

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Ekonomické dopady paliativní péče na klienta a jeho rodinu

Markéta Stehlíková

Bakalářská práce
2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Markéta Stehlíková**
Osobní číslo: **Z12100**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Ekonomické dopady paliativní péče na klienta a jeho rodinu**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

1. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-802-4731-711.
2. STUDENT, Johann-Christoph; Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. Sociální práce v hospicích a paliativní péče. 1. vyd. Jinočany: 2006, 161 s. ISBN 80-731-9059-1.
3. SLÁMA, Ondřej; Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína pro praxi. 2. nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-807-2628-490.
4. ULRICHOVÁ, Monika. Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 143 s. ISBN 978-807-0417-430.
5. VORLÍČEK, Jiří, Zdeněk ADAM a Yvona POSPÍŠILOVÁ. Paliativní medicína. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada-Avicenum, 2004, 537 s. ISBN 80-247-0279-7.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Marie Macková, Ph.D.

Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce:

1. října 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

17. července 2015


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. března 2015

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 03. 07. 2015

Markéta Stehlíková

PODĚKOVÁNÍ

Moc ráda bych tímto způsobem poděkovala vedoucí mé práce, paní PhDr. Marii Mackové, Ph. D. za věnovaný čas, odborné vedení a pomoc při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na mém dotazníkovém šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat organizaci Cesta domů, Hospici Anežky České v Červeném Kostelci a Hospici Sv. Alžběty v Brně, kde mi bylo umožněno provádět výzkum.

ANOTACE

Bakalářská práce na téma „Ekonomické dopady paliativní péče na klienta a jeho rodinu“ je teoreticko-průzkumná/výzkumná práce. Teoretická část se věnuje poznatkům paliativní péče, definuje obecné pojmy, rozdělení a organizační formy paliativní péče, dále pak konkrétně pojednává o financování jednotlivých sektorů paliativní péče a příjmech klientů. Ve výzkumné části jsou rozebrány výsledky z dotazníků, kde se zjišťoval pohled klientů paliativní péče na jejich životní úroveň.

KLÍČOVÁ SLOVA

paliativní péče, hospic, domácí péče, umírání, finance

TITLE

Economic impact of palliative care on the client and his family

ANNOTATION

The bachelor thesis on the topic “Economic impacts of palliative care on a client and his family” is both theoretically-analytical and empirical. The theoretical part devotes itself to findings about palliative care, defining general concepts, classification, and palliative care institutions, and furthermore clarifies the funding of each palliative care sector and the revenues of its clients. In the empirical section results from the questionnaires regarding palliative care client’s point of view on their living conditions are presented.

KEYWORDS

palliative care, hospice, home care, dying, finance

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 10 |
| CÍLE PRÁCE..... | 12 |
| I TEORETICKÁ ČÁST..... | 13 |
| 1 PALIATIVNÍ PÉČE..... | 13 |
| 1.1 Definice paliativní péče..... | 13 |
| 1.2 Cílová skupina paliativní péče..... | 14 |
| 1.3 Rozdělení paliativní péče..... | 14 |
| 1.3.1 Obecná paliativní péče..... | 14 |
| 1.3.2 Specializovaná paliativní péče..... | 15 |
| 1.4 Organizační formy specializované paliativní péče..... | 15 |
| Lůžkový hospic..... | 15 |
| Domácí hospic..... | 16 |
| Stacionární paliativní péče..... | 17 |
| Ambulance paliativní medicíny..... | 17 |
| Konziliární tým paliativní péče..... | 17 |
| Oddělení paliativní péče..... | 18 |
| Speciální hospicová poradna..... | 18 |
| 2 PALIATIVNÍ PÉČE A FINANCE..... | 19 |
| 2.1 Financování lůžkových hospiců..... | 19 |
| 2.2 Financování domácích hospiců..... | 19 |
| 2.3 Pilotní program mobilní paliativní péče..... | 20 |
| 3 PŘÍJMY KLIENTŮ..... | 22 |
| 3.1 Starobní důchod..... | 22 |
| 3.2 Invalidní důchod..... | 22 |
| 3.3 Nemocenská..... | 23 |
| 3.4 Příspěvek na péči..... | 23 |
| 3.5 Příspěvek na mobilitu..... | 24 |
| II VÝZKUMNÁ ČÁST..... | 25 |
| 4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY..... | 25 |
| 5 METODIKA..... | 26 |
| 5.1 Typ výzkumu..... | 26 |
| 5.2 Organizace výzkumného šetření..... | 26 |
| 5.3 Výzkumný vzorek..... | 27 |
| 5.4 Zpracování získaných dat..... | 27 |
| 6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ..... | 28 |
| 7 DISKUZE..... | 57 |
| 8 ZÁVĚR..... | 60 |
| 9 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ..... | 62 |
| 10 PŘÍLOHY..... | 65 |

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 Pohlaví respondentů | 28 |
| Obrázek 2 Věk respondentů..... | 29 |
| Obrázek 3 Rodinný stav respondentů | 30 |
| Obrázek 4 Počet osob ve společné domácnosti..... | 31 |
| Obrázek 5 Forma finančního příjmu..... | 32 |
| Obrázek 6 Příspěvek na péči..... | 34 |
| Obrázek 7 Stupeň příspěvku na péči..... | 35 |
| Obrázek 8 Příspěvek na dopravu | 36 |
| Obrázek 9 Jiné příspěvky..... | 37 |
| Obrázek 10 Výše měsíčního rodinného příjmu..... | 38 |
| Obrázek 11 Forma paliativní péče | 40 |
| Obrázek 12 Využívání služeb paliativní péče..... | 41 |
| Obrázek 13 Doba využívání služeb paliativní péče | 43 |
| Obrázek 14 Finančně náročné oblasti paliativní péče..... | 44 |
| Obrázek 15 Dostatečnost rodinného měsíčního příjmu | 46 |
| Obrázek 16 Změny ve finančních výdajích | 47 |
| Obrázek 17 Možnosti změn finančních nákladů..... | 48 |
| Obrázek 18 Navýšení finančních výdajů | 49 |
| Obrázek 19 Uspokojení základních životních potřeb | 50 |
| Obrázek 20 Uspokojení jiných potřeb | 51 |
| Obrázek 21 Finanční výpomoc | 52 |
| Obrázek 22 Velikost nákladů za služby paliativní péče..... | 53 |
| Obrázek 23 Využití jiné péče..... | 54 |
| Obrázek 24 Typy jiné péče | 55 |
| Obrázek 25 Důvody pro změnu péče..... | 56 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome, Syndrom získaného deficitu imunity

CSSZ – Česká zpráva sociálního zabezpečení

ČR – Česká republika

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

CHOPN – Chronická obstrukční plicní nemoc

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO – Světová zdravotnická organizace

ZTP – Osoba zvlášť těžce postižena

ZTP/P – Osoba zvlášť těžce postižena s průvodcem

ÚVOD

Téma bakalářské práce „Ekonomické dopady paliativní péče na klienta a jeho rodinu“ jsem si vybrala, protože mi přišlo zajímavé a o tomto tématu jsem moc nevěděla. V době, kdy jsem si vybírala námět bakalářské práce, jsem o paliativní péči věděla jen základní pojmy. V průběhu zpracování jsem získala spoustu nových poznatků, ale i názorů mého okolí na tuto problematiku. Přišlo mi zajímavé, že lidé v mém okolí se na mě dívali s údivem, že jsem si vybrala bakalářskou práci o umírajících. Myslím, že tato problematika je hodně tabuizována a lidé se o smrti bojí mluvit. Tento strach může pocházet z bezmocnosti a obavy o nemocného nebo připomenutím vlastní smrtelnosti. Může být způsoben i skutečností, že smrt se stala institucionalizovanou záležitostí a tím se od nás oddálila. Tématika smrti a umírání je velmi citlivé téma, na které lidé nahlíží jako na něco špatného či zakázaného. Dá se říci, že smrt je v dnešní době brána jako trest. Tuto myšlenku vystihuje citát Platóna: „*Nikdo neví, co je smrt, a přece se jí všichni bojí, jako by uznávali, že je největším zlem, třeba je pro člověka největším dobrem.*“ Postoj mého okolí mě utvrdil v tom, že jsem si vybrala správné téma, kterého se není třeba bát, ale řešit ho.

V teoretické části mé práce se věnuji definici paliativní péče, cílové skupině, rozdělení a jednotlivým organizačním formám specializované paliativní péče. Dále se zaměřuji na problematiku financování této sféry a finanční příjmy klientů. Ve výzkumné části rozebírám jednotlivé otázky z dotazníkového šetření, které jsem v rámci této práce provedla.

V dnešní době hrají finance velkou roli ve všech životních sférách. Tato skutečnost je dána proměnou ekonomických aktivit rodin, kdy se rodina jako společenská skupina stala závislá na fungování celé společnosti. Dřívější patriarchální rodiny byly výrazně ekonomicky aktivní v oblasti výroby, což vedlo k finanční stabilitě. Do výrobního procesu byli zapojeni všichni členové rodiny, což vedlo i k větší spjatosti všech členů. Život dnešní rodiny ve velkém městě je zcela odkázán na organizaci a aktivitu společnosti, protože výrobní aktivita zcela vymizela a sní i finanční jistota.

Peníze jsou v současné době něco, co potřebujeme k uspokojení našich lidských potřeb. Množství peněz určuje naši životní úroveň a možnosti. A právě množství možností řeší nevyčísitelně nemocný a jeho rodina po sdělení diagnózy. Nemocný začne mít v tuto chvíli spoustu obav a jednou z nich je, jak finančně zajistit rodinu. Naopak rodina řeší, jak nemocnému zajistit co nejlepší léčbu a péči, a to někdy za jakoukoliv cenu. Rodina je pro nemocného schopna udělat cokoli, aby prodloužila jeho délku života nebo poskytla

nadstandardní služby. Zde může nastat problém, kdy se rodina zadluží nebo prodá svůj majetek, což může mít vliv na bytí rodiny i několik let dopředu. Proto by se na financování této oblasti měl podílet více stát, který by měl zamezit snížení životní úrovně rodin umírajícího. V České republice je legislativní podpora paliativní péče, na rozdíl od sousedních zemí, teprve v začátcích, ale Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče se snaží zvýšit kvalitu paliativní péče, jak z pohledu poskytovatelů, tak státu.

CÍLE PRÁCE

Hlavní cíl:

Zjistit ekonomický dopad paliativní péče na klienta a jeho rodinu.

Dílčí cíle:

Zjistit ekonomický dopad lůžkové paliativní péče na klienta a jeho rodinu.

Zjistit ekonomický dopad domácí paliativní péče na klienta a jeho rodinu.

I TEORETICKÁ ČÁST

„Smrt není porážka, jako ani život není vítězství“

Reinhard Abeln, Anton Kner

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Tato kapitola se zabývá definicí paliativní péče. Dále rozebírá cílovou skupinu, pro kterou je tato péče určena. Další část pojednává o rozdělení a organizačních formách paliativní péče.

1.1 Definice paliativní péče

Definice paliativní péče můžeme najít mnoho, avšak všechny mají společné cíle, které chtějí pro nemocného to nejlepší.

To znamená zajistit důstojné umírání a mírnit utrpení, což souvisí ztlumením bolesti fyzické, tak i duševního charakteru. Dalším bodem paliativní péče je zajistit nemocnému co nejlepší kvalitu života, která může pozitivně ovlivňovat celý průběh onemocnění. Dobrá kvalita života se netýká pouze zmírnění somatických obtíží, ale řeší i problémy v oblasti psychické, sociální a duchovní. V neposlední řadě by se kvalitní paliativní péče měla postarat o rodinu a blízké okolí nemocného. Poskytnutí pomoci v průběhu onemocnění nemocného a v období smutku je velmi důležité (Nováková, 2011, s. 184–185).

Světová zdravotnická organizace WHO v roce 1990 definovala Paliativní péči jako: „*aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů. Cílem paliativní péče je dosažení nejlepší možné kvality života pro nemocné a jejich rodiny*“ (Munzarová, 2005, s. 62).

V roce 2002 Světová zdravotnická organizace WHO definici doplnila o velmi důležité aspekty paliativní péče: „*Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, a to prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží*“ (Plevová a kol., 2011, s. 106).

Tato definice, na rozdíl od předchozích, nebere paliativní péči pouze z pohledu terminálně nemocných, kterým zbývá pouze pár dní života, ale bere ohled na všechny nemocné s život ohrožujícím onemocněním. Řeší i problémy v průběhu onemocnění, ne pouze obtíže spojené s konečným stadiem nemoci (Vaňásek, Čermáková, Kolářová, 2013, s. 6–7).

1.2 Cílová skupina paliativní péče

Cílovou skupinou paliativní péče jsou pacienti, jejichž nemoc přestává reagovat na kurativní léčbu. Jedná se o pacienty v pokročilých a terminálních stádiích nevléčitelných onemocnění (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 28–30).

Mezi onemocnění a stavy, které potřebují paliativní péči, patří zejména onkologická onemocnění, konečná stadia chronických orgánových onemocnění (chronické srdeční, játrové nebo renální selhání), neurodegenerativní onemocnění typu roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, demence. Pacienti s diagnózou AIDS, CHOPN, polymorbidní geriatričtí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu, kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháním v prostředí intenzivní péče, ale i některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění, jako je například cystická fibróza (Plevová a kol., 2011, s. 106–107).

1.3 Rozdělení paliativní péče

Paliativní péče byla rozdělena na dvě základní formy podle míry komplexnosti (Plevová a kol., 2011, s. 108). Přechod mezi oběma formami by měl být plynulý a snadno návazný, protože klienti se mohou nacházet již v pokročilém stavu nemoci, což vyžaduje rychlé jednání (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 30–31).

1.3.1 Obecná paliativní péče

Úroveň této péče by měla být poskytnuta v každém zdravotnickém zařízení jednotlivými zdravotníky v rámci jejich odbornosti. Základem této formy péče je sledování a následné vyhodnocení stavu nemocného. Důležité je zhodnocení účelnosti další možné léčby a zajištění co nejlepší kvality života prostředky, které klasická medicína nabízí (Marková, 2010, s. 20–21).

1.3.2 Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je poskytována v různých typech zařízení, jejichž prioritou je naplnit všechny cíle paliativní péče. Hlavním zaměřením těchto zařízení je poskytování kvalitní paliativní péče. V těchto typech zařízení je pacientům poskytována odborná péče, kterou zajišťuje interdisciplinární tým kvalifikovaných odborníků v oblasti paliativní péče. Do tohoto týmu řadíme lékaře, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, pastoračního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta a dobrovolníky (Nováková, 2011, s. 186).

Sláma, Kabelka a Vorlíček (2011, s. 30–32) uvádí, že specializovaná paliativní péče zahrnuje různé formy poskytování. Jedna z forem je paliativní péče v hospicích, kterou můžeme rozdělit na lůžkový hospic a stacionární paliativní péči. Zvláštní formou je domácí hospic, kdy je péče poskytována většinou v domácím prostředí. Další forma péče je v nemocničním prostředí, pod které spadá oddělení paliativní péče, ambulance paliativní péče a konziliární paliativní tým. Poslední forma paliativní péče jsou speciální hospicové poradny.

1.4 Organizační formy specializované paliativní péče

Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je zdravotně-sociální zařízení poskytující specializovanou paliativní péči nevyлéčitelně nemocným, jejichž smrt je očekávána v časovém rozmezí maximálně do půl roku od přijetí do hospice (Ulrichová, 2009, s. 100).

Hospic je zvláštní typ zařízení, který poskytuje ošetrovatelskou péči na nemocniční úrovni, avšak nemocnici se vůbec nepodobá, spíše má vzhled domácího prostředí. Režim v hospici je také zcela odlišný od režimu v nemocnici. Nemocný si sám organizuje návštěvy, dobu hygieny, stravy. Nosí své oblečení, na které je zvyklý a ve kterém se cítí dobře. Hospic nabízí svým klientům obvykle jednolůžkové pokoje, kde se nachází přistýlka pro rodinné příslušníky, kteří mohou být s nemocným 24 hodin denně. Rodinní příslušníci zde nejsou jako „ošetrovatelé“, je pouze na nich, jak se chtějí do ošetrovatelského procesu zapojit. Nemocnému mohou dělat pouze společnost a doprovázet ho v jeho těžké životní chvíli (Haškovcová, 2000, s. 42–43).

Kupka (2014, s. 29) uvádí jako průměrnou dobu pobytu nemocného v hospici dobu okolo tří týdnů, ale není to pravidlem. Pobyt se může i opakovat.

