

PŘÍLOHOVÁ ČÁST K DIPLOMOVÉ PRÁCI

**Právní úprava hospicové péče v ČR vzhledem k
jejímu vývoji na našem území**

Bc. Nikola Chmelíková

Příloha č. 1 - Analýza aktérů a jejich vliv na tvorbu politik

<u>Aktér</u>	<u>vliv</u>
Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR	<ul style="list-style-type: none"> • Významní představitelé a tvůrci různých strategií (Národní program přípravy na stárnutí na období 2008-2012)¹, nařízení, metodik, ale neexistuje jednotné vymezení hospicové péče.
Kraje, magistráty, městské úřady	<ul style="list-style-type: none"> • Společně s ministerstvy se podílejí na financování této formy péče, mají kontrolní funkci nad samotnými poskytovateli sociálních a zdravotních služeb a jsou tvůrci koncepcí (Koncepce rozvoje sociálních služeb právě na úrovních krajů, měst a obcí).
Hospice	<ul style="list-style-type: none"> • Specializovaná zdravotnická zařízení poskytující pacientům a jejich rodinám péči. • Na tvorbě politiky se hospice (poskytující nejen pobytovou formu péče) podílejí v rámci Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, která spolu s MZČR vytvořila Standardy hospicové paliativní péče.²
Nemocnice	<ul style="list-style-type: none"> • Zdravotnická zařízení. Ve většině případů nemocniční zařízení pouze stabilizují zdravotní stav a péči o pacienta přebírají Léčebny dlouhodobě nemocných. • Na samotné tvorbě politiky se nepodílí a tím mají na případnou změnu pouze minimální dopad.
Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN)	<ul style="list-style-type: none"> • Zdravotnická zařízení. • Stejně jako nemocnice se ani tento typ zdravotnických zařízení nepodílí na tvorbě politiky.
Agentury poskytující domácí hospicovou péči	<ul style="list-style-type: none"> • Agentury, které péči o pacienta zajišťují v jeho domácnosti, jeho přirozeném prostředí spolu s rodinou. • Na tvorbu politiky nemají vliv, ale v rámci komunitního plánování na úrovni měst a obcí se mohou podílet na změnách v postojích a vnímání problému nedostatku kapacit v agenturách poskytujících domácí hospicovou péči tak, že se tímto problémem začnou zabývat zástupci měst, od nich pak zástupci krajů a ministerstev. • Tento nedostatek si některá města uvědomují a hospic a hospicová péče se objevuje i ve SWOT analýzách a následně v cílech a opatřeních komunitních plánů.³

¹ Dostupné na: <http://www.mmr.cz/CMSPages/GetFile.aspx?guid=d16100aa-6682-4218-8faf-9c7e9b9115ae>

² Dostupné na: <http://www.asociacehospicu.cz/nase-projekty/standardy-kvality/>

³ Statutární město Děčín, 2. Komunitní plán sociálních služeb města Děčín 2010-2013, str. 42, http://komunitni.mmdecin.cz/dokumenty/cat_view/65-dokumenty; Statutární město Ústí nad Labem, 4. Komunitní plán péče města Ústí nad Labem na období 2010-2013, str. 26, http://www.usti-nad-labem.cz/files/4_kpp.pdf; město Tábor, Komunitní plán sociálních služeb města Tábora na období let

Zaměstnanci zařízení poskytujících zdravotní a sociální péči	<ul style="list-style-type: none"> • Implementace dané politiky se jich přímo nedotýká, protože ji nemohou přímo ovlivnit, ale mají vliv na její fungování. Vlastní hodnoty a postoje (empatie, aktivní naslouchání, ochota, ...) odrážejí ve způsobu vykonávání své práce.
Pacienti	<ul style="list-style-type: none"> • Hlavní aktéři, ke kterým by měla služba směřovat. Účinnost dané politiky a způsob její implementace je ovlivňuje v rozhodování a výběru. • Samotní pacienti ale mají minimální vliv na prosazování dané politiky.
Příbuzní, rodina	<ul style="list-style-type: none"> • Účinnost dané politiky a způsob její implementace je ovlivňuje v rozhodování a výběru stejně jako samotné pacienty. Jsou součástí celého týmu pečujících a ošetřujících lidí.⁴

Zdroj: autorka podle závěrečné práce Nedostatek kapacit v agenturách poskytujících domácí hospicovou péči v České republice, 2013

2011-2013, str. 38, <http://www.taborcz.eu/komunitni-plan-socialnich-sluzeb-v-tabore-2011-2013/d-7943/p1=2953>

