředí poměrně unikátní soubor dovedností a zkušeností, které pacientům a jejich rodinám nabízí paliativní péče. Její poskytování však vždy bude probíhat v širším kontextu společenského a politického vývoje. Přihlédnutí k tomu, kudy se naše společnost ubírá, je proto klíčem k úspěšnému a udržitelnému nastavení hospicových služeb. V dalších kapitolách se budeme věnovat konkrétním oblastem rozvoje a výzvám, které dnes na hospice čekají.

PhDr. Martin Loučka, PhD.

ZDROJE:

- Comittee of Ministers (2003). Recommendation REC 24 (2003) of the Committee of Ministers to member states on the organisation of Palliative Care. Strasbourg: Rada Evropy. Dostupné z http://www.eapcnet.eu/Themes/Policy/Europeaninstitutions/CouncilofEurope/COE_Recommend.aspx
- ČSÚ (2015). Naděje dožití ve Středočeském kraji 2014. Český statistický úřad, Krajská správa ČSÚ pro Středočeský kraj. Dostupné z https://www.czso.cz/csu/xs/naideje-doziti-ve-stredoceskem-kraji-2014.
- Fiala, T., Langhamrová, J. (2013). Vývoj ekonomického zatížení důchodového systému ČR při různých variantách zvyšování důchodového věku. In: RELIK Reproduction of the Human Capital. Slaný: Melandrium, 2013, s. 1–13. ISBN 978-80-86175-89-8.
- Heinc, P. (2007). Chronické srdeční selhání. Medicína pro praxi. 5, s.211-216.
- Index Mundi (2015). United Kingdom - Life expectancy at birth. Dostupné z http://www.indexmundi.com/facts/united-kingdom/life-expectancy-at-birth
- Office for National Statistics (2015), National Life Tables, United Kingdom, 2012-2014. Dostupné z http://www.ons.gov.uk/ons/dcp171778_416983.pdf
- Kua E.H., Ho, E., Tan H.H., a kol. (2014). The natural history of dementia. Psychogeriatrics, 14(3), s.196-201.
- Mátl, O., Holmerová, I., Mátlová, M. (2014) Zpráva o stavu demence 2014. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s.
- Svobodová, K. (2012) Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce. Publikováno na webu demografie.info. Dostupné z http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824
- Švancara, J. (2015). Poslední hospitalizace: Co se o umírání v ČR dovídáme z Národních zdravotních registrů. Přednáška na VII. česko-slovenské konferenci paliativní medicíny, 9.10.2015, Brno.
- Ústav pro zdravotnickou statistiku (1964). Zdravotnictví ČSSR 1963. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z www.uzis.cz/system/files/zdrroc1963_cssr_zdravotnictvi.pdf
- ÚZIS (2015). Zemřelí 2013. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Dostupné z http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zemreli
- WHO (2014). Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Rezoluce WHA67.19. Dostupné z http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_ les/WHA67/A67_R19-en.pdf

ZKUŠENOSTI S HOSPICOVOU PÉČÍ

Pokud si chceme klást otázku, nakolik se dnes v naší zemi daří hospicové péči naplňovat své poslání, nejlepším zdrojem informací jsou samotní klienti. V paliativní péči, která je zaměřena na celou rodinu pacienta, se klienty myslí jak nemocní, tak jejich blízcí. Mnoho organizací využívá nástrojů pro zjišťování spokojenosti klientů s poskytovanou péčí, nejčastěji různé formy dotazníků. Ty, které jsou určené přímo pacientům, se v zahraničí nazývají dotazníky o výsledcích péče z pohledu pacienta (tzv. PROM - patient reported outcome measures) a i některé české hospice tyto nástroje využívají pro evaluaci kvality péče v běžném režimu. V řadě zemí pak probíhají i pravidelná šetření na celostátní úrovni, které mají za cíl zhodnotit zkušenosti hospicových klientů na reprezentativním vzorku a srovnatelnou metodikou tak, aby výsledky poskytly alespoň základní obrázek o tom, jak se daří hospicům jako celému sektoru péče. Například americká National Hospice and Palliative Care Organization pravidelně sbírá data od rodin klientů průzkumem FEHC (Family Evaluation of Hospice Care, více na webu nhpco.org). V Anglii je ve spolupráci s národním statistickým úřadem pravidelně rozesílán dotazník s názvem VOICES všem lidem, kteří ztratili někoho blízkého za účelem zmapování těch složek systému, které v podobné situaci mohou lidem pomoci a které naopak dostatečně nefungují.

Vzhledem k emoční náročnosti, křehkosti zdravotního stavu pacientů a vzácnosti času, který jim zbývá, se někteří lidé domnívají, že zjišťovat od klientů zpětnou vazbu není správné nebo je dokonce neetické. Někteří autoři se na tuto otázku zaměřili více podrobně a zjišťovali od samotných pacientů a jejich blízkých, jestli je pro ně účast ve výzkumech a vyplňování dotazníků obtěžující. Opakovaně bylo zjištěno, že většina pacientů a rodin považuje účast v podobných projektech za užitečnou a často i terapeutickou, uvědomují si, že tím mohou pomoci rozvoji péče o pacienty v podobných situacích v budoucnu a také vítají možnost poskytnout zpětnou vazbu (Gysels a kol., 2012). Odborná komunita ve stejném duchu považuje zjišťování zpětné vazby a rozvoj výzkumu v paliativní péči za nezbytnou součást dalšího rozvoje v této oblasti (Payne a kol., 2013, Casarett & Karlawish, 2000).

Vzhledem k výše uvedenému jsme se rozhodli zařadit podobné šetření i do projektu Výzvy hospicové péče v ČR a jeho výsledky budeme prezentovat v této kapitole. Přes jistá omezení, které dotazníkové studie tohoto typu mají věříme, že prezentovaná zjištění budou pro hospice zajímavou a užitečnou zpětnou vazbou a také příležitostí k zamyšlení nad pohledem „z druhé strany“.

METODOLOGIE

Pro tento projekt jsme zvolili metodu dotazníku rozesílaného poštou. Na začátku jsme s návrhem dotazníku a žádostí o spolupráci oslovili všechny hospice, sdružené pod Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče a také mobilní hospic Cesta domů. Se zapojením souhlasilo 18 organizací. Ty poté obdržely vytisknuté a oznámkované obálky, ve kterých byl informační dopis pro pozůstalé, finální dotazník a také zpětná obálka pro zaslání odpovědí. Celkem jsme oslovili 1300 pozůstalých, jejichž blízcí zemřeli v péči některého hospice během roku 2014.

Samotný dotazník měl čtyři části. První se zaměřovala na základní demografické charakteristiky respondenta, druhá se týkala zesnulého klienta, třetí pak reflexi jejich zkušenosti s hospicovou péčí a čtvrtá obsahovala několik otázek ohledně financování této péče.

Výzkumný soubor

- **Respondenti**

Vrátilo se 592 vyplněných dotazníků, návratnost tedy dosáhla na podobné šetření uspokojivých 45,5 %. Zhruba dvě třetiny (70 %) respondentů byly ženy. Sedmdesát procent respondentů byli lidé ve věku 51-80 let, oproti průměru ČR byli mezi odpověďmi více zastoupeni vysokoškoláci (23 %) a zhruba polovina dotazovaných se považuje za věřící. Ve vztahu k zesnulým se jednalo nejčastěji o manžele nebo manželky (46 %) a děti zesnulých klientů (43 %).

- **Zesnulí**

Mezi zesnulými klienty byli rovnoměrně zastoupeni muži i ženy (51 % mužů). Většina (76 %) zemřela ve věku 66 a více let. V dotaznících, které se nám vrátily, byla popisována zkušenost s lůžkovou (57 %) i mobilní (42 %) hospicovou péčí. Zhruba třetina klientů byla v péči více než 30 dní, druhou nejčastější délkou péče bylo 2 až 7 dní (23 %). Zhruba polovina klientů byla do hospice přijata z domácího ošetřování a téměř všichni ostatní (39 %) z nemocnice. Většinou se také jednalo o pacienty s primární onkologickou diagnózou (81,1 %), kteří představují mezi hospicovými klienty typickou skupinu.

VÝSLEDKY

- **Spokojenost s péčí**

Ptali jsme se pozůstalých, jak celkově hodnotí kvalitu péče, které se jejich blízkým v hospici dostalo. Naprostá většina respondentů byla s péčí **velmi spokojena** (88 %) nebo **spíše spokojena** (10 %). Pokud rozdělíme respondenty podle typu hospice, se kterým přišli do kontaktu, klienti mobilních hospiců hodnotili svou zkušenost velmi pozitivně ve více případech než klienti lůžkových hospiců (93 % vs. 85 %). Celková spokojenost se také lišila podle délky péče, kdy výsledky ukazují na vyšší spokojenost s rostoucí délkou péče (viz tabulka 1). Tento trend se ale zastavuje u pacientů, kteří byli v péči více jak 30 dní, kde hodnota poprvé mírně klesla. Nabízí se vysvětlení, že klienti v delší péči mohli využít více služeb hospice, ve většině případů mohlo dojít ke stabilizaci symptomů a i rodina pacienta mohla více poznat prostředí a tým hospice. U skupiny klientů s delší péči než 30 dnů je možné uv žovat o tom, že svým způsobem intenzivní styl péče v závěru života nahradil rutinnější přístup dlouhodobé péče. Pro potvrzení této úvahy by nicméně bylo nutné ověřit, zda a v čem se tato skupina pacientů a jejich péče dále odlišuje.

Vedle celkové spokojenosti jsme se dále ptali, nakolik podle respondentů v hospicích zvládli tišení bolesti a dalších fyzických obtíží pacientů. U mobilních i lůžkových hospiců hodnotilo zhruba 70 % respondentů tento aspekt nejlepší známkou jako „velmi dobře“ zvládnutý, dalších 25 % pak jako „dobře“ zvládnutý. U obou typů hospiců zhruba **polovina respondentů uvedla, že jejich zkušenost výrazně pozitivně překonala očekávání, která od hospicové péče měli** (51 % mobilní, 49 % lůžkové hospice). Očekávání téměř všech ostatních byla naplněna, pouze **méně 2 % klientů očekávala od hospicové péče více.**

SPOKOJENOST PÉČÍ A DÉLKA POBYTU

DÉLKA PÉČE	procento respondentů, kteří uvedli „velmi spokojen“ s péčí
1 den	78 %
2 - 7 dnů	88 %
8 - 15 dnů	89 %
16 - 30 dnů	91 %
více než 30 dnů	88 %

1. ZKUŠENOSTI S HOSPICOVOU PÉČÍ

INFORMOVANOST

Z předchozích výzkumů víme, že pro pacienty i jejich rodiny je důležité, aby měli dostatek informací o vývoji zdravotního stavu pacienta (Steinhauser, 2000, Heyland a kol., 2006). Na tuto oblast jsme se proto také ptali v našem dotazníku. Výsledky opět svědčí o dobré práci hospiců, kdy **naprostá většina klientů (94 %) měla dostatek informací „vždy“ nebo „většinou“**. Pouze 2 % respondentů uvedla, že měli méně informací, než by si přáli. Pokud se podíváme, jak tyto odpovědi ovlivnila délka péče, **nejlepší výsledky uváděli respondenti, jejichž blízký byl hospitalizován 2-15 dnů.** Klienti, kteří byli v péči 1 den nebo naopak déle než 15 dnů významně častěji uváděli „většinou“ než „vždy“. U klientů, kteří byli **v péči déle než 30 dnů se nejčastěji objevila nespokojenost** s množstvím poskytovaných informací (69 % všech nespokojených výpovědí bylo u této skupiny).

INFORMOVANOST O ZDRAVOTNÍM STAVU

Měl/a jste dostatek informací o vývoji zdravotního stavu Vašeho blízkého?	N	%
ano, vždy	469	79,2
většinou	88	14,9
ne tak často, jak bych si přál	13	2,2

NAČASOVÁNÍ A PŘIJETÍ DO HOSPICE

Včasný, pokud možno dobře vykomunikovaný překlad nebo přijetí pacienta do hospice je důležitým předpokladem pro následující průběh péče. Pozůstalých jsme se proto ptali, jakým způsobem proběhlo přijetí jejich blízkého, kdo jej inicioval a jak vnímají načasování tohoto momentu.

První informace o nevyléčitelnosti

Zhruba třetina klientů byla o nevyléčitelné povaze onemocnění svého blízkého informována lékařem před více než 6 měsíci před úmrtím, další třetina pak 1-6 měsíců před úmrtím. **Patnáct procent pozůstalých o tomto s lékaři nikdy nehovořilo.**

ZJIŠTĚNÍ NEVYLÉČITELNOSTI

Vzpomenete si, kdy Vás lékař poprvé informoval o tom, že nemoc Vašeho blízkého se už nepodaří vyléčit?	
více jak 6 měsíců před úmrtím	34 %
1-6 měsíců před úmrtím	32 %
méně než měsíc před úmrtím	14 %
nikdy jsme o tom nemluvili	15 %
nevzpomínám si	3 %

Návrh hospicové péče

U nejvíce klientů **jako první navrhnul hospicovou péči ošetřující lékař nebo sestra v nemocnici** (43 %), na druhém místě to byl někdo z rodiny (35 %). Pokud se podíváme zvlášť na mobilní a lůžkové hospice, u lůžkových to byl častěji personál nemocnice, u mobilních hospiců rodina. U obou typů hospiců přišlo doporučení od praktického lékaře u zhruba deseti procent klientů.

PRVNÍ NÁVRH HOSPICOVÉ PÉČE

Kdo jako první navrhnul domluvit přijetí Vašeho blízkého do hospice?		
	lůžkové hospice	mobilní hospice
lékař nebo sestra v nemocnici	51 %	33 %
někdo z rodiny	26 %	48 %
praktický lékař	10 %	9 %
někdo jiný	5 %	5 %
klient sám	7 %	3 %

Načasování přijetí do hospice

Zhruba tři čtvrtiny respondentů (77 %) považují načasování přijetí svých blízkých do hospicové péče za ideální, ale téměř **každý pátý má pocit, že se k hospicové péči dostali později, než by bylo ideální** (18 %). Tento pocit je silnější u těch, kteří byli v péči kratší dobu.

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 %

FINANCOVÁNÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Téměř tři čtvrtiny respondentů (70 %) považovaly výši doplatku za péči za přiměřenou, častěji se jednalo o klienty lůžkových hospiců. Klienti mobilních hospiců významně častěji považovali tuto výši na nepřiměřeně nízkou (14 %). Ptali jsme se také na to, jaký mají pozůstalí názor na úhradu hospicové péče z veřejných prostředků. Pouze o trochu více než **polovina dotázaných (56 %) si myslí, že by hospicová péče měla být plně hrazena z veřejných prostředků**, zhruba třetina má opačný názor (31 %) a 13 % respondentů neodpovědělo nebo neví. Ukazuje se tedy, že významná část klientů hospiců považuje finanční spoluúčast za legitimní a vhodnou, což může být pro hospice povzbuzení jak pro další fundraisingovou činnost, tak také v kontextu vyjednávání úhrad za péči s představiteli zdravotně sociální politiky.

FINANČNÍ SPOLUÚČAST NA HOSPICOVÉ PÉČI

Částka, kterou jste dopláceli za péči hospice, byla podle Vás				
typ hospice	vysoká	přiměřená	nízká	bez odpovědi
mobilní	2 %	59 %	14 %	25 %
lůžkový	8 %	79 %	4 %	9 %

ÚHRADA HOSPICOVÉ PÉČE Z VEŘEJNÝCH ZDROJŮ

Měla by podle Vás být hospicová péče plně hrazena z veřejných zdrojů?			
typ hospice	ano	ne	bez odpovědi
mobilní	65 %	16 %	19 %
lůžkový	50 %	42 %	8 %

NEJTĚŽŠÍ SOUČÁST PÉČE

Pozůstalým jsme položili i jednu otevřenou otázku, kdy jsme se ptali, co pro ně bylo během péče o jejich blízkého nejtěžší. Cílem této otázky bylo zjistit, které aspekty péče a zvládání celé situace umírání blízkého jsou pro rodinné příslušníky nejvíce náročné. Jako **nejčastěji zmiňovaný se ukázal pocit bezmoci**, který uvedlo 17 % pozůstalých. Na druhém místě (15 %) je konfrontace se samotným faktem umírání a tím, jaké změny tento proces provází. Mezi dalšími častěji zmíněnými faktory byla například **časová a organizační náročnost péče, komunikace s ostatními příbuznými** nebo **nepružnost a nefunkčnost zdravotního systému**, který příbuzným neposkytoval dostatečnou podporu. Tyto výsledky ukazují na problémy, které mohou pracovníci hospiců cíleně sledovat a pomáhat v jejich zvládání. Například pocit bezmoci se dá do jisté míry zpracovávat podporou zapojení blízkých do péče a zdůrazňováním konkrétních kroků, kterými může příbuzný nebo člen týmu nemocnému pomoci. Obecně je pak možné na tyto těžké momenty příbuzné připravovat, legitimovat je a také zdůrazňují význam psychosociální podpory, kterou hospice pečujícím a rodinám nabízejí.

Co pro Vás bylo během péče o Vašeho blízkého nejtěžší?	
pocit bezmoci	17 %
samotný fakt umírání a změny, které jej provází	15 %
ztráta blízkého člověka	6 %
časová a organizační náročnost péče	4 %
ošetřovatelské a pečovatelské úkony	3 %
komunikace s nemocným a ostatními příbuznými	3 %
konfrontace s utrpením a bolestí blízkého člověka	3 %
nedostatečná podpora zdravotního systému	3 %

* v tabulce jsou uvedeny nejčastěji zmiňované okruhy

ZÁVĚR

Tato kapitola shrnuje zjištění o tom, jak pozůstalí hospicových pacientů vnímali průběh péče v závěru života svých blízkých. Některé názory respondentů mohou být překvapivé, jako například poměrně výrazný souhlas s finanční spoluúčastí na péči nebo relativně nízké zapojení praktických lékařů v iniciaci přijetí pacienta do hospice. Celkově by se dalo říci, že kvalitu hospicové péče hodnotí pozůstalí velmi dobře, což může být pro hospicovou komunitu jistě zaslouženým zadostiučiněním. Přesto si můžeme nad jednotlivými okruhy dovolit krátká zamyšlení a pokusit se o reflexi některých momentů například na úrovni jednotlivých týmů.