S dobou pobytu nemocného v hospici souvisí různá období, kterými si nemocný a rodina prochází. Svatošová (2008, s. 132) tyto období rozděluje na tři časové úseky. Prvním obdobím je „*Prefinem*“, kdy pacient zjistí neúčinnost léčby a nemožnost zlepšení zdravotního stavu kurativní léčbou. Může dojít ke zhoršení zdravotního stavu a uvědomění si vlastní smrti. Druhé období „*In finem*“ je těžké, jak pro umírajícího, tak pro příbuzné, kteří se v tuto chvíli loučí se členem rodiny. Nemocnému ubývají síly, tělesná schránka postupně chátrá, až dojde k smrti. Posledním a ne méně důležitým obdobím je „*Post finem*“, kdy dochází k poslednímu důstojnému rozloučení, péči o mrtvé tělo a péči o pozůstalé. Ve všech těchto fázích by měla být zajištěna péče o nemocného a jeho blízké. Důležité je, aby se neopomíjelo období *post finem*, protože toto období může být pro příbuzné stěžejní.

Příbuzní se musí s klientem rozloučit a smířit se s jeho odchodem, což pro některé členy rodiny nemusí být jednoduché. V této fázi může rodinně pomoci psycholog nebo pouze rozhovor s personálem hospice.

Domácí hospic

Z různých průzkumů vyplývá, že pro většinu těžce nemocných je umírání v domácím prostředí tou nejlepší alternativou. Pro nemocného je domov místo dobře známé, kde se cítí dobře a kde si sám může řídit svůj denní režim. Na rozdíl od některých ústavních zařízení, kde denní režim je dán provozními podmínkami (Vorlíček, Adam, Pospíšilová, 2004, s. 505).

Jak už bylo řečeno, většina lidí by chtěla zemřít doma, to však není ve velkém množství případů možné hned z několika důvodů. Hlavním důvodem může být nedostupnost služeb domácí paliativní péče v okolí nemocného. Dalším důvodem jsou zpravidla nezvladatelné symptomy, které vyžadují náročnou ošetrovatelskou péči. V neposlední řadě je řešen problém, že nemocný nemá nikoho, kdo by se o něj postaral, což je pro domácí paliativní péči zásadní překážkou (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 329).

Pokud jsou ovšem splněny všechny podmínky pro zajištění domácí hospicové péče, není důvod, aby nemocnému tyto služby nebyly poskytnuty a jeho přání zemřít doma nebylo splněno.

Domácí paliativní péči poskytuje tým lékařských i nelékařských odborníků a dobrovolníků, kteří garantují péči o nemocného 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. Tato péče probíhá formou návštěv, kdy je kontrolován stav nemocného a funguje také jako pomoc a podpora rodinám, které o nemocného pečují (Nováková, 2011, s. 187–188).

Podle Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2011, s. 329) je pečování o nemocného v domácím prostředí velice náročné. Pro pečujícího je to obrovská zátěž fyzická, psychická, ale může to být i zátěž ekonomická, která souvisí se ztrátou zaměstnání v důsledku získání nové role „pečujícího“ a ztrátou role „zaměstnaného“ (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 329).

Stacionární paliativní péče

Stacionární paliativní péči můžeme znát pod pojmem denní stacionář paliativní péče nebo také hospicové stacionáře. Tato forma péče je oblíbena především v zahraničí, v České republice není tak častá. Stacionář poskytuje péči nemocnému v rozmezí několika hodin. V praxi to bývá tak, že rodina přiveze nemocného ráno a v odpoledních či večerních hodinách si ho odváží zpět domů (Haškovcová, 2000, s. 48–49).

Dopravu nemocného může zajistit i stacionář, pokud takovou službu nabízí. Stacionární péče je vhodnou alternativou pro nemocné z blízkého okolí, kteří hledají společnost, aktivity, zdravotní pomoc či odpočinek pro pečující rodinu (Ulrichová, 2009, s. 99–100).

Haškovcová (2000, s. 48–49) uvádí tuto formu péče jako dobrou kombinaci, která nabízí nemocnému možnost pobývat doma a zároveň oddaluje klasickou hospitalizaci, která bývá pro nemocného velice zatěžující.

Ulrichová (2009, s. 100) ve stacionární péči vidí jednu nevýhodu. Tato nevýhoda je transport, který je pro nemocného velmi namáhavý a vysilující, proto tato forma péče není tolik využívána.

Ambulance paliativní medicíny

Zajišťuje ambulantní paliativní péči do zařízení sociální péče a do domácího prostředí nevléčitelně nemocných. Ambulance zpravidla spolupracuje s praktickým lékařem a se službami, které se věnují paliativní péči nebo péči domácí (www.cestadomu.cz, 2015, Slovníček).

Konziliární tým paliativní péče

Konziliární tým využívá znalosti a zkušenosti v oblasti paliativní péče, díky kterým nabízí odborné poradenství. Zázemí týmu je v nemocnicích a léčebnách, avšak s jejich širší působností mohou pracovat i v domácí péči. Výhodou konziliárního týmu je, že pacienti mohou zůstat na jakémkoliv oddělení. Minimální obsazení konziliárního týmu je lékař, zdravotní sestra a sociální pracovník (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 31).

Oddělení paliativní péče

Oddělení paliativní péče se nachází v nemocnicích nebo léčebnách, kde poskytují nemocným komplexní paliativní péči a zároveň poskytují ostatní služby potřebné k diagnostice a léčbě nemoci. Toto oddělení je pro nemocné, kteří se neobejdou bez pomoci zdravotnického zařízení. Poskytuje zázemí pro konziliární tým a má výchovnou a vzdělávací roli v oblasti specializované paliativní péče (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011, s. 31).

Student a kol. (2006, s. 97) uvádí výhody a nevýhody této formy péče. Mezi výhodu paliativního oddělení patří plná úhrada nákladů ze zdravotního pojištění. Nevýhodou jsou přísné podmínky, které hodnotí přijetí a délku pobytu. Tyto podmínky nerespektují přání ani psychosociální důvody nevléčitelně nemocných.

Speciální hospicová poradna

Posláním speciální hospicové poradny je poskytnout poradenství v péči o nevléčitelně nemocné, umírající a současně nabízí pomoc a podporu pozůstalým. Poradny nabízí poradenství telefonické a internetové, některé i přímé (Kupka, 2014, s. 29).

2 PALIATIVNÍ PÉČE A FINANCE

V této kapitole je rozebrána problematika financování lůžkových hospiců, domácích hospiců a je zde zmíněn aktuální pilotní program mobilní paliativní péče.

2.1 Financování lůžkových hospiců

Hospice jsou většinou nestátní neziskové organizace, které nemají přímého zřizovatele (např. Kraj), proto nemají stálý rozpočet, ze kterého by hradily všechny náklady. Provoz hospiců je financován vícezdrojově. Finanční zdroje hospiců jsou poskládány z příspěvků od klientů, z dotací ministerstva práce a sociálních věcí, v některých případech přispívají i kraje a obce. V neposlední řadě to jsou příspěvky a dary od nadací, sponzorů, pacientů a jejich rodin.

Zdravotní složka paliativní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami, ale paliativní péče není jen o zdravotní péči. Paliativní péče je také o péči nezdravotnické (sociální), ale tato sféra financování není stále dořešena. V praxi se náklady na jeden den klienta v hospici pohybuje okolo 2000 Kč. Tato částka zahrnuje veškeré služby, které klient potřebuje, avšak zdravotní pojišťovny hradí pouze 50–60 % z této částky. O další finance do rozpočtu žádají hospice, obce, města, kraj a MPSV. Tyto zdroje tvoří asi 20 % celkového rozpočtu hospiců. Problém v této sféře financování je, že na tyto dotace není právní nárok. To znamená, že v tomto zdroji není finanční jistota, nehledě na dlouhou vyřizovací dobu. Do rozpočtu hospice přispívají samozřejmě i sami klienti. Tato částka je úměrná jejich příjmu proto, aby tyto služby mohli využívat lidé ze všech ekonomických vrstev. Každý hospic si tuto finanční částku stanovuje sám, podle náročnosti péče o klienta. Tato částka se hradí částečně z příspěvku na péči a částečně z vlastního příjmu (www.asociacehospicu.cz, 2014, Právní rámec pro hospice).

2.2 Financování domácích hospiců

Toto téma je jedno z nejdiskutovanějších problémů paliativní péče v ČR. Jak už jsem jednou zmínila, většina nevléčitelně nemocných by si přála zemřít doma. Bohužel z pohledu legislativy a financování se na toto přání nebere ohled. Je překvapující, že v ČR stále neexistuje systém financování domácí péče zdravotními pojišťovnami, když v některých zemích již tento systém existuje.

V sousedním Rakousku a Německu tento systém existuje již nějakou dobu. Zhruba 10 % nevyléčitelně nemocných dožije doma v péči plně hrazené ze zdravotního pojištění. V těchto zemích je legislativně dán zákonný nárok na tento typ péče. Naproti tomu v České republice zcela chybí vstřícné sociální a finanční zabezpečení pečujících v domácím prostředí. Proto dvacítku mobilních hospiců funguje jen díky grantům, veřejným sbírkám a darům (www.asociacehospicu.cz, 2014, Právní rámec pro hospice).

Náklady za jeden den klienta v domácí hospicové péči se pohybují okolo 1900 Kč. Klienti se částečně podílí na úhradě této částky, jejich spoluúčast se pohybuje okolo 100–200 Kč na den, což je jen malá část z celkových nákladů (www.asociacehospicu.cz, 2015, Pilotní program mobilní specializované péče).

2.3 Pilotní program mobilní paliativní péče

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Ministerstvo zdravotnictví a Všeobecná zdravotní pojišťovna připravily pilotní program, který má spočítat náklady na domácí paliativní péči a zároveň porovnat stávající náklady za péči o umírající pacienty v trvajícím systému. Pilotní program také prověří bezpečnost, odbornou úroveň a přínos mobilních hospiců pro pacienty. Do programu bude zahrnuto 350 klientů, kteří jsou pojištěnci VZP. U těchto klientů bude mobilní hospic zaznamenávat spoustu údajů, které pomohou vyhodnotit pilotní program. Poté zdravotní pojišťovna proplatí u této části klientů péči v rozsahu maximálně 30 kalendářních dní. Částka, kterou VZP proplatí, se pohybuje v rozsahu 1161–1452 Kč, podle závažnosti stavu klienta. Po skončení programu se porovná finanční náročnost 350 klientů mobilního hospice s finanční náročností kontrolní skupiny, kterou tvoří stejný počet lidí, jež ve stejném období a stejných regionech zemřely za běžných podmínek na stejné základní a přidružené diagnózy. To znamená srovnání nákladů umírání doma za pomoci domácího hospice a nákladů na umírání v nemocnicích, léčebnách, domovech pro seniory nebo doma v péči domácí agentury či praktického lékaře. Program byl zahájen 1. 4. 2015, bude ukončen 31. 12. 2015.

Pilotního programu se účastní následující mobilní hospice:

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

Po ukončení programu se očekávají odpovědi na tyto otázky:

„V čem může péče mobilních hospiců umírajícím pacientům pomoci? Může zajistit lidem dožití doma ve vyšším počtu než stávající způsoby hrazené ze zdravotního pojištění? Je pro pacienty bezpečná? Je nákladnější než dnes pojišťovnamí hrazené typy péče o lidi na konci života?“

Pokud tento program odpoví alespoň na některé z těchto otázek, můžeme očekávat změny. Jestliže dojde ke zjištění, že náklady na domácí paliativní péči jsou menší, než na klasickou nemocniční péči, mohlo by dojít ke zlepšení přístupu zdravotních pojišťoven i státu v tématu financování domácí paliativní péče (www.asociacehospicu.cz, 2015, Pilotní program mobilní specializované péče).

3 PŘÍJMY KLIENTŮ

Příjmy většiny klientů paliativní péče se skládají ze starobního důchodu. Pacienti mladšího věku, kteří ještě nemají na starobní důchod nárok, mohou pobírat důchod invalidní nebo nemocenskou. V některých případech nemocný může stále pracovat nebo naopak se může ocitnout zcela bez příjmu. Určité části nemocných je přiznán příspěvek na péči, který by měl zabezpečit potřebné služby. V ojedinělých případech mohou být přiznány i dalších různé příspěvky, na které mají daní jedinci nárok, například příspěvek na mobilitu. Při nedostatku financí nemocnému často vypomáhají členové rodiny, kteří chodí do zaměstnání. Někdy ale může nastat situace, kdy rodina musí sáhnout do rodinných úspor či si peníze vypůjčit, aby nemocnému zajistili potřebnou péči.

3.1 Starobní důchod

Většina klientů paliativní péče je staršího věku, proto se jejich finanční zajištění odvíjí od výše starobního důchodu. Starobní důchod je dávka sociálního pojištění, která zajišťuje finanční zabezpečení ve stáří, to znamená v postproduktivním věku. Na starobní důchod má nárok pojištěnec, který získal nejméně 15 let důchodového pojištění a dosáhl důchodového věku. Výše starobního důchodu je určena ze součinu průměrného osobního mzdového bodu, doby důchodového pojištění a aktuální důchodové hodnoty (Hrozenská, Dvořáková, 2013, s. 89).

3.2 Invalidní důchod

Invalidní důchod je určen osobám, u kterých nastal pokles pracovních schopností nejméně o 35 % v důsledku dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Zdravotní stav pojištěnce posuzuje posudkový lékař OSSZ nebo ČSSZ. Pojištěnec má nárok na invalidní důchod, jestliže nedosáhl věku 65 let nebo důchodového věku, je-li důchodový věk vyšší než 65let a stal se *„invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod, popřípadě, byl přiznán starobní důchod, pokud nedosáhl důchodového věku, nebo invalidním následkem pracovního úrazu.“*

Invalidita je rozdělena do tří stupňů. Stupeň invalidity závisí na rozsahu poklesu pracovních schopností, které byly způsobeny dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem. Stupeň invalidy určuje výši invalidního důchodu (Duková, Duka, Kohoutová, s. 78–80).

3.3 Nemocenská

Pokud pracujícího postihne nemoc, vzniká tzv. pracovní neschopnost. To znamená, že pracující člověk přijde o klasickou výplatu. Z tohoto důvodu stát vytvořil systém nemocenského pojištění, který zabezpečuje výdělečně činné osoby, které ztratily příjem, peněžitými dávkami nemocenského pojištění. Nemocenské náleží pojištěncům od 15. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény, za kalendářní dny, nejdéle však trvá 380 kalendářních dnů ode dne vzniku dočasné pracovní neschopnosti nebo nařízení karantény. Výše nemocenského pojištění je určena dle denního vyměřovacího základu, což je 60 % denního redukovaného denního základu. Zákon upravuje také výplatu nemocenských dávek osobám ve starobním či invalidním důchodu (www.cssz.cz, 2014, Nemocenské).

3.4 Příspěvek na péči

Jedna z nejvyužívanějších a nejtěžejnějších sociálních dávek pro terminálně nemocné je příspěvek na péči, který je poskytován podle zákona 108/2006 sb., o sociálních službách, v platném znění. Příspěvek na péči je opakující se dávka, která je určena pro osoby starší jednoho roku a náleží osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby (Bužgová, 2015, s. 83).

„Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého stavu potřebuje pomoc jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném tzv. stupněm závislosti, pokud ji tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb nebo dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu“ (Sociální zabezpečení, ÚZ č. 1067, 2015).

Nárok a výše příspěvku je posuzována podle stupně závislosti, který je hodnocen ze zdravotního stavu, soběstačnosti a schopnosti zvládat základní životní potřeby. Závislost rozdělujeme na čtyři základní stupně. Stupeň I = lehká závislost, stupeň II = středně těžká závislost, stupeň III = těžká závislost a stupeň IV = úplná závislost. Výše příspěvku osobě starší 18 let za kalendářní měsíc činí dle stupně závislosti: 800 Kč, 4000 Kč, 8000 Kč, 12000 Kč. Výše příspěvku osobě mladší 18 let za kalendářní měsíc činí dle stupně závislosti: 3000 Kč, 5000 Kč, 9000 Kč, 12000 Kč (Bužgová, 2015, s. 83).

3.5 Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je jeden z příspěvků, který může klient paliativní péče pobírat. Dříve náležel každé osobě, která se opakovaně v kalendářním měsíci dopravovala a měla problémy v oblasti orientace a mobility. Dnes má nárok na tento příspěvek pouze držitel průkazu ZTP nebo ZTP/P, což ztížilo terminálně nemocným tento příspěvek získat.

