

UNIVERZITA KARLOVA
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Domácí hospicová péče
Home hospice care

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Autor:

PhDr. Monika Nová Ph.D

Eva Ručková

Praha 2018

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Monice Nové PhD. za cenné rady a metodické připomínky při tvorbě práce. Dále bych chtěla poděkovat celému týmu mobilního hospice TABITA v Brně včele s MUDr. Reginou Slámovou a vrchní sestrou p. Alžbětou Markovou.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Domácí hospicová péče“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 26.5.2018

Eva Ručková

(podpis autora)

Anotace

Bakalářská práce se zabývá problematikou domácí hospicové péče. Je proveden historický exkurz do problematiky, rozebrán právní rámec poskytování těchto terénních zdravotních a sociálních služeb, provedena rešerše rozsahu poskytování těchto služeb v České republice a jsou rozebrány praktické aspekty terénního výkonu služby.

Klíčová slova

Hospicová péče, terénní sociální služby, ochrana osobních údajů, paliativní péče

Annotation

The bachelor thesis deals with the issue of home hospice care. There is a historical excursion into the issue, the legal framework for the provision of these field health and social services, a survey of the scope of providing these services in the Czech Republic and the practical aspects of the terrain performance of the service.

Keywords

Hospice care, field social services, personal data protection, palliative care

Obsah

Obsah	5
Seznam zkratk	6
Úvod.....	7
1. Historický exkurz.....	9
1.1. Statistická data	12
2. Právní rámec	19
2.1 Listina základních práv a svobod.....	19
2.2 Občanský zákoník.....	20
2.3 Zákon o zdravotních službách	22
2.4 Zákon o sociálních službách	30
2.5 General Data Protection Regulation.....	33
3. Stávající stav domácí hospicové péče v ČR a národní koncepce	35
4. Praktické aspekty výkonu mobilní hospicové péče	41
5. Diskuse	43
6. Závěr.....	45
Seznam použité literatury	47

Seznam zkratek

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome

BYOD Bring Your Own Device

ČR Česká republika

ČSÚ Český statistický úřad

Diakonie CCE Diakonie České církve evangelické

DIPA Data Protection Impact Assessment

DLP Data Loss Prevention

EU Evropská unie

FTE Full –time equivalent

GDRP General Data Protection Regulation

HDP hrubý domácí produkt

ISQua International Society for Quality in Healthcare

MUDr. Medicinae universae doctor

o.p.s. obecně prospěšná společnost

s.v. svatý

USA United States of America

WHO World Health Organization

Úvod

Problematiku domácí hospicové péče považují za téma společensky významné a důležité. Téma péče o nevléčitelně nemocné a umožnění důstojného ukončení lidského života v domácím prostředí provází evropskou společnost dlouhodobě. Slovo hospic pochází z latinského hospitium – útulek. Této oblasti péče se historicky věnovaly především církevní a charitativní organizace. S rozvojem moderní medicíny byla však pozornost orgánů veřejné správy zajišťujících systém zdravotní a sociální péče koncentrována především na budování zařízení ústavního typu a na jejich vybavování nejmodernější technikou. Problematika domácí péče byla opomíjena. Z ideologického hlediska byl tento přístup pochopitelný v době komunistického režimu, neboť tento systém církevní organizace systematicky potlačoval, neziskové organizace v oblasti sociální péče v podstatě neexistovaly a byl preferován systém ústavní péče. Tyto přístupy však přetrvávaly ještě dlouho po roce 1989 a organizace a jedinci, kteří se chtěli této oblasti péče věnovat, se museli vypořádávat s řadou obtíží. K institucionálnímu zakotvení hospicové péče do zákona o zdravotních službách došlo až v roce 2017. Problémy s úhradami těchto služeb ze strany zdravotních pojišťoven stále přetrvávají.

Vedle zásadního pozitivního etického rozměru této služby poskytované nevléčitelně nemocným má při tom tato služba i významný ekonomický rozměr. V podmínkách naší populace dochází k prodlužování průměrné délky života, současně klesá porodnost a s tím souvisí nedostatek pracovních sil. Do budoucna se bude zvyšovat poptávka po zdravotních a sociálních službách, neboť je průvodním jevem stárnutí ztráta schopnosti o sebe pečovat a zhoršování zdravotního stavu. Lůžková péče ať již sociálního nebo zdravotního charakteru je významně dražší a náročnější na personální zabezpečení, než péče domácí. Proto by mělo být veřejným zájmem domácí hospicovou péči naopak podporovat.

Poskytování domácí hospicové péče vyžaduje komplexní tým a je založena na interdisciplinární spolupráci. Péče o nemocného člověka by měla zahrnovat aspekty lékařské, psychologické, existenciální a spirituální. Zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel. V rámci domácí hospicové péče mohou být do procesu zapojeni lékaři různých specializací, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychoterapeut či psycholog, pastorační pracovník. Významná je role členů rodiny, přátel a dobrovolníků. Nedochází k vytrhávání nemocných z jejich domácího prostředí a umožňuje, aby poslední okamžiky svého života prožili v důstojně, v prostředí, které je jim známé a blízké. Posláním domácí hospicové péče by mělo být, aby umírání nebylo provázeno nesnesitelnou bolestí, strachem a utrpením.

Domácí hospicová péče je spojena především s paliativní péčí. Dle doporučení Výboru ministrů rady Evropy členskými státy o organizaci paliativní péče „paliativní péče je aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná nemocným, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Jejím cílem není primárně vyléčení pacienta či prodloužení jeho života, ale prevence a zmírnění bolesti a dalších tělesných i duševních strádání, zachování pacientovi důstojnosti a podpora jeho blízkých.“
(*Marková, Alžběta. Hospic do kapsy. Praha*)

Co je cílem domácí hospicové péče? Rozhodně to není prodloužení života, nýbrž jeho kvalita. Snižuje též utrpení spojené s nevléčitelným onemocněním, může prodloužit život až o několik měsíců. Zároveň snižuje výdaje na zdravotní péči mimo jiné snížením frekvence návštěv na pohotovosti, snížením počtu hospitalizací. Nemocný vstupuje do poslední fáze svého onemocnění. Cílem mobilního hospicového týmu je, aby mohl pacient zůstat v domácím prostředí a dostal v něm tu nejkvalitnější specializovanou paliativní péči a aby byla naplněna jeho relevantní přání a očekávání v oblasti sociální, psychologické a duchovní. (*Marková, Alžběta. Hospic do kapsy. Praha*)

V této práci je podrobně rozebrána problematika poskytování domácí hospicové péče v České republice, jsou zmíněny praktické aspekty výkonu této služby, rozebrán právní rámec a rozsah těchto služeb v rámci území našeho státu.

1. Historický exkurz

V rámci této kapitoly bude proveden historický exkurz do problematiky hospicové péče.

V evropském prostředí po staletí existovaly instituce, které pečovaly o těžce nemocné pacienty. Tyto instituce vznikaly zejména při kláštorech jako útulky pro těžce nemocné a zmrzačené. Zde nemohu opomenout význam sv. Anežky české, která byla zřejmě hluboce zasažena pobyty ve dvou kláštorech. Konkrétně ve slezské Třebnici, kde ji ovlivnila výchova a osobní příklad zdejší matky představené Hedviky, později svatořečené a prohlášené za patronku Slezska a Polska. Dále měla Anežka příklad ve své příbuzné, neteři své matky Konstace Uherské, tedy ve svojí sestřenici a jmenovkyni Anežky Durynské. Tato zbožná zakladatelka špitálů, která rozdávala jídlo hladovějícím a byla krátce po svojí předčasné smrti prohlášena za svatou. Anežka si krátce po otcově smrti prosadila u svého bratra krále Václava I, že se bude věnovat zbožné a charitativní činnosti. V roce 1232 založila špitál sv. Františka, na nábřeží Starého Města pražského, kde se sama starala o nemocné a chudé. V blízkosti špitálu vyrostly do roka dva kláštery – první mužský řádu menších bratří sv. Františka z Assisi a ženský klášter řádu sv. Kláry, což vlastně byla ženská větev františkánů. A právě do tohoto kláštera sama v roce 1234 vstoupila a stala se jeho abatýší. O její skromnosti svědčí i fakt, že se roku 1238 vzdala označení abatýše a spokojila se se skromným „soror maior“, tedy starší sestrou. sv. Anežka až do své smrti sloužila v chudobě, veškeré dary a almužny rozdávala vdovám, sirotkům, lidem malomocným a jiné chudině. Krátce po její smrti byla tato žena považována za svatou, svého svatořečení se však dočkala až v předvečer demokratického převratu v bývalém Československu v listopadu 1997. Ne náhodou se o tomto politickém převratu hovořilo jako o novém svatoanežském zázraku. (*Bauer, Jan. Ženy z rodu Přemyslovců. Frýdek-Místek: Alpress, 2012*)

V roce 1842 založila ve francouzském Lyonu Jeanne Ganierová společenství vdov věnujících se péči o nevléčitelně nemocné. Této dámě je připisován původ významu slova hospic. V roce 1847 její společenství v Paříži otevřelo první dům s názvem hospic. Slovo hospic tak získalo význam jako místo, kam se uchylují pacienti na konci života. Obdobné zařízení vzniká v roce 1878 v Dublinu pod patronací kongregace Sester lásky. Tento počín následovalo založení několika obdobných zařízení v rámci Irska a Anglie. V Londýně tak například vznikl hospic sv. Josefa. V tomto zařízení pracovala nejdříve jako ošetřovatelka a posléze jako lékařka Cicely Saundersová, která shrnula zásady lékařské péče o nemocné, kterým, medicína i přes její dramatický rozvoj v rámci 20. století neuměla nabídnout vyléčení. Zabývala se především problematikou léčby chronické nádorové bolesti. Důraz kladla zejména na problematiku naslouchání a komunikace s pacienty. Své myšlenky shrnula v konceptu „total pain“. Tělesná bolest je dle tohoto konceptu spjata s utrpením

v oblasti, sociální, duchovní a psychické. Její práce vyvrcholila v roce 1967 založením hospice sv. Kryštofa, kdy došlo poprvé vytvoření multidisciplinárního týmu pečujícího o umírající. Zejména v poválečných letech docházelo k dramatickému rozvoji lékařské vědy, přišla antibiotika, transplantace, zdokonalovala se diagnostická a léčebná technika a byly nacházeny nové operační postupy. Nevyléčitelní pacienti tak byly na okraji zájmu, neboť převládal názor, že pro tyto pacienty se zkrátka nedá nic dělat. Právě v reakci na tento technologický přístup vzniká hospicové hnutí, do kterého se zapojují osobnosti přesvědčené, že i nevyléčitelným pacientům lze zlepšit kvalitu života. Z prostředí akademické medicíny často zaznívala na adresu hospicového hnutí kritika pro údajnou neprofesionalitu a přílišné zaměření na duchovní stránku. Vedle klasické lůžkové hospicové péče dochází i k rozvoji domácí hospicové péče. Domácí hospicová péče se rozvinula především v USA a ve Velké Británii. Charakteristické pro její rozvoj je skutečnost, že často vznikala mimo struktury veřejného zdravotnictví, většinou jako lokální iniciativa.