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

- Dokáže náš hospic dobře reagovat na potřeby, které se ozývají ve výše uvedených zjištěních?
- Vnímáme my jako poskytovatelé péče důležitost těchto aspektů stejně nebo bychom na některé otázky odpovídali jinak?
- Uvědomujeme si, co ovlivňuje naši péči vůči jednotlivým klientům?
- Jak se mění naše péče u klientů, které máme v péči delší dobu?
- Jakým způsobem si ověřujeme kvalitu naší práce?
- Jak s takovou zpětnou vazbou pracujeme?

PhDr. Martin Loučka, PhD.

ZDROJE:

- Casarett D, Karlawish J (2000). Are special ethical guidelines needed for palliative care research? Journal of Pain and Symptom Management, 20(2), s.130-139.
- Payne SA, Preston NJ, Turner M, Rolls L (2013). Research in palliative care: can hospices afford not to be involved? Commission into Future of Hospice Care, publikováno v říjnu 2013, dostupné z http://www.hospiceuk.org/what-we-offer/commission-into-the-future-of-hospice-care/commission-resources
- Gysels MH, Evans C, Higginson IJ (2012). Patient, caregiver, health professional and researcher views and experiences of participating in research at the end of life: a critical interpretive synthesis of the literature. BMC Medical Research Methodology, 12:123.
- Heyland DK, Dodek P, Rocker G, a kol. (2006). What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. CMAJ, 174(5), doi:10.1503/cmaj.050626.
- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, a kol. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. JAMA, 284, s.2476-2482.

DOBROVOLNICKÝ PROGRAM

Tato kapitola přináší výsledky kvalitativního výzkumu managementu dobrovolnictví v osmi českých hospicích. Kapitola dále obsahuje konkrétní doporučení pro zavádění či rozvoj dobrovolnického programu v hospici, která vycházejí ze zkušeností oslovených koordinátorek a z literatury.

Cílem výzkumu bylo získat informace o tom, jak se dobrovolnické programy v zařízeních realizují a jakou podobu má pozice koordinátora dobrovolníků. Za tímto účelem autorka provedla osm rozhovorů s koordinátorkami dobrovolníků (ve všech případech šlo o ženy) ve čtyřech lůžkových (z nichž tři provozují i mobilní hospic) a čtyřech mobilních hospicích.

PODOBA DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU

- ***Činnosti vykonávané dobrovolníky***

Hospice, které se výzkumu zúčastnily, mají od 15 do 30 aktivních dobrovolníků, kteří do hospice docházejí alespoň několikrát ročně. Využití dobrovolníků se liší u lůžkových a mobilních hospiců. V lůžkových hospicích dobrovolníci především doprovázejí klienty či pomáhají při různých volnočasových aktivitách. Ti, kteří nechtějí působit v přímé péči, nebo na to podle koordinátora nejsou připravení, pomáhají nejčastěji při různých benefičních akcích nebo akcích pro veřejnost. Některé hospice také vysílají svoje dobrovolníky do nemocnic. Těžištěm dobrovolnické práce v lůžkovém hospici je ale doprovázení pacientů.

Naproti tomu v mobilních hospicích je pomoc dobrovolníků v přímé péči o klienty využívána méně. Ze sedmi hospiců, které autorka navštívila, které buď provozují mobilní i lůžkový hospic, nebo výhradně mobilní hospic, využívají dobrovolníky v rodinách jen tři. V ostatních zařízeních dobrovolníci působí výhradně při příležitostných akcích pro veřejnost, případně pomáhají s administrativou či úklidem. Důvody, které vedou k nevyužívání dobrovolníků v péči o pacienty a jejich rodiny v mobilních hospicích, se autorka zabývá níže.

- ***Akreditace***

Podle zákona o dobrovolnické službě existuje možnost získat akreditaci dobrovolnického programu. Z autorkou navštívených hospiců má ale vlastní akreditovaný program pouze jedno zařízení, protože potenciální přínos akreditace podle koordinátorek nepřevýší náklady s ní spojené. Pro některé hospice by navíc akreditace znamenala nutnost omezit činnosti, které dobrovolníci vykonávají. Výhodou akreditace ale může být to, že slouží jako známka kvality, která umožňuje získat dotace nejen od státu, ale i od firemních nadací.

Některé hospice pak na dobrovolnickém programu spolupracují s akreditovaným dobrovolnickým centrem. To může přinést značnou úsporu času při náboru dobrovolníků i metodickou podporu koordinátorům dobrovolníků, ale nese s sebou riziko nedostatečného zaškolení a podpory dobrovolníků, pokud je svěřeno výhradně vysílající organizaci.

- ***Financování dobrovolnického programu***

Dobrovolnické programy v hospicích fungují podle autorčiných zjištění obvykle bez písemně definované strategie i bez jasně daného rozpočtu. Koordinátorky dobrovolníků se potýkají s nedostatkem financí a nejasným zadáním ze strany vedení. Některé respondentky zmiňují finance jako největší obtíž, která omezuje jejich možnosti o dobrovolníky pečovat tak, jak by chtěly. Kvůli nedostatku financí se také nemohou účastnit supervizí nebo vzdělávání. Finance, které mají k dispozici, jsou obvykle účelově vázané a neumožňují jim proto pokrýt všechny náklady. Náplní práce koordinátora dobrovolníků se tak stává i fundraising v podobě psaní žádostí o grant i jednání s firmami o věcné dary.

Dobrovolnické programy v zúčastněných zařízeních jsou financovány z příspěvku od Ministerstva vnitra pro akreditované organizace na pojištění dobrovolníků, případně ze zdrojů vysílající organizace, která je schopná získat různé granty. Dále hospice získávají finance z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva vnitra, případně z grantů soukromých nebo firemních nadací a z příspěvků firemních či individuálních dárců. Budování vztahů s firmami pomáhá i tzv. firemní dobrovolnictví, které samo o sobě může vést k úspoře nákladů, pokud se pro firemní dobrovolníky podaří najít činnost, která je pro hospic skutečně užitečná (například malování pokojů).

Dobrovolnické programy v hospicích fungují podle autorčiných zjištění obvykle bez písemně definované strategie i bez jasně daného rozpočtu. Koordinátorky dobrovolníků se potýkají s nedostatkem financí a nejasným zadáním ze strany vedení.

PRÁCE S DOBROVOLNÍKY

- ***Charakteristika dobrovolníků v hospicích a jejich výběr***

Mezi dobrovolníky v autorkou navštívených zařízeních dominují dvě skupiny. První z nich jsou ženy ve středních letech, které do hospice docházejí odpoledne po práci nebo o víkendech.

Druhou výraznou skupinou mezi dobrovolníky (která se ale může i překrývat s tou první) jsou pozůstalí, jejichž blízcí zemřeli v péči hospice, do kterého se hlásí. Respondentky, které mají pozůstalé mezi dobrovolníky, mají stanovenou dobu, po kterou nepovažují takovou činnost pro pozůstalého za vhodné, aby mu umožnily nejprve nalézt potřebnou duševní rovnováhu. Jedná se o půl roku až rok.

Ve všech hospicích se také vyskytují dobrovolníci, kteří mají vzdělání v oboru blízkém hospicové péči. Jedná se o psychology, sociální pracovníky, zdravotní sestry nebo ošetřovatelky. Motivací těchto odborníků je touha rozšířit svoje profesní dovednosti o další rozměr, naučit se něco nového. Naopak málo jsou mezi hospicovými dobrovolníky zastoupeni muži, zejména ti v důchodovém věku, a studenti středních škol.
Zájemci o dobrovolnictví nejčastěji hospic sami vyhledají na základě informace na webových stránkách nebo osobní zkušenosti. Jejich výběr pak má formu vstupního pohovoru, kterého se kromě koordinátorky dobrovolníků někdy účastní i psycholog. Kritéria pro přijetí zájemce o dobrovolnictví nejsou ve většině hospiců jasně definovaná.

- ***Vzdělávání dobrovolníků***

Každý dobrovolník v hospici absolvuje určitou formu zaškolení, které má různou podobu podle potřeb konkrétního zařízení a podle činnosti, kterou bude dobrovolník vykonávat. Hospic také dobrovolníkům zprostředkovává možnosti dalšího vzdělávání v průběhu jejich působení v zařízení.

Vstupní školení, které má nové dobrovolníky připravit na doprovázení pacientů nebo pomoc pečujícím, má různý formát, od jednodenního školení pořádaného vysílající organizací, po půlroční vzdělávací cyklus. Kromě vzdělávání má kurz i další cíle. Koordinátorovi dává možnost zájemce o dobrovolnictví více poznat a identifikovat oblasti, ve kterých bude potřebovat podporu, nebo ve kterých bude naopak vynikat. Na základě toho, jak se zájemce projevuje na školení, se koordinátor může také rozhodnout ho odmítnout, nebo omezit rozsah činností, které bude v hospici vykonávat. Na školení také vznikají první přátelské vztahy mezi novými dobrovolníky, které mnohdy vydrží po celou dobu jejich působení v hospici a poskytují jim neformální podpůrnou síť. Zájemci o dobrovolnictví také kurz nabídne ochutnávku toho, co ho v hospici čeká a pomůže mu ujasnit si, jestli se chce dobrovolnictví věnovat. Nejdůležitější dovedností, kterou mají podle koordinátorek účastníci školení získat, je komunikace s umírajícími a jejich rodinou. K jejímu nácviku jsou používány modelové situace, hry a videotrénink. K dalším tématům školení patří etika, základní přehled o diagnózách nebo nácvik manipulace s kompenzačními pomůckami.

Proces zaučování a adaptace dobrovolníka ale pro respondentky nespočívá jen ve vstupním školení. Pokračuje v průběhu prvních týdnů, kdy začne docházet za pacienty, v podobě zvýšené podpory a dohledu koordinátorky.

Další vzdělávání nabízejí dobrovolníkům zejména ty hospice, které pořádají vzdělávací aktivity pro veřejnost nebo pro zaměstnance. Na ty umožňují svým dobrovolníkům vstup zdarma. Vzdělávací potřeby dobrovolníků nejsou v žádném z navštívených hospiců systematicky mapovány a dobrovolníci nemají plán dalšího vzdělávání, využívá se akcí, které se zrovna konají z jiného důvodu.

- ***Podpora dobrovolníků***

Dobrovolníci získávají podporu ve své činnosti neformální cestou, jakou je podpora ostatních dobrovolníků a přátelské vztahy s nimi, a formálně v podobě supervize či konzultací s personálem.

Některé respondentky cítí, že by bylo potřeba poskytovat jejich dobrovolníkům větší podporu, například organizovat pro ně setkání, podporovat jejich motivaci nebo s nimi častěji mluvit. Nedělají to z časových důvodů. Ve dvou zařízeních se v posledním roce neuskutečnila žádná akce, na které by se dobrovolníci sešli.

Pro to, aby se dobrovolníci v hospici cítili dobře, je také důležitá fungující spolupráce se zaměstnanci hospice. Setkávání profesionálů a laiků na jednom oddělení může být zdrojem nedorozumění a konfliktů, se kterými se setkávají i respondentky. Potíže ve vztazích s personálem mají podobu nedostatečného respektu dobrovolníků jako partnerů, kteří se mohou podílet na chodu hospice, rozdílných představ o ideální péči či o nich mělo být součástí písemných metodik hospice. tom, co by dobrovolníci v hospici měli dělat. Některé respondentky nabízejí i svá řešení těchto obtížných situací. Jaká je role dobrovolníků v hospici, jaké činnosti mohou vykonávat a jak s nimi pracovat by podle Každý nový zaměstnanec také může při nástupu absolvovat školení o práci s dobrovolníky. V jednom z domácích hospiců, které se výzkumu zúčastnily, se v případě, že je pacient v péči domácího hospice dlouhodobě, konají setkání členů multidisciplinárního týmu, který o pacienta pečuje, včetně dobrovolníků. Dobrovolníci tak mají možnost sdílet s personálem svůj pohled na péči i se mohou od ostatních členů týmu učit.

SPECIFIKA DOBROVOLNICTVÍ V MOBILNÍM HOSPICI

Mobilní hospice mohou využít dobrovolníky stejně jako lůžkové hospice na přímou péči o pacienty, jejich rodiny či pozůstalé, nebo na pomoc v zázemí hospice. Rozhovory s respondentkami ale ukázaly, že dobrovolnictví v přímé péči je koordinátorkami dobrovolníků mobilních hospiců vnímané jako velmi náročné.

Pro to, aby se dobrovolníci v hospici cítili dobře, je také důležitá fungující spolupráce se zaměstnanci hospice. Setkávání profesionálů a laiků na jednom oddělení může být zdrojem nedorozumění a konfliktů, se kterými se setkávají i respondentky.

Respondentky se na využívání dobrovolníků v rodinách obávají rizikové motivace zájemců, kterou by nemusely odhalit, a odpovědnosti v případě úrazu nebo úmrtí pacienta. Je pro ně obtížné zorientovat se ve všech povinnostech, kterým by měl hospic dostát, pokud vysílá dobrovolníky do rodin. Nevědí, jak rodině pomoc dobrovolníka nabídnout, protože mají pocit, že je příliš lidí, kteří do rodiny docházejí, může obtěžovat. Na požadavky rodiny je také potřeba reagovat rychle a to klade velké nároky na flexibilitu, kterým je těžké dostát. Tyto potíže vedou některé respondentky k tomu, že pomoc dobrovolníků rodinám vůbec nenabízejí.

Koordinátorky, které dobrovolníky v rodinách již využívají, shledávají jako náročnou komunikaci s rodinou, získání její důvěry a prevenci vyčerpání dobrovolníků. Zájem rodin o pomoc dobrovolníka je podle nich malý, protože se obávají péči o blízkého svěřit laikovi, nechtějí doma dalšího člověka, nebo se stydí za stav, ve kterém jejich blízký je. Dále je podle respondentek, které mají s dobrovolníky v domácím hospici zkušenosti, potřeba pečlivě vymezit a připomínat kompetence rodiny, dobrovolníka a personálu.

Koordinátorky, které dobrovolníky v rodinách již využívají, shledávají jako náročnou komunikaci s rodinou, získání její důvěry a prevenci vyčerpání dobrovolníků. Zájem rodin o pomoc dobrovolníka je podle nich malý, protože se obávají péči o blízkého svěřit laikovi, nechtějí doma dalšího člověka, nebo se stydí za stav, ve kterém jejich blízký je.

- ***Role koordinátora dobrovolníků***

Stěžejní náplní práce koordinátora dobrovolníků je podle oslovených koordinátorek administrativa (výkazy hodin, smlouvy, pojištění apod.). Dále se věnují především získávání nových dobrovolníků, přijímacím pohovorům a školení nových dobrovolníků a podpoře dobrovolníků stávajících. Účastní se také supervizí a pořádají formální i neformální akce pro dobrovolníky. Slouží také jako zprostředkovatel informací a mediátor konfliktů mezi personálem a dobrovolníky a v případě mobilních hospiců se účastní nastavování podoby služby v rodinách.

Všechny respondentky zastávají v hospici kromě pozice koordinátorky dobrovolníků další pozici či více pozic. Úvazek, který mají věnovat dobrovolnickému programu a ostatním činnostem, často není definovaný. To vede k tomu, že převáží ostatní povinnosti a na dobrovolníky koordinátorkám nezbývá čas. To, že jsou nuceny svoji práci dělat na nedostatečný úvazek, může být také vnímáno jako signál ze strany vedení, že pro ně dobrovolnický program není priorita.

Ve své práci hledají účastnice výzkumu podporu na supervizi, od dobrovolníků samotných a od vedení. Některé respondentky zmiňují, že jim ale podpora vedení chybí. To se projevuje tak, že vedení nepodporuje, aby byli dobrovolníci ceněnými členy týmu a aby se jim dostávalo náležité péče v podobě supervize, porad a člověka, který bude mít dost času se jim věnovat.

Respondentky také zmiňovaly, že jim chybějí informace a možnosti vzdělávání. Vzdělávání se vzdávají z důvodu nedostatku financí a času. Ocenily by sdílení zkušeností s ostatními hospici. Jako platforma, která by umožnila pravidelné setkávání, byla jmenována Asociace hospicové a paliativní péče.

2. DOBROVOLNICKÝ PROGRAM V HOSPICI

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

- ***Strategie rozvoje dobrovolnického programu***

Zařízení, které pracuje s dobrovolníky, by mělo mít jasno v tom, jak chce dobrovolníky využívat, kolik jich je na tyto činnosti potřeba a jaké prostředky může na realizaci dobrovolnického programu uvolnit. Cíle pro rozvoj dobrovolnického programu by měly vznikat ve spolupráci vedení a týmu, kterému mají dobrovolníci pomáhat v jeho práci.

- ***Hodnocení kvality programu***

Dobrovolnický program je potřeba pravidelně hodnotit a zjišťovat zpětnou vazbu uživatelů služeb, personálu a samotných dobrovolníků. K tomu je možné využít metodiku evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnictví, která je k dispozici na webu Ministerstva zdravotnictví.

- ***Úvazek koordinátora dobrovolníků***

Přestože dobrovolníci nedostávají za svoji činnost plat, fungující dobrovolnický program vyžaduje investice a to především v podobě dostatečného úvazku koordinátora dobrovolníků. Ten by měl odpovídat tomu, že koordinátor obvykle pečuje o 20 i více lidí, kteří přicházejí do přímého kontaktu s klienty hospice a jejich rodinami.

- ***Zapojení personálu***

Práce s dobrovolníky není záležitostí jen koordinátora dobrovolníků. Všichni členové týmu by měli znát, jaká je role dobrovolníků v hospici, jak jim může dobrovolník pomoci a jako podporu a informace od nich potřebuje. Zásady pro personál, který pracuje s dobrovolníky, je vhodné mít písemně.

- ***Další vzdělávání dobrovolníků***

Dobrovolníci potřebují další vzdělávání podobně jako zaměstnanci. Vzdělávací potřeby dobrovolníků je dobré pravidelně hodnotit a nabízené příležitosti přizpůsobit tomu, jakou činnost v hospici vykonávají.