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která náleží osobě starší 1 roku a je držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. 1.2014. Nárokující osoba se musí opakovaně v kalendářním měsíci dopravovat nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby. Pokud osoba splňuje zvláštní podmínky, může být přiznán příspěvek na mobilitu i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby. Výše příspěvku je 400 Kč za každý kalendářní měsíc (www.portal.mpsv.cz, 2015, Příspěvek na mobilitu).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

V této části bakalářské práce je popsána metodika zpracování a analýza výsledků, získaných díky dotazníkovému šetření pro zhodnocení výzkumných otázek a naplnění cílů.

4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě dílčích cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Jaká je finanční náročnost paliativní péče v hospici?
2. Jaká je finanční náročnost paliativní péče v domácí péči?

5 METODIKA

5.1 Typ výzkumu

K získání potřebných informací byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazníky byly sestaveny pro účely výzkumu k této bakalářské práci. Dotazníkové šetření bylo anonymní, na což byli respondenti upozorněni v úvodní části dotazníku, kde byli seznámeni s tématem bakalářské práce. Použitý dotazník se skládá z 25 otázek. Na začátku dotazníku byly otázky, které se týkaly sociodemografických údajů. Zbýlá část dotazníku se zaměřila na otázky, týkající se paliativní péče a financí respondentů. Otázky v dotazníku byly různého charakteru. Převážná většina otázek byla uzavřená, výběrová s možností výběru jedné odpovědi. Otázky 5, 12, 14 byly výčtové, kde byla možnost vybrat více odpovědí a současně tyto otázky byly polouzavřené. V dotazníku se objevují otázky otevřené (2, 13, 22, 24, 25) a otázka (15) byla škálová.

5.2 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března roku 2015 ve třech zařízeních paliativní péče. Se souhlasem všech zařízení mohu zveřejnit jejich oficiální názvy.

První dotazníkové šetření probíhalo v hospici Anežky České, kde jsem rozdala 20 dotazníků, ze kterých se podařilo vyplnit jen 12 dotazníků. Použitelných dotazníků bylo 11, protože jeden dotazník byl nesprávně vyplněn. Návratnost dotazníků v hospici Anežky České byla 60 %.

Z důvodu nedostatku nasbíraných dotazníků jsem provedla druhé dotazníkové šetření v hospici Svaté Alžběty v Brně. Zde jsem rozdala 20 dotazníků, ze kterých jsem 5 osobně vyplnila s klienty hospice. Během 3 týdnů mi sociální pracovnice zaslala zbytek dotazníků, 14 vyplněných a jeden nevyplněný dotazník. Návratnost dotazníků v hospici Sv. Alžběty je 95 %.

Celkový počet vyplněných dotazníků z lůžkového hospice je 30 respondentů. Celková návratnost dotazníků z lůžkových hospiců je 77,5 %.

Třetí dotazníkové šetření probíhalo ve spolupráci s organizací Cesta domů v Praze. Cesta domů mi nabídla realizaci výzkumu přes jejich profil na sociální síti. Na popud tohoto nápadu jsem vytvořila elektronický dotazník, který Cesta domů umístila na svůj facebookový profil. Dotazník byl aktivní 3 týdny, během kterých ho vyplnilo 23 respondentů. Tři dotazníky byly

vyplněny nesprávně, proto byly vyřazeny. Respondentů jsem chtěla nasbírat také 30, proto jsem znovu oslovila Cestu domů, která se pokusila zbylých 10 dotazníků vyplnit osobně v rodinách, což se nepodařilo. Proto konečný počet respondentů v domácí paliativní péči je 20 a celková návratnost dotazníků je 17,4 %.

5.3 Výzkumný vzorek

Dotazníkové šetření mělo dva výzkumné vzorky. Prvním výzkumným vzorkem byli klienti lůžkového hospice v Brně a Červeném Kostelci. Druhým výzkumným vzorkem byli klienti domácí paliativní péče, kteří využívají služby domácího hospice v Praze. Oba výzkumné vzorky vyplňovaly stejný dotazník.

5.4 Zpracování získaných dat

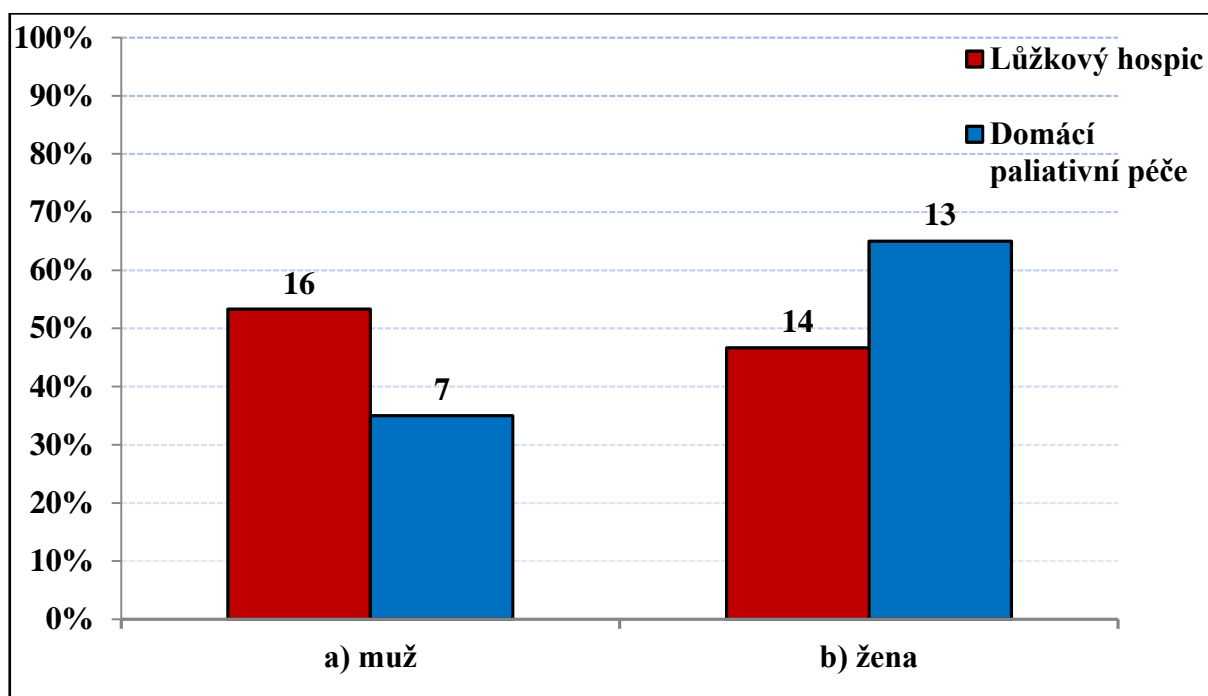
Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Office Excel 2010, kde byly jednotlivé výsledky otázek zpracovány do grafů.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Zpracování a znázornění získaných dat

Otázka č. 1 – Pohlaví

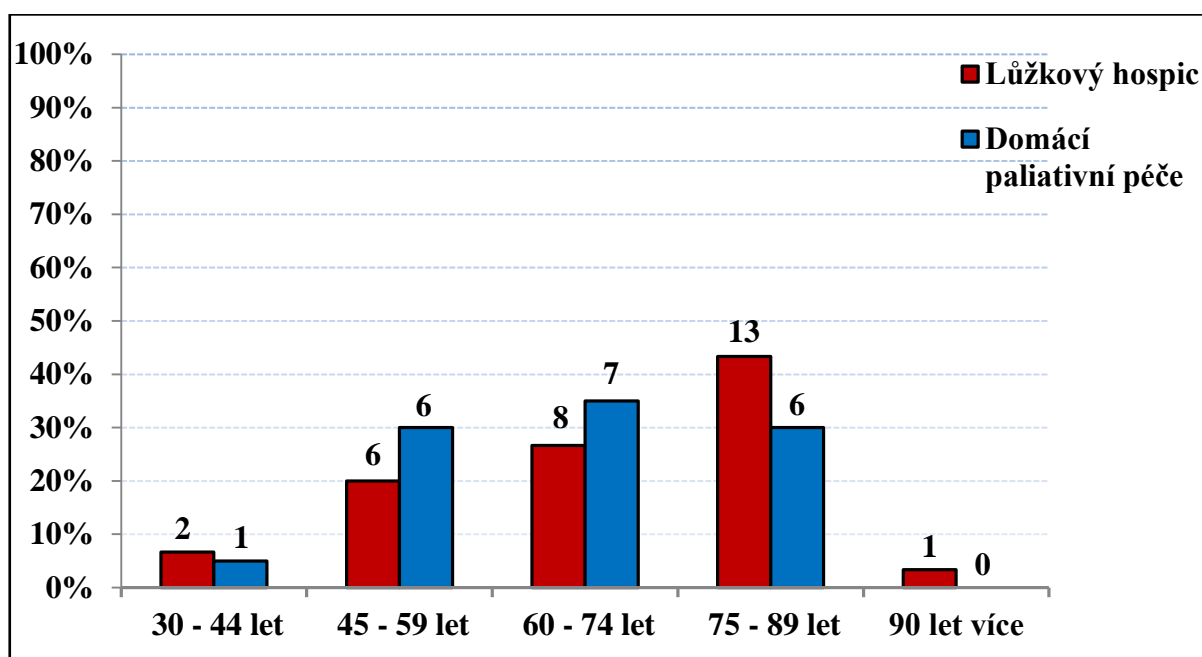
- a) Muž
- b) Žena



Obrázek 1 Pohlaví respondentů

První otázka se týkala pohlaví respondentů. Na dotazníkové šetření odpovídalo v lůžkovém hospici celkem 30 (100,0 % respondentů). Z toho bylo 16 mužů (53,3 %) a 14 žen (46,7 %). V domácí péči odpovědělo celkem 20 (100,0 % respondentů). Z toho bylo 7 mužů (35,0 %) a 13 žen (65,0 %). Viz Obrázek 1 Pohlaví respondentů.

Otázka č. 2 – Věk

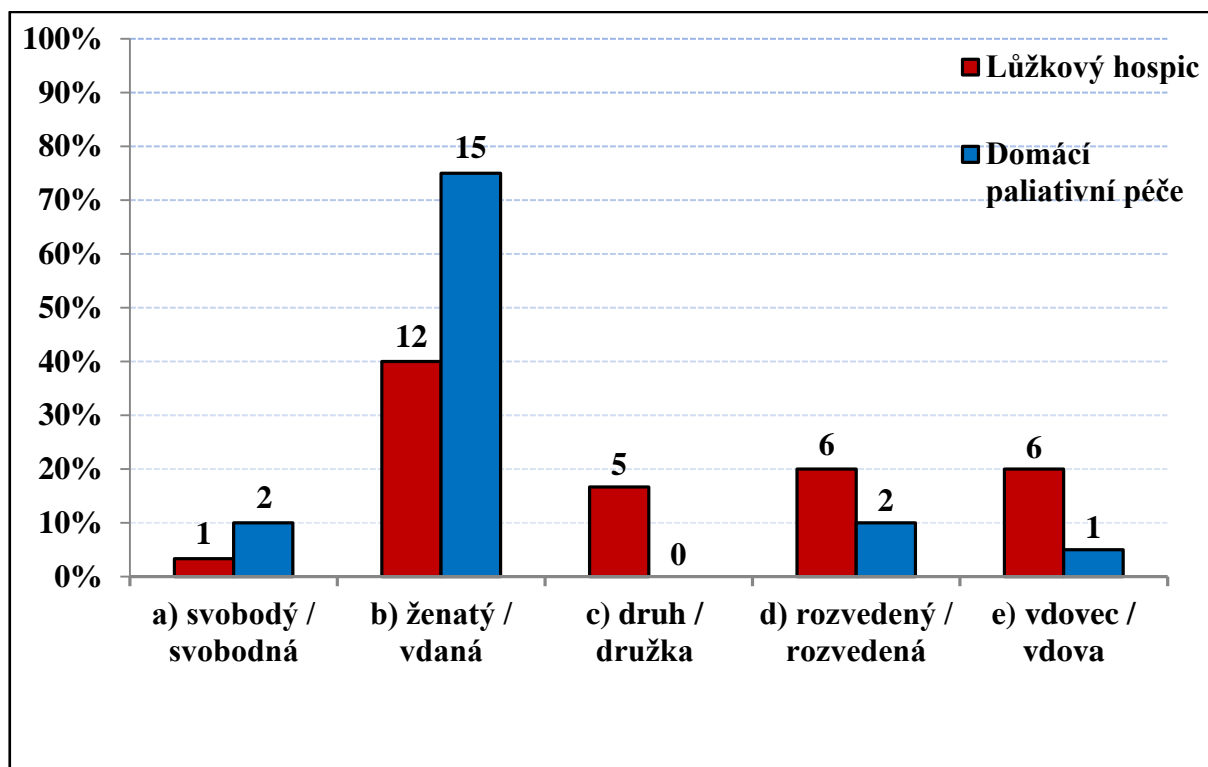


Obrázek 2 Věk respondentů

Druhá otázka byla zaměřená na věk respondentů. Tato otázka byla otevřená, což znamená, že respondenti vypisovali sami konkrétní hodnotu svého věku. Věk všech respondentů byl velmi různorodý, proto jsem hodnoty rozdělila do věkových intervalů. Jednotlivé věkové kategorie jsem nastavila podle členění Světové zdravotnické organizace (WHO). Ze získaných odpovědí vyplývá, že v lůžkovém hospici byli 2 respondenti ve věkové kategorii 30–44 let (6,7 %), v domácí péči byl v této věkové kategorii pouze 1 respondent (5,0 %). Nejméně zastoupená byla věková kategorie 90 a více let. V lůžkovém hospici byl v tomto věku pouze 1 respondent (3,3 %) a v domácí paliativní péči žádný (0,0 %). V hospici se stala nejpočetnější kategorie 75–89 let se 13 respondenty (43,3 %) a v domácí péči to byla kategorie 60–74 let se 7 respondenty (35,0 %). Druhá nejčastěji zvolená kategorie v lůžkovém hospici byla 60–74 let s 8 respondenty (26,7 %). Zastoupení respondentů ve věku 45–59 let a 75–89 let bylo v domácí paliativní péči zastoupeno shodným počtem 6 respondentů (30,0 %). Tento počet respondentů se vyskytl i v lůžkovém hospici v intervalu 45–59 let (20,0 %). Viz Obrázek 2 Věk respondentů.

Otázka č. 3 – Váš rodinný stav?