„Významným mezníkem v moderní paliativní medicíně bylo v 70. letech ve Velké Británii ustanovení pěti zásad rozvoje oboru:

1. založení oddělení hospicové medicíny, která provádějí komplexní multidisciplinární péči, včetně vysoce odborné práce lékařské,
2. rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu,
3. založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, která zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů,
4. rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích,
5. výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.“ (Vorlíček, Jiří, Adam, Zdeněk a Pospíšilová, Ivona a kol. *Paliativní medicína. Praha 2004*)

V roce 1973 došlo k založení Mezinárodní asociace pro studium bolesti (International Association for the Study of Pain) v Issaquahu ve státě Washington v USA. S rozvojem hospicové péče úzce souvisí rozvoj paliativní péče. Tento termín poprvé použil doktor Balfour Mount z kanadského Montrealu, který v tamějším Royal Victoria Hospiztaal založil první oddělení paliativní péče. V Montrealu byl také v roce 1976 uspořádán první mezinárodní kongres o péči o smrtelně nemocné. Hospicová zařízení se postupně stala místem, kde jsou používány moderní postupy léčby pro mírnění symptomů a kde je prováděn klinický výzkum.

V podmínkách ČR došlo k plnému rozvoji paliativní péče až po společenských změnách po roce 1989. První hospici vnikly až v 90. letech jako nestátní zdravotnická zařízení provozovaná občanskými sdruženími nebo církevní charitou. Na činnosti těchto zařízení se nemalou měrou podílejí též dobrovolníci. Jako první byl otevřen v roce 1995 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, na jehož vzniku se nemalou měrou podílela MUDr. Marie Svatošová, která je zakladatelkou hospicového hnutí v české republice. Prvním mobilní hospicem založeným v české republice byl mobilní hospic Cesta domů založený v roce 2001 partou několika nadšenců v Praze, svoji činnost zahájil v roce 2003.

I když dochází k postupnému rozvoji sítě zařízení poskytující jak pobytovou, tak domácí hospicovou péči, rozvoj je limitován způsobem úhrad ze strany zdravotních pojišťoven.

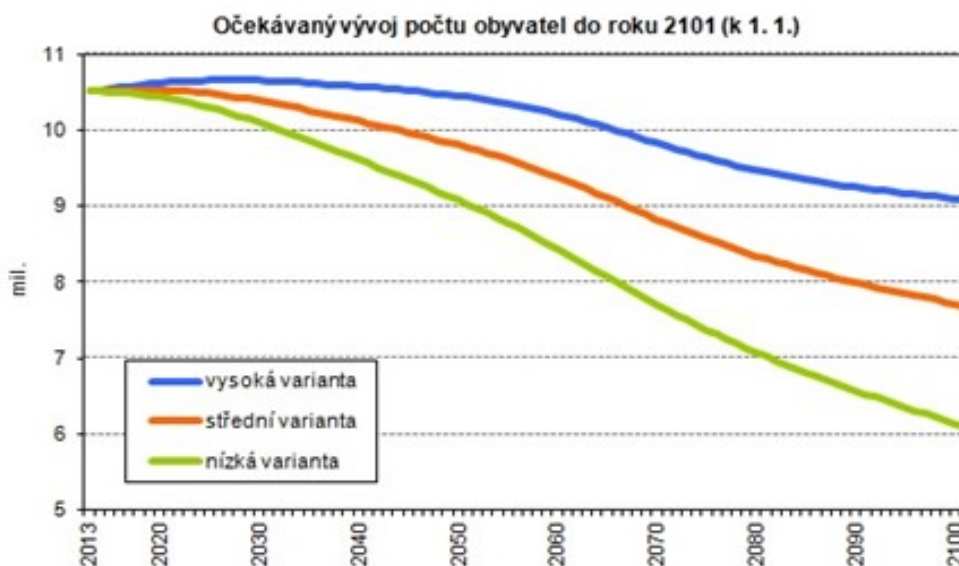
Současně dochází k rozšíření spektra diagnóz, které pro které je hospicová péče relevantní. Původně byla nejčastěji využívána onkologickými pacienty, postupně se jejich záběr rozšiřuje i na další progresivní chronické nemoci, jako např. chronická plicní obstrukce, neurodegenerativní onemocnění, demence, ischemická choroba srdeční, AIDS atd.

Organizace Palliative Care Australia v roce 1999 definovala, že paliativní péče by měla být „založena na následujících hodnotách a principech:

- zachování důstojnosti pacienta a jeho rodiny,
- účastní péči o pacienta a jeho rodinu
- rovnoprávnosti v přístupu k paliativní péči,
- úctě k pacientovi, jeho rodině a pečovatелům,
- obhajobě vyjádřených přání pacienta, jeho rodiny a komunit,
- snaze o dosahování výjimečné úrovně při poskytování péče a podpory,
- odpovědnosti pacientovi, rodině a širší komunitě.“ (*O`Connor, Margaret a Aranda, Sanchia. Paliativní péče - pro sestry všech oborů. Praha 2005*)

1.1. Statistická data

Jak již bylo uvedeno v úvodu této práce, v České republice dochází dlouhodobě k trendu prodlužování délky života a současně k poklesu porodnosti. Tyto demografické vlivy budou mít do budoucna zásadní vliv na požadavky na zdravotní a sociální péči. Proto považují za důležité tato fakta podrobněji rozebrat v rámci této práce. V grafu 1 je uvedena projekce očekávaného vývoje obyvatelstva v ČR:



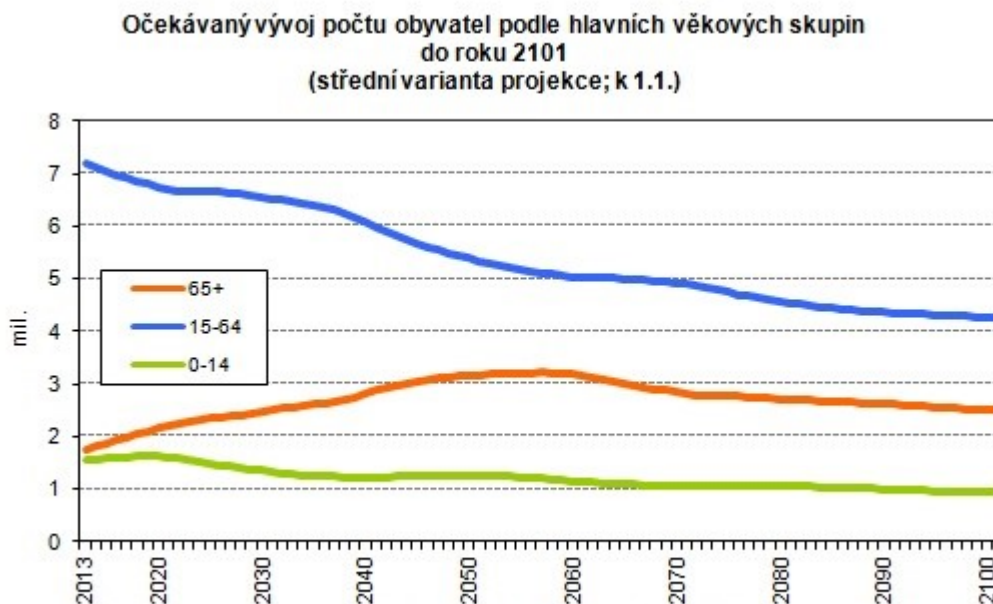
Zdroj: Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100, Český statistický úřad, červenec 2013

V grafu 2 je uveden očekávaný vývoj průměrného věku obyvatel do roku 2101:



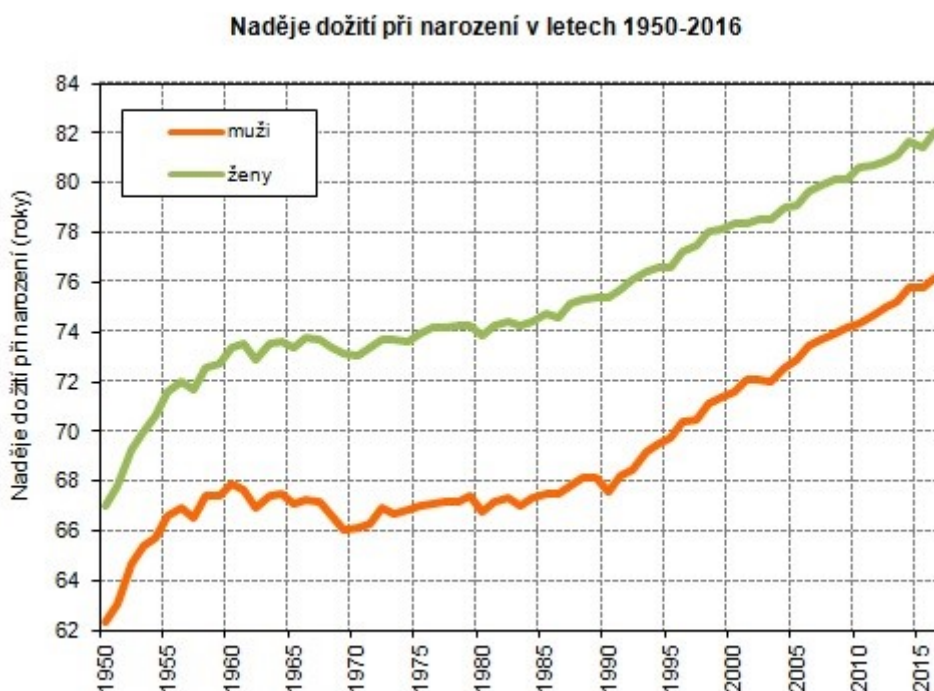
Zdroj: Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100, Český statistický úřad 2013

V grafu 3 je uveden vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2101:



Zdroj: Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100, Český statistický úřad, červenec 2013

V grafu 4 je uveden vývoj naděje na dožití při narození:



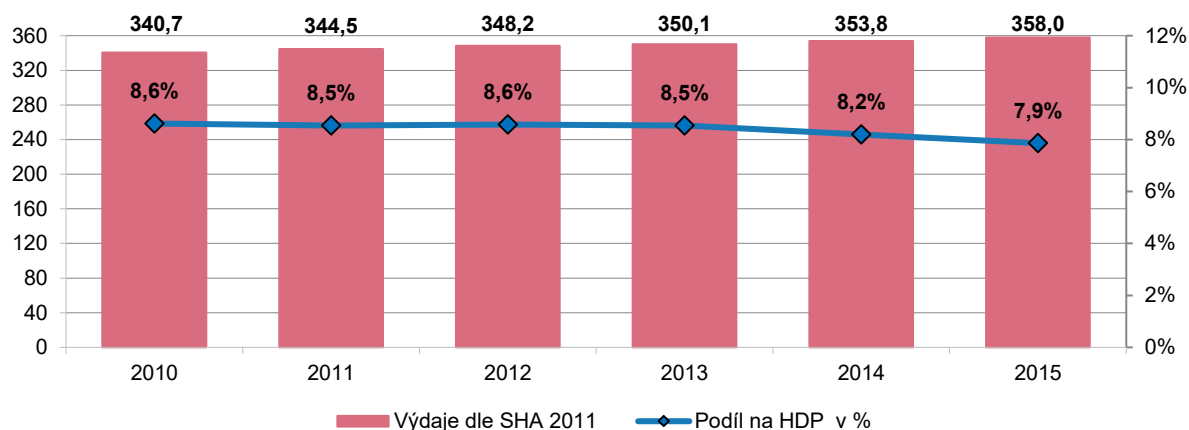
Zdroj : Český statistický úřad

Demografický trend je jednoznačný, klesá porodnost, bude klesat počet ekonomicky aktivního obyvatelstva a současně se prodlužuje věk dožití. Tyto trendy budou znamenat zvyšující se nároky na zdravotní a sociální péči o staré lidi. Současně však bude problém tuto péči ufinancovat a fakticky zajistit. Nebude k dispozici dostatečný počet pracovních sil

v produktivním věku. Průmyslová odvětví reagují na tento trend iniciativou Průmysl 4.0, která je založena na existenci propojených kyberneticko-fyzikálních systémů. Každý systém má v tomto pojetí své digitální dvojče, jednotlivé stroje mezi sebou komunikují navzájem a produkty si umí objednat své opracování. Tento koncept může fungovat u strojírenské velkosériové výroby. Oblast péče o nemocné je však velmi individualizovaná a těžko si lze představit nahrazení péče lékaře či sestry roboty. Lze si pouze představit dílčí posuny v digitalizaci zdravotní a sociální péče směrem k zefektivnění činnosti zejména v oblasti administrativy. V případě domácí péče řadu činností profesionálních zaměstnanců ústavních pobytových zařízení nahrazují členové rodiny. Proto rozvoj domácí hospicové péče může částečně řešit nedostatek pracovních sil a ekonomických zdrojů v oblasti péče o nemocné, který nás v následujících 80 letech čeká.