- ***Ošetření rizik***

Součástí písemných standardů dobrovolnického programu by měl být popis možných rizik dobrovolnického programu a postupy, jak jim předcházet, včetně písemného poučení o mlčenlivosti a etických zásad pro fungování dobrovolnického programu.

Mgr. Zdenka Sobotová

ZDROJE:

- Zákon č. 198/2002 Sb. O dobrovolnické službě
- Gaskin K. (2003) A choice blend. What volunteers want from organisation and management. Publikováno 2003, dostupné z: http://www.ivr.org.uk/component/ivr/a-choice-blend-what-volunteers-want-from-organisation-and-management
- Kořínková I. (2010) Teoretická východiska k metodice evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních. Publikováno 2010, dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/legislativa-a-metodicka-doporuceni-pro-dobrovolnicky-program-ve-zdravotnickem-zarizeni_3137_3.html
- Ministerstvo zdravotnictví (2010) Metodika evaluace dobrovolnických programů ve zdravotnických zařízeních. Věstník MZ ČR 11/2011. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c11/2011_5731_2162_11.html
- Scott R., Howlett S. (eds.) (2009). Volunteers in hospice and palliative care. A resource for voluntary service managers. Oxford University Press. ISBN: 9780199545827

2. DOBROVOLNICKÝ PROGRAM V HOSPICI

FINANCOVÁNÍ

Text se zabývá oblastí financování hospicové péče v České republice. Vznikl v rámci studie Výzvy pro hospicovou péči v ČR.

Naším cílem je poskytnout základní informace o financování hospicové péče v ČR a především podklady pro další diskuse o něm. Tyto diskuse mohou vyústit v návrh změn ve financování hospicové péče v ČR.

Vzhledem k současně paralelně probíhajícímu pilotnímu projektu financování péče poskytované mobilními hospici se text soustředí především na hospic lůžkový.

Kapitola financování popisuje legislativní ukotvení hospicové péče, stávající financování hospiců v ČR jak po stránce příjmů, tak po stránce výdajů. Přináší základní přehled možných modelů financování a formuluje návrh na změnu financování hospiců.

LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ HOSPICOVÉ PÉČE

- ***Zákon o zdravotních službách***

Zdravotní péčí se podle zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování rozumí mimo jiné i „soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem …… **zmírnění utrpení“** (§ 2 odst. (4) písm. a).

Paliativní péče je v zákoně č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definována v § 8 odst. (2) mezi druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí pod písm. h) jako „**paliativní péče,** jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí“.

Dále je ukotvena v § 10 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta, kdy zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou návštěvní služba nebo **domácí péče**, kterou je ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo **paliativní péče**.

Pojem hospic se v zákoně č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování neuvádí.
V zákoně č. 373/2011 Sb. O specifických zdravotních službách se neuvádí ani pojem hospic, ani pojem paliativní péče.

- ***Zákon o veřejném zdravotním pojištění***

V zákoně č. 48/1997 O veřejném zdravotním pojištění je uvedena paliativní péče mezi hrazenými službami (§ 13 odst. (2) písm. b).
V ambulantní péči je uvedena paliativní péče v rámci zvláštní zdravotní péče jako součást domácí péče (§ 22 písm. a).
Dále je uvedena paliativní péče poskytovaná osobám v terminálním stavu v zařízeních hospicového typu ve výčtu hrazených služeb jako zvláštní lůžková péče (§ 22a).

SEZNAM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

- ***Ošetřovací den***

Podle vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb., se na lůžkách ve specializovaných zařízeních hospicového typu vykazuje ošetřovací den 00030 (kapitola 5.1.18).
V tomto ošetřovacím dnu jsou zahrnuty přímo spotřebované léčivé přípravky, nepřiřazují žádné agregované výkony, nelze vykázat spotřebovaný zdravotní materiál.

K ošetřovacímu dni se vykazuje kategorie pacienta (kapitola 6.1). Kategorie pacienta zohledňuje náročnost ošetřovatelské péče a v případě klientů hospice obvykle dosahuje hodnot 150, 225 resp. 300 bodů za den.

K ošetřovacímu dni je přiřazena režie. Tato režie se přepočítává každý rok dle inflace. Ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem lze, na základě ekonomicky zdůvodněných nezbytných nákladů, dohodnout vyšší hodnotu režie přiřazené k ošetřovacímu dni, než je ve vyhlášce uvedena, nejvýše však do výše 400%, nebo nižší, nejvýše však do výše 30 %.

- ***Výkony***

Pro vykazování paliativní péče v domácím prostředí jsou určeny výkony odbornosti 720 paliativní medicína: 80051, 80052, 80053, 80054 a 80055.

- Pracoviště paliativní medicíny mohou v ambulantní péči vykazovat (kapitola 35.) výkony 80025 a 80111.***Personální vybavení***

Požadované minimální personální vybavení pracovišť lůžkové paliativní péče je stanoveno vyhláškou č. 99/202 Sb.

- ***Úhradová vyhláška***

Ministerstvo zdravotnictví stanoví vyhláškou hodnotu bodu a další pravidla úhrady zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění, pokud nedojde mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami k dohodě.

Pro rok 2016 platí ustanovení vyhlášky č. 273/2015 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016.

Výše úhrady ošetřovacího dne v lůžkových zařízeních hospicového typu je stanovena hodnota bodu ve výši 1,02 Kč.

STÁVAJÍCÍ FINANCOVÁNÍ

Stávající financování hospicové péče v České republice je vícezdrojové a nesystémové. Hlavním problémem stávajícího financování hospiců je nepředvídatelnost. Poskytovatelé hospicových služeb hodnotí financování jako nedostatečné.

PŘÍJMY

Příjmy hospiců jsou velice různé, nejednotné a nepřehledné. Jednotlivé zdroje informací používají rozdílné členění a rozdílnou metodiku získávání informací.

Příjmy hospiců podle Tomeše:	
zdravotní pojišťovny	55 %
příspěvky na péči	8 %
platby klienta	7 %
dotace, granty, dary	20 %
sbírky	10 %

významná část příjmů hospiců je nenároková (dotace z veřejných prostředků, granty, platby klientů, dary,..).

- ***Veřejné zdravotní pojištění***

Platby z veřejného zdravotního pojištění tvoří významnou část příjmů hospiců. Podle Tomeše tvoří 40 - 60 % příjmů.

Platby z veřejného zdravotního pojištění jsou realizovány cestou platby za ošetřovací den, režii a kategorii pacienta. Hodnota bodu pro rok 2016 je 1,02 Kč. K ošetřovacímu dni 00030 je přiřazena režie ve výši 180,8 bodu.

- ***Sociální pojištění***

Příspěvek na péči je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby na základě zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách.

Nárok na poskytnutí příspěvku na péči má mimo jiné i osoba, které poskytuje péči, tedy i hospic. O přidělení příspěvku na péči rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce dle trvalého bydliště občana.

Výše příspěvku činí u osob s těžkou závislostí 8 000 Kč (do 18 let věku 9 000 Kč) a u osob s úplnou závislostí 12 000 Kč za měsíc.

Příjemce příspěvku je povinen využívat příspěvek na péči na zajištění potřebné pomoci hospicem. Příspěvek na péči náleží hospici i v případě, kdy žadatel zemřel, a to i před vlastním přiznáním příspěvku.

- ***Dotace MPSV***

Tak jako jiná zařízení sociální péče také hospic může požádat o dotaze MPSV. Přidělení dotace není nárokové. Hospice obvykle dotace získávají.

Dotace, které získávají jednotlivé hospice, jsou velice nerovnoměrné. Jsou mezi nimi velké rozdíly jak mezi jednotlivými hospici, tak mezi jednotlivými roky.

Pro získání dotace je nezbytné, aby byla organizace registrována MPSV jako poskytovatel sociálních služeb.

Pravidla přidělování dotací se řídí každoročně měněnými prioritami dotačního řízení, vlastní přidělování dotace závisí na individuálním posouzení každého jednotlivého projektu.

- ***Platby klientů***

Platby klientů tvoří příspěvek na péči a další platby klienta. Příspěvek na péči je v případě hospitalizace klienta vyplácen přímo zdravotnickému zařízení.

Hospic může žádat od klienta další platby za služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a nejsou pokryt příspěvky na péči a dalšími platbami z veřejných zdrojů. Podle Tomeše platí klienti za služby v hospici 200 až 500 Kč denně.

- ***Kraje a obce***

Kraje o obce mohou ze svých rozpočtů přispívat hospicům. Na příspěvek od kraje a obce není právní nárok.

- ***Zřizovatel***

Zřizovateli hospiců jsou převážně soukromoprávní subjekty. Z dostupných zdrojů nemáme žádné relevantní informace o příjmech hospiců plynoucích od jejich zřizovatelů.

- ***Dary***

Hospicům poskytují dary fyzické i právnické osoby. Hospice pořádají také sbírky a využívají i další způsoby získávání prostředků.

VÝDAJE

Náklady na péči poskytovanou v hospicích činí podle Tomeše 2 000 Kč na jeden den, podle Tři 2 500 Kč na jeden den.

Členění nákladů podle studie Tři (10 hospiců, 2013): Struktura příjmů hospiců je analyzována ve studii provedené Tři.

Náklady 10 sledovaných hospiců na lůžko a den podle Tři (rok 2013)	
osobní náklady	69 %
spotřeba materiálu	11 %
energie	5 %
opravy a údržba	1 %
ostatní služby	10 %
ostatní náklady	4 %

V tabulce nejsou zahrnuty dary, granty, sbírky a podobně.

MODELY FINANCOVÁNÍ

Pro jakékoli návrhy financování hospicové péče je základní nalézt odpovědi na několik klíčových otázek. Na základě těchto odpovědí můžeme připravit a diskutovat návrh způsobu, a nakonec i výše plateb.

- ***Pojmy a jejich definice***

Klíčové je rozhodnutí, zda chceme řešit financování hospiců nebo úhradu hospicové péče.

Financování hospiců chápeme jako zajištění příjmů (nebo pokrytí nákladů) organizací, které naplňují definici hospice. Financování hospiců zajistí příjmy organizace bez ohledu na to, zda poskytuje hospicovou péči, v jaké kvalitě, a bez ohledu na to, kolika klientům. Pro financování hospiců je vhodný rozpočtový systém s jedním plátcem.

Úhradu hospicové péče chápeme jako zajištění příjmů, pokrývajících náklady na skutečně poskytnutou hospicovou péči. Úhrada hospicové péče je závislá na tom, kolika klientům, případně po jakou dobu, v jaké kvantitě a případně i kvalitě je hospicová péče poskytována. Pro úhradu hospicové péče je vhodný systém platby za výkon (den, případ) s více (mnoha) plátci.
Obsah plateb

Nezávisle na způsobu platby je důležité rozhodnout, jaké náklady budeme do plateb zahrnovat, tedy co vše má být z plateb pokryto.

Platby musí bezpochyby pokrýt **provozní náklady** hospice, tedy náklady osobní, materiálové i režijní.

Je třeba diskutovat, zda mají být do plateb zahrnuty také náklady **investiční,** tedy náklady na vybudování hospice, a **zisk** spojený s provozováním hospice.

MODELY PLATEB

- ***Rozpočet***

Rozpočet může být stanovený normativně [1], případně na základě historickém.

Normativní rozpočet vychází ze stanoveného počtu pracovníků, počtu lůžek, spotřeby materiálu, režijních nákladů.

Historický rozpočet vychází z příjmů/nákladů v minulém období, a zvýšení podle inflace, dohody či politického rozhodnutí.

- ***Platba za den***

Platba za den může být stanovena normativně nebo na historickém základě.

Normativní platba za den vychází ze stanoveného počtu pracovníků, spotřeby materiálu a režijních nákladů.

- ***Platba za případ***

Platba za případ vychází z klasifikace pacientů, kdy jsou pacienti pomocí klasifikačního systému zařazeni do nákladově srovnatelných skupin. Zdravotnické zařízení obdrží úhradu podle počtu pacientů a podle toho, do kterých nákladových skupin byli tito pacienti zařazeni.

- ***Platba za výkon***

Platba za výkon vychází ze seznamu výkonů, kterým je přidělena určitá cena (absolutní korunová nebo relativní bodová hodnota) a z počtu vykázaných výkonů.

NÁVRH FINANCOVÁNÍ

- ***Vícezdrojové financování***

Péče hospice je z definici spojením zdravotních služeb, sociálních služeb a dalších služeb.

Zdravotní služby jsou poskytovány klientovi. Sociální služby a další služby jsou poskytovány klientovi, ale i jeho blízkým. Některé služby jsou poskytovány i v období po úmrtí klienta.

Ani zdravotní pojištění, ani sociální rozpočty nepředpokládají úhradu služeb směřovaných k rodině a blízkým klienta ani služeb spirituální povahy určených klientovi či jeho blízkým.

Zdravotní služby mají být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jejich úhrada by měla být vázána na jejich skutečné odůvodněné poskytování a měla by být v odůvodnitelné relaci k srovnatelným službám v jiných typech zdravotnických zařízení.

Sociální služby by měly být hrazeny z veřejných rozpočtů sociálního pojištění tak, jako je tomu mimo hospic. Služby, které čerpá rodina klienta, by měla hradit rodina, případně by měly být hrazeny z jiných zdrojů. Služby spirituální povahy by měly být hrazeny z prostředků církví.

- ***Veřejné zdravotní pojištění***

Úhrada zdravotní péče poskytnuté v hospici z veřejného zdravotního pojištění.

- ***Ošetřovací den***

Je třeba provést korektní kalkulaci bodové hodnoty ošetřovacího dne 00030. Musí zohledňovat skutečné personální a věcné náklady spojené s poskytováním zdravotní péče v hospici. Kalkulace by měla vycházet z přijatého standardu personálního vybavení – složení multiprofesního týmu.

- ***Zdravotní prostředky, materiál***

Zdravotní prostředky a materiál jsou hrazeny v rámci ošetřovacího dne.

Je třeba provést kalkulaci jejich skutečné spotřeby a navrhnout zahrnutí nákladů na ně do kalkulace ošetřovacího dne.

- ***Režie***

Je třeba řádně zhodnotit kalkulaci režie přiřazené k ošetřovacímu dni 00030. Při zhodnocení kalkulace je třeba zohlednit to, že spolu s ošetřovacím dnem 00030 nelze vykazovat žádné agregované výkony, léky ani zdravotní prostředky.

[1] při definování normativů personálního a přístrojového vybavení je vždy třeba vyvarovat se přehnaných požadavků, které sice vytvoří vysokou platbu, ale v praxi mohou být obtížně naplnitelné a mohou ve skutečnosti být překážkou poskytování služeb

- ***Kategorie***

Kategorie pacienta se vykazuje spolu s ošetřovacím dnem.

Je třeba dbát důsledně vykazování odpovídajících kategorií pacienta, nejvyšší kategorie může přinést úhradu ve výši 9.000 Kč za měsíc za jednoho klienta.

- ***Výkony***

V lůžkové péči může hospic kromě ošetřovacího dne vykazovat pouze přijetí a propuštění pacienta.

Je možné připravit na základě odborné analýzy výčet výkonů, které by měly být agregovány do ošetřovacího dne 00030 a tuto agregaci prosazovat.

Je možné připravit na základě odborné analýzy návrh některých výkonů, které se svou povahou vymykají běžné náplni ošetřovacího dne, a navrhnout jejich vykazování spolu s ošetřovacím dne 00030.

- ***Léky***

V lůžkové péči nemůže hospic vykazovat žádné zvlášť účtované léčivé přípravky.

Je možné připravit na základě odborné analýzy návrh některých léčivých přípravků, které se svou povahou vymykají běžné náplni ošetřovacího dne, a navrhnout jejich vykazování spolu s ošetřovacím dne 00030.

- ***Příspěvky na péči***

Příspěvky na péči jsou přiznávány v závislosti na potřebě klienta. Během hospitalizace je příspěvek na péči příjmem zdravotnického zařízení.

V případě úmrtí klienta má hospic nárok na odpovídající část příspěvku na péči, a to i tehdy, pokud klient zemřel před rozhodnutím o přiznání příspěvku na péči.

- ***Dotace MPSV***

Hospic by měl být registrován jako zařízení lůžkové sociální péče a jako takové by měl mít nárok na dotace na jedno lůžko srovnatelnou s jinými obdobnými zařízeními sociální péče.

V zájmu hospiců je usilovat o nárokovost dotace a její predikovatelnost podle transparentní a jednotné metodiky.

- ***Kraje***

Kraje nesou v rámci přenesené působnosti odpovědnost za dostupnost zdravotních služeb pro občany. Současně je krajský úřad odpovědný za registraci zdravotnického zařízení a rozhoduje o přidělení dotace na lůžko sociální péče. Kraje podporují (nepravidelně a nesystémově) hospice ze svých rozpočtů jako poskytovatele specifických zdravotních a sociálních služeb ve svém regionu.

- ***Obce***

Řada obcí se dobrovolně, nesystémově a tedy nepredikovatelně podílí na úhradě péče, poskytované jejich občanům v hospici.

V zájmu hospiců je jednat s představiteli obcí (Svaz měst a obcí) s cílem dosažení společného alespoň doporučeného podílení se obcí na úhradě péče, poskytované jejich občanům v hospicích.

- ***Platby klienta***

Hospice by měly projednat a nalézt společný přístup k otázce plateb klienta za služby, poskytované v hospici. Platba klienta by měla být platbou za služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, nejsou pokryty příspěvkem na péči ani dotací ze sociálního pojištění či jiných veřejných rozpočtů.