- a) Svobodný/svobodná
- b) Ženatý/vdaná
- c) Druh/družka
- d) Rozvedený/rozvedená
- e) Vdovec/vdova

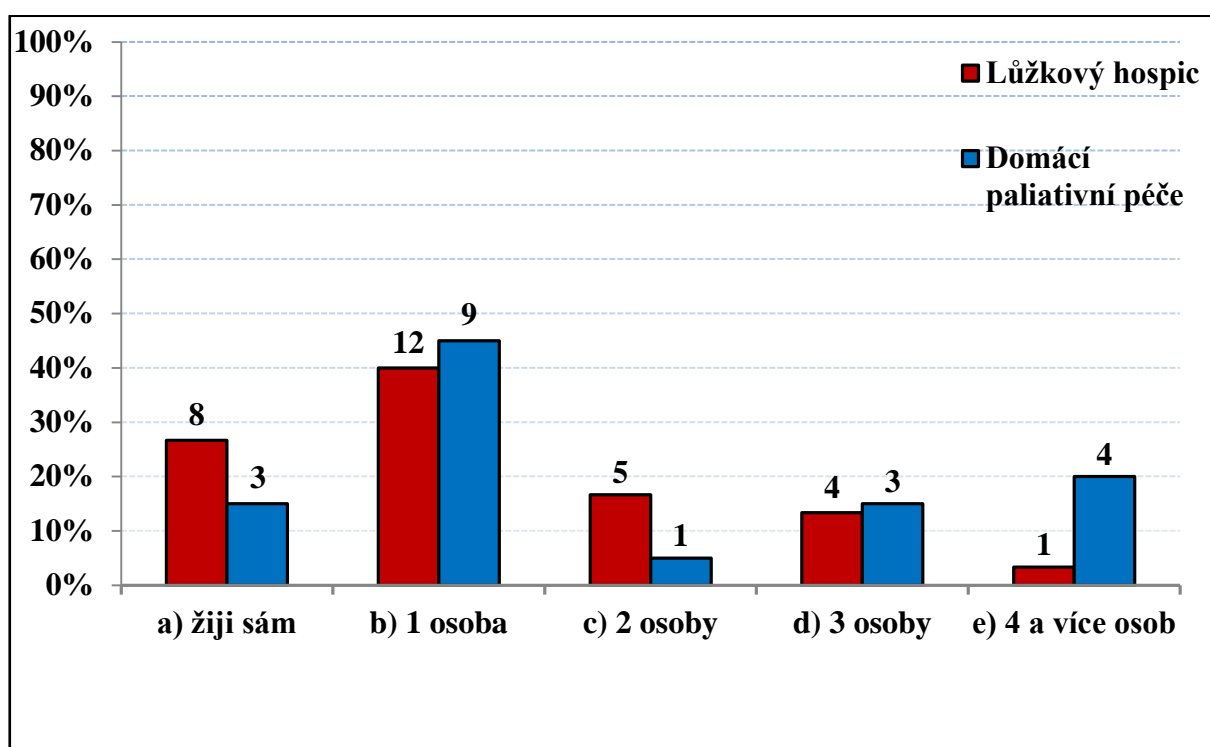


Obrázek 3 Rodinný stav respondentů

V této otázce respondenti uváděli svůj rodinný stav. V lůžkovém hospici respondenti uvedli následující odpovědi svobodný/svobodná – 1 respondent (3,3 %), ženatý/vdaná – 12 respondentů (40,0 %), druh/družka – 5 respondentů (16,7 %), rozvedený/rozvedená – 6 respondentů (20,0 %) a vdovec/vdova – 6 respondentů (20,0 %). Respondenti domácí paliativní péče uvedli tyto možnosti svobodný/svobodná – 2 (10,0 %), ženatý/vdaná – 15 (75,0 %), druh/družka – 0 (0,0 %), rozvedený/rozvedená – 2 (10,0 %) a vdovec/vdova – 1 (5,0 %). Z uvedených hodnot je vidět, že nejvíce respondentů v obou typech zařízení bylo ženatých či vdaných. Nejmenší hodnota se v zařízeních liší. V lůžkovém hospici bylo nejméně respondentů svobodných (1) a v domácí péči nejmenší hodnota byla u druh/družka (0). Viz Obrázek 3 Rodinný stav respondentů.

Otázka č. 4 – Kolik osob žije s Vámi ve společné domácnosti?

- a) Žiji sám
- b) 1 osoba
- c) 2 osoby
- d) 3 osoby
- e) 4 a více osob

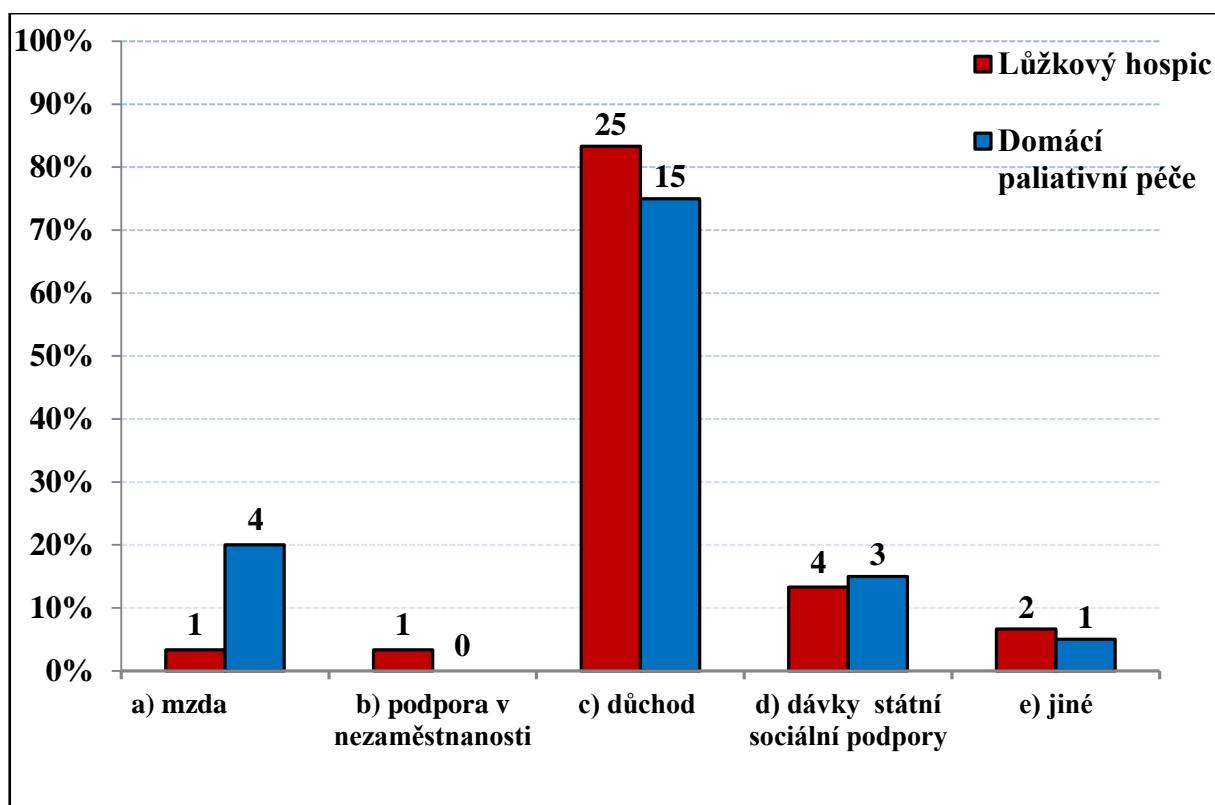


Obrázek 4 Počet osob ve společné domácnosti

Cílem této otázky bylo zjistit, kolik osob žije s klientem paliativní péče ve společné domácnosti. V obou typech zařízení byla nejčastěji zvolena možnost b) 1 osoba. Lůžkový hospic tuto odpověď uvedl 12krát (40,0 %) a domácí péče 9krát (45,0 %). To znamená, že společnou domácnost tvoří nejčastěji 2 osoby. Klienti hospice uvedli jako druhou nejčastější odpověď a) žiji sám, tuto odpověď zvolilo 8 respondentů (26,7 %), naopak druhá nejčastější odpověď u domácí péče byla e) 4 a více osob, což uvedli 4 respondenti (20,0 %). Ostatní hodnoty lůžkového hospice byly následující c) 2 osoby - 5 respondentů (16,7 %), d) 3 osoby – 4 respondenti (13,3 %) a varianty e) 4 a více osob – 1 respondent (3,3 %). A ostatní hodnoty domácí paliativní péče byly a) žiji sám – 3 respondenti (15,0 %), c) 2 osoby – 1 respondent (5,0 %), d) 3 osoby – 3 respondenti (15,0 %). Viz Obrázek 4 Počet osob ve společné domácnosti.

Otázka č. 5 – Forma Vašeho příjmu?

- a) Mzda
- b) Podpora v nezaměstnanosti
- c) Důchod (starobní, invalidní, pozůstalostní)
- d) Dávky státní sociální podpory
- e) Jiné, prosím doplňte:



Obrázek 5 Forma finančního příjmu

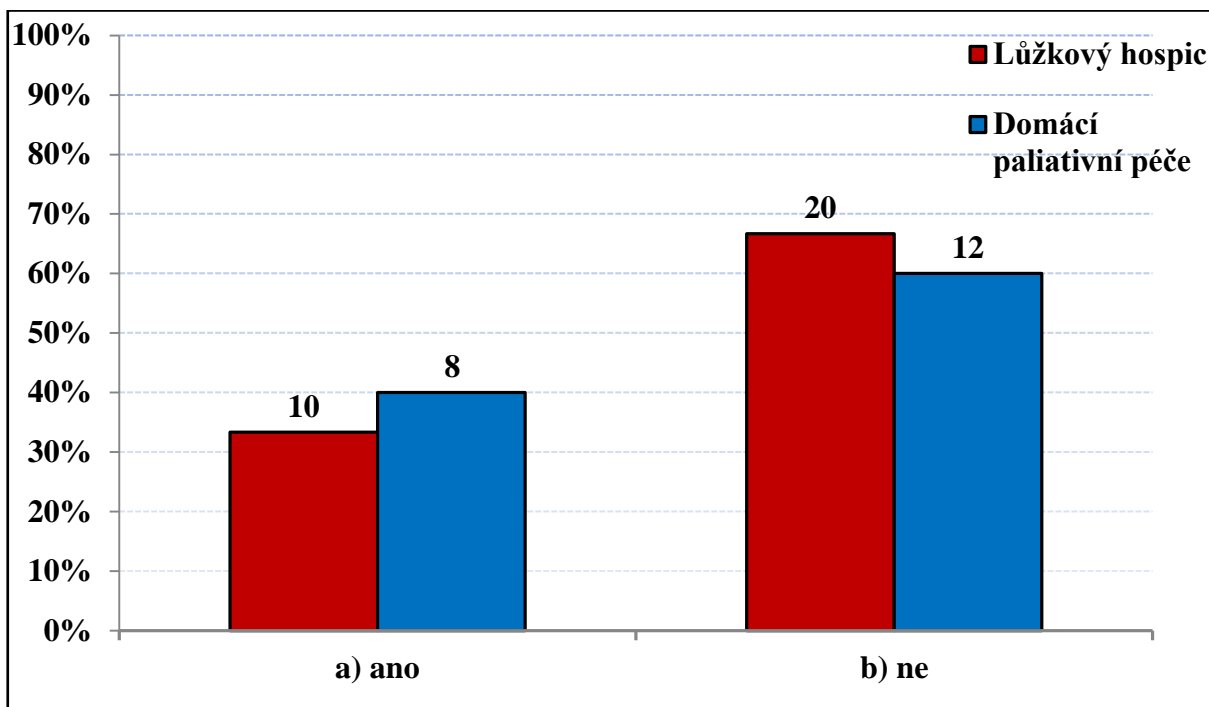
Pátá otázka se klientů paliativní péče ptá na všechny zdroje jejich finančního příjmu. U této otázky je možnost výběru více odpovědí, a zároveň může respondent uvést jakýkoliv finanční zdroj, který nebyl ve výběrových možnostech uveden. Procenta se vztahují k počtu respondentů jednotlivých zařízení. Respondenti mohli zvolit 5 odpovědí, přičemž v poslední možnosti mohli vypsát svůj specifický finanční zdroj. V zařízení lůžkového hospice byla nejčastěji vybrána možnost důchod, kterou uvedlo 25 respondentů (83,3 %), dále následovala varianta dávky státní sociální podpory, tu zvolili 4 respondenti (13,3 %). Další možnost jiné uvedli 2 respondenti (6,7 %), kteří vypsali jako variantu finančního příjmu úspory a dávky nemocenského pojištění. Odpověď mzda a podpora v nezaměstnanosti měly shodný počet respondentů – 1 (3,3 %). V druhém typu zařízení byla nejčastější odpověď také důchod, tuto odpověď uvedlo 15 respondentů (75,0 %). Po možnosti důchod následovala varianta mzda,

kterou uvedli 4 respondenti (20,0 %). Dávky státní sociální podpory zvolili jen 3 respondenti (15,0 %) a jednou byla zvolena možnost jiné, kde byla vypsána možnost OSVČ (5,0 %), poslední možnost podpora v nezaměstnanosti nebyla uvedena vůbec. Viz Obrázek 5 Forma finančního příjmu.

Otázka č. 6 – Pobíráte příspěvek na péči?

a) Ano

b) Ne

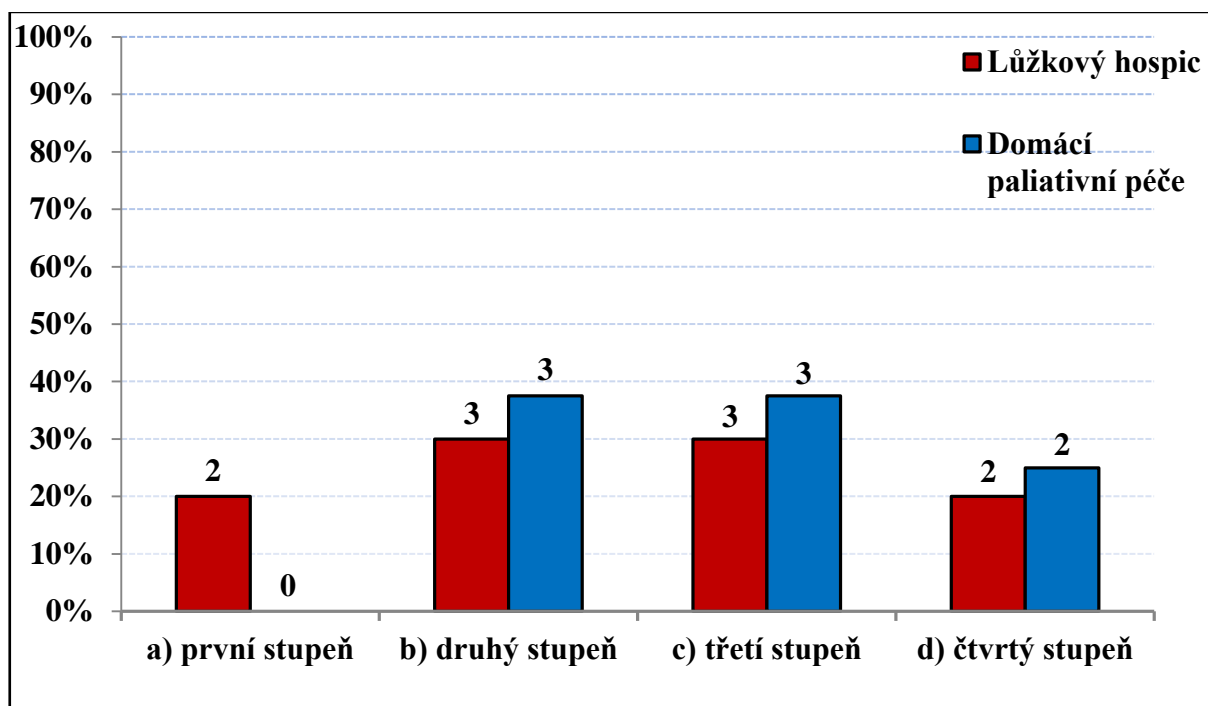


Obrázek 6 Příspěvek na péči

Otázka č. 6 zjišťuje, zda respondenti pobírají příspěvek na péči. Hodnoty u této otázky jsou u obou zařízení procentuálně podobné. Varianta ANO byla zvolena v hospici – 10 respondenty (33,3 %) a domácí péči – 8 respondenty (40,0 %). Varianta NE byla uvedena v hospicovém zařízení – 20 respondenty (66,7 %) a v domácí péči 12 respondenty (60,0 %). Viz Obrázek 6 Příspěvek na péči.

Otázka č. 7 – Jaký stupeň příspěvku pobíráte?