V podmínkách české republiky dochází ke kontinuálnímu nárůstu výdajů na zdravotnictví. Mezi roky 2010 až 2014 došlo k nárůstu celkových výdajů na zdravotní péči z 340,7 mld. Kč v roce 2010 na 358,0 mld. Kč v roce 2015. Pokud provedeme přepočítání průměrných běžných výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele, tak došlo roku 2010 k nárůstu z 31 768 Kč na 33 960 Kč v roce 2015.

Graf 5: Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR a jejich podílu na HDP, 2010 - 2015 (mld. Kč)



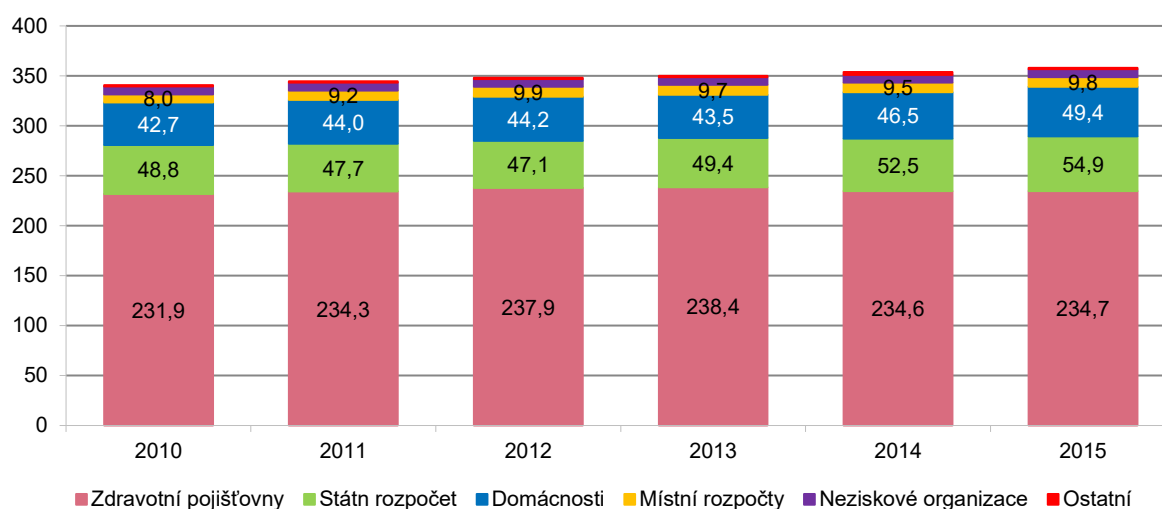
Zdroj : ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Klíčovou roli z hlediska financování zdravotní péče mají zdravotní pojišťovny, které inkasují příjmy z veřejného zdravotního pojištění. Na tomto pojištění je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem u nás. Veřejné zdravotní pojištění je postaveno na zásadě

solidarity a rovnosti přístupu ke zdravotní péči. Problematiku veřejného zdravotního pojištění upravuje zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Z níže uvedeného přehledu je zřejmé, že veřejné zdravotní pojišťovny hradí většinu výdajů na zdravotní péči v ČR. Skupina dobrovolných plateb na zdravotní péči, i když roste, je spíše doplňkovým finančním zdrojem. Na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR se soukromé zdroje bez přímých výdajů domácností v roce 2015 podílely do výše 3 % (9,3 mld. Kč).

Graf 6: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování, 2010 - 2015 (mld. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Tabulka 1 ukazuje vývoj výdajů na zdravotní péči podle druhu poskytované péče (mil. Kč):

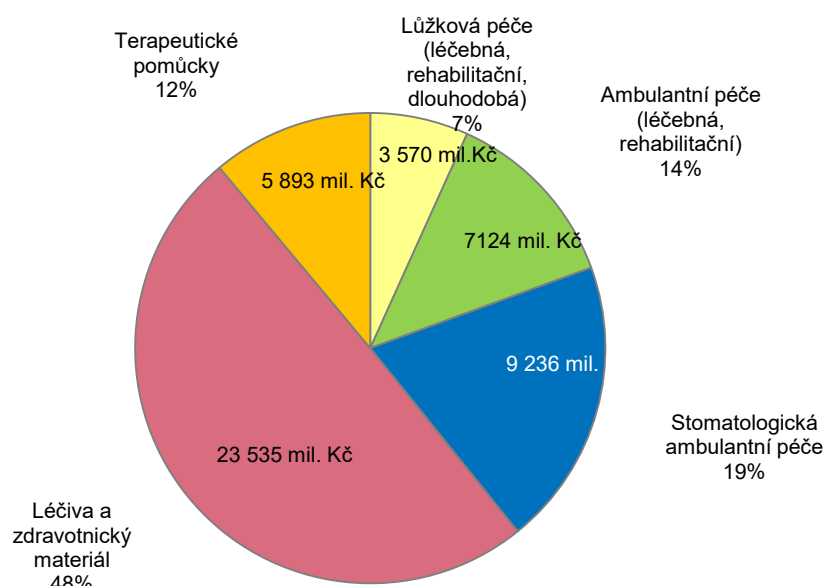
Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1 Léčebná péče	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	141 600
1.1 Lůžková léčebná péče	55 948	55 740	54 422	53 489	52 473	51 431
1.2 Denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735
1.3 Ambulantní léčebná péče	75 929	76 765	78 203	81 940	79 099	84 242
1.4 Domácí léčebná péče	186	183	177	186	179	192
2 Rehabilitační péče	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 764
2.1 Lůžková rehabilitační péče	5 886	6 485	6 266	6 255	6 407	6 911
2.3 Ambulantní rehabilitační péče	6 922	7 211	7 386	7 498	7 331	7 853
3 Dlouhodobá zdravotní péče	35 762	37 005	37 081	38 596	44 035	42 407
3.1 Lůžková dlouhodobá zdravotní péče	29 816	30 760	30 867	31 920	37 062	34 842
3.2 Denní dlouhodobá zdravotní péče	1 480	1 486	1 444	1 496	1 640	1 706
3.4 Domácí dlouhodobá zdravotní péče	4 466	4 759	4 770	5 180	5 333	5 859

Druh péče (ICHA-HC)	2010	2011	2012	2013	2014	2015
4 Doplnkové služby	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	40 020
4.1 Laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	22 037
4.2 Zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	10 484
4.3 Doprava pacientů	7 393	7 521	7 351	7 210	6 939	7 499
5 Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	66 231	67 626	70 676	66 784	67 021	67 831
5.1 Léčiva a zdravotnický materiál	57 091	58 298	61 390	56 221	56 957	58 061
5.2 Terapeutické pomůcky	9 141	9 329	9 286	10 563	10 064	9 770
6 Preventivní péče	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	9 027
6.1 Informační a poradenské programy	487	497	626	629	637	668
6.2 Imunizační programy	1 389	1 432	1 484	1 458	1 576	1 267
6.3 Programy pro včasné odhalení nemocí	1 573	1 554	1 586	1 644	1 659	1 637
6.4 Programy pro sledování zdravotního stavu	6 541	6 881	6 900	7 034	7 561	5 455
7 Správa systému zdravotní péče	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	8 536
7.1 Státní správa a samospráva	8 636	8 744	8 616	8 993	9 025	8 523
7.2. Správa soukromého ZP*	13	14	19	12	15	13
HCR.1 Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611
HCR.1.1 Sociální služby	1 404	1 433	1 435	1 587	1 809	1 791
HCR.1.2 Peněžité dávky	15 595	14 617	14 491	15 654	16 269	16 820
HCR.2 Podpora zdraví v širším pohledu	259	254	263	252	258	294
9 Ostatní zdravotní péče neuvedená jinde	9 048	8 978	8 886	8 907	8 934	9 195
R.1 Investiční náklady	5 323	5 108	4 940	3 851	3 536	4 102
R.2 Vzdělávání	256	252	262	236	255	274
R.3 Věda a výzkum	1 023	1 065	1 095	1 272	1 278	1 381
Celkem	340 690	344 505	348 210	350 079	353 799	358 042

Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 – 2015

Z tabulky 1 je zřejmé, že domácí léčebná péče, která v roce 2015 představovala výdaje ve výši 192 mil. Kč, a domácí dlouhodobá zdravotní péče, která v roce 2015 představovala 5,3 mld., představují zanedbatelné procento na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR, které v roce 2015 činily 358 mld. Kč. Tento velmi malý podíl domácí péče je pravděpodobně i odpovědí na skutečnost, že domácí péče není tolik předmětem zájmu klíčových stakeholderů v oblasti zdravotnictví. V této oblasti je málo finančních prostředků na výzkum, dodává se do ní málo přístrojové techniky, není spojená s výstavbovými projekty. Za rozvojem domácí péče nestojí vlivné finanční skupiny, jako je tomu u jiných „lukrativních“ oborů léčebné péče.

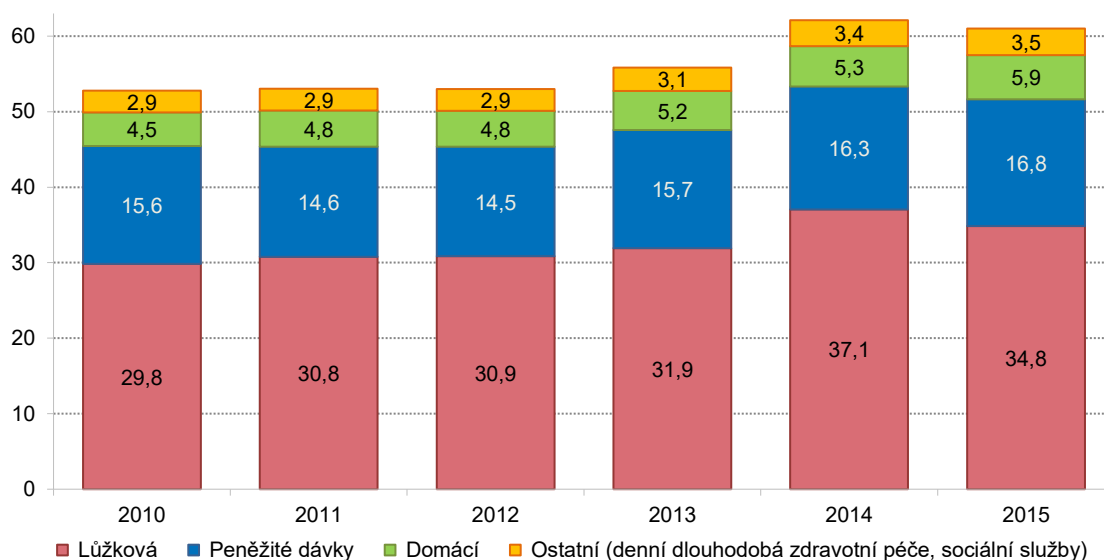
V grafu 7 je uvedena struktura výdajů domácností na zdravotní péči v roce 2015:



Zdroj: ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

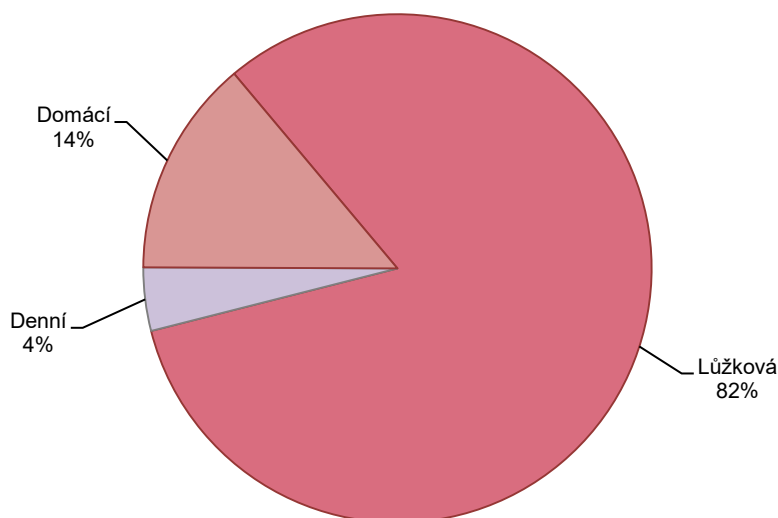
Klíčové výdaje domácností jsou doplatky na léky, zdravotnický materiál a na stomatologickou péči. Dochází k postupnému růstu výdajů na dlouhodobou péči. Její podíl na celkových výdajích na zdravotní péči se pohyboval mezi 15 a 18 %. Dochází i k nárůstu výdajů na dlouhodobou péči sociální.