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

- **Vypracovat studii popisující příjmy hospiců v jednotné struktuře.**
- **Vypracovat studii popisující skutečné náklady v hospicích v jednotné struktuře.**
- **Připravit kalkulaci hodnoty ošetřovacího dne na základě personálního standardu.**
- **Provést kalkulaci bodové hodnoty ošetřovacího dne dle navrhovaných personálních standardů na základě studie o skutečných nákladech hospiců vypočítat hodnotu režie k ošetřovacímu dni.**
- **Připravit výčet výkonů agregovaných do ošetřovacího dne a výčet výkonů, které lze vykázat samostatně s ošetřovacím dnem.**
- **Navrhnout zdravotní prostředky a léky, které by byly vykazovány k ošetřovacímu dni**
- **Projednat s Úřadem práce metodiku přiznávání příspěvků na péči pro klienty hospice.**
- **Připravit a prosazovat možnosti platby za sociální služby pro klienty v hospici.**
- **Individuální jednání hospiců v jednotlivých krajích o možnosti jednorázové i pravidelné finanční podpory hospice z rozpočtu kraje.**
- **Jednat se Svazem měst a obcí o doporučené metodice jak se bude obec podílet na péči, kterou hospic poskytne jejímu obyvateli.**
- **Projednat v rámci hospiců možné sladění přístupu k platbám žádaným po klientech s cílem nalézt a realizovat harmonizovaný přístup.**

MUDr. Milan Cabrnoch

ZDROJE:

- Tomeš, I. et al., 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 48/1997 O veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách

VZDĚLÁVÁNÍ V HOSPICOVÉ PÉČI

„Na konci roku 2014 se v Praze setkalo přes sto lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků a dalších odborníků, aby společně diskutovali o tom, jak zajistit paliativní péči pro dětské pacienty. Konference připravená společností Tři, o.p.s. sklidila obrovský úspěch, článek o tomto tématu byl publikován v předním českém časopise a jeho autor za něj dokonce získal novinářskou cenu roku. Bylo to také jedno z prvních odborných sympozií na téma paliativní péče, při němž se setkali zástupci několika odborných společností, neziskových organizací, hospiců i veřejnosti a během programu vystoupilo i několik zahraničních hostů.

V říjnu 2015 se v Praze uskutečnil ojedinělý kurz pro vedoucí hospicových týmů, který se zaměřoval na rozvoj manažerských dovedností. Kurzu se účastnilo šedesát zájemců z celé České republiky a Slovenska, kteří měli mimo jiné možnost diskutovat o vedení hospice s Dame Barbarou Monroe, dlouholetou výkonnou ředitelkou St. Christopher's v Londýně, nejstaršího hospice na světě.

V listopadu 2015 se více než sto padesát zdravotníků, sociálních pracovníků a studentů zúčastnilo konference Paliativní péče – systém a člověk, kterou připravil Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. Na konferenci zazněly příspěvky o sdělování nepříznivé diagnózy, perinatální paliativní péči nebo o týmové spolupráci.

V prosinci 2015 se na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR konal seminář s názvem „Kvalitní paliativní péče jako prevence euthanasie", který se konal za podpory Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí a vystoupili na něm odborníci na paliativní péči, politici i zástupci pojišťoven.

Přes výše uvedené příklady vzdělávacích akcí stále téměř tři čtvrtiny obyvatel ČR neví, co znamená paliativní péče. Na většině lékařských fakult není paliativní péče součástí povinného kurikula mediků, většina škol nenabízí ani volitelný kurz. I mezi zdravotníky stále přetrvávají mýty o tom, co je to hospicová péče a co nabízí pacientům s vážnou nemocí."

Cílem této kapitoly je upozornit na roli hospiců v oblasti vzdělávání. Pokud je symbolickým cílem hospicové komunity zajištění důstojného umírání pro všechny potřebné, je nebytně nutné, aby hospice uměly předávat své zkušenosti a šířit filozofii paliativní péče mezi odbornou i širokou veřejností. Je také nutné, aby se hospicový personál neustále vzdělával a nabízel profesionální péči založenou na nejnovějších poznatcích moderní medicíny. Jen tak bude hospicová péče brána ostatními obory jako opravdu legitimní partner.

> **Je to jedna z největších příležitostí, které na hospice v budoucnu čekají. Mají obrovské zkušenosti a expertízu v oblastech vzdělání a výcviku v paliativní péči a do budoucna by se mohly stát hlavními poskytovateli tohoto vzdělávání.**
>
> **Helen de Renzie-Brett**
>
> ***National Association of Palliative Care Educators***

HOSPICE PLNÍ (NEBO MOHOU PLNIT) VZDĚLÁVACÍ ROLI NA ČTYŘECH ROVINÁCH:

- vůči svým zaměstnancům
- vůči svým dobrovolníkům
- vůči ostatním odborníkům
- vůči veřejnosti

VZDĚLÁVÁNÍ ZAMĚSTNANCŮ

Odborné znalosti a kompetence vlastních zaměstnanců jsou samozřejmě primární oblastí, kam hospice směřují svou pozornost v oblasti vzdělávání. Vzhledem k multidisciplinární povaze hospicové péče přichází organizace do styku s odlišnými vzdělávacími strukturami, které jejich zaměstnanci využívají. Například v rámci celoživotního vzdělávání mají zdravotníci i sociální pracovníci povinnost každý rok absolvovat určité množství vzdělávacích akcí. Často ovšem nejsou dostupné vzdělávací akce se specifickým zaměřením na hospicovou a paliativní péči a musí se využívat alespoň těch tematicky blízkých.

ZDRAVOTNÍ SESTRY

Co se týče pregraduální výuky paliativní péče, je z hlavních oborů paliativní péče (lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychologové, kaplani a pastorační pracovníci) situace pravděpodobně nejlepší právě v ošetřovatelství. Paliativní péče je dle metodického pokynu Ministerstva zdravotnictví povinnou součástí kurikula pro všeobecné sestry v rozsahu minimálně 10 hodin (Ministerstvo zdravotnictví, 2008). Na postgraduální úrovni mají zdravotní sestry od dubna 2015 možnost absolvovat akreditované specializované vzdělávání pod Národním centrem ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (certifikovaný kurz „Specifická ošetřovatelská péče v paliativní péči"), jehož povinnou součástí jsou i stáže v hospici. Od roku 2011 je také pořádána česká varianta mezinárodně respektovaného kurzu paliativní péče pro zdravotní sestry s názvem ELNEC, který nabízí základní vzdělání v tomto oboru formou intenzivního čtyřdenního kurzu. Evropská asociace paliativní péče publikovala v roce 2004 doporučené kurikulum pro vzdělávání sester v paliativní péči, které může sloužit jako referenční materiál pro tuto oblast (EAPC, 2004). V současnosti se připravuje aktualizované vydání tohoto doporučení.

LÉKAŘI

V rámci pregraduální výuky paliativní péče v oborech všeobecného lékařství se situace jen pomalu mění k lepšímu. Nejvíce integrovanou součástí studia je dnes na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně, kde mají studenti od roku 2016 povinnou předstátnicovou stáž na pracovišti paliativní péče a dále se zde již řadu let nabízí velmi populární povinně volitelný kurz paliativní medicíny, který vyučuje doktor Sláma z Masarykova onkologického ústavu (t.č. také vědecký sekretář České společnosti paliativní medicíny). Jako samostatný povinně volitelný nebo volitelný kurz nabízí paliativní péči také 3. a 1.lékařská fakulta Univerzity Karlovy a na několika dalších školách se těmto tématům věnují vyučující například v rámci lékařské etiky, onkologie nebo psychologie. Přesto je situace v porovnání s jinými zeměmi neutěšená - například v Německu mají všichni studenti lékařství povinnou výuku v paliativní péči v rozsahu 40 hodin a paliativní péče je vyučována na všech lékařských fakultách v Norsku, Izraeli, Francii, Velké Británii, ale také třeba na více než polovině škol v Polsku nebo Litvě (Carrasco a kol., 2015). Evropská asociace paliativní péče publikovala v roce 2013 podobně jako v oblasti ošetřovatelství doporučené kurikulum pro obor všeobecného lékařství, které je možno v češtině stáhnout na webových stránkách ČSPM (www.paliativnimedicina.cz).

> **Na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci mají studenti oboru ošetřovatelství povinnou výuku paliativní péče formou samostatného předmětu. Na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy nabízí pro tento obor rozšiřující volitelný kurz, v rámci kterého studenti a studentky absolvují stáž na pracovištích paliativní péče v Belgii. Ostravská univerzita má paliativní péči jako samostatný předmět pro studenty ošetřovatelství na bakalářském (povinně volitelný kurz) i magisterském (povinný kurz) stupni.**

V roce 2015 byla zahájena celostátní kampaň o paliativní péči, zaměřená na studenty lékařských fakult s názvem Konec dobrý, všechno dobré (konecdobry.cz). Velmi pozitivní reakce studentů na tuto kampaň potvrzují jejich zájem o tuto oblast. Výzvou pro hospice zůstává, jakým způsobem navázat spolupráci s lékařskými fakultami tak, aby se o paliativní péči studenti dozvídali systematicky a ne pouze na bázi individuálních kontaktů s některými motivovanými vyučujícími. Jako inspirace můžou sloužit například hospice v USA, Velké Británii nebo Polsku, které uzavřely partnerství s místními univerzitami. V rámci smluvní spolupráce se hospice systematicky podílejí na výuce studentů, zapojují se do výzkumu a jsou díky tomu nejen lépe provázány s ostatními službami zdravotnického systému (fakultními nemocnicemi), ale také mají možnost sdílet některé náklady s univerzitou.

Po ukončení studia mají absolventi možnost dalšího vzdělávání v paliativní péči. Od roku 2004 byla dostupná nástavbová atestace z paliativní medicíny a léčby bolesti, která se v roce 2010 rozdělila na dva samostatné obory. Dnes je tedy možnost složení nástavbové atestace z paliativní medicíny, kterou již získalo několik desítek lékařů a lékařek (Sláma, Kabelka, Špinková, 2013). V návrhu jednotných standardů specializované paliativní péče, na kterých v současnosti pracuje Česká společnost paliativní medicíny a Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, je tato atestace nezbytná pro práci vedoucího lékaře v zařízení, poskytujícím hospicovou péči (lůžkovém i mobilním).

OSTATNÍ OBORY

Pro sociální pracovníky, psychology, ani pastorační pracovníky není v současnosti v České republice dostupné žádné akreditované specializační vzdělávání. Během pregraduálního studia nabízí některé školy (například Fakulta sociálních studií v Brně nebo Filozofická fakulta v Olomouci) volitelné kurzy v paliativní péči nebo thanatologii a dále jsou ad hoc vypisovány krátkodobé kurzy na témata příbuzná s paliativní péčí, které mohou mít akreditaci MPSV nebo Asociace klinických psychologů a obvykle mají rozsah několika hodin. Výzvou zůstává vytvoření komplexního vzdělávacího programu, který by mohl systematicky a dlouhodobě připravovat ostatní profese pro působení v oblasti paliativní péče. Příkladem takového programu může být například desetitýdenní e-learningový kurz v perinatální paliativní péči, který za podpory Nadačního fondu AVAST připravila organizace Dlouhá cesta ve spolupráci s Fakultou zdravotnických studií ZČU v Plzni (http://www.prazdnakolebka.cz/kurz-pro-zdravotniky). Dalším příkladem může být dětský hospic Plamienok v Bratislavě, který již několik let nabízí půlroční výcvik v práci s dětmi a rodinami po ztrátě blízkého. Při přípravě podobných programů je opět možné využít doporučených vzdělávacích plánů Evropské asociace paliativní péče, která zpracovává relevantní podklady i pro oblasti jako psychologie, sociální práce nebo ergoterapie (viz http://www.eapcnet.eu/Themes/Education.aspx).

DOBROVOLNÍCI

Důležitou skupinou jsou dobrovolníci, kteří mají v hospicové péči neopominutelnou roli. V této zprávě se jim věnujeme v samostatné kapitole, která pokrývá i vzdělávání. Na tomto místě tak jen shrneme, že vzdělávání dobrovolníků (obzvláště těch v přímé péči) je důležité jednak na začátku, kdy se dobrovolník zaškoluje (některé hospice podmiňují přijetí dobrovolníka absolvováním speciálního kurzu) a poté během další práce, kdy je průběžné vzdělávání nástrojem dalšího rozvoje dobrovolníka, ale také může svým způsobem sloužit jako forma odměny.

VÝZVY PRO BUDOUCNOST HOSPICOVÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

Řada hospiců v České republice má svá vzdělávací centra, mnoho jich pravidelně pořádá přednášky, konference nebo odborné semináře. Do většiny hospiců také přichází stážisti ze středních, vyšších odborných i vysokých škol. Dá se tedy říci, že podobně jako v jiných zemích mají naše hospice k dispozici bohaté zkušenosti a poměrně osvědčené modely vzdělávání, které jsou schopny poskytovat. Na závěr této kapitoly bychom chtěli nabídnout několik momentů k zamyšlení nad tím, jak tuto oblast dále kultivovat tak, aby přispívala k cílům hospicové péče:

- ***Známe vzdělávací potřeby lokálních partnerů?***

Klíčovými partnery pro hospice jsou ostatní poskytovatelé zdravotní a sociální péče v regionu – léčebny dlouhodobě nemocných, nemocnice, praktičtí lékaři, agentury home care, domovy pro seniory. Při vytváření portfolia vzdělávacích aktivit by bylo vhodné reflektovat zájem a potřeby těchto institucí, ideálně tak, aby hospicem nabízené vzdělávání přispívalo k navázání vztahů a hlubšímu propojení mezi organizacemi. Podle britských autorů bude budoucnost hospicové péče záviset na schopnosti pracovat v partnerství s ostatními složkami zdravotního systému (Komise pro budoucnost hospicové péče, 2013). Příprava vzdělávacích kurzů na míru a vzájemná výměna zkušeností formou společných seminářů může být ideální způsob navázání spolupráce.

- ***Spolupráce se zaštiťujícími platformami***

Připravovaným vzdělávacím aktivitám může často pomoci, pokud budou akreditované ministerstvem nebo připravované pod záštitou odborné společnosti (např. České společnosti paliativní medicíny), Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, místní univerzity nebo třeba okresního spolku praktických lékařů. Díky garanci takovýchto institucí bude mít akce lepší postavení v konkurenci ostatních vzdělávacích akcí pro danou cílovou skupinu, než pokud by to byla pouze akce jednotlivého hospice. Zastřešující organizace navíc často může významně pomoci s propagací dané akce. Akreditace v rámci programů celoživotního vzdělávání jsou často zásadní podmínkou pro účast hlavně zdravotníků. Další výzvou je pak oslovení méně tradičních posluchačů - například jiných specializací (odborných společností pod ČLS JEP) nebo úředníků na sociálních odborech, pracovištích zdravotnické záchranné služby, a podobně. Hlavní je však vždy uchovat jasný cíl, proč je dané vzdělávání užitečné pro konkrétní hospic a konkrétní účastníky.

- ***Diplomové práce***

Většina hospiců má zkušenosti se studenty, kteří chtějí v hospicích zpracovat bakalářské nebo diplomové práce. Na portále theses.cz jsou k dispozici stovky závěrečných prací na témata hospicové péče. Bylo by vhodné, aby měly hospice pro tuto oblast vytvořenou nějakou strategii, jaká témata jsou pro ně prioritní a také vnitřní mechanismy pro vedení nebo konzultace prací tak, aby jejich výsledky byly zpětně použitelné takovým způsobem, který budou moci hospice využít pro svůj další rozvoj, ať už v přímé péči, vzdělávání nebo třeba propagaci. Nabízí se také otázka, nakolik aktivně hospice vstupují do spolupráce s univerzitami a vedoucími těchto závěrečných prací, což by jistě mohlo pomoci při vytváření dlouhodobé strategie spolupráce v této oblasti.

- ***Moderní formy vzdělávání***

Do budoucna bude čím dál důležitější schopnost nabízet vzdělávání i moderními formami. Narůstá poptávka po distančním online vzdělávání, dostupnosti elektronických studijních opor a zároveň také kvalitních interaktivních vzdělávacích programech, které by účastníky zbytečně nezatěžovaly frontální výukou. V oblasti hospicové péče se v poslední době objevilo několik zajímavých počinů - například již zmíněný e-learningový program o perinatální paliativní péči, na pražské konferenci o dětské paliativní péči v listopadu 2014 vystoupili díky využití konferenčního software i zahraniční lektoři, Centrum paliativní péče pořádá pravidelné webináře, kterých je možno se aktivně účastnit přes internet. Za pomoci těchto moderních nástrojů budou hospice schopny udržet atraktivitu svých programů a také je nabídnout širšímu publiku.

- ***Sdílení dobré praxe***

Konference a publikace jsou důležitým nástrojem pro sdílení zkušeností, příkladů dobré praxe i kladení otázek nad problematickými tématy. Hospice by proto měly aktivně využívat těchto možností a pokud možno se účastnit tohoto dění i na celostátní úrovni. Kromě pořádání vlastních konferencí by bylo jistě přínosné, pokud by se zkušenosti z hospiců dostávali i posluchačům na „nehospicových“ konferencích a pokud by se o hospicové péči více psalo v odborném tisku. Tímto by se opět hospicová péče dostávala více do pozornosti a povědomí širší zdravotnické obce a ve svém důsledku by tyto kroky mohly pomoci k lepšímu využití hospiců a dostupnosti paliativní péče pro potřebné pacienty.

ZÁVĚR

Pro zlepšení úrovně péče o umírající v naší zemi je vzdělávací role hospiců nezastupitelná. Předávání zkušeností s poskytováním paliativní péče v hospicích může jednak kultivovat tuto péči i v jiných typech zařízení, ale také upevňovat význam hospiců v systému zdravotních a sociálních služeb jako unikátní zdroj vzdělávacích příležitostí a příkladů dobré praxe. Hospice jsou již dnes na poli vzdělávání poměrně aktivní. Do budoucna bude klíčové udržet a zvyšovat kvalitu a atraktivitu nabízeného vzdělávání, proto by měly hospice cíleně investovat do rozvoje kompetencí, které kvalitní výuka vyžaduje. Bude důležité umět komunikovat se spolupracujícími organizacemi v regionech a nabídnout vzdělávání „na klíč“, které by reflektovalo potřeby daných subjektů. Nabízené vzdělávání by také mělo aspirovat na všechny relevantní akreditace a oficiální záštity, aby zapadalo do kontextu celoživotního vzdělávání a zároveň bylo rozpoznáno těmito formálními hodnoceními kvality. Variabilita výukových formátů, včetně e-learningu a dalších moderních metod, může pomoci zatraktivnit kurzy pro širší skupinu posluchačů a také zvýšit počty absolventů. Specifickým případem jsou diplomové práce, se kterými mají hospice bohaté zkušenosti, přesto však jejich potenciál zůstává často nevyužit. Práce se studenty by měla ideálně navazovat na koncepční úvahu jak diplomové projekty využít a ideálně také na aktivní spolupráci se samotnými školami a vedoucími diplomových prací (například ve formě pojmenovávání témat, která by byla zajímavá pro obě strany). Poslední oblastí vzdělávacích aktivit je publikační činnost, které by se měly hospice věnovat formou odborných článků i aktivní účasti na konferencích. Touto cestou můžou zkušenosti hospiců oslovit největší počet lidí a také budovat renomé a pozici ve vztahu k dalším odborníkům a profesím, se kterými přichází do kontaktu.