- a) První stupeň 800 Kč měsíčně
- b) Druhý stupeň 4000 Kč měsíčně
- c) Třetí stupeň 8000 Kč měsíčně
- d) Čtvrtý stupeň 12 000 Kč měsíčně



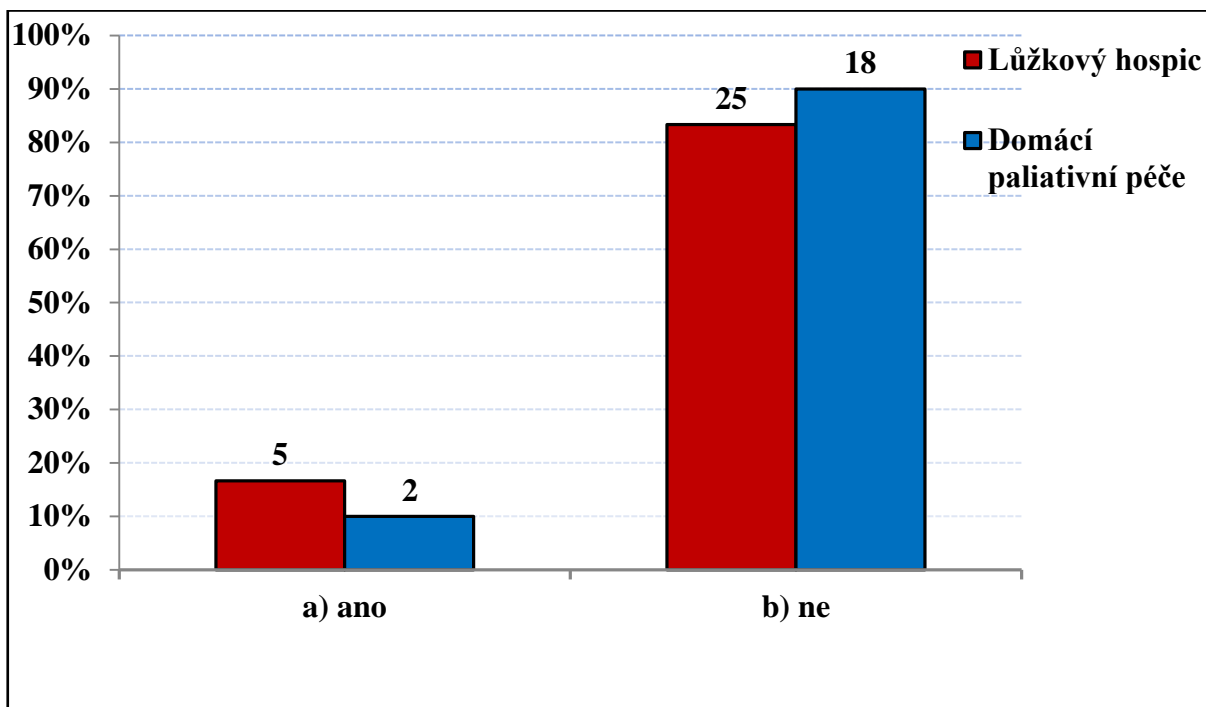
Obrázek 7 Stupeň příspěvku na péči

Tato otázka je navazující na předchozí variantu odpovědi. Respondenti, kteří odpověděli kladně na otázku č. 6. V této otázce upřesňují stupeň příspěvku, který pobírají. V lůžkovém hospici odpovědělo kladně 10 klientů (100,0 %). Z 10 respondentů pobírají první a čtvrtý stupeň příspěvku – 2 respondenti (20,0 %), druhý a třetí stupeň – 3 respondenti (30,0 %). Klienti domácí paliativní péče odpověděli na předchozí otázku 8krát kladně (100,0 %). Z celkových 8 respondentů nikdo nepobírá první stupeň příspěvku (0,0 %), druhý a třetí stupeň pobírají – 3 respondenti (37,5 %) a poslední čtvrtý stupeň náleží – 2 respondentům (25,0 %). Viz Obrázek 7 Stupeň příspěvku na péči.

Otázka č. 8 – Pobíráte příspěvek na dopravu?

a) Ano

b) Ne

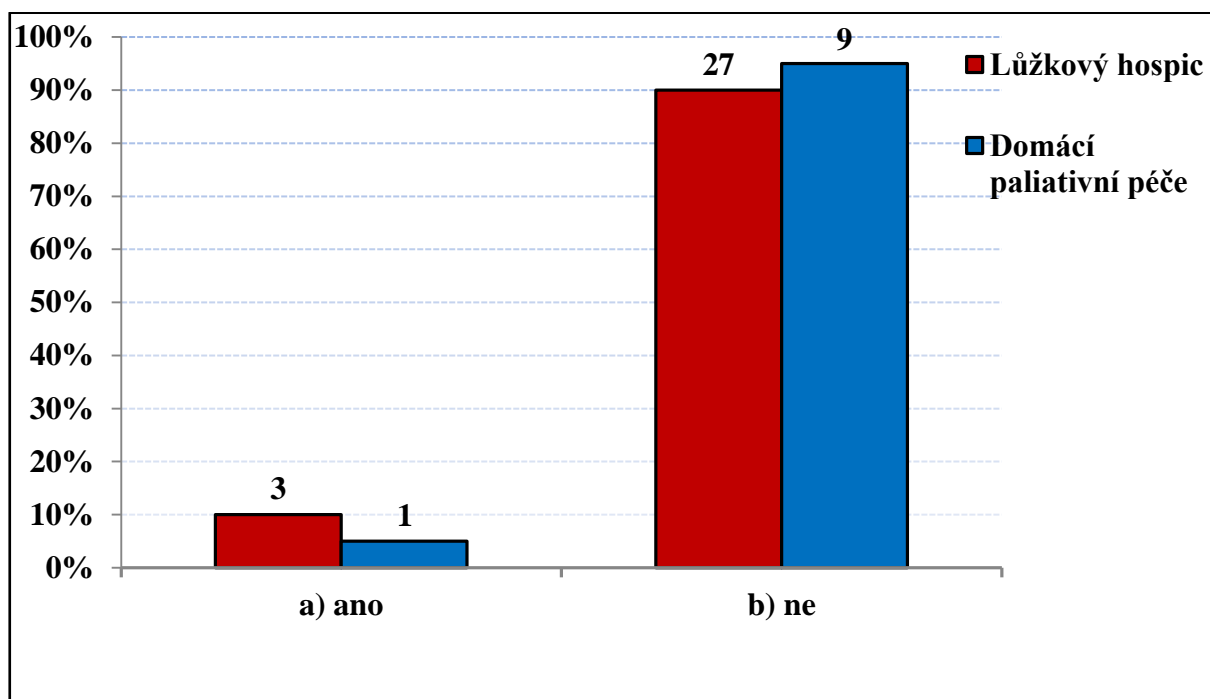


Obrázek 8 Příspěvek na dopravu

Osmá otázka se respondentů táže, zda jsou příjemci příspěvku na dopravu. Jednoznačnou odpovědí byla varianta NE, kterou zvolilo 25 respondentů lůžkového hospice (83,3 %) z celkových 30 a 18 respondentů domácí péče (90,0 %) z celkových 20. Viz Obrázek 8 Příspěvek na dopravu.

Otázka č. 9 – Pobíráte ještě jiný příspěvek? (Na bydlení, na živobytí, doplatek na bydlení, přídavek na dítě, atd.)

- a) Ano
- b) Ne

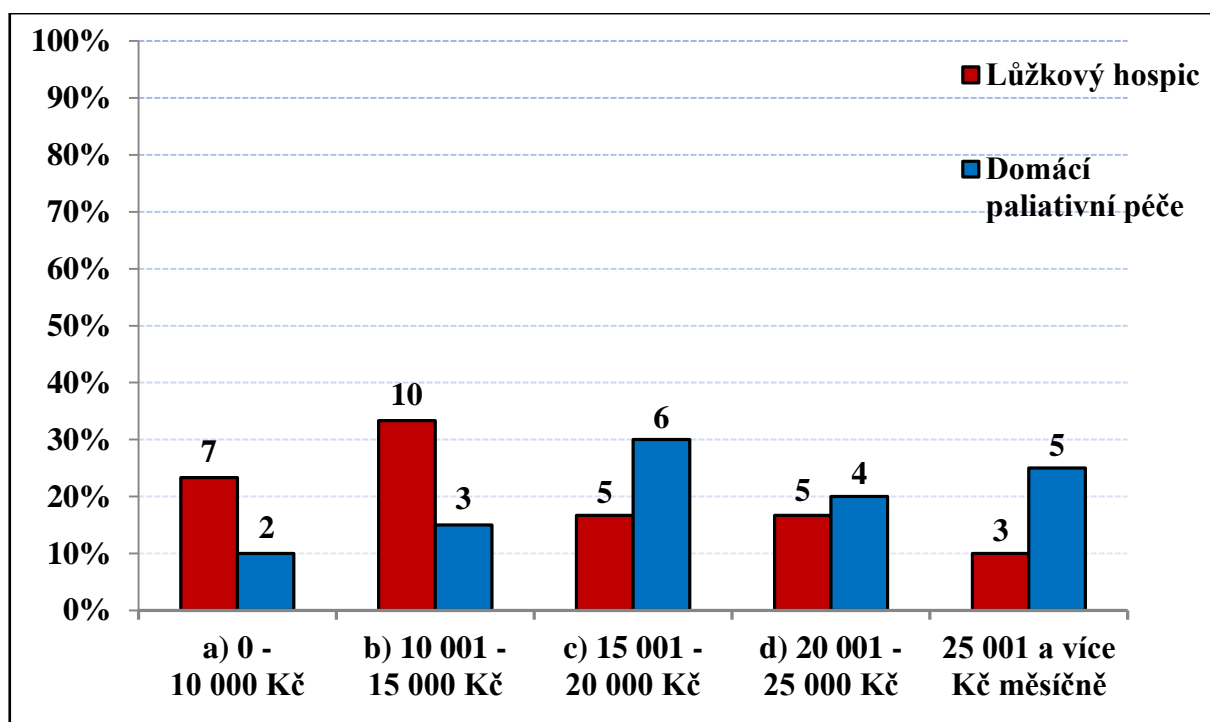


Obrázek 9 Jiné příspěvky

Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti pobírají nějaký příspěvek. U této otázky se nejednalo pouze o příspěvky spojené s nemocí klienta, ale ptala jsem se i na příspěvky, které se mohou týkat rodičovství, hmotné nouze a jiných záležitostí. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že převážná většina respondentů nepobírá žádný jiný příspěvek. V domácí paliativní péči pobírá příspěvek jen 1 respondent (5,0 %) a zbylých 19 respondentů (95,0 %) odpovědělo, že žádný jiný příspěvek nepobírá. V lůžkovém hospici tomu nebylo jinak, převážná většina respondentů – 27 (90,0 %) také zvolila možnost NE. Zbylí 3 respondenti přiznali, že jiný příspěvek pobírají (10,0 %). Viz Obrázek 9 Jiné příspěvky.

Otázka č. 10 – Kolik korun činí Váš měsíční rodinný příjem?

- a) 0–10 000 Kč
- b) 10 001–15 000 Kč
- c) 15 001–20 000 Kč
- d) 20 001–25 000 Kč
- e) 25 001 a více Kč měsíčně



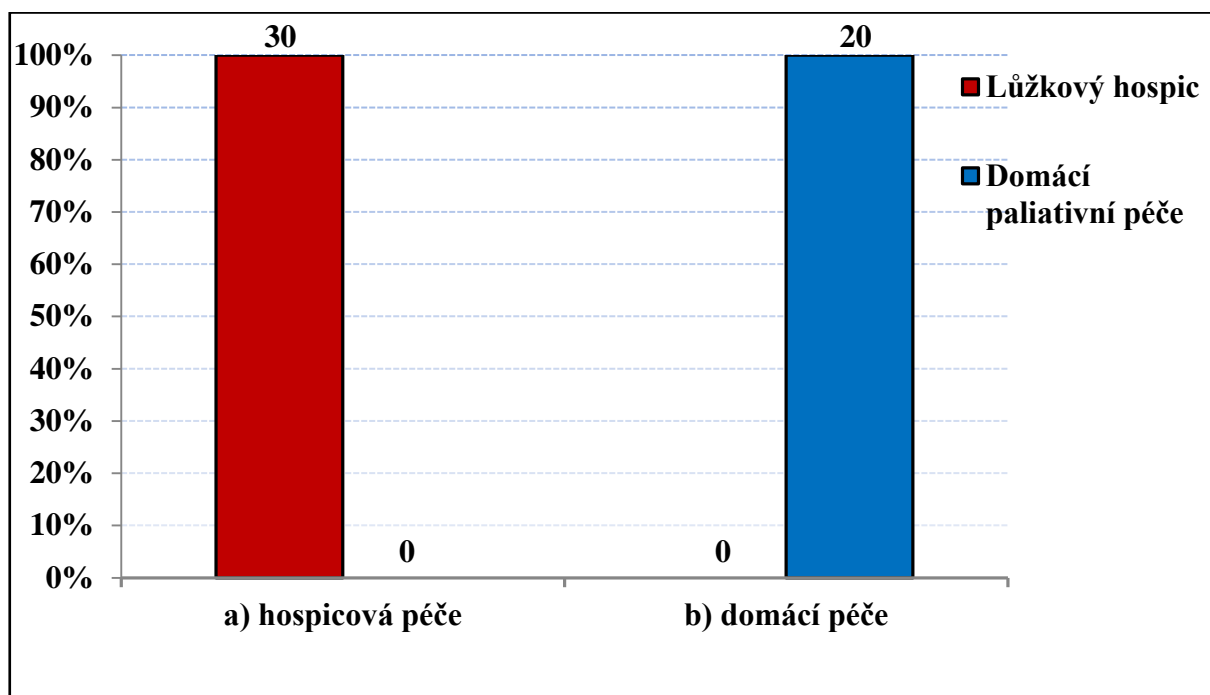
Obrázek 10 Výše měsíčního rodinného příjmu

Následující otázka se respondentů ptala na jejich měsíční rodinný příjem. Tato otázka úzce souvisí s otázkou č. 4, která zjišťuje, kolik osob žije s respondentem ve společné domácnosti. Předpokládám, že čím více osob ve společné domácnosti žije, tím větší je rodinný příjem. Z pěti možných odpovědí byla v lůžkovém hospici nejčastěji uvedena možnost 10 001–15 00 Kč, kterou uvedlo 10 respondentů (33,3 %), druhá nejčastější odpověď byla 0–10 000 Kč se 7 respondenty (23,3 %), shodný počet odpovědí měla možnost 15 001–20 000 Kč a 20 001–25 000 Kč s 5 respondenty (16,7 %) a poslední možnost 25 001 a víc Kč měsíčně uvedli pouze 3 respondenti (10,0 %). V domácí péči byly hodnoty zcela odlišné. Jako nejčastější odpověď byla varianta 15 001–20 000 Kč, kterou uvedlo 6 respondentů (30,0 %), dále následovala možnost 25 001 a víc Kč měsíčně s 5 respondenty (25,0 %), dále varianta 20 001–25 000 Kč, kterou zvolili 4 respondenti (20,0 %), jako druhá nejméně zastoupená hodnota byla 10 001–15 00 Kč se 3 respondenty (15,0 %)

a nejméně odpovědí měla možnost 0–10 000 Kč, kterou vybrali pouze 2 respondenti (10,0 %). Viz Obrázek 10 Výše měsíčního rodinného příjmu.

Otázka č. 11 – Jakou formu paliativní péče využíváte?

- a) Lůžková hospicová péče
- b) Domácí paliativní péče

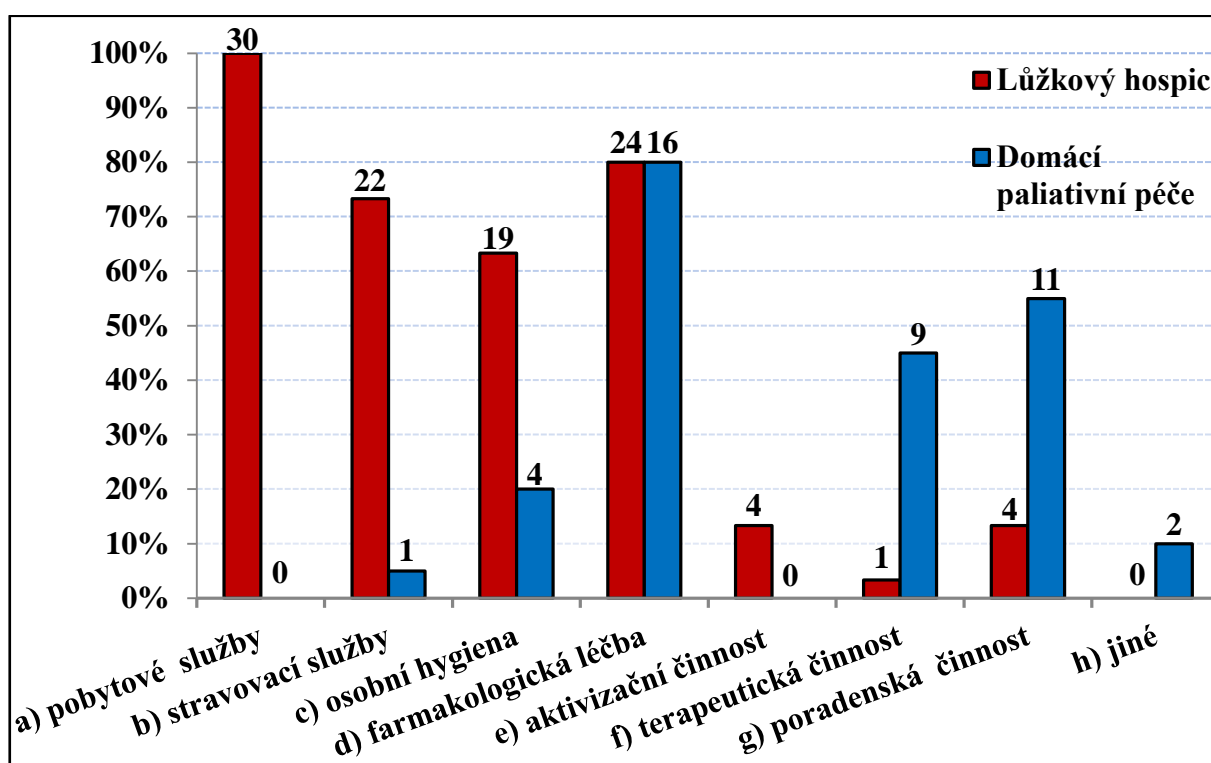


Obrázek 11 Forma paliativní péče

Otázka č. 11 zjišťovala, jakou formu paliativní péče respondenti využívají. Klienti hospice v Brně a Červeném Kostelci, kde probíhalo dotazníkové šetření, uváděli variantu Lůžková hospicová péče – 30 (100,0 %). Internetové dotazníkové šetření bylo zaměřeno na klienty, kteří využívají domácího hospice, proto uváděli možnost Domácí paliativní péče – 20 (100,0 %). Viz Obrázek 11 Forma paliativní péče.