Graf 8: Výdaje na dlouhodobou péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2010-2015 (mld. Kč)



Zdroj : ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 – 2015

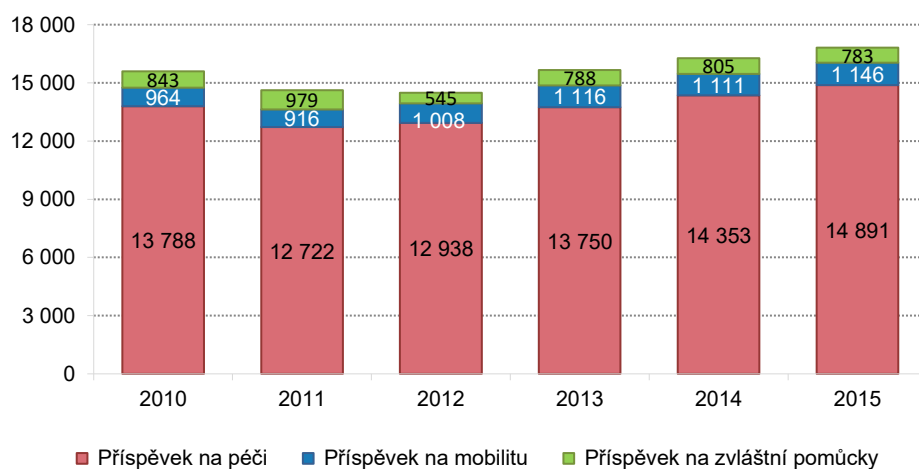
Graf 9: Výdaje na dlouhodobou zdravotní péči v ČR podle typu poskytnuté péče, 2015 (mld. Kč)



Zdroj : ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

Grafy 8 a 9 ilustrují strukturu výdajů na dlouhodobou péči v ČR a to včetně výdajů z oblasti sociální. Z uvedených údajů je zřejmé, že klíčový význam mají výdaje na lůžkovou péči. Podíl ve výši 14% celkových nákladů na dlouhodobou zdravotní péči patří do kategorie domácí péče. Výdaje na domácí dlouhodobou péči jsou hrazeny především ze státního rozpočtu (74 %) a zdravotních pojišťoven (26 %). Z hlediska struktury peněžitých dávek dlouhodobé sociální péče je nejnákladnější příspěvek na péči pro osoby potřebující z důvodu svého zdravotního stavu pomoc jiné osoby.

Graf 10: Peněžitě dávky na sociální služby podle druhů příspěvku, 2010-2015 (mil. Kč)



Zdroj : ČSÚ 2017, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2015

2. Právní rámec

2.1 Listina základních práv a svobod

Domácí hospicová péče je spojena se záležitostmi lidské důstojnosti, zásahu do obydlí, osobních údajů, péče o zdraví a poskytování sociálního zabezpečení. Jedná se o velmi významné instituty, které mají v právním řádu ČR dokonce ústavní rozměr. Z hlediska předmětu zájmu této bakalářské práce jsou klíčové následující ustanovení Listiny základních práv a svobod (*Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod*)

Článek 6

(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.

Článek 7

(1) Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem

Článek 10

(1) Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.

(2) Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života.

(3) Každý má právo na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním nebo jiným zneužíváním údajů o své osobě.

Článek 12

(1) Obydlí je nedotknutelné. Není dovoleno do něj vstoupit bez souhlasu toho, kdo v něm bydlí.

Článek 30

(1) Občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele.

(2) Každý, kdo je v hmotné nouzi, má právo na takovou pomoc, která je nezbytná pro zajištění základních životních podmínek.

(3) Podrobnosti stanoví zákon.

Článek 31

Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.

2.2 Občanský zákoník

Dalším klíčovým právním předpisem, z jehož ustanovení je třeba při poskytování domácí hospicové péče vycházet, je Občanský zákoník. (*Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník*)

Dle ust. §3 Občanského zákoníku soukromé právo chrání důstojnost a svobodu člověka i jeho přirozené právo brát se o vlastní štěstí a štěstí jeho rodiny nebo lidí jemu blízkých takovým způsobem, jenž nepůsobí bezdůvodně újmu druhým. Soukromé právo spočívá zejména na zásadách, že:

- a) každý má právo na ochranu svého života a zdraví, jakož i svobody, cti, důstojnosti a soukromí,
- b) rodina, rodičovství a manželství požívají zvláštní zákonné ochrany,
- c) nikdo nesmí pro nedostatek věku, rozumu nebo pro závislost svého postavení utrpět nedůvodnou újmu; nikdo však také nesmí bezdůvodně těžit z vlastní neschopnosti k újmě druhých.

Pracovníci poskytující služby domácí hospicové péče jsou profesionálními odborníky v dané oblasti, a proto se na jejich odpovědnost vztahuje přísnější režim, neboť dle ustanovení §5, kdo se veřejně nebo ve styku s jinou osobou přihlásí k odbornému výkonu jako příslušník určitého povolání nebo stavu, dává tím najevo, že je schopen jednat se znalostí a pečlivostí, která je s jeho povoláním nebo stavem spojena. Jedná-li bez této odborné péče, jde to k jeho tíži.

Osoby využívající služeb domácí hospicové péče jsou často v závažném zdravotním stavu. Dochází v této souvislosti k omezování jejich mentálních schopností. Občanský zákoník v ustanoveních §§ 38 až 48 pro tyto případy umožňuje volbu podpůrce nebo opatrovníka, což jsou osoby, se kterými může pracovník poskytující domácí hospicovou péči přicházet do styku. Proto je nutné znát práva a povinnosti těchto osob ve vztahu ke sjednávání rozsahu poskytovaných hospicových služeb. Dále pak občanský zákoník řeší v §§49 až 54 zastoupení zletilého s duševní poruchou členem domáckosti a v ustanovení §55 až 65 omezení svéprávnosti.

Při poskytování domácí péče se musí vykonávající pracovník řídit pravidly pro ochranu osobnosti a ochranu soukromí. Dle ustanovení §81 chráněna je osobnost člověka včetně všech jeho přirozených práv. Každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. Ochrany požívají zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a jeho projevy osobní povahy. Dle ustanovení §86 nikdo nesmí zasáhnout do soukromí jiného, nemá-li k tomu zákonný důvod. Zejména nelze bez svolení člověka narušit jeho soukromé prostory, sledovat jeho soukromý život nebo pořizovat o tom zvukový nebo obrazový záznam, využívat takové či

jiné záznamy pořízené o soukromém životě člověka třetí osobou, nebo takové záznamy o jeho soukromém životě šířit. Ve stejném rozsahu jsou chráněny i soukromé písemnosti osobní povahy.

Pokud jsou v rámci mobilní hospicové péče poskytovány zdravotnické výkony, je třeba dodržovat pravidla pro případy zásahů do integrity jiného člověka uvedená v ustanoveních §§93 až 103. Zejména je důležité ustanovení §94, které stanoví, že kdo chce provést na jiném člověku zákrok, vysvětlí mu srozumitelně povahu tohoto zákroku. Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že druhá strana pochopila způsob a účel zákroku včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu případně i jiný postup. Uděluje-li souhlas za jiného jeho zákonný zástupce, podá se vysvětlení i tomu, kdo má být zákroku podroben, je-li schopen úsudku, způsobem přiměřeným schopnosti dotčeného vysvětlení pochopit. Dle ustanovení §96 souhlas k zásahu do integrity člověka vyžaduje písemnou formu, má-li být oddělena část těla, která se již neobnoví a dále pak je třeba souhlas k lékařskému pokusu na člověku, nebo zákroku, který zdravotní stav člověka nevyžaduje; to neplatí, jedná-li se o kosmetické zákroky nezanechávající trvalé nebo závažné následky.

Dále pak občanský zákoník obsahuje v ustanoveních §§104 až 110 specifická pravidla pro pobyt člověka ve zdravotnických zařízeních. Ustanovení §§111 až 114 obsahují pravidla pro nakládání s částmi lidského těla a ochranu lidského těla po smrti. S ohledem na skutečnost, že domácí hospicová péče je většinou spojena se zhoršujícím se zdravotním stavem pacientů a zpravidla je poskytování péče ukončeno úmrtím, je třeba, aby pracovníci poskytující tuto péči ovládali i tuto část právní úpravy na ochranu lidského těla

2.3 Zákon o zdravotních službách

Zákon o zdravotních službách (*Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*) upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb a další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb. Poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle tohoto zákona. Zdravotními službami se dle ustanovení § 2 odst. (1) se rozumí:

- a) poskytování zdravotní péče podle tohoto zákona zdravotnickými pracovníky, a dále činnosti vykonávané jinými odbornými pracovníky, jsou-li tyto činnosti vykonávány v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- b) konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění, a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci poskytnutí zdravotních služeb prováděné dalším poskytovatelem zdravotních služeb nebo zdravotnickým pracovníkem, kterého si pacient zvolil,
- c) nakládání s tělem zemřelého v rozsahu stanoveném tímto zákonem, včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy prováděné poskytovatelem podle zákona o pohřebnictví,
- d) zdravotnická záchranná služba,
- e) zdravotnická dopravní služba, jejímž účelem je
 1. přeprava pacientů mezi poskytovateli nebo k poskytovateli a zpět do vlastního sociálního prostředí, je-li to nezbytné k zajištění poskytnutí zdravotních služeb,
 2. rychlá přeprava zdravotnických pracovníků k zabezpečení neodkladné péče u poskytovatele,
 3. přeprava osob včetně zemřelého pacienta související s prováděním transplantací, neodkladná přeprava tkání a buněk určených k použití u člověka, přeprava léčivých přípravků, krve a jejích složek a zdravotnických prostředků nezbytných pro poskytnutí neodkladné péče nebo přeprava dalšího biologického materiálu,
- f) přeprava pacientů neodkladné péče, kterou se rozumí jejich přeprava mezi poskytovateli výhradně za podmínek soustavného poskytování neodkladné péče během přepravy,

- g) zdravotní služby v rozsahu činnosti odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení podle jiných právních předpisů upravujících postupy pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských orgánů, tkání a buněk,
- h) zdravotní služby v rozsahu činnosti zařízení transfuzní služby nebo krevní banky podle právního předpisu upravujícího výrobu transfuzních přípravků, jejich skladování a výdej,
- i) protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba.