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

- Navázat lepší spolupráci a výměnu zkušeností s klíčovými partnery dalších poskytovatelů zdravotní a sociální péče v regionu.
- Zvýšit přitažlivost vzdělávacích aktivit pomocí akreditací, spoluprací s odbornými společnostmi či univerzitami. Účastníkům jasně sdělit v čem je dané vzdělávání užitečné pro konkrétní hospic a konkrétní účastníky
- Lépe využívat potenciál diplomových prací, strategicky pracovat se získanými poznatky, navazovat spolupráci s odbornými vedoucími těchto závěrečných prací.
- Udržet atraktivitu vzdělávacích programů díky využívání moderních technologií, zejména online vzdělávání. Jeho předností je zpřístupnění výuky širšímu okruhu posluchačů a časová flexibilita.
- Sdílet dobré zkušenosti, ale i problémy mezi hospici, a to i na mezinárodní úrovni. Šířit zkušenosti hospiců i mezi další zdravotníky pomocí konferencí a odborných článků. Přispělo by to k většímu zájmu o hospicovou péči a lepšímu využití hospiců ve prospěch pacientů.

PhDr. Martin Loučka, PhD.

ZDROJE:

- Ministerstvo zdravotnictví (2008). Metodický pokyn k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní obor všeobecná sestra. Věstník MZ ČR částka 6/2008 Sb. Dostupné z http://www.mzcr.cz/dokumenty/metodicky-pokyn-v-seobecna-sestra_2197_947_3.html
- EAPC (2004). A guide for the development of palliative nurse education in Europe. Report of the EAPC Task Force. European Association for Palliative Care, September 2004. Dostupné z http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=e9JnEa7YZDM%3D
- Carrasco JM a kol. (2015). Palliative care medical education in European universities: A descriptive study and numerical scoring systém proposal for assessing educational development. Journal of Pain and Symptom Managament, 50(4), s.516-523.
- Sláma O, Kabelka L, Špinková M (2013). Czech Society for Palliative Medicine: training professionals. European Journal of Palliative Care, 20(3), s.152-155.
- Komise pro budoucnost hospicové péče (2013). The future of hospice education and training. A working paper of the Commission into the Future of Hospice Care. October 2013. Dostupné z http://www.hospiceuk.org/what-we-offer/commission-into-the-future-of-hospice-care/commission-resources?page=2

4. VZDĚLÁVÁNÍ

ROZVOJ SPOLUPRÁCE

Hospice nefungují izolovaně od okolního světa, naopak jako relativně nový prvek sociálně-zdravotního systému vstupují velmi aktivně do intenzivní spolupráce s okolním světem a každá nová vazba s okolím se stává velkou výzvou. V kapitole Rozvoj spolupráce jsme se zaměřili na dva případy kooperace, které se stávají velkou inspirací pro poskytovatele hospicové péče. V jednom případě se jedná o poskytování paliativní péče klientům v domovech pro seniory, druhý popisuje otevření domácího hospice v rámci nemocnice. Věříme, že sdílené zkušenosti se mohou stát inspirací pro všechny, kteří jsou na začátku podobné výzvy.

SPOLUPRÁCE DOMÁCÍHO HOSPICE S DOMOVEM PRO SENIORY

Problém sdílené péče domovů pro seniory a specializované paliativní péče je vzhledem k všeobecnému stárnutí populace aktuálním problémem nejen v zemích západní Evropy, ale i v České republice. Spolupráce domovů pro seniory a specializované paliativní péče představuje nový přístup. Cílem této kapitoly je představit zkušenosti z pilotního projektu „Spolu až do konce“, poukázat na výzvy této spolupráce a nabídnout možná řešení, jak klienti domovů pro seniory mohou žít a zemřít na jednom místě, aniž by museli být na závěr života hospitalizováni v nemocnicích.

Ačkoliv, jak výzkumy ukazují, většina z nás si přeje zemřít doma, tak s prodlužujícím věkem umírá v nemocnicích nebo v domovech pro seniory stále více lidí. Podle výzkumu agentury STEM/MARK (STEM/MARK, 2013) z roku 2013 by si 78 % Čechů přálo zemřít doma. Bohužel je tomu právě naopak. V České republice nejčastěji umíráme na lůžku zdravotnického zařízení (68 %) nebo v ústavech dlouhodobé péče (6,9 %). (www.úzis.cz). Domovy pro seniory nebo ústavy dlouhodobé péče nemají ale ve většině případů dostatečně proškolený personál v paliativní péči a ani dostatečnou zdravotnickou péči, aby v nich klienti mohli důstojně a klidně umírat.

V České republice chybí systematická paliativní a hospicová péče o pacienty v pobytových zařízeních. Tuto situaci se snaží zlepšit již výše zmiňovaný pilotní projekt **Spolu až do konce** zaměřený právě na integraci paliativní péče do domovů pro seniory financovaný nadačním fondem Avast. Jeho cílem je umožnit úspěšnou integraci služeb mobilního paliativního týmu do sociální služby, zejména domovů pro seniory, zjistit a popsat podmínky, které jsou nutné pro úspěšnou integraci specializované paliativní péče do prostředí domova pro seniory, a naplnění těchto podmínek ověřit v praxi.

Praktickou spolupráci už navázaly dvě organizace a to Domov pro seniory Sue Ryder a Cesta domů, z.ú. jako poskytovatel specializované paliativní péče. V rámci této spolupráce, která probíhá od roku 2014, proběhly v Domově Sue Ryder dvě konziliární návštěvy a ve sdílené péči byly dvě pacientky, které v roce 2014 nezemřely. V roce 2015 se uskutečnily 2 konziliární návštěvy, ve sdílené péči bylo 8 pacientek, z nichž 6 zemřelo. Do května 2016 proběhla zatím 1 konziliární návštěva a ve sdílené péči byly dvě pacientky.

Podle slov primářky Cesty domů MUDr. Ireny Závadové specializovaná paliativní péče poskytovaná Cestou domů v Domově Sue Ryder nastavovala a upravovala plány další léčby, edukovala a prováděla nejen ošetřovatelský personál, ale i blízké a rodiny pacienta a navazovala spolupráci s praktickým lékařem a specialisty.

Spolupráce ukázala rizikové oblasti spolupráce, mezi které patří **komunikace a předávání informací, vzdělávání v paliativní péči, podpora formálních i neformálních pečujících, financování, personální kapacita, jasně stanovený cíl spolupráce a 24 hodinová dostupnost lékaře.**

Vedle rizikových oblastí vyvstaly i nejistoty, které tato spolupráce přináší. Pro zaměstnance Domova Sue Ryder je důležitá a zásadní změna v přístupu na samotném začátku sdílené péče **při zhoršení zdravotního stavu pacienta**. „My jsme měli zafixováno zhoršení zdravotního stavu rovná se převoz do nemocnice. A většinou ty lidi umírali tam. Teď se to otáčí, nemáme posílat, bude se umírat tady.“, jak říká zdravotní sestra Domova Sue Ryder. Tato změna v přístupu, v uvažování je prvním momentem sdílené péče. Pacient se nemusí odvážet do nemocnice, ale může zůstat v Domově Sue Ryder, v prostředí, které zná a kde se cítí doma.

Dalšími nejistotami pro zaměstnance Domova Sue Ryder je **výživa pacienta a léčba bolesti**. V těchto oblastech je velmi důležitá podpora a vzdělávání ošetřujícího personálu Domova Sue Ryder, jak říká zdravotní sestra: „Nebojte se, děláte to správně. Tím, že nepodáváte tekutiny, tak nikoho nezabíjíte. A to neustálý vysvětlování je pro pečovatele i sestřičky strašně důležitý, protože oni vědí, že tu práci dělají dobře.“

Spolupráce ukázala i určité výzvy, mezi které patří vyjasnění **dříve vyslovených přání** nejen s klientem, ale i s rodinou, která v případě zhoršení zdravotního stavu pacienta usnadní rozhodování při následné léčbě. Další výzvou je otázka **zajištění 24 hodinové dostupnosti lékařské služby**, kterou Cesta domů v rámci své péče poskytuje. Spolupráce ukazuje, že možnost konzultace s lékařem poskytuje ošetřujícímu personálu jistotu v péči.

Probíhající spolupráce Cesty domů a Domova Sue Ryder ukazuje, že sdílená péče mezi specializovanou paliativní péčí a domovem pro seniory je možná a přínosná. Díky spolupráci a projektu integrace paliativní péče vznikne metodika, kterou bude možno použít i pro další organizace, poskytne řešení pro spolupráci sociálního a zdravotního systému a nabídne možné řešení, jak klienti domovů pro seniory mohou žít a zemřít na jednom místě a ne při zhoršení zdravotního stavu a na závěr života být hospitalizováni v nemocnicích.

Vzhledem k tomu, že proces integrace paliativní péče do domovů pro seniory je dlouhodobý, tak vyžaduje čas a dostatečnou přípravu.

Mezi konkrétní doporučení k integraci paliativní péče do domova pro seniory patří:

- ***Ujasnit priority a cíl integrace***

Prvním krokem k integraci je, že domov pro seniory má o poskytování paliativní péče ve svém zařízení opravdu zájem. Pro dobrou spolupráci je důležité vyjasnit si, co má být cílem daného projektu, co přesně je cílem integrace. Zda je to model integrace paliativní péče, jak probíhá v současné době v Rakousku, to znamená postupné poskytování obecné paliativní péče ošetřujícím personálem domova pro seniory po celkové edukaci a vzdělávání v paliativní péči nebo poskytování paliativní péče v domově pro seniory jinou organizací specializované paliativní péče.

- ***Nastavit vzdělávání v paliativní péči***

Vzdělávání v paliativní péči se ukazuje jako velmi důležité a mělo by začít před zahájením spolupráce. Cílem této edukace by mělo být podpoření dovedností a zvýšení kompetencí ošetřujícího personálu domova tak, aby obecnou paliativní péči uměl zvládat sám a zdravotníky specializované paliativní péče využívali spíše k podpoře, konzultacím, zjištění druhého názoru nebo při komplikovaném zdravotním stavu pacienta. Vedle vzdělávání formálního je neméně důležité i vzdělávání neformální jako je reflexe a sdílení prožitých zkušeností, kterou se zaměstnanci vzájemně od sebe učí.

- ***Vyjasnit komunikační pravidla, mechanismy a předávání informací***

Komunikace při sdílené péči dvou organizací o jednoho pacienta je naprosto zásadní. Je důležité mít domluvené, zachycené postupy předávání informací, které budou všem aktérům jasné. Jsou to postupy spolupráce, která začíná jasným modelem, jak a kde sepsat žádost o péči, kdo s kým komunikuje při přijetí a při úmrtí pacienta. Při péči je důležitá nejen komunikace mezi organizacemi, ale i v rámci jedné organizace. Také by mělo být jasné, kdo má v jednotlivých organizacích průběh spolupráce na starosti, kdo je za ni zodpovědný.

- ***Zajistit financování paliativní péče***

Pro integraci paliativní péče do domova pro seniory je důležité mít předem vyjasněné, že daný domov je stabilní organizací, který má dostatek finančních prostředků pokračovat v započaté integraci a kdo bude paliativní péči hradit. Proces integrace také vyžaduje stabilní organizaci, která je zajištěna nejen finančně, ale i personálně, aby byla určitá záruka toho, že domov bude v započaté integraci pokračovat.

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

- Ujasnit priority a cíl integrace
- Nastavit vzdělávání v paliativní péči
- Vyjasnit komunikační pravidla, mechanismy a předávání informací
- Zajistit financování paliativní péče

Bc. Karolína Pochmanová

MOBILNÍHO HOSPIC V PROSTŘEDÍ NEMOCNICE

Sdílení zkušenosti se založením a provozem mobilního hospice, který působí v rámci nemocničního zařízení, je hlavním cílem následujícího textu. Přestože nemocnice je závislá na péči placené zdravotními pojišťovnami a přestože mobilní hospicová péče stále komplexně hrazena není, podařilo se tento typ péče zařadit mezi standardně nabízené služby Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem. Článek by měl být ilustrací toho, že stačí souhra náhod, inspirace, beraní přístup a obrovské štěstí na spolupracovníky a vedení a lze dosáhnout mnoha věcí. Bohužel není svědectvím o tom, že došlo k systémové změně a do budoucna máme model, kterak přiblížit mobilní specializovanou paliativní péči (dále jen MSPP) nemocnicím. Vše je podmíněno spoluprací a dobrou vůlí zainteresovaných osob.

Prvotní inspirací byl týdenní pobyt lékařů a sester onkologického oddělení na paliativních pracovištích v oblasti Drážďan v dubnu 2012 v rámci příhraničního projektu EU. Další náhodou byla přeposlaná informace o existenci Nadačního fondu AVAST a jeho výzvě v roce 2014. Poté stačilo okořenit trochou neodbytnosti na všech oslovených frontách a už se mohlo pustit do práce.

Organizací, jež žádala o schválení grantového projektu z NF AVAST byla Krajská zdravotní a.s., která sdružuje pět zdravotnických zařízení-nemocnice Teplice, Děčín, Most, Chomutov a největší Masarykovu nemocnici Ústí nad Labem. Onkologickou péči poskytují ambulance v Teplicích, Mostě, Komplexní onkologické centrum je společné v Ústí nad Labem a v Chomutově.
Předkládaný projekt mobilního hospice nebyl nic nového. Mnoho mobilních hospiců již pracovalo a zajišťovalo péči, avšak žádný z nich nebyl provozován zdravotnickým zařízením jako součást péče nemocniční či spíše post-nemocniční. Tento záměr se rozvíjel od října 2013, kdy se podařilo k 1.10.2013 Krajské zdravotní, a.s. dosáhnout **schválení úhrady paliativních výkonů 80052 (První vyšetření a zavedení paliativní péče lékařem u pacienta v terminálním stavu v domácím prostředí) a 80052 (Vyšetření pacienta lékařem specialistou v oboru paliativní medicíny v domácím prostředí) všemi zdravotními pojišťovnami.** Tím byly umožněny jednotlivé návštěvy paliativního lékaře u pacientů v domácím prostředí. Sesterskou péči zajišťovaly agentury domácí péče, které mají zkušenosti s paliativní hospicovou péčí a které mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami na poskytování tohoto druhu péče. Takto bylo v době od 10/2013 do konce 8/2014 v domácí paliativní péči zajištěno 46 pacientů Chyběl však kompletní hospicový tým.

K zajištění týmové spolupráce jsou ovšem nutné některé vstupní a provozní náklady (telefon-nutný kontakt 24hodin/7 dní v týdnu, automobil, alespoň minimální zázemí pro týmové schůzky, je nutno vyřešit koordinaci služeb lékařů k zajištění 24hodinové dostupnosti). Naopak některé investice jsou zastřešením této služby nemocnicí ušetřeny, např. informační systém-lze využít NIS (nemocniční informační systém) zdravotního zařízení, čímž je zajištěna maximální dostupnost dat.

Díky finančnímu příspěvku 800 000 Kč z NF AVAST bylo možno sestavit **kompletní mobilní tým**, vytvořit mu zázemí, vytvořit nové pracovní místo koordinátorky, pořídit služební vozidlo a propagovat služby Mobilního hospice Masarykovy nemocnice (dále jen MH MN). Jeho provoz byl zahájen k 1. 9. 2014. Členy týmu jsou 4 lékaři, 2 sestry (plný úvazek sestra/koordinátorka a nově sestra na částečný úvazek), psycholožka, nutriční poradkyně, sociální pracovnice, kaplan, k dispozici jsou i dobrovolníci. Pravidelné sesterské výkony zůstávají agenturám domácí péče, s nimiž je velmi úzká spolupráce. Postupem času se naše působení rozšířilo i na okolní města (dojezd cca 30-35km) a využíváme tedy i agentury domácí péče nejen ústecké, ale i teplické a děčínské. Spolupráce je zatím vynikající, jen občas je nutno sladit naše představy o terminální péči. Díky existenci kompletního mobilního týmu jsme schopni zajistit péči jednak pro větší počet pacientů, jednak ve větším rozsahu a komplexněji. Za první rok činnosti MH MN bylo pečováno o 111 terminálních pacientů, tento rok máme již nyní přes 120 pacientů. V neposlední řadě je rozšiřováno povědomí o paliativní péči v rámci nemocnice. Začíná se upevňovat model, kdy v případě hospitalizovaných pacientů v konečném stadiu onemocnění je již v nemocnici rodině nabídnuta možnost péče Mobilního hospice MN a pacient přechází z péče nemocniční přímo do péče mobilního hospice v domácím prostředí.

Trochu adrenalinu do krve nám vlil dodatek ke smlouvě ze strany VZP, kdy podmínila péči MH od druhé návštěvy potvrzením praktického lékaře jako péče vyžádané. Po počátečních marných pokusech o změnu v dodatku jsme se s ním smířili a s překvapením zjistili, že až na výjimky nemají praktičtí lékaři s potvrzením naší péče problém. V odstupu času musíme kladně zhodnotit, že nás tento krok donutil k občasným osobním návštěvám praktických lékařů, což se dá využít k edukační činnosti, zodpovězení spousty otázek a je to nenásilná cesta k osobnímu kontaktu. Ten se osvědčil jako nejefektivnější forma propagace MSPP oproti letáčkům i oproti prezentacím na větších vzdělávacích akcích praktických lékařů.