Otázka č. 12 – Jaké služby v rámci DOMÁCÍ/HOSPICOVÉ péče využíváte?

- a) Pobytové služby
- b) Stravovací služby
- c) Osobní hygiena
- d) Farmakologická léčba
- e) Aktivizační činnost
- f) Terapeutická činnost
- g) Poradenská činnost
- h) Jiné, prosím doplňte:

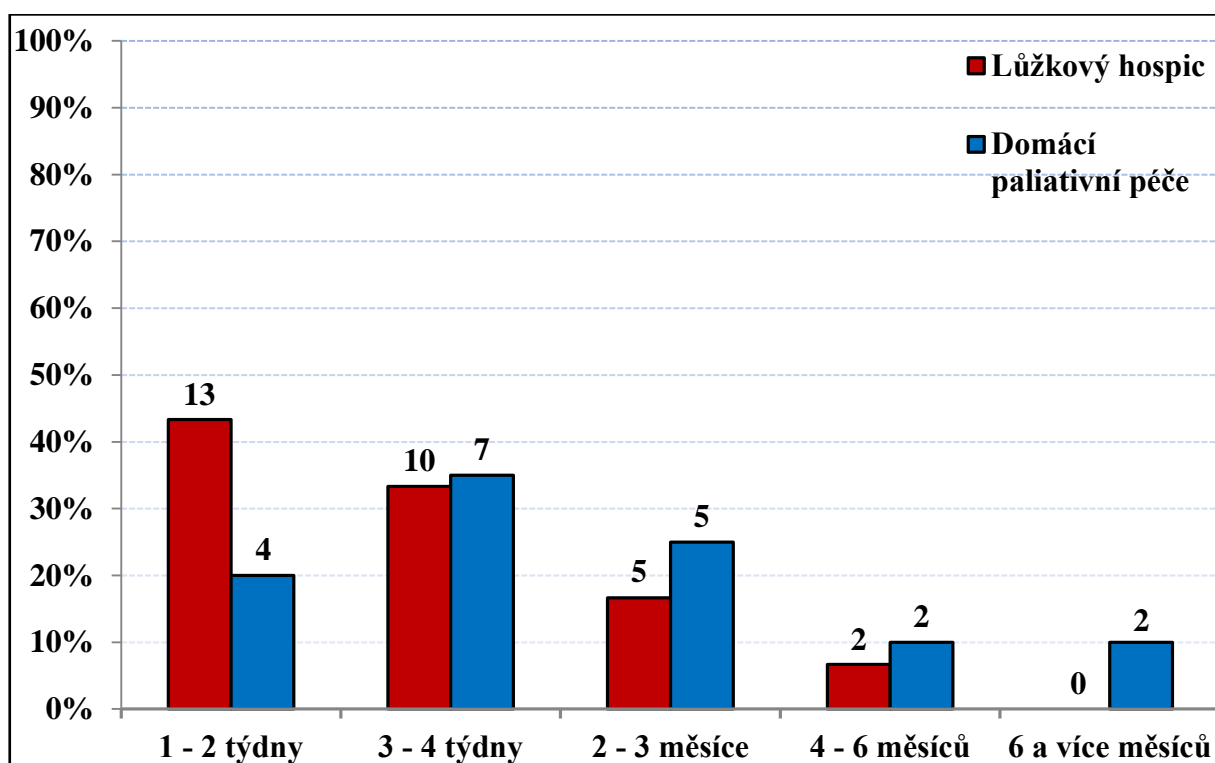


Obrázek 12 Využívání služeb paliativní péče

Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, jaké služby v rámci paliativní péče respondenti využívají. U této otázky měli respondenti možnost volby vícečetné odpovědi. Procenta jsou vztahena k počtu respondentů v jednotlivých typech péče. Z osmi možných odpovědí v lůžkovém hospici byla (100,0 %) zastoupena možnost pobytové služby, kterou uvedlo všech 30 respondentů. Možnost Farmakologická léčba uvedlo 24 respondentů (80,0 %), což byl druhý nejvyšší počet odpovědí. Stravovací služby byly uvedeny 22 respondenty (73,3 %). Odpověď osobní hygiena byla zvolena 19 respondenty (63,3 %). Stejný počet respondentů bylo u možnosti poradenská činnost a aktivizační činnost, tyto činnosti využívají jen

4 respondenti (13,3 %). Terapeutickou činnost využívá pouze 1 respondent (3,3 %). Poslední, vypisovací, možnost – jiné nevyužil žádný respondent (0,0 %). V domácí paliativní péči byla uvedena data zcela jiná. V domácí péči je nejvíce využívána farmakologická léčba, což uvedlo 16 respondentů (80,0 %). Následovala možnost poradenská činnost, kterou využívá 11 respondentů (55,0 %), Skoro polovina respondentů – 9 (45,0 %) uvedlo možnost terapeutická činnost. Dva respondenti zvolili odpověď jiné, kde vypsali svou možnost duchovní služby a odlehčovací služby (10,0 %). Stravovací služby v rámci paliativní péče využívá pouze 1 respondent (5,0 %). Možnost pobytové a aktivizační služby neuvedl žádný respondent (0,0 %) z domácí péče. Viz Obrázek 12 Využívání služeb paliativní péče.

Otázka č. 13 – Jak dlouho využíváte služeb paliativní péče?

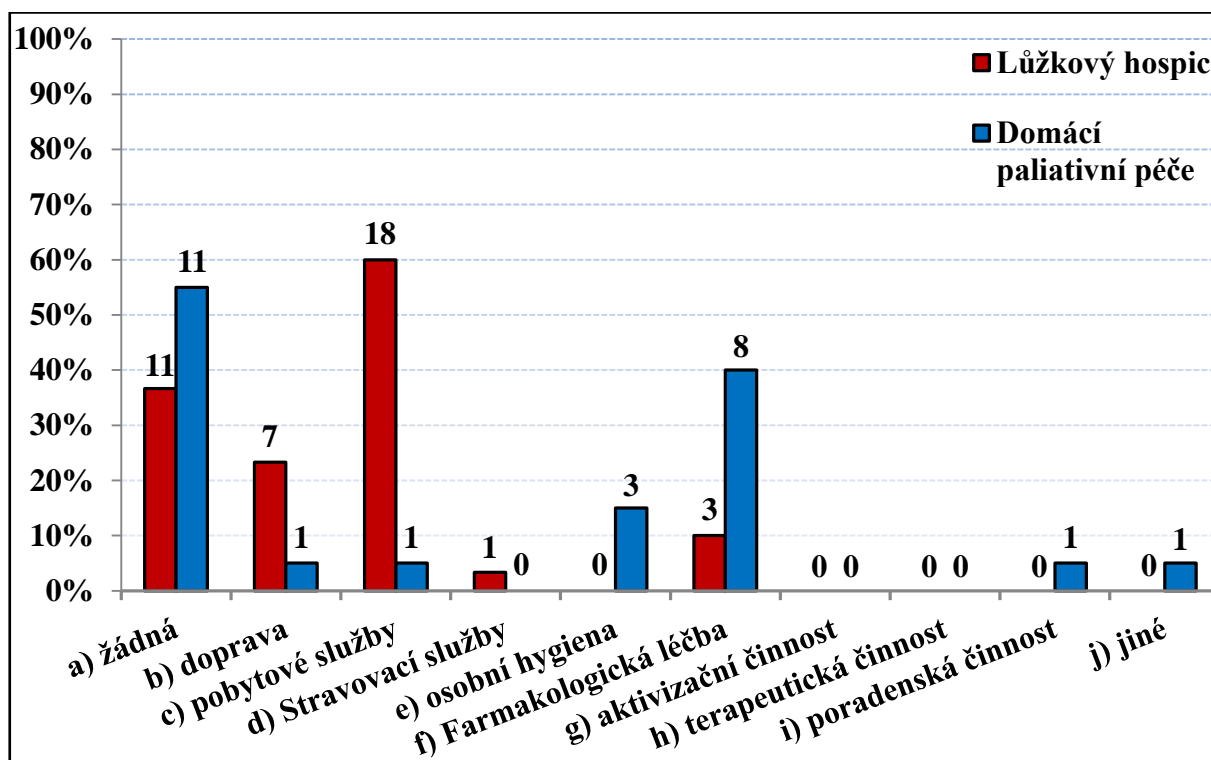


Obrázek 13 Doba využívání služeb paliativní péče

Tato otázka se zaměřuje na dobu, po kterou klienti využívají služeb paliativní péče. Jedná se o volnou otázku, která je z časového hlediska velice rozmanitá, proto jsem zde vytvořila kategorie z jednotlivých odpovědí. Uvedená procenta se vztahují k počtu respondentů. V hospicové péči je nejčastější doba využívání služeb paliativní péče 1–2 týdny, tuto odpověď zvolilo 13 respondentů (43,3 %). Následovala doba 3–4 týdny, kterou uvedlo 10 respondentů (33,3 %). Respondentů, kteří využívají služeb paliativní péče 2–3 měsíce, bylo 5 (16,7 %). Pouze 2 respondenti (6,7 %) uvádí 4–6 měsíců jako dobu, po kterou služby využívají. Časový úsek 6 a více měsíců neuvedl žádný z 30 respondentů (0,0 %). V domácí péči z celkových 20 respondentů uvedlo 7 (35,0 %) jako dobu využívání služeb paliativní péče 3–4 týdny. Druhým nejpočetněji zastoupeným intervalem byly 2–3 měsíce, což uvedlo 5 respondentů (25,0 %). Následovala doba 1–2 týdny se 4 respondenty (20,0 %). Shodný počet – 2 (10,0 %) respondentů využívá služeb paliativní péče 4–6 měsíců a 6 a více měsíců. Viz Obrázek 13 Doba využívání služeb paliativní péče.

Otázka č. 14 – Jaká oblast paliativní péče je pro Vás finančně náročná?

- a) Žádná
- b) Doprava
- c) Pobytové služby
- d) Stravovací služby
- e) Osobní hygiena
- f) Farmakologická léčba
- g) Aktivizační činnost
- h) Terapeutická činnost
- i) Poradenská činnost
- j) Jiné, prosím doplňte:

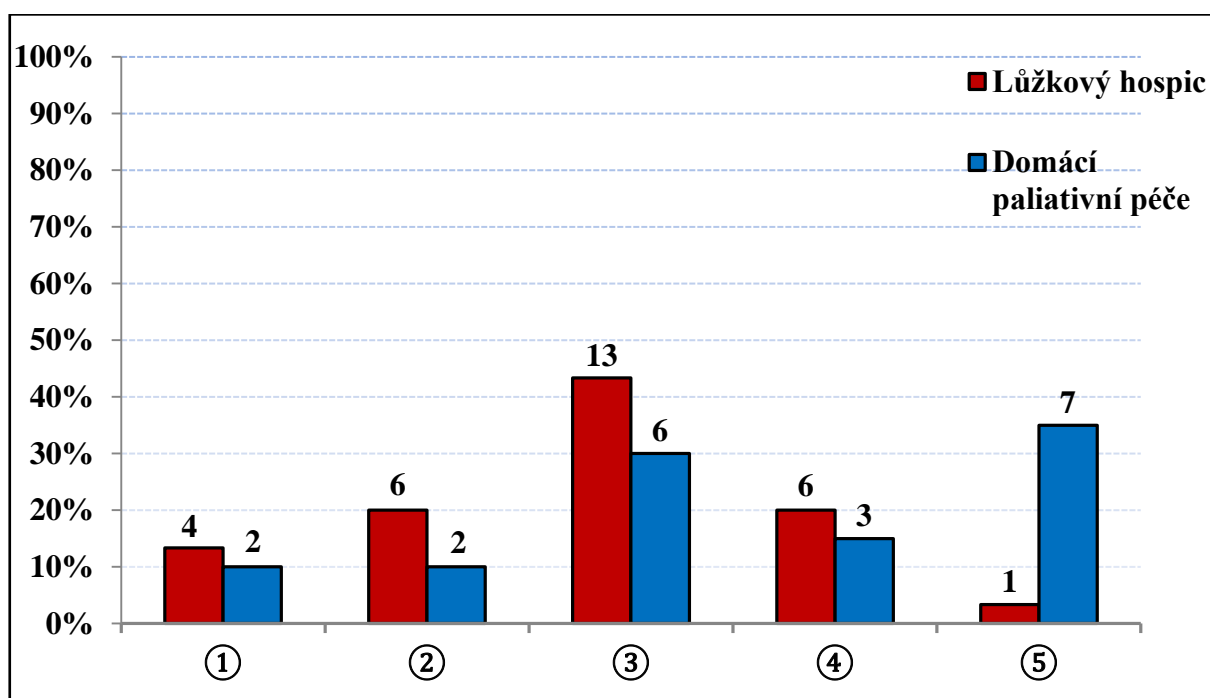


Obrázek 14 Finančně náročné oblastí paliativní péče

Následující otázka zjišťuje, jestli existuje nějaká oblast, která je pro klienty paliativní péče finančně náročná. U této otázky je možnost zvolit více odpovědí včetně možnosti vypsát svou vlastní. Uvedená procenta se vztahují k počtu respondentů. Pro 11 respondentů (36,7 %) v lůžkovém hospici není žádná oblast, která by je finančně zatěžovala. Pro 7 respondentů (23,3 %) je finančně náročná doprava. Pro 18 respondentů (60,0 %) jsou finančně náročné

pobytové služby v hospici. Pouze 3 respondenti (10,0 %) uvedli jako náročnou oblast farmakologickou léčbu a 1 respondent (3,3 %) uvedl stravovací služby. Oblasti osobní hygiena, aktivizační činnost, terapeutická činnost, poradenská činnost a možnost jiné neuvedl žádný z 30 respondentů (0,0 %). V domácí péči neexistuje pro 11 respondentů (55,0 %) žádná oblast paliativní péče, která by je finančně zatěžovala. Pro 1 respondenta (5,0 %) je finančně náročná doprava, poradenská činnost, pobytové a stravovací služby. Farmakologická léčba je finančně náročná pro 8 respondentů (40,0 %). Jako poslední finančně náročnou oblastí je pro 3 respondenty (15,0 %) osobní hygiena. Možnost Terapeutická a aktivizační činnost žádný z respondentů nezvolil (0,0 %). Viz Obrázek 14 Finančně náročné oblasti paliativní péče.

Otázka č. 15 – Vystačíte s Vaším rodinným měsíčním příjmem?