Zdravotní péči se dle ustanovení §2 odst. (4) rozumí:

- a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
 1. předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu,
 2. udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
 3. udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
 4. pomoci při reprodukci a porodu,
 5. posuzování zdravotního stavu,
- b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za účelem podle písmene a),

Pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. Ošetřujícím zdravotnickým pracovníkem se rozumí zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších potřebných zdravotních služeb.

Pro oblast domácí hospicové péče jsou zejména významné definice uvedené v ustanovení §§4 a 5. Návštěvní službou se rozumí poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta, a to zejména v případech, kdy se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže dostavit do zdravotnického zařízení poskytovatele a poskytnutí zdravotní péče tímto způsobem je s ohledem na její charakter možné. Vlastním sociálním prostředím pacienta se pro účely tohoto zákona rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta, například zařízení sociálních služeb, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školská zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo školská zařízení pro preventivně-výchovnou péči nebo jiná obdobná zařízení, věznice pro výkon vazby a výkon trestu odnětí svobody, ústavy pro výkon zabezpečovací detence, zařízení pro zajištění cizinců a azylové zařízení.

Činnost musí být pacientům poskytována s náležitou odbornou úrovní, přičemž dle ustanovení §4 odst. (5) náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

Z hlediska definic jednotlivých druhů zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou pro oblast domácí hospicové péče nejdůležitější definice:

- léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu,
- ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,
- paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí.

Ustanovení § 10 definuje zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou:

- a) návštěvní služba,
- b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.

Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze kromě zdravotní péče podle předchozího odstavce poskytovat umělou plicní ventilaci a dialýzu. V rámci zdravotní péče podle prvního odstavce lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.

Poskytovatel může poskytovat pouze zdravotní služby uvedené v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Zdravotní služby lze poskytovat pouze prostřednictvím osob způsobilých k výkonu zdravotnického povolání nebo k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb. Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, týkající se odborné, specializované, popřípadě zvláštní odborné způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a jejich počtu stanoví prováděcí právní předpis. Zdravotní služby mohou být poskytovány pouze ve zdravotnických zařízeních v místech uvedených v oprávnění k poskytování zdravotních služeb; to neplatí v případě zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí, zdravotnické dopravní služby, přepravy pacientů neodkladné péče, přednemocniční neodkladné péče poskytované v rámci zdravotnické záchranné služby, zdravotních služeb

poskytovaných v mobilních zdravotnických zařízeních ozbrojených sil za krizových situací a jde-li o převoz těla zemřelého na pitvu a z pitvy podle zákona o pohřebnictví. V případě, že poskytovatel poskytuje pouze domácí péči, musí mít kontaktní pracoviště.

Zdravotnické zařízení musí být pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Požadavky na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení, týkající se stavebně technického, funkčního a dispozičního uspořádání prostor a vybavení vybranými zdravotnickými prostředky, jinými přístroji a zařízeními, na vybavení kontaktního pracoviště, a v případě lékárenské péče poskytované v odloučeném oddělení výdeje léčiv i na místo poskytování péče, stanoví prováděcí právní předpis. Poskytování zdravotních služeb v zařízeních sociálních služeb je poskytovatel sociálních služeb povinen před jejich započítáním oznámit krajskému úřadu příslušnému podle místa jejich poskytování. Při poskytování zdravotních služeb je poskytovatel sociálních služeb povinen dodržovat povinnosti stanovené poskytovateli v zdravotních služeb, které jsou vyjmenovány v zákoně. Zákon se dále v ustanovení §12 zabývá otázkou způsobilosti k samostatnému výkonu zdravotnického povolání. K této problematice ještě existují dva speciální zákony:

- zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Významná je úprava práv pacienta uvedená v ustanovení §28 a v navazujících. Zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak. Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni. Pacient má při poskytování zdravotních služeb dále právo:

- a) na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,
- b) zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb, které odpovídají zdravotním potřebám pacienta, a zdravotnické zařízení, pokud tento zákon nebo jiné právní předpisy nestanoví jinak,
- c) vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby; to neplatí, jde-li o poskytování

neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence,

d) být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče,
e) na

1. nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce, popřípadě osoby určené zákonným zástupcem, pěstouna nebo jiné osoby, do jejíž péče byl pacient na základě rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu svěřen, je-li nezletilou osobou,

2. nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem, je-li osobou, jejíž svéprávnost je omezena tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí (dále jen „pacient s omezenou svéprávností“),

3. přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem,

a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem, a nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb,

f) být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje,

g) znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb a osob připravujících se u poskytovatele na výkon zdravotnického povolání, které jsou při poskytování zdravotních služeb přítomny, popřípadě provádějí činnosti, které jsou součástí výuky,

h) odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,

i) přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, pokud tento zákon nebo jiný právní předpis nestanoví jinak,

j) přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů, a s ohledem na svůj zdravotní stav, nestanoví-li jiný právní předpis jinak; návštěvu duchovního nelze pacientovi odeprít v případech ohrožení jeho života nebo vážného poškození zdraví, nestanoví-li jiný právní předpis jinak,

k) na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Ustanovení §§31 až 33 se zabývá problematikou poskytování informací o zdravotním stavu pacienta a o navržených zdravotních službách. Dále jsou pak významná ustanovení §34 až 36, která řeší otázky spojené se souhlasem pacienta s poskytováním zdravotních služeb.

Pacient nemá jenom práva, ale rovněž má i určité zákonem stanovené povinnosti. Tyto jsou upraveny v ustanovení §41. Pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen:

- a) dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas,
- b) řídit se vnitřním řádem,
- c) uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem,
- d) pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,
- e) nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky a podrobit se na základě rozhodnutí ošetřujícího lékaře v odůvodněných případech vyšetření za účelem prokázání, zda je nebo není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek.

Pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta, osoba určená pacientem, osoba blízká pacientovi nebo osoba ze společné domácnosti jsou povinni prokázat svou totožnost občanským průkazem, jestliže o to poskytovatel nebo zdravotnický pracovník, jehož prostřednictvím poskytovatel poskytuje pacientovi zdravotní služby, požádá. Jestliže pacient, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta odmítne prokázání totožnosti, může poskytovatel nebo zdravotnický pracovník odmítnout poskytnutí zdravotní služby, nejde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči. Odmítne-li prokázání totožnosti jiná uvedená osoba, může poskytovatel nebo zdravotnický pracovník odmítnout této osobě poskytnutí požadované součinnosti nebo jí neumožnit návštěvu hospitalizovaného pacienta. To neplatí, potvrdí-li pacient totožnost osoby.

Až zákonem č. 290/2017 Sb. bylo do zákona o zdravotních službách doplněno ustanovení § 44a, které výslovně upravují problematiku hospicové péče. Hospicem se rozumí poskytovatel, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Hospic pacientům a jejich osobám blízkým zpravidla poskytuje i další navazující služby podle jiných právních předpisů.

Část pátá upravuje postavení poskytovatele, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Klíčová povinnost poskytovatele je povinen poskytovat zdravotní služby na náležitě odborné úrovni, vytvořit podmínky a opatření k zajištění uplatňování práv a povinností pacientů a dalších oprávněných osob, zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

Ustanovení §§49 a 50 řeší práva a povinnosti zdravotnického pracovníka. Zdravotnický pracovník je povinen:

- a) poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídajícím jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni a řídit se etickými principy,
- b) poskytovat neprodleně odbornou první pomoc každému, jestliže by bez této pomoci byl ohrožen jeho život nebo vážně ohroženo zdraví a není-li pomoc včas dosažitelná obvyklým způsobem, a zajistit mu podle potřeby poskytnutí zdravotních služeb,
- c) plnit další povinnosti stanovené tímto zákonem nebo jinými právními předpisy.

Zdravotnický pracovník má právo

- a) získat od pacienta informace o tom, že pacient, kterému má poskytovat zdravotní služby, je nosičem infekční nemoci podle zákona o ochraně veřejného zdraví, a o dalších závažných skutečnostech týkajících se pacientova zdravotního stavu,
- b) neposkytnout zdravotní služby v případě, že by došlo při jejich poskytování k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví.

Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. O této skutečnosti je povinen ihned informovat poskytovatele, který zajistí pacientovi jiného zdravotnického pracovníka. Zdravotnický pracovník nemůže odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi z důvodu uvedeného ve větě první, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytovatel není schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem.

Povinnost mlčenlivosti je upravena v ustanovení §51, na kterou navazuje část šestá zákona řešící otázku náležitostí zdravotnické dokumentace.

Požadavky na technické a věcné vybavení kontaktních pracovišť domácí péče jsou stanoveny v příloze č. 10 k vyhlášce č. 92/2012 Sb. o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Požadavky na technické a věcné vybavení kontaktních pracovišť domácí péče jsou následující:

1. Kontaktní pracoviště ošetrovatelské péče

Vybavení: nábytek pro práci všeobecné sestry, kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě, připojení k veřejné telefonní síti mobilní, tonometr, fonendoskop, teploměr lékařský, pomůcky k odběru biologického materiálu, pomůcky pro ošetřování chronických ran, pomůcky pro katetrizaci močového měchýře ženy, glukometr, irigátor, pokud je péče poskytována pacientům s potížemi při vyprazdňování, pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení, box pro přepravu biologického materiálu.

Kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m² a sanitární zařízení pro zaměstnance.

2. Kontaktní pracoviště léčebně rehabilitační péče

Vybavení: nábytek pro práci zdravotnických pracovníků, kartotéční skříň, pokud není zdravotnická dokumentace vedena výhradně v elektronické podobě, připojení k veřejné telefonní síti mobilní, pomůcky pro vyšetření a trénink funkčních schopností a činností sebeobsluhy v domácím prostředí, pomůcky pro poskytnutí první pomoci včetně kardiopulmonální resuscitace, tj. resuscitační rouška, rukavice, výbava pro stavění krvácení.

Kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m² a sanitární zařízení pro zaměstnance.

3. Kontaktní pracoviště paliativní péče

Vybavení je shodné s vybavením uvedeným v bodě 1 této přílohy a dále ve vybavení musí být: dávkovač stříkačkový, odsávačka, box pro přepravu biologického materiálu.

Kontaktní pracoviště musí mít minimální plochu 10 m² a sanitární zařízení pro zaměstnance.

2.4 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Sociální službou je činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením. Dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb. Přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. Zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládnání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se

hradí ze státního rozpočtu. Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat těchto deset základních životních potřeb:

mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, základní sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, telefonická krizová pomoc, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony. Pečovatelská služba obsahuje tyto základní činnosti:

pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění

stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo mj. vykonává pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence. Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

Zákon dále upravuje záležitosti registrace poskytovatelů sociálních služeb, vzdělávání pracovníků, akreditace vzdělávacích programů, financování sociálních služeb, inspekce poskytovaných sociálních služeb, zajištění mlčenlivosti a rozdělení kompetencí na úseku sociálních služeb mezi orgány veřejné správy.

2.5 General Data Protection Regulation

Dne 25.5.2018 vstoupilo v účinnost Obecné nařízení na ochranu osobních údajů General Data Protection Regulation (GDPR). (*Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679*) GDPR se vztahuje na každého, kdo shromažďuje nebo zpracovává osobní údaje. Na poskytovatele domácí hospicové péče bude mít toto nařízení významný dopad. Již před nabytím účinnosti tohoto nařízení bylo třeba dbát na ochranu osobních údajů pacientů, neboť v rámci poskytování domácí hospicové péče jsou shromažďováni velmi citlivé údaje. Tato ochrana osobních údajů však nyní bude muset dostat nový rozměr. Osobní údaje jsou při tom definovány jako veškeré informace vztahující se k identifikované či identifikovatelné fyzické osobě.