První rok trvání mobilního hospice bylo možno 24hodinovou pohotovostní lékařskou péči zajistit pouze telefonickou, výjimečně i výjezdovou. Tu jsme byli schopni zajistit až díky dotaci z Ústeckého kraje, která částečně pokryla mzdové výdaje. Různě velkou část (dle schválené výše dotace-žádáme každý rok) pak stejně hradí Masarykova nemocnice. Díky Nadačnímu fondu Evy Matějkové jsme mohli rozšířit technické vybavení o koncentrátor kyslíku a pulzní oxymetr. Po ukončení roční podpory z NF AVAST převzala většinu nákladů Masarykova nemocnice. Dále však trvá snaha o více zdrojové financování, neboť MSPP stále není zdravotními pojišťovnami plně hrazena a my jsme schopni maximálně dosáhnout v některých měsících toho, že máme vyrovnané náklady a výdaje, ale rozhodně nejsme „oddělení“ výdělečné. Je pravdou, že náklady by se asi zvýšily v okamžiku, kdybychom poskytovali i veškerou medikaci. Zatím většinu předepisujeme na recepty a do našich nákladů spadají jen některé injekční formy léků, morfin a samozřejmě materiálové náklady.

Výhodami tohoto modelu je snadná dostupnost péče, vzhledem k přibývajícímu povědomí mezi nemocničními lékaři, praktickými lékaři, rodinami, ale i agenturami domácí péče. Další výhodou je bezprostřední návaznost péče o pacienty, kdy seznámení s pacientem probíhá již za hospitalizace či za ambulantních kontrol v době, kdy je pacient ještě schopen docházet, a poté může plynně přejít do specializované paliativní péče v domácím prostředí. V nezbytném případě lze dle potřeby pacienta nebo rodiny zajistit akutní hospitalizaci, ale s jasným cílem léčby a péče s ohledem na kvalitu života a zabránit tak zbytečně zatěžujícím výkonům a marné léčbě, zatěžující jak pacienta, tak zdravotní pojišťovny. S přibývajícími zkušenostmi je takovýchto hospitalizací čím dál méně, ale vyhnout se jim úplně asi nelze. Obrovskou výhodou „mobilního hospice s nemocnicí za zády“ je značná finanční stabilita, neboť v provozu nemocnice je mobilní hospic celkem „nevýznamný náklad“. V každém ohledu největší finanční zátěží jsou mzdové náklady, na něž se paradoxně nejhůře shání dotace, takže se snažíme o dotace na materiální vybavení a mzdy z velké části hradí nemocnice. V rámci tohoto modelu péče došlo i k výraznému pozitivnímu posunu v oblasti spolupráce s praktickými lékaři. Kromě společné péče o pacienta je zřejmý větší zájem o paliativní péči a její poskytování.

Negativa tohoto stavu – tím, že MH MN je zařazen pod stejnou agendu, jako všechna ostatní oddělení nemocnice je zatížen poměrně značnou administrativou, vykazováním výkonů a cest pro ZP. S našimi požadavky se musíme vejít do pravidel nemocničního provozu, ovšem s tím, že odporujeme všemu, co je v nemocnici již zaběhnuto. Ale s velkým potěšením musím konstatovat, že většina zainteresovaných osob spolupracuje velmi ochotně a vstřícně, a velmi nám tak usnadňuje řešení mnoha nových situací a problémů, kterým musíme čelit jak my tak nemocnice. V poslední době se také poměrně obtížně hledají termíny pro společné schůzky mobilního týmu, neboť kromě koordinátorky, jež pracuje na plný úvazek, všichni ostatní mají plné úvazky na svých kmenových pracovištích a práce pro MH je úvazek navíc. Při hledání vhodných spolupracovníků jsem měla trochu obavy, jak bude takto „uměle“ vytvořený tým spolupracovat, ale velmi brzy jsem zjistila, že obavy byly zbytečné, neboť i přes veškeré své pracovní nasazení spolupracují jak lékaři, tak ostatní členové týmu neuvěřitelně. Dalším negativem zařazení pod křídla nemocnice je horší dostupnost grantů a dotací, jež jsou často určeny pouze pro nepříspěvkové organizace.

ZÁVĚR

Je nutno kriticky zkonstatovat, že celý MH MN nyní pracuje jako kompromis pro všechny zúčastněné do doby výstupu pilotního projektu, než budou nastavena jednotná pravidla a standardy. Zjednodušení financování je již netrpělivě očekáváno i naším mzdovým oddělením, neboť za současného několika zdrojového financování se cca á 6měsíců mění smlouvy, DPČ, DPP a situace je značně náročná pro všechny. V současné době bych náš útvar označila za malé perpetum mobile, kdy koordinátorka je děvče pro všechno, od vykazování pro ZP, péči o automobil, hlídání statistik, koordinace služeb lékařů, přes návštěvy praktických lékařů, kontakty s rodinami a péči o pacienty.

Pohotovostní lékaři pracují za almužnu, ale na jedničku, a přestože všichni členové týmu mají svá kmenová stanoviště, vše klape. Ale jen díky nezměrné obětavosti všech, kteří to pojali jako hezkého koníčka, jenž ovšem jde často na vrub našim rodinám a volnému času. Ale odměna ve formě klidných odchodů pacientů doma v kruhu smířené rodiny je onen důvod, pro který to nejen my, ale asi všichni hospicoví pracovníci děláme.

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

- Základem je schválení úhrady paliativních výkonů zdravotními pojišťovnami, s výhodou je schválení i výkonů domácí péče, ale podmínkou to není, lze využít i stávajících fungujících agentur domácí péče poskytujících hospicovou péči (systémové financování v současné době zajištěno není)
- Je nutno jednoznačně stanovit kompetence zúčastněných a organizační strukturu mobilního týmu
- Musí být dohodnuta základní pravidla spolupráce s vedením nemocnice, s dopravou (služební vozidlo), s mzdovým a personálním oddělením, s lékárnou, s oddělením pro vykazování péče, apod
- Vzhledem k současné absenci standardů a metodiky je nutná intenzívní komunikace s regionálními pobočkami zdravotních pojišťoven
- Zajistit systémové financování domácí hospicové péče zdravotními pojišťovnami, v opačném případě bude tato péče vždy nestandardní a její fungování bude závislé na místních podmínkách (velká očekávání jsou vkládána do vyhodnocení právě probíhajícího Pilotního projektu)

MUDr. Jana Dušánková

PÉČE O ZAMĚSTNANCE

Péče o umírající, podpora jejich rodinných příslušníků, trvalé vystavení zármutku a bolesti jsou situacemi, které kladou vysoké nároky na profesionální pečující. Úkolem této kapitoly je zrekapitulovat na základě dostupných zdrojů stav personálu pracujícího v českých hospicích, jejich vnímání pracovního prostředí a navrhnout praktické možnosti podpory. Součástí této práce je také představení výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na míru využití supervize zaměstnanci a postoje managementu hospiců k tomuto nástroji.

POPIS VÝCHOZÍ SITUACE

Na vedení každé organizace leží odpovědnost řádné péče o zaměstnance. Vytvoření optimálních pracovních podmínek v hospicovém prostředí je nutnou podmínkou pro zachování vysoké kvality péče, v opačném případě hrozí velká fluktuace nebo snížená motivace zaměstnanců. Obě varianty mohou mít negativní dopad na kvalitu poskytované péče. Tomeš (2015) ve studii o hospicové péči v České republice uvádí na základě výzkumu provedeného mezi zaměstnanci vybraných hospiců v ČR, že práce v podobných zařízeních je náročná nejenom fyzicky a psychicky, ale je nutná taktéž duševní regenerace a pracovník musí být smířen s vlastní smrtelností. Poslední atribut klade velmi vysoké požadavky na pečující osoby. Předpoklad smíření potvrzuje pro práci v hospici také studie prezentovaná na „Druhém evropském kongresu pediatrické paliativní péče“ v Římě, ve které byl prokázán vliv spirituality zaměstnance na schopnost zvládat stres a náročnou práci v dětském hospici (Schloderer et al., 2014).

SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndromu vyhoření se u pracovníků českých lůžkových i domácích hospiců věnovala Pavelková (2015). Jejího výzkumu se zúčastnilo 241 zdravotnických pracovníků z dvaceti lůžkových a domácích hospiců s minimální délkou praxe v hospici 6 měsíců. Vyhoření bylo zjištěno u 14 (5,8 %) respondentů, alarmující hodnota u 68 (28,2 %). Z pohledu managementu je toto číslo znepokojivé. Pokud je jedna třetina všech pracovníků v přímé péči vyhořelá nebo balancuje na hraně, je potřebné nejenom hledat možnosti pro snížení míry výskytu tohoto syndromu, ale také identifikovat nástroje, které dokáží tento problém monitorovat. Pravidelnou analýzu míry vyhoření u zaměstnanců a vnímání jejich spokojenosti s pracovním prostředím považuji za důležitou součást manažerské práce v hospici.

K diagnostice stavu je možné využívat standardní dotazníkové nástroje, které zároveň umožňují porovnávat výsledky s jinými skupinami. Pavelková (2015) použila pro potřeby svého výzkumu dotazník BM (The Burnout Measure), jinou možností je například Maslach Burnout Inventory. Pro měření spokojenosti zaměstnanců v práci lze využít dotazník Areas of worklife survey (AWS, Leiter & Maslach, 2004), který v šesti oblastech pracovního života zkoumá spokojenost zaměstnanců, více např. Havrdová (2012).

> **Jedna třetina všech pracovníků v přímé péči je vyhořelá nebo balancuje na hraně.**

SUPERVIZE JAKO NÁSTROJE NA SNÍŽENÍ RIZIKA VYHOŘENÍ

Autoři uvádí jako vhodný nástroj ke snížení míry vyhoření u zaměstnanců supervizi (Havrdová, 2012, Tomeš, 2015). Dle Tomeše převládá u zdravotnického personálu v hospicích negativní vnímání supervize, pracovníci uvádějí, že mají často špatnou zkušenost se supervizorem, případně s průběhem supervize.

Součástí této práce byl průzkum mezi managementem hospiců zaměřený na využívání supervize v hospicích a vnímání tohoto nástroje vedením oslovených hospiců. Hlavním cílem bylo kromě míry využití také zjištění, jakou podporu supervize má a jestli s ní management má zkušenosti.

K zapojení do elektronického dotazníkového šetření bylo osloveno 28 organizací (výzva byla zaslána emailem 24 ředitelkám a ředitelům, 1 vrchní sestře a na 3 obecné emaily).

ZÁJEM O VYUŽÍVÁNÍ SUPERVIZE

typ hospice	osloveno	reakce	%
lůžkový hospic	10	7	70 %
domácí hospic	13	13	100 %
lůžkový i domácí hospic	6	4	67 %
celkem	29	24	83 %

Jak shrnuje tabulka výše, na výzvu zareagovalo 24 z 29 oslovených, tj. 83% respondentů. Všichni uvedli, že mají se supervizí zkušenost. Z toho **20 respondentů označilo svou zkušenost se supervizí jako pozitivní, pouze jeden respondent označil zkušenost se supervizí za negativní (tento respondent jako jediný nepovažuje supervizi za vhodný nástroj péče o zaměstnance)** a dva respondenti popsali zkušenost následujícími slovy „záleží na supervizorovi“ a „u supervizí, kterých se účastní vedení, vidím pozitiva i negativa“.

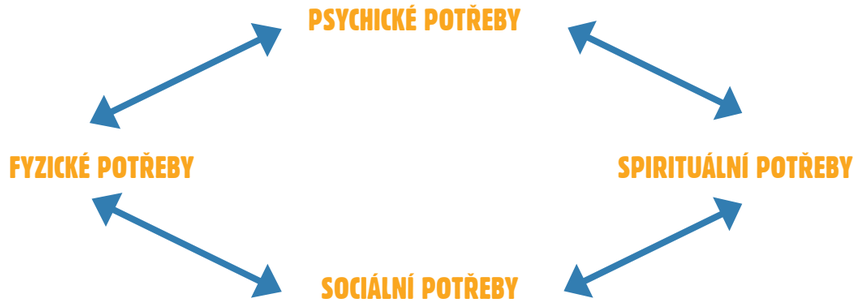
POČET ZAMĚSTNANCŮ, KTEŘÍ PRACUJÍ V OSLOVENÝCH ORGANIZACÍCH A ÚČASTNÍ SE MINIMÁLNĚ 4 KRÁT DO ROKA SUPERVIZE

	Počet zaměstnanců v přímé péči	Počet zaměstnanců absolvující pravidelnou supervizi	%
lůžkový hospic	265	173	65 %
domácí hospic	185	139	75 %
lůžkový i domácí hospic	155	83	54 %
celkem	605	394	65 %

Míra využití supervizí v hospicích je poměrně vysoká. Z našeho dotazníkového šetření vyplývá, že 394 pracovníků z 605 tj. 65% pracovníků v přímé péči absolvuje pravidelně (tj. min. čtyřikrát ročně) supervizní setkání. Otázka, která se v tuto chvíli nabízí, je jaký vliv má supervize na samotnou míru vyhoření. Odpověď budeme muset hledat v navazujících výzkumech, ideálně v takových, které budou analyzovat vliv spokojenosti zaměstnanců s pracovním prostředím, supervizí a mírou vyhoření jednotlivých zaměstnanců.

PÉČE O ZAMĚSTNANCE

Péči o zaměstnance nelze zúžit pouze na snahu o minimalizaci vyhoření pracovníků. Pro potřeby této práce se zaměřím na nejznámější teorii motivace, a to na teorii potřeb, podle které jsou lidé motivováni ke svému jednání primárně svými potřebami (Maslow, 2014). Hospicová péče je postavena na principu individualizované péče a je zaměřená na potřeby pacientů. Podobným způsobem se management může dívat i na potřeby zaměstnanců. Víme, stejně jako v případě klientů, že potřeby jsou velmi specifické a že každý člověk vyžaduje individuální přístup. Zároveň můžeme, stejně jako v holistickém přístupu, na kterém je hospicová péče postavena, rozdělit potřeby zaměstnanců do čtyř kategorií.

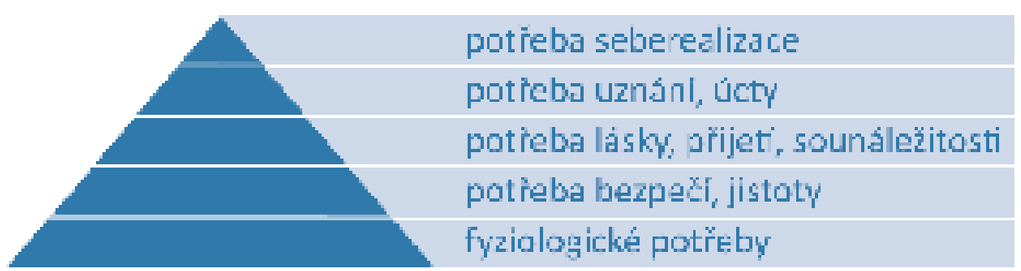


FYZICKÉ POTŘEBY

Zaměstnanec musí uspokojovat své fyzické potřeby. Potřebuje bydlet, jíst, být na základní úrovni existenčně zabezpečen. Tento požadavek není vzhledem k absenci systémového financování hospicové péče v České republice bohužel automaticky splněn. Medián hrubé mzdy resp. platu ošetřovatelů a pracovníků v sociálních službách v oblasti pobytové péče činil 16.832,- Kč resp. 18474,- Kč (ISPV, 2016). Po přepočtení na čistý příjem získáme částky o zhruba 1000,- Kč nižší (záleží na počtu dětí atd.). Dle statistického úřadu (ČSÚ, 2016) činila hranice ohrožení příjmovou chudobou v roce 2014 pro jednotlivce sice 9.901,- Kč, ale 19.803,- Kč pro rodiče s dvěma dětmi staršími 13 let. Dostáváme se tím do situace, kdy **zaměstnanci na pozicích ošetřovatele mohou být, v případě komplikované sociální situace, ohrožení příjmovou chudobou. Péče o zaměstnance, který nemá zabezpečeny své základní fyzické potřeby, by se měla v takovém případě zaměřit předně na finanční příjem.**

Maslow, viz. pyramida níže, řadí základní fyzické potřeby do skupiny potřeb nedostatkových (spolu s potřebami bezpečí, jistoty, lásky a uznání). V rámci pyramidy potřeb jsou níže postavené potřeby považovány za významnější a jejich uspokojení je podmínkou pro vznik potřeb vyšších (Maslow, 2014).

MASLOWOVA PYRAMIDA LIDSKÝCH POTŘEB



SOCIÁLNÍ POTŘEBY

Důležitost naplňování sociálních potřeb zaměstnanců, resp. potřeby lásky, přijetí, sounáležitosti dle Maslowovy pyramidy si hospicoví manažeři oslovení v dotazníkovém šetření dobře uvědomují. Na dotaz „Jaké jiné nástroje v péči o zaměstnance využíváte?“, uvedlo 12 z 24 respondentů organizování různých forem společných akcí pro zaměstnance (teambuilding, neformální setkání, společné výlety apod.).

Reakce respondentů na tento dotaz můžeme tematicky rozdělit do následujících oblastí:

Využívané nástroje péče o zaměstnance z pohledu managementu hospiců	počet
společné akce (teambuilding, neformální setkání, výlety)	12
vzdělávání, stáže	10
benefity (poukázky na masáže, vánoční balíčky)	5
zpětná vazba/bilanční pohovory	6
Dovolená - delší doba než zákonem stanovená (5 - 6 týdnů, sick days, týden dovolené navíc po 5 letech)	4
finanční odměny	4
individuální supervize	3
Ostatní (jóga, láskyplný přístup, příspěvek na stravu/obuv)	4

Mezi sociální potřeby řadí Maslow i potřebu uznání a úcty, ať už ve vztahu ke kolegům nebo k pacientům a jejich příbuzným. Můžeme předpokládat, že velký vliv na pocit respektu a uznání má profesionalita a pracovní zkušenost. Z výše uvedené tabulky je zřejmé, že manažeři českých hospiců vnímají vzdělávání jako důležitou součást péče o zaměstnance. Pro získání a udržení pocitu respektu a úcty je pro zaměstnance důležitá i zpětná vazba, která jim zprostředkovává informaci, jaké jednání je pro organizaci žádoucí. 6 respondentů v šetření uvedlo zpětnou vazbu jako jeden z nástrojů péče o zaměstnance.