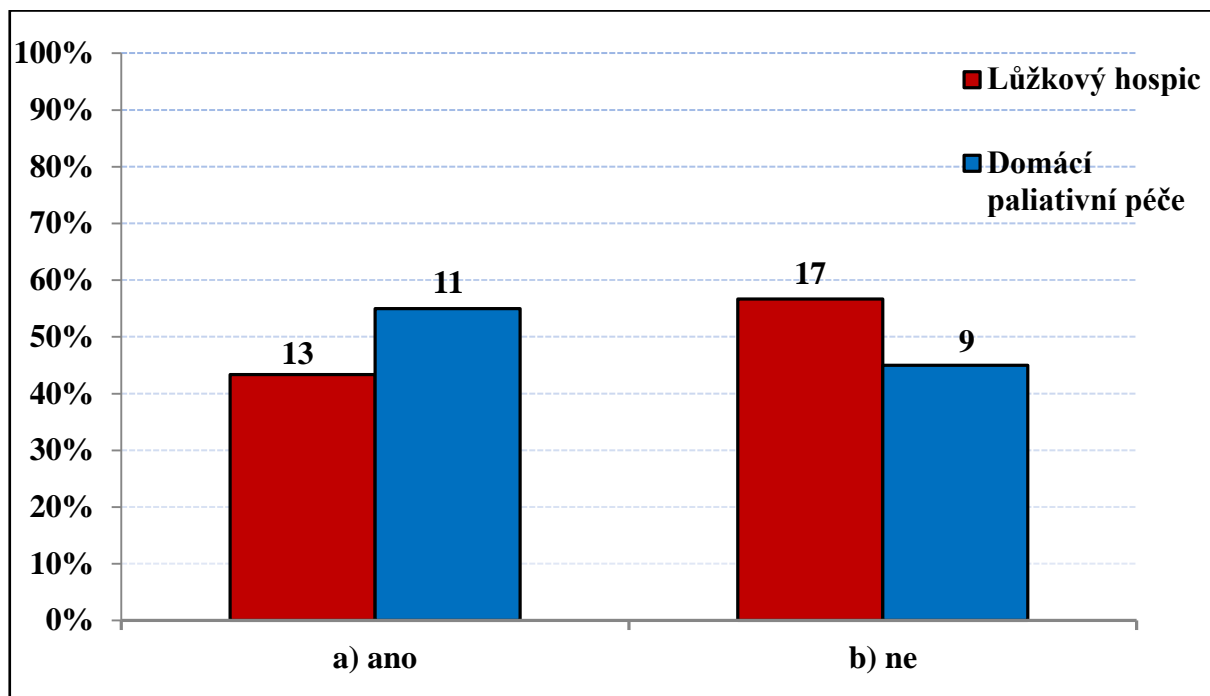
Obrázek 15 Dostatečnost rodinného měsíčního příjmu

Otázka č. 15 je škálová. Cílem této otázky je zjistit na škále od 1 = vůbec nevystačím do 5 = plně dostačující, jak respondenti vystačí s měsíčním rodinným příjmem. V lůžkovém hospici byla zvolena následující škála. Možnost 1 = vůbec nevystačím, zvolili 4 respondenti (13,3 %). Možnost 2 zvolilo 6 respondentů (20,0 %), možnost 3 zvolilo 13 respondentů (43,4 %), možnost 4 zvolilo 6 respondentů (20,0 %) a možnost 5 = plně dostačující zvolil pouze 1 respondent (3,3 %). V lůžkovém hospici plně vystačí s rodinným měsíčním příjmem pouze 1 respondent, naopak vůbec nevystačí 4 respondenti. Nejvíce respondentů je na střední hodnotě škály. To znamená, že tito klienti s příjmem vystačí, ale není to 100 % dostačující pro jejich potřeby. Klienti domácí paliativní péče hodnotili škálu zcela odlišně. Možnost 1 = vůbec nevystačím, zvolili 2 respondenti (10,0 %), možnost 2 zvolili také 2 respondenti (10,0 %), možnost 3 zvolilo 6 respondentů (30,0 %), možnost 4 zvolili 3 respondenti (15,0 %) a možnost 5 = plně dostačující zvolilo 7 respondentů (35,0 %). V domácí paliativní péči je nejčtenější odpověď vystačí plně s měsíčním rodinným příjmem, což je oproti lůžkovému hospici opačná hodnota. Vůbec nevystačí pouze 2 respondenti, tato možnost je procentuálně zastoupena podobnou hodnotou i v lůžkovém hospici. Viz Obrázek 15 Dostatečnost rodinného měsíčního příjmu.

Otázka č. 16 – Myslíte si, že se Vaše finanční výdaje změnilы vlivem paliativní péče?

a) Ano

b) Ne

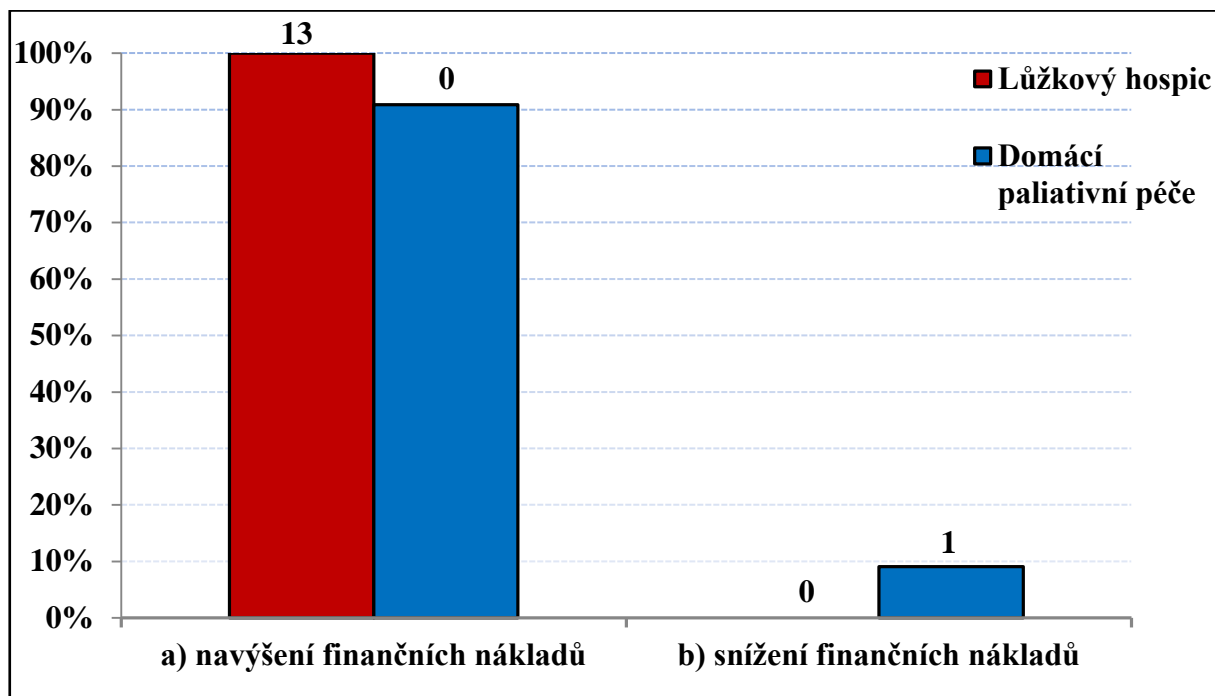


Obrázek 16 Změny ve finančních výdajích

Tato otázka nutí respondenty k zamyšlení o jejich finančním rozpočtu, který se mohl změnit vlivem nemoci a nástupem využití služeb paliativní péče. V lůžkovém hospici uvedlo 13 respondentů (43,3 %), že se jejich finanční výdaje vlivem paliativní péče změnilы. Zbýlých 17 respondentů (56,7 %) nepocítilo žádnou změnu v jejich finančních výdajích. Respondenti domácí péče uvádí opačné hodnoty. V domácí paliativní péči odpovědělo 11 respondentů (55,0 %), že se jejich finanční výdaje změnilы. Žádné změny ve finančním rozpočtu nenalezlo 9 respondentů (45,0 %). Viz Obrázek 16 Změny ve finančních výdajích.

Otázka č. 17 – Jak se změnila Vaše finanční výdaje?

- a) Navýšení finančních nákladů
- b) Snížení finančních nákladů

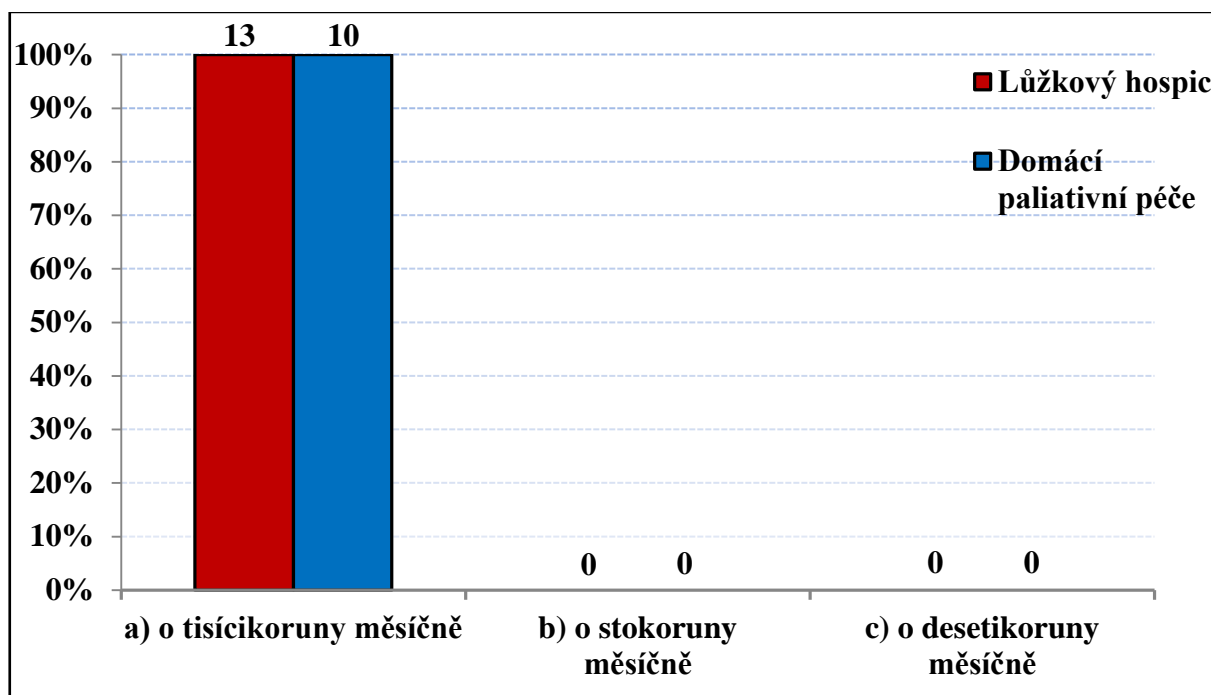


Obrázek 17 Možnosti změn finančních nákladů

Otázka č. 17 navazuje na předchozí variantu odpovědi. V případě kladné odpovědi v otázce č. 16 musí respondent rozhodnout, jestli se jeho finanční výdaje navýšily či zmenšily. V lůžkovém hospici všech 13 respondentů (100,0 %) uvádí navýšení finančních nákladů. V Domácí péči z 11 respondentů (100,0 %) uvedlo 10 respondentů (90,9 %) navýšení finančních nákladů a 1 respondent (9,1 %) dokonce snížení finančních nákladů. Viz Obrázek 17 Možnosti změn finančních nákladů.

Otázka č. 18 – O kolik došlo k navýšení Vašich finančních výdajů vlivem paliativní péče?

- a) O tisícikoruny měsíčně
- b) O stokoruny měsíčně
- c) O desetikoruny měsíčně

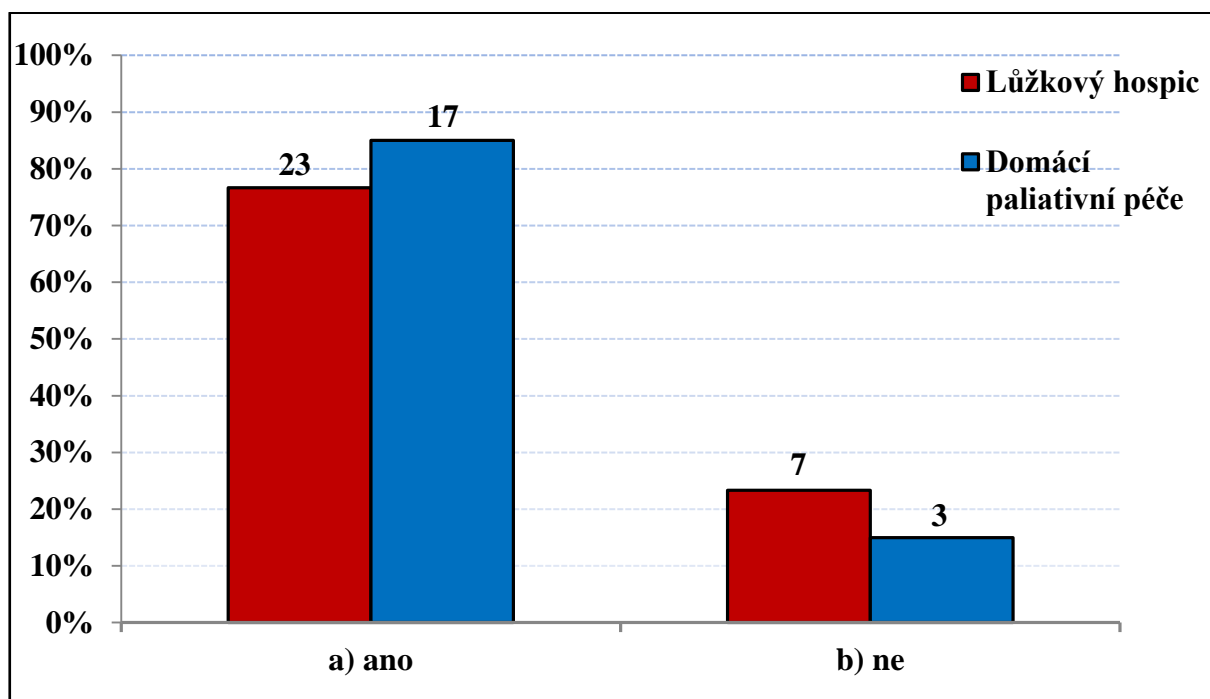


Obrázek 18 Navýšení finančních výdajů

Tato otázka zjišťuje, o kolik korun došlo k navýšení finančních výdajů vlivem paliativní péče. Všech 13 respondentů (100,0 %) z lůžkového hospice a 10 respondentů (100,0 %) v domácí péči uvádí navýšení finančních výdajů v rámci tisícikorun měsíčně. Viz Obrázek 18 Navýšení finančních výdajů.

Otázka č. 19 – Máte dostatek financí na uspokojení základních potřeb Vás i Vaší rodiny? (Bydlení, stravování, tělesná hygiena, oblékání, farmakologická léčba)

- a) Ano
- b) Ne

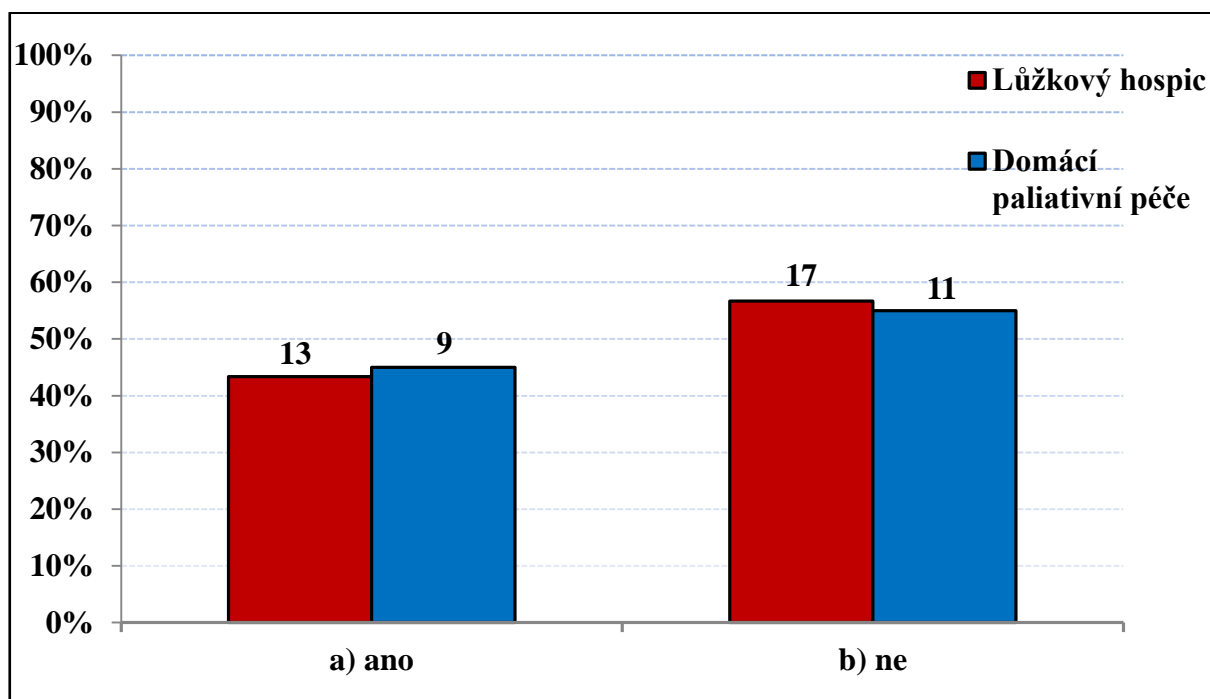


Obrázek 19 Uspokojení základních životních potřeb

Cílem této otázky je zjistit, jestli respondenti a jejich rodina mají dostatek financí na uspokojení základních lidských potřeb. Mezi tyto potřeby řadím zajištěné bydlení, vhodné stravování, možnost každodenní tělesné hygieny, čisté oblečení, ale i dostatek financí na farmakologickou léčbu. Z celkových 30 respondentů v lůžkovém hospici jich – 23 (76,7 %) odpovědělo, že finance na tyto potřeby má. Ostatních 7 respondentů (23,3 %) finance na uspokojení základních potřeb nemá. V domácí péči má dostatek financí na uspokojení základních potřeb 17 respondentů (85,0 %) zbylí 3 respondenti (15,0 %) tyto finance nemají. Viz Obrázek 19 Uspokojení základních životních potřeb.