Každý správce a zpracovatel osobních údajů tedy musí dodržovat celou řadu pravidel, jejichž dodržování musí prokazatelně doložit po celou dobu zpracování. Bude muset dokumentovat, že shromažďuje údaje pouze ta data, která jsou pro něj nezbytná pro poskytování služeb. Nařízení GDPR zakotvuje právo subjektu údajů (v našem případě klientům domácí hospicové péče) na důkladnou informovanost, právo na vznášení námitek proti zpracování, právo na omezení zpracování, právo na přenositelnost údajů nebo například na právo být zapomenut. Subjekt údajů má tato práva ke všem údajům, které má správce k dispozici, tedy i k nestrukturovaným údajům jako jsou přílohy e-mailů, nebo ruční záznamy v dokumentaci klienta. Zpracovatel osobních údajů bude muset přijmout opatření na zabezpečení osobních údajů, hlásit únik či ohrožení osobních údajů.

Nástroje DLP (z anglického *data loss prevention*) především zabraňují neoprávněným, či nechtěným únikům dat. Za tímto účelem sledují zejména výměnu v rámci vnitropodnikové sítě a vnějším světem. Zejména v oblasti odesílání emailů, tato aplikace zkoumá jejich obsah, pokud je nalezen rizikový email, co do svého obsahu, je doporučen k dalšímu prošetření. Při zavedení takové ochrany se firmy mohou potýkat se spoustou problémů, pokud nebudou jejich zaměstnanci řádně seznámeni s pravidly pro zabezpečení dat. Toto bude vyžadovat náležitá proškolení zaměstnanců i v rámci osobní komunikace, aby nepřišli o soukromý virtuální prostor, který jim náleží. (www.gdpr.cz/blog/data-v-bezpeci/)

Tzv. BYOD přístup (zkratka z angl. *Bring your own device*), jde o umožnění zaměstnancům využívání svých vlastních zařízení, například notebooků na pracovišti. Toto je v rámci hospicové péče běžné, zvyšuje to mobilitu zaměstnanců i jejich produktivitu. Zaměstnanci mají vzdálený přístup k firemním datům z cizího zařízení, zde se jedná o výzvu pro firemní informační bezpečnost. Je zřejmé, že zmíněný notebook bude využíván i pro

osobní účely. Po zaměstnavateli tady nelze požadovat aby zcela rezignoval na zabezpečení citlivých informací ve své síti a snažil se zabránit jejich zneužití. Je tedy zřejmé, že bude třeba předejít zbytečným zásahům do zaměstnancova soukromí a bezpečnostní software by ve zmíněné notebooku musí být nastaven tak, aby rozlišoval kdy je používán k firemním a kdy k soukromým účelům. Konfigurace v nastavení zabezpečovacího softwaru tady musí umět rozlišit mezi různými disky pro ukládání souborů, nebo mezi různými uživatelskými profily, tedy pracovním a soukromím. Pro tyto účely musí být vytvořen na pracovištích interní předpis, kde bude vše srozumitelně vysvětleno. Jde hlavně o připojení „zevnitř“, kde se zaměstnavatel může pojistit umožněním k přístupu do firemní databáze z předem nahlášených zařízení, v dohodnuté době, vyplnění hesla či položení kontrolní otázky. (www.gdpr.cz/blog/data-v-bezpeci/)

Důležitá je též přiměřenost takovýchto opatření, je třeba zvážit jakou sledovací technologii použít, zda je to vzhledem k obavám o úniku dat nezbytné a přiměřené. Zaměstnanci musí být o těchto krocích předem informováni, musí jim být sděleno kdy a z jakého důvodu jsou sledováni. Nemůže docházet k trvalému a systematickému monitorování aktivit zaměstnanců. Je třeba řádné proškolení a preventivní opatření, než soustavné sledování, které narušuje zaměstnancovo soukromí.

Některé organizace by též neměli zapomínat na institut posouzení vlivu na ochranu osobních údajů (DIPA- *data protection impact assessment*), který je v GDPR také zakotven. Zde se jedná především o ochranné opatření, kterému bude muset vyhovět správce v závislosti na využívané technologii, počtu zpracovaných osobních údajů, jejich typu ale i například vzhledem k závažnosti rizik, která hrozí u konkrétního zpracovávání. (www.gdpr.cz/blog/data-v-bezpeci/)

Organizace musí jmenovat pověřence pro ochranu osobních údajů. Nařízení obsahuje poměrně vysoké sankce za jeho nedodržování. Nepochybně dojde k nárůstu administrativní zátěže. Vedle soustředění se na zajišťování kvalitního poskytování služby bude muset být kladen významný akcent na problematiku ochrany osobních údajů.

3. Stávající stav domácí hospicové péče v ČR a národní koncepce

Na úrovni vlády ČR byla přijata Národní strategie zdraví 2020, kterou však vláda na svém zasedání dne 8.1.2014 pouze vzala na vědomí a následně ji Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky vzala na vědomí jako své usnesení č. 175 dne 20.3.2014. Jako účel vypracování národní strategie bylo deklarováno nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace. Na základě přijaté strategie byly vytvořeny akční plány v následujících oblastech:

- podpora pohybové aktivity,
- správná výživa a stravovací návyky,
- prevence obezity,
- bezpečnost potravin,
- duševní zdraví,
- omezení zdravotně rizikového chování,
- snižování zdravotních rizik ze životního a pracovního prostředí,
- zvládání infekčních onemocnění,
- rozvoj programů zdravotního screeningu,
- zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče,
- zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotnických služeb,
- celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků,
- elektronizace zdravotnictví,
- rozvoj zdravotní gramotnosti,
- rozvoj ukazatelů zdravotního stavu obyvatel.

Dokument s názvem „Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče“ je detailně zpracován v rozsahu šedesáti stran. Obsahuje analýzu současného stavu, faktory ovlivňující budoucnost a návrhy opatření. Akční plán má sloužit jako podklad k vypracování konkrétních projektů, na jejichž základě bude možné po té čerpat dotační prostředky z kohezních fondů EU. V analytické fázi dokument shrnuje základní nedostatky stávajícího fungování tohoto druhu péče v ČR:

- odborná heterogenita segmentu,
- poptávka po sociálně zdravotních službách následné, dlouhodobé a domácí péče v ČR převyšující pokrytí službami, možnosti segmentu,
- nekorespondující personální osazení a technické vybavení s rozsahem poskytované péče a služeb,
- neadekvátní investice do segmentu postakutní péče s ohledem na potřeby systému,

- nemotivující nastavení systému postakutní péče s ohledem na zlepšování kvality a efektivity na úrovni poskytovatele ani a efektivity služeb na úrovni pacienta,
- neodpovídající využívání služeb postakutní péče s ohledem na zdravotní potřeby a funkční možnosti pacientů,
- nedostačující systém sběru dat a vhodných indikátorů pro měření kvality a efektivity poskytované péče,
- nedostatečný systém kontroly fungování, kvality i efektivity jednotlivých typů služeb v segmentu postakutní péče.“ *(Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. Akční plány pro implementaci národní strategie zdraví 2020. [Online] 2015)*

Dle údajů uvedených v analytické části poskytovalo v ČR domácí zdravotní péči 496 pracovišť. Služby domácí zdravotní péče zajišťovalo dle odevzdaných výkazů (tzv. FTE) 10,4 lékařů, 68,6 fyzioterapeutů, 2.455,4 zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (z toho všeobecné sestry tvořily 51%) a 113,1 ostatních odborných pracovníků. Služeb domácí zdravotní péče využilo v roce 2013 více než 146 tisíc pacientů, z toho 80 % jich bylo ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny (63 %) tvořily ženy. V roce 2013 uskutečnili pracovníci domácí zdravotní péče u svých pacientů celkem 5,9 milionů návštěv, z nichž v 85,8 % případů bylo pacientům provedeno pouze zdravotní ošetření. Na jednoho zdravotnického pracovníka nelékaře připadalo v průměru 6,6 návštěv denně. *(Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. Akční plány pro implementaci národní strategie zdraví 2020. [Online] 2015)*

V rámci akčního plánu bylo navrženo přijetí následujících opatření:

- stanovení metodiky sběru a vytěžování dat v souladu s požadavky EU, WHO a Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQua) vč. zpracování návrhu na přijetí vytipovaného mezinárodního benchmarkingu,
- vytvoření databáze/ internetového portálu s informacemi o poskytovatelích následné, dlouhodobé a domácí péči obsahující data o kvalitě, dostupnosti a efektivitě daného pracoviště a výběrově přístupný laické i odborné veřejnosti,
- aktualizace znění příslušných vyhlášek v rozšířeném rozsahu tak, aby také zajistily vyrovnání rozdílů kvality pobytových služeb s akutní péčí; připravit návrh znění příslušných vyhlášek,
- zpracování plánu komunikace změn směrem k poskytovatelům následné, dlouhodobé a domácí péče a návrhu postupného prosazování přijatých změn (mediální kampaň),

- vytvoření metodického orgánu pro hodnocení propojení zařízení následné, dlouhodobé a domácí péče na regionální úrovni a účelné rozdělování prostředků na základě ověřených projektů,
- zpracování návrhu způsobů neekonomické motivace poskytovatelů následné, dlouhodobé a domácí péče ke kontinuálnímu zvyšování kvality,
- stanovení pravidel pro externí certifikaci jednotlivých typů péče v oblasti následné, dlouhodobé a domácí péče a stanovení a implementace finančních bonusů za nepovinné externí hodnocení kvality,
- stabilizace personálu v následné, dlouhodobé a domácí péči,
- zpracování plánu dlouhodobé medializace následné, dlouhodobé a domácí péče (horizont min. 10 let) pro laickou i odbornou veřejnost o hlavních aspektech následné, dlouhodobé a domácí péče a o jejich možnostech a významu a následně realizace úvodní mediální kampaně,
- zavedení povinných podpůrných forem vzdělávání zdravotnických pracovníků v následné, dlouhodobé a domácí péči (supervize apod.) vč. udržitelné specifikace finančních zdrojů a následná realizace úvodních kurzů (ověření formou pilotního projektu),
- zvýšení kvality i rozsahu vzdělávání zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v oblasti geriatrické a dlouhodobé péče (1-2 roky krátkodobý cíl - kurz geriatrické společnosti; dlouhodobý cíl - zařadit do povinných osnov v rámci pregraduálního studia) (krátkodobý cíl ověřit formou pilotního projektu),
- aktualizace a inovace odborných standardů následné, dlouhodobé a domácí péče vč. určení periodicity aktualizací,
- změna definice následné, dlouhodobé a domácí péče v platné právní úpravě,
- zpracování návrhu pravidel pro přijetí a setrvání v systému následné, dlouhodobé a domácí péče vč. ohodnocení rozsahu odborné práce, nákladovosti apod. (formou pilotního projektu),
- zpracování návrhu návaznosti zdravotních a sociálních služeb v následné, dlouhodobé a domácí péči v souladu s novými pravidly pro přijetí a setrvání v systému následné, dlouhodobé a domácí péče,
- příprava kapacitní dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče vč. možnosti měnit nastavené parametry podle aktuální situace,
- zavedení vhodných nástrojů asistovaného života vč. nastavení systémů finanční podpory (formou pilotního projektu),

- podpora informovanosti laické veřejnosti o regionální dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče a cílená zdravotní osvěta veřejnosti týkající se následné, dlouhodobé a domácí péče (mediální kampaň a osvětové akce pro veřejnost),
- stanovení jednotného způsobu procentního členění jednotky ošetrovacího dne na mzdy, léky a ostatní náklady jako základ pro přechod na novou formu úhrady např. podle funkčního stavu pacienta,
- zpracování přehledu možností motivace zaměstnanců v oblasti dostupnosti následné, dlouhodobé a domácí péče s cílem zlepšení odborně ekonomicky efektivního chování.