Národní partnerství pro paliativní péči a péči v závěru života z Velké Británie (National Palliative and End of Life Care Partnership) zveřejnilo v roce 2015 dokument „Výzvy paliativní péče a péče v závěru života“, ve které identifikují mimo jiné ambici „všichni zaměstnanci jsou připraveni pečovat“. Uvádí, že zaměstnavatelé nepečují dostatečně systematicky o pracovníky v přímé péči tak, aby snížili pravděpodobnost vyhoření, které pramení z nedostatku vzdělání a podpory. **Zaměstnanci mohou zůstat citliví, pouze pokud o sebe pečují a jejich empatie je nestále podporována**. Kromě podpory musí existovat také systematické vzdělávání dostupné všem zaměstnancům, které je nezbytnou součástí firemní kultury.

PSYCHICKÉ A SPIRITUÁLNÍ POTŘEBY

Na vrcholu Maslowovy pyramidy se nachází potřeba seberealizace, potřeba hledání smyslu života a jeho naplnění. Z hlediska hospicového přístupu se bavíme o psychických a spirituálních potřebách, které jsou, jak nám ukazuje každodenní praxe s pacienty v terminální fázi, velmi důležité.

Obecně platí, že potřeby položeny níže v Maslowově pyramidě hodnot jsou významnější a jejich uspokojení je podmínkou pro vznik vývojově vyšších potřeb. To ovšem nelze říci bezvýhradně. Je doloženo, že uspokojování vyšších potřeb (psychických, duchovních) může napomoci člověku v náročných situacích (Frankl, 1994). Jak už bylo naznačeno v úvodu, péče o umírající, trvalé vystavení zármutku a bolesti jsou situace, které kladou vysoké nároky na profesionální pečující a určitě mohou být považovány za velmi náročné. Proto můžeme právě v seberealizaci, sebenaplnění a případně v sebetranscendenci vidět klíč k pochopení ideální péče o psychické a spirituální potřeby zaměstnance.

Dva bloky, které stojí v cestě zaměstnance za sebenaplněním, se pokusím nastínit v následujících odstavcích:

NEDOSTATEČNĚ AKCENTOVANÉ POSLÁNÍ A HODNOTY ORGANIZACE V HOSPICI

Jak potvrzuje několik současných publikací (ACSQHC, 2015 nebo National Palliative and End of Life Care Partnership. 2015), náročná péče o pacienty na konci života klade vysoké nároky na management organizace. Akcentace a srozumitelnost vize, poslání a stejně tak i hodnot organizace všem zaměstnancům se musí stát bezpodmínečnou součástí manažerské praxe. Pokud zaměstnanci nejsou vystaveni diskuzi o organizačních hodnotách, o smyslu péče o pacienty v terminální fázi nevyléčitelné nemoci, tak můžeme očekávat větší pravděpodobnost sklouznutí pracovního stylu do stereotypu.

NEDOSTATEČNÁ REFLEXE VLASTNÍCH POCITŮ A PROŽITKŮ ZAMĚSTNANCI HOSPICE

Podle Markové (2010) je vhodné, aby pracovník dokázal reflektovat své vlastní postoje, hodnoty a pocity. Situaci vidí podobně i Tomeš (2015). Organizace musí dbát na vytvoření prostoru pro takové sdílení. Vhodným nástrojem se ukazuje, jak již bylo zmíněno, supervize. Dle průzkumu, který byl proveden jako součást této práce, je zřejmé, že využití tohoto nástroje je docela široké (65% pracovníků v přímé péče absolvuje min. čtyřikrát ročně supervizní setkání). Zároveň je potřeba znovu upozornit na negativní vnímání supervize ze strany zaměstnanců hospice, jak uvádí Tomeš (2015). Dostáváme se tedy do situace, kdy se většina zaměstnanců účastní supervizních setkání, ale zároveň má vůči nim negativní postoj. Mohli bychom spekulovat, jakou dynamiku přináší fakt, že se pracovníci v přímé péči účastní setkání, které vnímají negativně. Každopádně je nutné si uvědomit, že supervize má nezbytně mít stanoven účel a kritéria, ze kterých můžeme usuzovat, jestli je daný cíl naplňován. (Havrdová, 2008). Pouze pravidelné monitorování průběhu supervize může přinést zpětnou vazbu o její funkčnosti. Využívání nástroje, který není zaměstnanci vnímám pozitivně, může v dlouhodobém horizontu působit demotivačně. Je k zamyšlení, jestli by nebylo vhodné sdílet zkušenosti managementu hospiců v České republice se zaváděním a vyhodnocováním supervizí. Jako ideální nástroj pro taková setkání se nabízí právě supervize. Ať už by se jednalo o supervize ředitelek a ředitelů, vrchních sester nebo lékařů, určitě by se dalo najít více společných témat. Management v hospicích může být ve svých prožitcích osamocený a sdílení napříč organizacemi by mohlo přinést překvapivé výsledky.

Pro organizace, které ještě nezačaly s plošným využitím supervize, můžeme doporučit, jak uvádí Havrdová (2008) začít postupně se vzděláváním. Domnívám se, že dlouhodobé výcviky v komunikačních dovednostech mohou být dobrou přípravou pro zavedení supervize.

Za zmínku na závěr stojí jeden rozdíl mezi lůžkovými a domácími hospici, na který upozorňuje Tomeš (2015). Ve své studii uvádí, že pracovníci lůžkových hospiců v rozhovorech zmiňovali velkou potřebu regenerace a benefitů typu masáže, lázní, vstupenek do bazénu, zvýšení dovolené apod., zatímco respondenti z domácích hospiců mluvili spíš o velkém naplnění z práce s umírajícími. Domnívá se, že důvodem může být větší pracovní svoboda pracovníků domácích hospiců. Kromě tohoto argumentu vidím možné vysvětlení v riziku institucionalizace lůžkových hospiců. Jednoznačná definice institucionalizované péče sice neexistuje, ale některé definice popisují instituci jako pobytové zařízení s kapacitou 30 míst (Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči, 2010), což je případ velké části českých hospiců (v zahraničí mývají lůžkové hospice kapacitu většinou nižší). Další možností je podívat se na charakteristické rysy instituce. Například dle Pfeiffera (2009) tvoří instituci následující rysy: izolace od běžného života, kontrola všech aspektů života klientů, potřeby instituce nadřazeny potřebám klientů, institucionální kultura (depersonalizace, rigidní rutina, sociální odstup, paušalizované léčebné přístupy). Téma deinstitucionalizace přesahuje možnosti této kapitoly. Přesto považuji za důležité upozornit, že toto téma může být jedním z výzev managementu lůžkových hospiců v Čechách.

ZÁVĚR

Za zmínku na závěr stojí jeden rozdíl mezi lůžkovými a domácími hospici, na který upozorňuje Tomeš (2015). Ve své studii uvádí, že pracovníci lůžkových hospiců v rozhovorech zmiňovali velkou potřebu regenerace a benefitů typu masáže, lázní, vstupenek do bazénu, zvýšení dovolené apod., zatímco respondenti z domácích hospiců mluvili spíš o velkém naplnění zpráce sumírajícími. Domnívá se, že důvodem může být větší pracovní svoboda pracovníků domácích hospiců. Kromě tohoto argumentu vidím možné vysvětlení v riziku institucionalizace lůžkových hospiců. Jednoznačná definice institucionalizované péče sice neexistuje, aleněkteré definice popisují instituci jako pobytové zařízení s kapacitou 30 míst (Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči, 2010), což je případ velké části českých hospiců (v zahraničí mývají lůžkové hospice kapacitu většinou nižší). Charakteristickými rysy instituce pak jsou například dle Pfeiffera (2009): izolace od běžného života, kontrola všech aspektů života klientů, potřeby instituce nadřazeny potřebám klientů, institucionální kultura (depersonalizace, rigidní rutina, sociální odstup, paušalizované léčebné přístupy). Problematika institucionalizace sice přesahuje možnosti této kapitoly, přesto považuji za vhodné upozornit, že toto téma může být jednou z výzev pro management lůžkových hospiců v Čechách.

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

- **Pravidelně analyzovat míru vyhoření u zaměstnanců a jejich spokojenost s pracovním prostředím.**
- **Každoročně -navyšovat platy zaměstnanců se zaměřením na pracovníky s nízkým příjmem, kteří mohou být ohroženi příjmovou chudobou.**
- **Provést navazující výzkum analyzující vliv spokojenosti zaměstnanců s pracovním prostředím, supervizí a mírou vyhoření.**
- **Systematizovat vzdělávání zaměstnanců, každý pracovník má svůj rozvojový plán. Seberozvoj je součástí kultury organizace.**
- **Organizovat pravidelná supervizní setkání managementu napříč hospici v ČR (např. setkání ředitelů a ředitelek, případně vrchních a staničních sester apod.).**
- **Definice hodnot, vize, poslání organizace a jejich pravidelná akcentace v rámci týmu.**
- **Stanovit účel a kritéria supervizí zaměstnanců a pravidelně je vyhodnocovat**
- **Snižovat riziko institucionalizace lůžkových hospiců v ČR.**

Jiří Krejčí

ZDROJE:

- ACSQHC (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care). 2015. National Consensus Statement: essential elements for safe and high quality end-of-life care. Sydney: ACSQHC.
- ČSÚ. 2015. Proč chudoba roste, když rostou příjmy? Dostupné z http://www.statistikaamy.cz/2015/07/proc-chudoba-roste-kdyz-rostou-prijmy/
- Frankl, V. E., 1994. Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Havrdová, Z. & Hajný, M. 2008. Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén.
- Havrdová, Z., Šolcová, I. 2012. The Relationship Between Workplace Civility Level and the Experience of Burnout Syndrome Among Helping Professionals, Essential Notes in Psychiatry, Dr. Victor Olisah (Ed.), InTech, Dostupné z: <http://www.intechopen.com/books/essentialnotes-in-psychiatry/work-place-civility-and-mental-health-by-helping-professionals
- ISPV. 2016. Informační systém o průměrném výdělku. Dostupné z: <http://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Aktualni.aspx>
- Leiter, M. P. & Maslach, C. (2004). Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. Perrewe & D.C. Ganster (eds). Research in Occupational Stress and Well Being (Vol. 3.): emotional and physiological processes and positive intervention strategies. Oxford, UK: JAI Press/Elsevier, pp. 91–134.
- Markova, M. (2010): Sestra a pacient v paliativní péči. Praha, Grada.
- Maslow, A. H. 2014. O psychologii bytí. Praha: Portál
- National Palliative and End of Life Care Partnership. 2015. Ambitions for Palliative and End of Life Care.
- Pavelková H, Bužgová R. 2015. Burnout among healthcare workers in hospice care. Central European Journal of Nursing and Midwifery.;6(1):218–223.
- Pfeiffer, J. 2009. Transformace institucionální péče v péči komunitní. Dostupné z http://www.kr-ustecky.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=450018&id=1649875&n=konference-socialni-sluzby-v-usteckem-kraji-2009.
- Tomeš, I. et al., 2015. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči. 2010. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/8387/Zprava-Ad-hoc-expertni-skupiny.pdf

PUBLIC RELATIONS

PR (public relations) zahrnuje poměrně širokou škálu technik a nástrojů, pomocí kterých si instituce (ale také například celé obory lidské činnosti, tak jako v našem případě) budují a udržují vztahy s veřejností. PR má zásadní vliv na veřejné vnímání dané instituce a může tak značně ovlivnit to, do jaké míry je tato instituce schopna prosazovat své zájmy a dosahovat svých cílů. Pávě to byl důvod pro zařazení kapitoly PR hospicové péče do studie „Výzvy hospicové péče“.

Oblast PR je velice široká, my jsme se v rámci našeho projektu rozhodli věnovat se následujícím dvěma aspektům PR:

- mediálnímu obrazu hospicové péče, který se do značné míry podílí na vnímání hospicové péče veřejností, a
- povědomí o hospicové péči mezi politiky na celostátní i krajské úrovni, jakož i názory těchto politiků na některé klíčové otázky související s hospicovou péčí (regionální dostupnost, způsob financování).

Kapitolu o PR hospicové péče tedy rozdělíme na dvě podkapitoly (Mediální obraz hospicové péče a Povědomí o hospicové péči mezi politiky), v nichž představíme metodologii obou zkoumání, jejich výsledky i závěry, které lze na základě těchto výsledků učinit.

MEDIÁLNÍ OBRAZ HOSPICOVÉ PÉČE

- ***Metodologie:***

Mediální obraz hospicové péče jsme zjišťovali analýzou mediálních výstupů, které se hospicové péče týkaly; zdrojem těchto výstupů byl monitoring médií poskytovatele Anopress. Sledované období jsme nastavili na 6 měsíců, od března do září 2015; to považujeme za období dostatečně vypovídající, zároveň počet mediálních výstupů za toto období ještě nepřesahoval časové možnosti našeho projektu.

Jako výraz pro hledání mediálních výstupů jsme použili sousloví „hospicová péče“; tím jsme se chtěli vyhnout vysokému počtu méně relevantních výstupů, které by přineslo použití výrazu „hospic“. Nalezené mediální výstupy jsme pak hodnotili ze dvou aspektů:

- typ média: zda se výstup objevil v regionálních či v celostátních médiích
- téma: v jakém kontextu se hospicová péče v médiích objevovala.

Za regionální média jsme pro potřeby našeho projektu považovali i regionální mutace celostátních médií, například celostátních deníků.
Mediální výstupy samozřejmě často sledovaly více než jedno téma (typicky dostupnost hospicové péče a zároveň financování nebo financování v spojení s politickým kontextem).

- ***Výsledky monitoringu:***

Za uvedené šestiměsíční období bylo v monitoringu nalezeno **555 mediálních výstupů**, v nichž se objevovalo sousloví „hospicová péče“. To samozřejmě nelze považovat za vyčerpávající přehled monitoringu, protože některá média služba Anopress nesleduje. Klíčová média však monitoringem pokryta byla, navíc pro naplnění našeho záměru nebylo nezbytné, aby monitoring zahrnoval skutečně všechny mediální výstupy.

Dvě třetiny mediálních výstupů pocházely z regionálních médií, jedna třetina z médií celostátních (poměr 329 : 226).

Pouze **24 mediálních výstupů pocházelo ze zdravotnických médií**; to samozřejmě může být dáno částečně tím, jaká média Anopress sleduje (v monitoringu se objevily výstupy z Medical Tribune, Zdravotnictví a medicína, zdravotnickydenik.cz, Zdravotnické noviny).

Žádný z mediálních výstupů nebyl negativní vůči konceptu hospicové péče či vůči jejím poskytovatelům.

Nejčastějšími tématy, s nimiž byl pojem „hospicová péče“ v médiích spojován, byla tato (podle míry zastoupení, sestupně):

- FINANCOVÁNÍ
- DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE/MOBILNÍ HOSPICE (rozvoj, financování)
- CHARITA ve prospěch hospicové péče
- POLITIKA (vyjádření politiků, politické programy, politizace tématu).

Detailní rozpis počtu mediálních výstupů dle témat přináší následující tabulka:

TEMATICKÝ OKRUH	REGIONÁLNÍ MÉDIA	CELOSTÁTNÍ MÉDIA	CELKEM	%
FINANCOVÁNÍ	48	48	98	16 %
DOMÁCÍ HP	58	36	94	16 %
CHARITA	78	12	90	15 %
POLITIKA	10	51	61	10 %
PŘEDSTAVENÍ SLUŽEB	50	9	59	10 %
DOSTUPNOST HP	42	12	54	9 %
POSLÁNÍ HP	20	32	52	9 %
OSVĚTA	34	9	43	7 %
LEGISLATIVA	0	18	18	3 %
ODBORNÉ KONFERENCE	12	2	14	2 %
DOBROVOLNICTVÍ	12	0	12	2 %

V 68 případech se jednalo pouze o zmínku o hospicové péči a výstup nebyl zařazen do žádného z tematických okruhů. **Poznámky k jednotlivým tematickým okruhům:**

FINANCOVÁNÍ

Mezi výstupy se objevily informace o pilotním projektu VZP ve financování mobilní hospicové péče, ale také informace o krajských dotacích na financování hospicové péče. Obecněji se téma financování samozřejmě objevovalo i v tematicky jinak zaměřených výstupech. Téma se objevovalo vyváženě v celostátních i regionálních médiích.

DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE

Jako téma se objevovala domácí hospicová péče často ve spojení s dostupností kamenných hospiců, v souvislosti s již zmíněným pilotem VZP, ale i v tematicky jinak zaměřených textech, věnovaných například představení služeb hospiců či představení poslání hospicové péče. Téma převažovalo v regionálních médiích.

CHARITA VE SPROSPĚCH HOSPICŮ

Jednalo se zpravidla o kratší informace o charitativních projektech ve prospěch poskytovatelů hospicové péče, téma výrazně dominovalo v regionálních médiích.

POLITIKA

Výstupy byly zpravidla vyjádřením politiků k tématu hospicové péče (často financování či poslání). Dominovaly výstupy z celostátních médií. Pro upřesnění je potřeba uvést, že nikoliv nevýznamná část výstupů z celostátních médií (16) šla na vrub cesty prezidenta Zemana do Vatikánu, kde nechal papežem posvětit základní kámen hospice, a jeho prohlášení na adresu církví, že by se měly v hospicové péči více angažovat, když na to (po církevních restitucích) mají prostředky.

PŘEDSTAVENÍ SLUŽEB

Téma dominovalo v regionálních médiích, která přinášela informace o existenci poskytovatelů hospicové péče v daném regionu a zpravidla při té příležitosti připomněla služby, které tato zařízení poskytují.

DOSTUPNOST HOSPICOVÉ PÉČE

Opět téma, které se objevovalo převážně v regionálních médiích, zpravidla se týkalo problematiky kamenných hospiců a jejich regionálního rozmístění.

7 PUBLIC RELATIONS

POSLÁNÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Některé výstupy, zejména obecnější texty či rozhovory se zástupci poskytovatelů hospicové péče, se primárně týkaly tématu poslání hospicové péče, tématiky umírání doma a detabuizace smrti.

OSVĚTA

Tyto výstupy se týkaly přednášek pro veřejnost, besed a obecně propagace hospicové péče, významně dominovalo v regionálních médiích.

LEGISLATIVA

Pouze v celostátních médiích se objevilo téma legislativního rámce hospicové péče, například v podobě volání po zákonu o hospicové péči.

ODBORNÉ KONFERENCE

Výstupy se zabývaly zprávami z odborných akcí pro zdravotnickou veřejnost, kde se problematika hospicové řešila. Téma významně převažovalo v regionálních médiích a zpravidla se jednalo o stručné oznámení o akci.