⁴ Zde uvádím úryvek z dopisu syna pacientky: „Dovoluji si tímto vyjádřit upřímný dík za pomoc, které se mi dostalo od Vaší sestřičky paní D. v minulých dnech. Díky této pomoci mohla prožít moje maminka své poslední sny klidně a důstojně ve svém domově a u své rodiny, tváří v tvář této osobní zkušenosti jsem si teprve v plné šíři uvědomil, jak obdivuhodná je Vaše činnost a jak pomáhá ulehčit nejen nemocným, ale i jejich blízkým v té nejtěžší životní situaci. Přesvědčil jsem se zároveň, že tzv. domácí hospicová péče, kdy přicházíte za nemocnými do jejich vlastního prostředí, je skutečně báječný projekt, protože existuje jistě řada lidí, kteří by se jinak rádi postarali o svého těžce nemocného blízkého, ale potřebují někoho, kdo by jim pomohl a poradil.“ In Sociální služby, Sociální služby v hospicích v ČR, ročník 13, číslo 3/2011

Příloha č. 2 – Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících“

Shromáždění doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

- a) *„uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči, a že přijmou příslušná opatření (paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech, rovný přístup k přiměřené paliativní péči pro všechny, aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající, a aby jejich snaha byla profesionálně podporována, aby ustavily ambulanti týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně, ...)*
- b) *budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření (žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným, a že na ni nebude nikým činěn nátlak, aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, ...)*
- c) *zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob (uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“, přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby, ...)”⁵*

⁵ Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících“, dostupné na: <http://www.umirani.cz/res/data/010/001137.pdf>

Příloha č. 3 – Koncepce paliativní péče v ČR, 2004

„Zásadní a dlouhodobé zlepšení péče o umírající nemůže být záležitostí pouze úzké skupiny odborníků a poskytovatelů paliativní péče, ale předpokládá hlubší změny na několika vzájemně propojených rovinách:

- a) **Paliativní péče bude vždy závislá na odborně vzdělaných a obětavých jednotlivcích.** Takových lidí nebude nikdy dostatek, vhodné podmínky však mohou způsobit, že jich bude řádově mnohonásobně více než v současné době. Úkolem kvalitního zdravotnického a sociálního systému musí být takové jednotlivce vyhledávat, umožňovat jim odborný růst a všestranně je podporovat.*
- b) **Paliativní péče se bude vždy opírat o síť přirozených vazeb.** Dlouhodobě úspěšná může být tedy paliativní péče pouze tehdy, pokud se zaměří také na rodinu a nejbližší okolí nemocného. Postupující individualizace společnosti a rozpad tradičních rodinných vazeb péči o umírající velmi ztěžují. Na druhé straně však všechny dosavadní zkušenosti svědčí o tom, že kvalitní paliativní péče může vztahy v rodinách a přirozených komunitách významným způsobem posílit.*
- c) **Kvalitní paliativní péče a její rozvoj předpokládá také změnu politických, ekonomických a institucionálních rámců.** Taková změna však nutně vyžaduje, aby se péče o umírající stala jedním z důležitých témat veřejné rozpravy a dlouhodobou prioritou státních orgánů, politických stran a místních samospráv.“⁶*

⁶ SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR (pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi)*,

str. 17, Hospicové občanské sdružení Cesta domů, Praha 2004, dostupné na:

<http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003426.pdf>

Příloha č. 4 – Návrh systému vzdělávacích programů v oblasti paliativní péče

1. „První stupeň (A – základní) je určen všem studentům, budoucím zdravotníkům (lékařům i ošetrovatelským profesím) a také zdravotníkům již graduovaným, pro které však paliativní péče představuje pouze malou část jejich klinické praxe. Hlavním cílem vzdělávání v této skupině je pochopení, vnímavost pro specifické problémy pokročilého a terminálního onemocnění, porozumění základním principům a postupům paliativní péče a jejich aplikaci v praxi.
2. Druhý stupeň (B – odborný) je určen pro zdravotníky pracující ve specializovaných zařízeních paliativní péče, popř. pro zdravotníky jiných oborů, kteří jsou v rámci svých oborů pravidelně konfrontováni se situacemi, které vyžadují komplexní paliativní péči. Cílem je prohloubení základů, tedy dobré znalosti a praktické dovednosti při řešení konkrétních klinických situací a současně podpora schopnosti dobré komunikace v rámci interdisciplinárního týmu.
3. Třetí stupeň (C – speciální) představuje specializační odbornou přípravu v oboru paliativní péče určenou pro zdravotníky pracující na vedoucích místech zařízení specializované paliativní péče, kteří jsou kromě vlastní klinické činnosti aktivně zapojeni do výuky a výzkumu paliativní péče.“⁷

⁷ Vzdělávání v paliativní péči, 2004, str.8, dostupné na:
<http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003428.pdf>

Příloha č. 5 – Finanční podpora pobytové a terénní formy péče Valerie Machové

Rok	Objem finančních prostředků do sociálních služeb ve městě Děčín⁸	Finanční podpora konkrétní služby – Valerie Machová⁹
2011	1 416 000,-	50 700,-
2012	1 992 770,-	22 000,-
2013	2 162 680,-	30 000,-

⁸ Informace dostupná na: http://komunitni.mmdecin.cz/dokumenty/cat_view/68-dotacni-rizeni

⁹ tamtéž