Mezi cíle, ke kterým mají opatření ve vztahu k domácí péči vést je:

- navýšení počtu funkčně zdatnějších nemocných v domácím prostředí, než je tomu doposud,
- vyrovnání dostupnosti a rozsahu poskytovaných zdravotních služeb v domácím a nemocničním prostředí (aby se nestávalo, že jediným důvodem pokračující hospitalizace pacienta je nedostupnost odpovídajících a potřebných zdravotních služeb v jeho dosahu),
- zlepšení koordinace komplexní domácí péče (zdravotní a sociální služby budou indikovány dle funkčních potřeb pacienta a jejich poskytování bude koordinováno).

Internetová prezentace na oficiálních webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR obsahuje poslední dokumenty k akčním plánům pro implementaci Národní strategie zdraví 2020 z 23.9.2015. Není možné dohledat zprávy o průběžném naplňování strategie. Je otázkou, do jaké míry byl dokument toliko formální, neboť jeho vypracování bylo podmínkou pro možnost čerpání evropských kohezních fondů, a nakolik je systematicky naplňována.

Ve veřejném registru právnických osob je v ČR evidováno 23 subjektů, které mají ve svém názvu označení hospic. Většina z nich má právní formu obecně prospěšné společnosti. Významná část poskytovatelů tohoto druhu péče je sdružena ve spolku Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče se sídlem v Praze. Jedná se o následující subjekty:

Hlavní město Praha

Hospic Malovická

Hospic Štrasburk, o.p.s.

Středočeský kraj

Nadační fond Klíček

Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin

Tři, o.p.s., Hospic Dobrého Pastýře

Jihočeský kraj

Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.

Domáci hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích

Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.

Domáci hospic Athelas

Plzeňský kraj

Hospic svatého Lazara

Ústecký kraj

Hospic v Mostě, o.p.s.

Liberecký kraj

Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.

Karlovarský kraj

Hospic sv. Jiří, o.p.s.

REHOS, p.o. - Nejdek

Královéhradecký kraj

Hospic Anežky České

Domáci hospic Duha, o.p.s.

Domáci hospic Setkání, o.p.s.

Jihomoravský kraj

Hospic sv. Alžběty o.p.s.

Olomoucký kraj

Hospic na Svatém Kopečku

Zlínský kraj

Hospic Citadela - Diakonie CCE

Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov

Moravskoslezský kraj

Hospic sv. Lukáše

Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba

Hospic Frýdek – Místek, p.o.

Charita Opava, Domácí hospic Pokojný přístav

Tato asociace mj. ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví definovala standardy hospicové paliativní péče, které jsou závazné pro všechny jejich členy. Z hlediska vybavení mobilní hospicové péče definuje následující požadavky na minimální vybavení „nezbytných pomůcek a přístrojů (na každých 5 pacientů v péči v okamžité kapacitě):

- elektrické polohovací lůžko (1 ks),
- antidekubitní a polohovací pomůcky,
- aktivní a pasivní antidekubitní matrace (3 ks, pro každé pacienta alespoň jeden z režimů),
- pumpa pro podávání parenterální i enterální výživy,
- lineární dávkovač léků (1 ks),
- odsávačky (1 ks),
- oxygenátor (1 ks),
- prostředky pro celkovou koupel,
- WC židle, chodítka, mechanické pojízdné vozíky,
- další pomůcky pro manipulaci s imobilním pacientem,
- dopravní prostředek pro přepravu k pacientovi,
- brašnu se zdravotnickými potřebami a ampuláři (1 sestra/1 brašna),
- telekomunikační technika pro spojení s pacientem a jeho rodinou.“ asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. (*Standardy hospicové paliativní péče APHPP. Web Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. [Online] říjen 2016*)

4. Praktické aspekty výkonu mobilní hospicové péče

V rámci své praxe jsem absolvovala pobyt v domácím hospicu Tabita, který je součástí lůžkového hospice sv. Alžběty o.p.s. Kamenná 36, Brno. V rámci tohoto zařízení byla pro mě příjemným překvapením hlavně velice vstřícná a laskavá atmosféra všech pracovníků. Za touto skutečností stojí jistě i fakt, že v čele tohoto mobilního hospicu stojí dvě zkušené dámy MUDr. Regina Slámová a vrchní sestra Alžběta Marková, která se podílela i na založení prvního domácího hospice Cesta domů.

V průběhu praxe jsem měla možnost nahlédnout do práce celého týmu včetně návštěv u pacientů doma. Využila jsem metodu kvalitativního výzkumu a to sice pozorování. V rámci paliativního týmu je nabízena dobrá lékařská a ošetrovatelská péče, která je doplňována citlivou komunikací, poskytuje sociální, psychickou a duchovní podporou a celostní doprovázení nemocného a jeho rodiny. Pacienti jsou plně respektováni, je dáván co největší prostor a maximální respekt k jejich přáním a potřebám Klidné jednání s pacientem v jeho přirozeném prostředí je naprostou samozřejmostí. Pacientovi je již ve vstupním pohovoru dáno zřetelně najevo, že je zde celý tým pro něj a je mu dán prostor pro vyjádření jeho potřeb, vysvětlení svojí situace. Je oslovován dle domluvy a to často v průběhu rozhovoru. Pokud projevuje svoje emoce, pokud je smutný, rozrušený a plačící, či mlčí není do ničeho nucen, je mu pouze dodávána podpora a odvaha ve vedení rozhovoru. Všichni pacienti byli seznámeni se svojí diagnózou, i přes tuto skutečnost se lékař opakovaně dotazoval, zda je jim vše jasné, chápou situaci zda ví, co je čeká. Lékař opakovaně vyzíval pacienta i jeho rodinné příslušníky k položení jakýchkoli otázek, povzbuzoval při vyjádření obav a strachu, projevovala soucit. Sestra v týmu domlouvá další průběh návštěv, vysvětluje další praktické věci např. edukuje rodinu v aplikaci léčiv, infúzní terapie, péče o intravenózní vstupy. Rodina je též edukována stran situace spojené se smrtí jejich blízkého a pokud je z její strany zájem, je sestra vždy přítomna umírání a smrti samé. Rodina je vždy ujistěna, že na tuto situaci nejsou sami. Lékař poté upraví medikaci pacienta a předepíše tzv., „záchrannou medikaci dle potřeby“ pro případ různých komplikací v terminální fázi onemocnění, kdy může být přítomna např. dušnost, bolest, neklid, úzkost a jiné, kterou si může pacient popřípadě rodina, či sestra v domácím prostředí bezodkladně aplikovat.

Dalším pracovníkem v týmu je sociální pracovníce, která zajišťuje základní i odborné poradenství, poskytuje též emoční podporu rodině. V její gesci je též nepopulární vyřízení všech souhlasů s poskytováním péče a ochranou osobních dat.

Na konci návštěvy je domluva o dalším setkání, předány kontaktní údaje, pacient i jeho rodina jsou dotázáni, jestli nepotřebují ještě něco jiného. Jsou jim nabídnuty možnosti rozhovoru s psychologem, či pastoračním pracovníkem. Při rozloučení dochází opět k shrnutí veškerých

domluvených skutečností a jsou srozumitelně zopakovány. (Marková, Alžběta. *Hospic do kapsy. Praha*)

Lékař dochází na návštěvy k pacientům dle potřeby. V tomto mobilním hospicu je pravidlem organizovat týmová setkání jednou týdně a to v pondělí. V rámci týmových setkání je podrobně rozebrán aktuální stav všech pacientů i pečujících osob a rodiny o které je momentálně v rámci domácího hospicu pečováno. Na těchto setkáních je vždy přítomen lékař, zdravotní sestry a sociální pracovník. Každá sestra má přidělené pacienty u kterých vykonává návštěvní služby a to v pracovní době, dále je o pacienty pečováno v rámci pohotovostní služby 24 hodin denně. Je tedy zásadní znát všechny pacienty, k tomuto všem pracovníkům pomáhá i propojený počítačový systém. Pracovníci jsou též zvyklí aktivně využívat k předávání informací také každodenních ranních hlášení, kde se nejčastěji potkávají zdravotní sestry, sociální pracovnice, případně s lékaři. Pokud se někdo z pracovníků týmových setkání nemůže zúčastnit, mohou mu posloužit alespoň průběžné záznamy z terénní práce v počítačovém systému, který je k dispozici všem členům týmu a je pravidelně aktualizován.

Cílem práce paliativního týmu je to, aby pacient mohl zůstat v domácím prostředí a dostal v něm co nejvyšší specializovanou paliativní péči a aby byla naplněna jeho relevantní přání a očekávání v oblasti sociální, psychologické a duchovní. Není snadné zkoordinovat služby poskytované jednotlivými členy týmu, myslet na rodinu pacienta. Středem zájmu týmu je vždy pacient, jeho přání a očekávání, která tvoří základ plánu péče. Zaměstnanci, kteří s rodinou pracují respektují hodnoty, na nichž pacientovi a rodině záleží a podle zdravotního stavu pacienta a možností rodiny jim je pomáhají udržet a rozvíjet. Zcela respektují názory pacienta a jeho rodiny v oblasti kulturní, politické i duchovní. Při své práci každý člen týmu zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví rasu, národnost, víru politické přesvědčení a sociální prostředí. (Marková, Alžběta. *Hospic do kapsy. Praha*)

Psychická zátěž v přímé konfrontaci se smrtí je enormní, sestry jsou schopny hodně o svých problémech mluvit v kolektivu, kde jim to hodně pomáhá. Kolektiv má též podpůrnou roli je zde aktivně rozvíjena úcta k sobě i k ostatním členům týmu. Vrchní sestra p. Alžběta Marková, která vystudovala paliativní péči na univerzitě v zahraničí a byla zakladatelkou prvního domácího hospice Cesta domů je schopna všem sestřím poskytnout oporu a zároveň i supervizi, je zde zkrátka pro každého člena týmu. V případě potřeby je též pro sestry pravidelně přítomen psychoterapeut a pastorační pracovník. Většina pracovníků domácího hospice je věřících a pokládá svoje povolání zároveň jako poslání a v doprovázení umírajících vidí nějaké vyšší poslání, necítí pocit selhání, spíše pocit naplnění v pomoci umírající.

5. Diskuse

Jak jsem již uvedla v předešlém textu, v roce 2017 se konečně uzákonila hospicová péče u nás. Bohužel i když toto proběhlo mnoha médii, informovanost lidí je stále špatná. Mnoho z nich tak ani neví, kam by se mělo o pomoc obrátit, kde ve svém okolí mohou tuto službu naléznout. Staří a nemocní lidé většinou těžko používají moderní informační technologie, je pro mě tedy nejlepší forma seznámení s tímto problémem tištěná brožura, která by měla být k dispozici stejně jako podobné s nabídkou sociálních služeb nejlépe v ordinacích praktických lékařů, popřípadě v onkologických ambulancích. Bohužel dnešní doba nutí lékaře k výkonům a na probrání těchto témat v přeplněných ordinacích nemají čas a mnohdy ani sílu.