DOBROVOLNICTVÍ

12 mediálních výstupů, výlučně z regionálních médií, se zabývalo tématem dobrovolnictví ve spojení s hospicovou péčí.

Hodnocení výstupů z monitoringu:

- **Mediální obraz hospicové péče lze jednoznačně prohlásit za pozitivní. Ve všech výstupech je hospicová péče prezentována jako aktivita potřebná, prospěšná, která si zaslouží podporu.** Téma není vnímáno jako kontroverzní.

- Pokud jde o aktivity hospiců, ty jsou v médiích popisovány nejčastěji samotnými zástupci poskytovatelů hospicové péče a takové popisy jsou tedy poměrně přesné a vyčerpávající. Korektní obraz činnosti hospiců v médiích je předpokladem, ne však zárukou toho, že veřejnost bude aktivitám hospiců dostatečně rozumět. To, do jaké míry veřejnost chápe aktivity hospiců, nelze zjistit rozborem monitoringu.

- **Téma hospicové péče a jejích potřeb** (finančních, ale také legislativních) je v médiích prezentováno poměrně roztříštěně; téma **nemá v médiích jednoznačně profilovaného mluvčího** (ideálně fyzickou osobu, v krajním případě instituci). **To může znesnadňovat prosazování zájmů poskytovatelů a klientů hospicové péče.**

- Nad makrotématy (systém financování, legislativa) jasně dominovala mikrotémata. I mezi výstupy, které se věnovaly financování hospicové péče, byly ve výrazné menšině ty, které se týkaly systému financování (např. již zmíněný pilot VZP), většina se týkala jednorázových příspěvků na hospicovou péči z krajských rozpočtů apod.

- S tím souvisí i převaha výstupů z regionálních médií nad médii celostátními: hospicová péče a její problémy a potřeby jsou nahlíženy prizmatem jednotlivých krajů („na Vysočině není žádný kamenný hospic“ apod.), jen vzácněji jako součást řešení celospolečenského problému (způsob umírání – toto jsme nejčastěji zaznamenali v textech tematického okruhu Poslání hospicové péče). Praktický zřetel zpravidla významně převyšuje nad zřetelem etickým.

- Pokud by poskytovatelé hospicové péče nebyli spokojeni s tím, s jakými tématy je hospicová péče v médiích spojována a v jaké míře, je potřeba to vnímat jako zadání pro vlastní PR aktivity, jež by to měly změnit, například intenzivnější komunikaci s médii, intenzivnější komunikaci přímo s veřejností v místě působení, systematické vzdělávací a osvětové působení jak jednotlivých hospiců a jejich pracovníků, tak především zastřešujících organizací, které jsou přirozenou platformou také pro lobbying. Zejména zastřešující organizace poskytovatelů hospicové péče by pak měly mít stanovenou jasnou komunikační strategii (s definovanými cíli a komunikačními prostředky). Předpokladem pro vytváření vyváženého a fakticky správného veřejného či mediálního obrazu hospicové péče je také monitorování aktuálního vnímání hospiců a jejich služeb (například monitoring médií), díky němuž mohou poskytovatelé podchytit nejzávažnější omyly či potenciální hrozby a včas na ně reagovat.

POVĚDOMÍ O HOSPICOVÉ PÉČI MEZI POLITIKY

METODOLOGIE:

Zvolili jsme formu dotazníku se sedmi otázkami, snažili jsme se respondentům účast v anketě maximálně usnadnit (časová nenáročnost, uzavřené otázky). Dotazníkem jsme obeslali poslance, senátory a členy krajských zastupitelstev, kteří působí v některém z relevantních výborů z pohledu hospicové péče (oblast zdravotnictví a sociální péče); v krajích, které relevantní výbory nemají, jsme po dohodě s pracovníky krajských úřadů oslovili členy komisí (ne všichni respondenti jsou tak volení zastupitelé). Pro zjednodušení však budeme dále hovořit vždy o krajských zastupitelích.

Kde to bylo možné, rozeslali jsme dotazník přímo respondentům (to se týkalo poslanců a těch krajských zastupitelstev, jejichž členové mají veřejné e-mailové adresy); senátory jsme oslovili prostřednictvím podatelny Senátu a krajské zastupitele, jejichž e-maily nejsou veřejné, zpravidla prostřednictvím tajemníků příslušných výborů.

Tímto způsobem jsme oslovili 200 poslanců, 81 senátorů, 171 krajských zastupitelů přímo (kraje Praha, Karlovarský, Ústecký, Královéhradecký, Jihočeský, Plzeňský, Vysočina, Jihomoravský a Zlínský – seznam těchto zastupitelů tvoří přílohu č. 1) a zhruba 60 zastupitelů (či členů komisí) prostřednictvím tajemníků (kraje Liberecký, Středočeský, Pardubický, Moravskoslezský a Olomoucký). Celkem se tedy jedná o 512 respondentů. Respondenti vyplňovali dotazník online prostřednictvím platformy SurveyMonkey.

PROCENTO ODEZVY

Dotazník vyplnilo 71 respondentů, tedy necelých 14 procent dotazovaných (13,86). Skutečná odezva však byla ještě o něco nižší, protože při kontrole jednotlivých dotazníků se ukázalo, že řada respondentů dotazník sice otevřela, ale nevyplnila.

Relativně nevyšší odezvu zaznamenal dotazník u krajských zastupitelů, kteří tvořili 84,3 % respondentů, 9,8 % respondentů tvořili poslanci, 5,9 % respondentů senátoři. 20 respondentů však otázku, která zjišťovala, zda jsou poslanci, senátoři či krajští zastupitelé, přeskočilo. Důvodem může být skutečnost, že se nejednalo o volené politiky (ale například o členy komisí tam, kde krajské zastupitelstvo nemělo relevantní výbor), dalším důvodem mohla být obava z narušení soukromí, byť respondenti byli ujištěni, že dotazník je zcela anonymní.
Poměřováno počtem oslovených v jednotlivých kategoriích volených zástupců bylo procento odezvy následující:

- **poslanci: 2,5 % oslovených** (reagovalo pouze 5 poslanců z 200)
- **senátoři: 3,75 % oslovených** (reagovali pouze 3 senátoři z 81*)
- **krajští zastupitelé: 13 % oslovených** (reagovalo 43 krajských zastupitelů z 331)

**Při detailní analýze jednotlivých vyplněných dotazníků se navíc ukázalo, že žádný ze tří senátorů nevyplnil v dotazníku jinou otázku než první: Jsem zvolen jako senátor. Lze pouze spekulovat, co bylo důvodem, že zbytek otázek senátoři přeskočili. Mohla to být obava ze ztráty soukromí (senátorů je relativně málo), dalším vysvětlením může být skutečnost, že pro parlamentní politiky je téma hospicové péče příliš odtažité či že o něm málo vědí.*

Hodnocení procenta odezvy mezi jednotlivými skupinami politiků je zkresleno tím, že 20 respondentů, jak jsme již uvedli výše, na tuto otázku neodpovědělo; přesto považujeme rozdíly v reakcích mezi jednotlivými skupinami politiků za dostatečně ilustrativní. Účast v anketě lze totiž vnímat také jako indikaci zájmu politiků o problematiku hospicové péče.

Procent odezvy by pravděpodobně bylo možné zvýšit opakovaným dotazem. Vzhledem k tomu, že některé respondenty jsme oslovovali napřímo, zatímco jiné zprostředkovaně, rozhodli jsme se opakovaný dotaz neposílat, aby nedošlo ke zkreslení procenta odezvy mezi těmito dvěma skupinami (u zprostředkovaně oslovených bychom neměli jistotu, zda opakovaný dotaz byl skutečně učiněn). Druhým důvodem pro neopakování dotazu byla omezená časová dotace projektu – komunikace s pracovníky krajských zastupitelstev byla časově poměrně náročná a poznamenaná určitou nedůvěrou. Jak nicméně ukážeme dále, oslovení krajských zastupitelů prostřednictvím tajemníků výborů přineslo jednoznačně nejlepší odezvu.

REGIONÁLNÍ PŮSOBNOST RESPONDENTŮ

Druhá otázka zjišťovala regionální působnost respondentů, a to u senátorů a krajských zastupitelů.

I tuto otázku někteří respondenti přeskočili (8), mohlo se teoreticky jednat mimo jiné o senátory, jejichž regionální působnost se neshoduje s hranicemi krajů (senátní obvod může zahrnovat více než jeden kraj).

Pokud jde o regionální příslušnost, nulovou odezvu měl dotazník mezi zastupiteli krajů Jihočeského, Jihomoravského a Ústeckého. Jednalo se ve všech třech případech o kraje oslovované napřímo; jedním z možných vysvětlení tedy je, že krajští zastupitelé z těchto krajů nepoužívají své oficiální e-mailové adresy zřízené krajem či nemají komunikaci z těchto adres přesměrovanou do soukromých schránek. Velmi nízká byla odezva také v Plzeňském, Zlínském a Karlovarském kraji (i tyto kraje byly oslovovány napřímo). Naopak kraje, kde dotazník zastupitelům zprostředkovávali tajemníci, patřily co do odezvy k nejlepším (zejména Liberecký, Středočeský a Olomoucký).

POVĚDOMÍ O POSLÁNÍ HOSPICŮ

Třetí otázka směřovala ke zjištění, do jaké míry politici rozumějí poslání hospiců. Respondenti dostali na výběr z pěti možností, z nichž některé zahrnovaly i často rozšířené mylné představy o poslání hospiců. Respondenti měli u každé z těchto možností zvolit možnost ANO – NE, nemuseli si tedy vybrat jednu „správnou“ definici hospiců.

Tuto otázku přeskočilo 14 respondentů.

Respondenti jednoznačně odmítli variantu, že hospice jsou zařízení pečující pouze o nemocné věřící (žádná souhlasná odpověď) a poměrně jednoznačně (poměrem 32:5) také variantu, že se jedná o církevní domovy pro seniory. Převahu negativních odpovědí dostala ještě varianta zařízení pečující o dlouhodobě nemocné (poměrem 23:14).

Převahu pozitivních odpovědí získaly varianty:

- zařízení pečující o pacienty v terminální fázi nevyléčitelné nemoci (poměrem 55:4)
- zdravotnické zařízení (poměrem 22:16)
- zařízení sociálních služeb (poměrem 19:17)

Lze tedy říci, že **respondenti se v největší míře přiklonili ke „správné“ (ve smyslu relativně nejpřesnější) definici hospiců**, poněkud váhali u obecnějších variant (zdravotnické zařízení, zařízení sociální péče), **zcela odmítli definici hospiců pracující s propojením s církví.**

DOSTUPNOST HOSPICOVÉ PÉČE V KONKRÉTNÍCH REGIONECH

Čtvrtá otázka zjišťovala, zda politici považují hospicovou péči ve svém regionu za dostatečně dostupnou.

Respondenti měli kromě varianty ANO a NE k dispozici také variantu NEVÍM.

Otázku přeskočilo 15 respondentů.
Většina respondentů zvolila odpověď NE (32 respondentů, 57 %), třetina se přiklonila k variantě, že hospicová péče v jejich regionu dostatečně dostupná je (19 respondentů, 33,9 %), 5 respondentů zvolilo odpověď NEVÍM.

Pokud jde o reakce podle jednotlivých regionů, obrázek je zkreslen jednak malým počtem respondentů, jednak tím, že respondenti z řad krajských zastupitelů ze tří krajů na dotazník vůbec nereagovali. Výsledky jsou tedy pouze indikativní.

Převaha záporných odpovědí (hospicová péče v daném regionu dostatečně dostupná není) pocházela z krajů

- Středočeského
- Libereckého
- Pardubického
- Moravskoslezského
- Vysočina

Převaha kladných odpovědí (hospicová péče v daném regionu dostatečně dostupná je) pocházela z kraje Olomouckého.

V Královéhradeckém a Karlovarském kraji byl počet pozitivních a negativních odpovědí vyrovnaný.

Další kraje nebylo možno vyhodnotit z toho důvodu, že počet odpovědí z těchto regionů byl nulový nebo příliš nízký (do 2).

ZDROJE FINANCOVÁNÍ HOSPICOVÉ PÉČE

Pátá otázka směřovala ke zjištění názoru politiků na to, z jakých zdrojů by měla být hospicová péče financována. Respondenti dostali 5 možností, které měli ohodnotit na stupnici od 1 di 5 (1 – nejvíce z tohoto zdroje, 5 – nejméně z tohoto zdroje).

Na otázku odpovědělo 56 respondentů, 15 respondentů otázku přeskočilo.

Nejvíce respondentů uvedlo jako hlavní zdroj financování hospicové péče veřejné zdravotní pojištění, na prvním či druhém místě uvedlo systém veřejného zdravotního pojištění jako zdroje, který by měl zajistit nejvyšší podíl financování hospicové péče, 37 respondentů, respektive 4 respondenti.

Dále byly možnosti odstupňovány takto (nejvíce – nejméně):

- sociální dotace
- rozpočty krajů
- doplatek pacienta
- rozpočty obcí

OSOBNÍ ZKUŠENOST S HOSPICI A HOSPICOVOU PÉČÍ

Šestá a sedmá otázka zjišťovaly, zda jsou respondenti osobně obeznámeni s prostředím hospiců a s hospicovou péčí. Osobní zkušenost (z rodiny či nejbližšího okolí) uvedlo 44 % respondentů, což lze pravděpodobně považovat za nadstandardní podíl ve srovnání s běžnou populací), osobní návštěvu hospice uvedly dvě třetiny respondentů (66,7 %), což lze opět pravděpodobně považovat za poměr vyšší než u běžné populace (a může souviset s působením respondentů v sociálních či zdravotních výborů zastupitelstev).

HODNOCENÍ A ZÁVĚRY:

I přes velmi malou odezvu, kterou dotazník u respondentů vyvolal, z něj lze vyvozovat některé indikativní závěry:

- Nízká odezva značí nízký zájem politiků o problematiku hospicové péče. Markantní je to především u parlamentních politiků, kde se odezva prakticky blížila nule.
- Povědomí o poslání hospiců je však mezi oslovenými politiky vcelku dobré.

- Pokud jde o názor na **zdroje financování hospicové péče**, největší podporu získala varianta „**veřejné zdravotní pojištění**“, nejnižší pak „rozpočty obcí“.

Pokud by se podobné dotazníkové šetření v budoucnosti opakovalo, lze doporučit, aby byli politici oslovováni prostřednictvím tajemníků výborů (v případě krajských zastupitelů), případně tajemníků poslaneckých a senátorských klubů. Ke zvýšení odezvy by možná vedlo také důraznější upozornění na anonymitu dotazníku.

Poskytovatelům hospicové péče pak lze s ohledem na malý zájem politiků o tuto problematiku doporučit, aby minimálně v regionu, kde působí, komunikaci s politiky (komunálními, ale především krajskými a parlamentními) posílili. Nejen senátoři a krajští zastupitelé, ale i poslanci jsou významně vázáni na region, v němž byli zvoleni. Fungující korektní vztahy s parlamentními politiky jsou pro prosazování oprávněných zájmů poskytovatelů hospicové péče zásadní.

KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

Na základě zjištění, ke kterým jsme v rámci našeho projektu dospěli, lze poskytovatelům hospicové péče v oblasti public relations doporučit následující:

- ***Vytvořit si komunikační strategii***

Chtějí-li poskytovatelé hospicové péče aktivně ovlivňovat veřejný obraz hospiců a jejich služeb (což je žádoucí), je nezbytné, aby si definovali, jaké by podle nich mělo vnímání hospicové péče být, které skupiny jsou pro ně nejdůležitějšími komunikačními partnery při vytváření/posilování tohoto vnímání a jakými způsoby je možné tyto skupiny nejefektivněji oslovit.

- ***Vyprofilovat reprezentanta celého oboru***

Prosazování oprávněných zájmů poskytovatelů hospicové péče by napomohlo vyprofilování ideálně jednoho reprezentanta, mluvčího oboru. Mělo by se jednat o člověka odborně fundovaného, který je však v kontaktu s médii, politiky a obecnou veřejností schopen určitého zjednodušení tak, aby problematiku hospicové péče prezentoval srozumitelně i pro laiky.

- ***Monitorovat informace o hospicové péči***

Předpokladem toho, že veřejnost bude aktivitám hospiců dostatečně rozumět, je korektní obraz činnosti hospiců v médiích. Protože omyly a nepřesnosti mají tendenci se v médiích dlouho udržovat a jsou často dále přejímány, je nutné informace o hospicové péči v médiích monitorovat a v případě nutnosti korigovat.

- ***Udržovat kontakt s opinion/decision makery***

Velmi důležité jsou pro prosazování oprávněných zájmů poskytovatelů hospicové péče fungující vztahy s formálními a neformálními autoritami. Zásadní roli pak hraje korektní a otevřená komunikace s politiky, a to především regionálními a parlamentními. Vhodnou formou pro oslovení většího počtu zainteresovaných poslanců či senátorů je parlamentní seminář.

- ***Udržovat kontakt s médii***

Novináři zpravidla problematice hospicové péče dostatečně nerozumějí; částečně předejít nedorozuměním a nepřesnostem lze tím, že poskytovatelé hospicové péče budou s médii v pravidelném kontaktu, například formou tiskových zpráv či neformálních akcí. Díky takto vytvořeným osobním kontaktům pak lze informace publikované v médiích mít do určité míry pod kontrolou.

Mgr. Lukáš Novák

7. PUBLIC RELATIONS

POZNÁMKY

Výzvy hospicové péče

Vydavatel: TŘi, o. p. s.

Autoři: MUDr. Milan Cabrnoch, MUDr. Jana Dušánková, Jiří Krejčí,
PhDr. Martin Loučka, PhD., Mgr. Lukáš Novák, Bc. Karolína Pochmanová
Mgr. Zdenka Sobotová

Grafický design: Lenka Štollová

Fotografie: ilustrativní tematické fotografie, Martin Kámen, Michaela Hrubá

Tisk: TRIA, v. o. s..

Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution
to the enlarged European Union.
www.swiss-contribution.cz

Rok vydání: 2016

ISBN: **978-80-270-0455-3**

Vznik publikace podpořilo Centrum paliativní péče.

CENTER FOR PALLIATIVE CARE

9 788027 004553