Obecně lze říct, že se za dobu mého mnohaletého působení ve zdravotnictví pohled na smrt výrazně změnil. Velice dobře si pamatuji začátky svojí praxe ve zdravotnictví a prvního kontaktu se smrtí, která byla téměř vždy za stěnami nemocnice a bylo to bráno, jako naprostá samozřejmost. Toto téma bylo marginalizováno, smrt byla „popírána“. Jako mladá sestra jsem toto vnímala velice citlivě, neosobnost, strohost, mnohdy bych řekla až syrovost umírání a smrti samotné. Kolikrát bylo hlavně důležité, aby pacient ležel rovně a moc se nehýbal a hlavně nevyjadřoval žádné emoce a vyjádření bolesti, to se příliš nedrželo. A smrt samotná??? Měla jsem pocit, že nás na ni nikdo nepřipravil, vždyť zde odcházel ze života člověk a nebyla mu mnohdy dána možnost, bilancovat svůj život, rozloučit se s rodinou, nebo jenom prosté držení za ruku v okamžiku posledního vydechnutí. „O pacienta se postaráme do konce“, to byla častá slova, která jsem slýchala v souvislosti se smrtí ale jaký to mnohdy konec byl? To už příliš nikoho nezajímalo.

Jako sestra, která nyní pracuje v domácí péči jsem téma domácí hospicové péče opakovaně probírala s pacienty, kteří ještě nejsou na pomyslné „koncové čáře“ života. Sami vyjadřovali možnost umírat doma za velice dobrou. Je veliké množství lidí, kteří o tomto důstojném odejití ze světa vůbec neví, je tedy pro ně přínosem, že s nimi mohu tento problém probrat, považují to za velice důležité. Je pravdou, že se tato služba více medializuje, často je probírána v televizi, ovšem jak jsem se setkala s pacienty, většina jich vůbec neví, co slovo „hospic“ znamená, čili by bylo spíše vhodné používat termín, „umírání doma“.

Co považuji za dobré je ukotvení domácí hospicové péče v našich zákonech a to zejména v občanském zákoníku a zákonu o zdravotních službách a jejich poskytování. Služby tohoto typu proto musí být poskytovány zcela profesionálně s náležitou odbornou úrovní. Poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Kdy se vlastním sociálním prostředím pacienta se pro účely tohoto zákona rozumí domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta. Ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců.

Při studování literatury k tomuto tématu, mě překvapilo, jak dlouho a do jaké hloubky je toto téma ve světě známo a studováno. Ve Velké Británii, USA, kde jsou naprostou samozřejmostí služby paliativních týmů, ať již v rámci lůžkových zařízení, či domácí péče. Vzdělávání v tomto oboru jde stále do předu s vývojem medicíny i nových léků. V tomto smyslu máme hodně co dohánět. Vzhledem k tomu, že se ve zdravotnictví pohybují již hodně dlouho, pokládala jsem si otázku, jak jen bylo možné, že za totalitního režimu o tomto u nás nikdo nevěděl? Spíše se kloním k názoru, že to bylo pro totalitní režim nepohodlné, neb jak již bylo v předešlém textu zmíněno, charitativní organizace zde neexistovali a péče o pacienty byla pouze institucionalizována. Je to velká škoda pro nás, máme ještě dlouhou cestu před sebou, než se povědomí lidí změní.

Při návštěvách umírajících pacientů v rámci provedené praxe jsem se setkala s mnoha reakcemi rodin i pacientů samotných. Všeobecně musím konstatovat, že s vyšším věkem pacientů je jejich odchod z tohoto světa pro ně samotné i rodiny méně stresující. Jsou schopni bilancování i přijetí nemoci a smrti samé s větším klidem. Velice zřetelně jsem vnímala, že přítomnost lékařů a sester v domácím prostředí pečujících osob má pro ně významnou podpůrnou roli. Mají skutečně pocit, že na to „nejsou sami“. Dokonce jsem se setkala i se samotnou smrtí v rodinném prostředí, kde sestra hospicového týmu hrála významnou roli při samotném zařizování všech náležitostí okolo úmrtí, byla zde psychickou oporou pro pozůstalé a svým laskavým přístupem jim ulehčovala přijetí ztráty svého příbuzného. Bohužel umírání není jenom záležitostí lidí ve vyšším věku. Setkala jsem se s reakcí jedné pacientky, která byla mladá a měla malé dítě, byla ve fázi popření nemoci, i když evidentně viděla, že je u konce života, nebyla schopna vůbec náhledu na svoji situaci, nechtěla o tom mluvit ani na smrt myslet. Sama za sebe musím říct, že mě to velice zasáhlo, cítila jsem velice nepříjemné prostředí i hustou atmosféru, toto mi potvrdil i personál domácího hospice, sami si zde nevěděli rady a měli naprosto stejné pocity jako já.

6. Závěr

Je zcela evidentní, že vzhledem k dlouhodobému trendu v prodlužování délky života, snižování porodnosti v České republice dojde ke zvýšeným požadavkům na zdravotní a sociální péči. Domácí hospicová péče bude tedy nabývat na významu. Tuto péči bude třeba saturovat vzdělaným personálem, není možno využít případné „roboty“.

V rámci domácí hospicové péče jsou kladeny vysoké nároky na všechny členy paliativního týmu. Práce o pacienty, kteří jsou v poslední fázi života i o jejich rodiny a blízké může být velice stresující, zároveň jim však přináší i jisté uspokojení. Při rozhovoru se sestrami, lékařem a sociální pracovníci jsem se často setkávala s pojmem „poslání“. Ukázalo se, že v onkologii a paliativní péči je více zaměstnanců, kteří jsou zaměřeni duchovně. Mezi sestrami jež pracují v hospicové péči je více věřících, než mezi ostatními sestrami. (*O'Connor, Margaret a Aranda, Sanchia. Paliativní péče - pro sestry všech oborů. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005*)

Cílem domácí hospicové péče je setrvání nevléčitelně nemocného v domácím prostředí, kde je mu poskytnut veškerý komfort s podporou paliativního týmu. Pacient může odejít z tohoto světa v doprovodu svých blízkých, bez bolesti a beze strachu ze samoty. Paliativní tým rodinu neopouští ani v okamžiku pacientovi smrti, je skutečnou oporou pečujících i samotného pacienta. Někdy se tato situace neobejde bez emocí a to hlavně smutku. Pracovníci domácího hospice pomáhají pečujícím v tomto těžkém období, jsou schopni zajištění péče o zemřelého, zavolání kurátora, který provede ohledání těla i samotné přípravě zemřelého, co se týče, umytí a obléknutí i přivolání pohřební služby. Podporují též rodinu provedení rituálů, důstojného rozloučení. Provádí též pozůstalostní návštěvy, kdy pomáhají rodinám s vyrovnáním se ze ztráty blízké osoby.

Co mě překvapilo při zpracovávání tohoto tématu, bylo to hlavně to, jak málo je tato péče v rámci republiky saturována, například v kraji Vysočina není doteď žádný kamenný hospic, i když i zde se blýská na lepší časy, v Havlíčkově Brodě je již zpracován projekt na lůžkový hospic Mezi stromy. Sama v rámci své práce v domácí zdravotní péči vidím, jak je malá informovanost pacientů o této službě, většina lidí si myslí, že zemřou v nemocnici popřípadě v LDN, kde jim nikdo nepomůže a vyjadřují z této situace obavy. Jsem proto ráda, že i já pomohu svými znalostmi získanými nejen v rámci této bakalářské práce, ale i studiem sociální a charitativní práce přispět.

Pokud bych se zabývala domácí hospicovou péčí i v rámci diplomové práce, jistě by došlo k dotazníkovému šetření, jak u pacientů a pečujících v domácí hospicové péči, tak u pacientů a pečujících v domácí zdravotní péči. Je mnoho otázek, na které hledají pacienti na konci svého života odpovědi, je mnoho pečujících rodin, které se chtějí o své blízké starat.

A je také mnoho pečujících rodin, kteří si myslí, že to sami nezvládnou. Je pro ně důležité o tomto tématu hovořit.

V porovnání se světovým vývojem v paliativní péči stojíme na začátku. Jak kamenné, tak i domácí hospice se teprve v našich končinách zabydlují. Mnoho let totality změnilo pohled na umírajícího člověka jako lidskou bytost, paliativní péče u nás prakticky neexistovala. Naštěstí se změnil pohled na tuto situaci i rámci našich zákonodárců, kteří zákonem č. 290/2017 Sb. upravily problematiku hospicové péče u nás. Zůstává ale stále problémem hrazení této péče, zdravotní pojišťovny ji sice hradí, ale stále je to nedostatečné. Zde se nabízí prostor pro zamyšlení o navýšení platby za jednotlivé výkony v domácí hospicové péči, toto je spíše otázka pro zdravotní pojišťovny, popřípadě ministerstvo zdravotnictví. Mnoho organizací zabývajících se hospicovou péčí hlásí do různých charitativních projektů, či shání peníze na svoji činnost u sponzorů. Je zřejmé, že tato činnost nebude nikdy výdělečná, proto nestojí v zájmu firem, které se zabývají zdravotní péčí. Je to velká škoda, neboť péče o umírající pacienty v domácím prostředí nepřináší jenom etický a lidský rozměr ale v neposlední řadě i ekonomickou úsporu v porovnání s hospitalizací pacientů v nemocnici.

Téma mojí bakalářské práce mi hodně pomohlo v orientaci problematice hospicové péče nejen u nás, ale i v zahraničí. Praktické nahlédnutí na práci paliativního týmu pro mě bylo neocenitelnou zkušeností, jak již v rovině profesionální, tak i té lidské. Velice si vážím práce všech pracovníků, kteří se pohybují v hospicové péči. Jistě by bylo vhodné více podpory jak ze strany státu, tak ze strany různých sponzorů. Práce v hospicovém týmu je spíše posláním než finančním oceněním.

Seznam použité literatury

Primární literatura:

Marková, Alžběta. *Hospic do kapsy*. Praha : Cesta domů, 2015. ISBN 978-80-905809-4-7.

Mach, Jan. *Medicína a právo*. Praha : C.H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.

O'Connor, Margaret a Aranda, Sanchia. *Paliativní péče - pro sestry všech oborů*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-1295-4.

Payne, Sheila, Seymour, Jane a Ingleton, Christine. *Principy a praxe paliativní péče*. Praha : Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

Vorlíček, Jiří, Adam, Zdeněk a Pospíšilová, Ivona a kol. *Paliativní medicína*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. ISBN 80-247-0279-7.

Sekundární literatura:

Bauer, Jan. *Ženy z rodu Přemyslovců*. Frýdek-Místek: Alpress, 2012. ISBN 978-80-7362-4

Mach, Jan. *Lékař a právo*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN: 978-80-247-3683-9.

Sieberová, Jana. *Hospic - příběh naplněné naděje*. Praha : Triton, 2016. ISBN 978-80

Uherek, Pavel. *Povinná mlčenslivost zdravotnických pracovníků*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2658-8.

Elektronické zdroje:

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče. Standardy hospicové paliativní péče APHPP. *Web Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče*. [Online] říjen 2016.

[Citace:25.únor2018.]<http://www.asociacehospicu.cz/wp-content/uploads/2017/01/STANDARDY%202016.pdf>.

Český statistický úřad. www.czso.cz Zde se nabízí prostor pro zamyšlení o navýšení platby za jednotlivé výkony v domácí hospicové péči, toto je spíše otázka pro zdravotní pojišťovny, popřípadě ministerstvo zdravotnictví.o.cz. [Online]

www.gdpr.cz/blog/data-v-bezpeci/

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. *Akční plány pro implementaci národní strategie zdraví 2020*. [Online] 2015. [Citace: 25. únor 2018.] http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008a_zprac%20pripominek%20MPR_cervenec15.pdf.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27.4.2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).

www.mzcr.cz. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*. [Online]

www.czso.cz. *Český statistický úřad*. [Online]

Legislativa:

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

Zákon č. 89/2012 Sb. Občanský zákoník.

Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách.

Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).