**Otázka č. 20 – Máte dostatek financí na uspokojení jiných potřeb Vás i Vaší rodiny?
(Záliby a koníčky, dovolená, aktivizační činnosti, kulturní a společenské události.)**

- a) Ano
- b) Ne

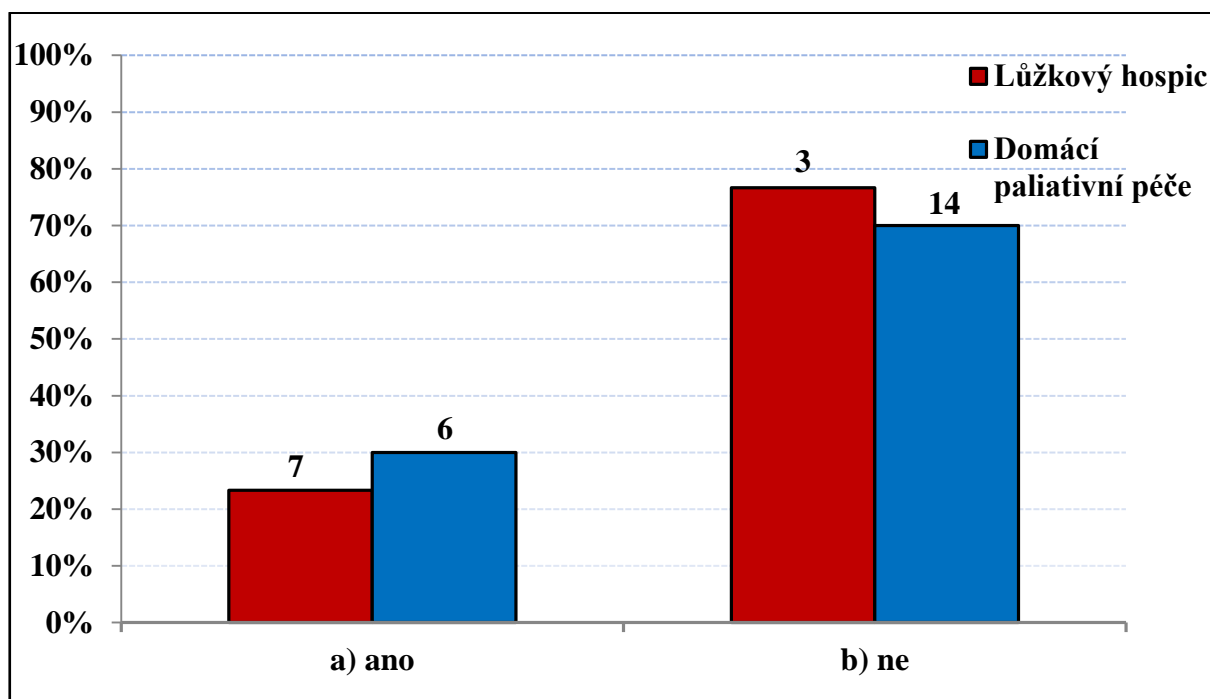


Obrázek 20 Uspokojení jiných potřeb

Otázka č. 20 zjišťuje, jestli klienti paliativní péče a jejich rodiny mají dostatek financí na jiné potřeby, které se týkají aktivizační činnosti, odpočinku a společensko-kulturního vyžití. V lůžkovém hospici odpovědělo 13 respondentů (43,3 %) ANO, to znamená, že mají dostatek financí na tyto potřeby. Přes polovinu respondentů – 17 (56,7 %) nemá finance na uspokojení jiných potřeb. V domácí paliativní péči také přes polovinu respondentů – 11 (55,0 %) uvedlo, že na tyto jiné potřeby finance nemají. Zbýlých 9 respondentů (45,0 %) finance na jiné potřeby má. Viz Obrázek 20 Uspokojení jiných potřeb.

Otázka č. 21 – Požádal/a jste někdy o finanční výpomoc v souvislosti se zajištěním paliativní péče někoho z Vašich známých? (Kamarádi, širší rodina, kolegové z práce.)

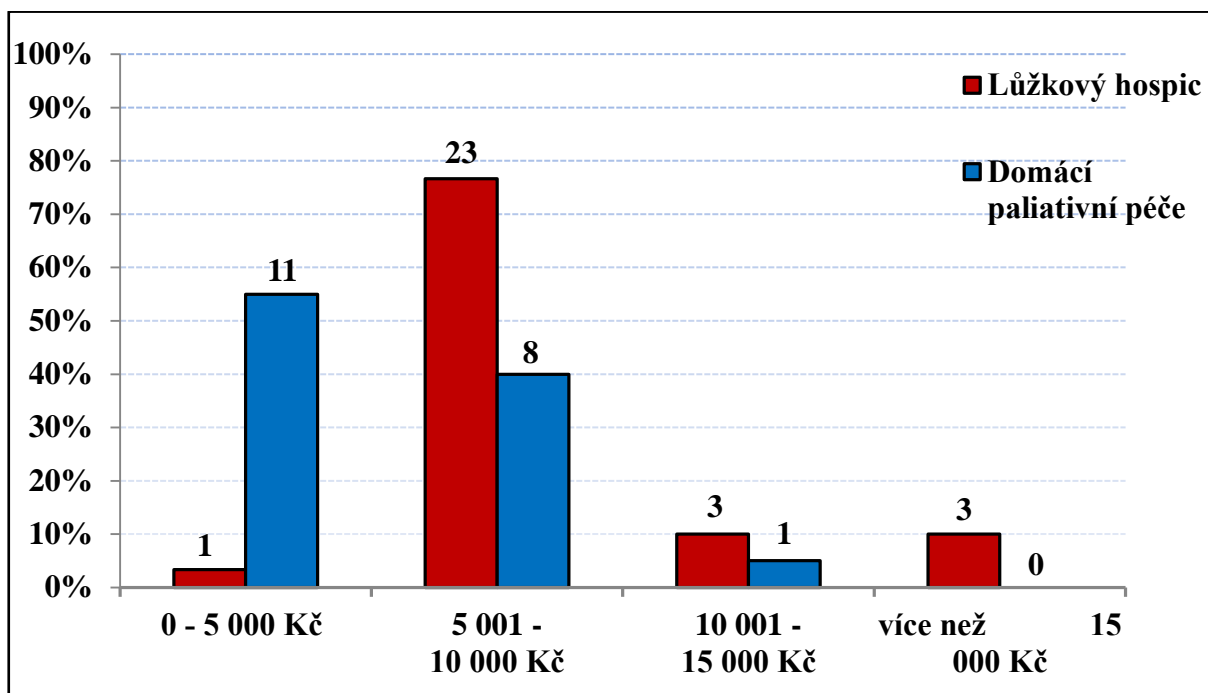
- a) Ano
- b) Ne



Obrázek 21 Finanční výpomoc

V této otázce jsem se respondentů ptala, jestli byli v situaci, kdy museli požádat někoho blízkého o finanční výpomoc v souvislosti zajištění paliativní péče. V lůžkovém hospici uvedlo 7 respondentů (23,3 %), že o takovou pomoc požádali. Převážná většina respondentů – 23 (76,7 %) nebyla v situaci, aby museli žádat o finanční výpomoc své známé. V domácí péči jsou uvedené odpovědi obdobné. O finanční výpomoc požádalo v domácí péči 6 respondentů (30,0 %) a 14 respondentů (70,0 %) o tuto pomoc nikdy nežádalo. Viz Obrázek 21 Finanční výpomoc.

Otázka č. 22 – Kolik Vás měsíčně stojí služby, které využíváte v DOMÁCÍ/HOSPICOVÉ péči?



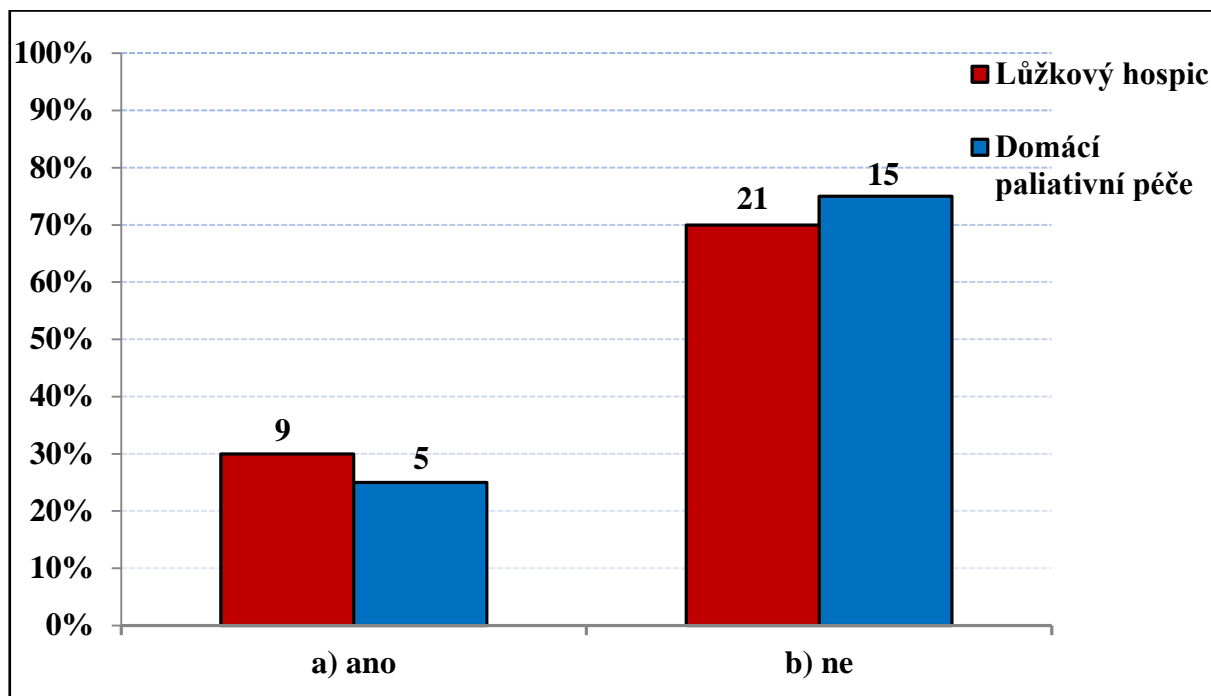
Obrázek 22 Velikost nákladů za služby paliativní péče

Otázka č. 22 byla volná, což znamená, že respondenti uváděli jednotlivé částky, které dávají měsíčně za hospicovou či domácí péči. Tyto finanční částky jsou velmi různorodé, proto jsem jednotlivé hodnoty zařadila do čtyř kategorií. Respondenti lůžkového hospice uvedli, že jejich výdaje se nejčastěji pohybují v rozmezí 5 001–10 000 Kč, což uvedlo 23 respondentů (76,7 %). Částku 10 001–15 000 Kč dávají za služby paliativní péče 3 respondenti (10,0 %). Více než 15 000 Kč platí za tyto služby také 3 respondenti (10,0 %). Pouze 1 respondent (3,3 %) uvedl, že se jeho výdaje pohybují v rozmezí 0–5 000 Kč. V domácí péči je nejčastější částka za služby paliativní péče 0–5 000 Kč, což uvedlo 11 respondentů (55,0 %). Výdaje u dalších 8 respondentů (40,0 %) byly v rozmezí 5 001–10 000 Kč. Jen 1 respondent (5,0 %) platí za služby paliativní péče 10 001–15 000 Kč. Žádný respondent domácí péče neuvedl možnost více než 15 000 Kč. Viz Obrázek 22 Velikost nákladů za služby paliativní péče.

Otázka č. 23 – Zkoušeli jste využít i jiný způsob péče?

a) Ano

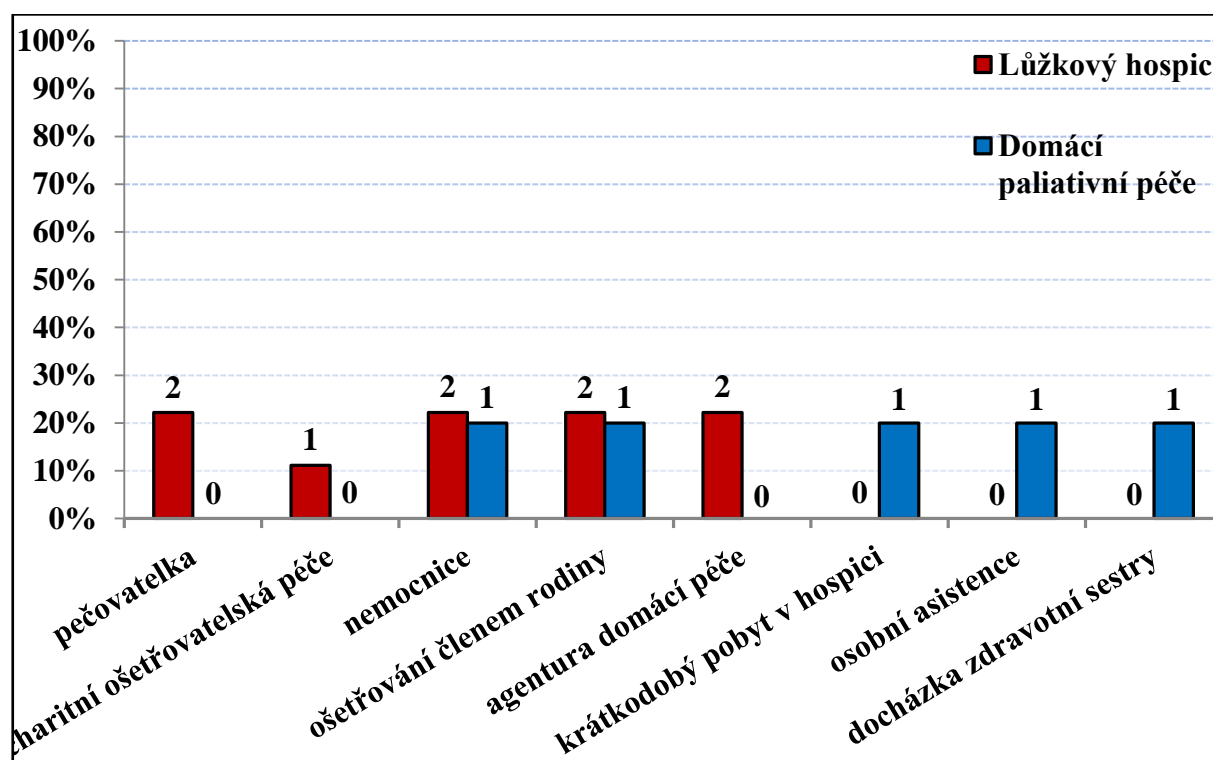
b) Ne



Obrázek 23 Využití jiné péče

Tato otázka se respondentů ptá, zda zkoušeli využít i jiný způsob péče, než který využívají v současné době. Na tuto otázku odpovědělo v lůžkovém hospici 9 respondentů (30,0 %) variantou ANO a 21 respondentů (70,0 %) zvolilo možnost NE. V domácí péči zkoušelo jiný způsob péče 5 respondentů (25,0 %) a 15 respondentů nikdy jiný způsob péče nezkoušelo. Viz Obrázek 23 Využití jiné péče.

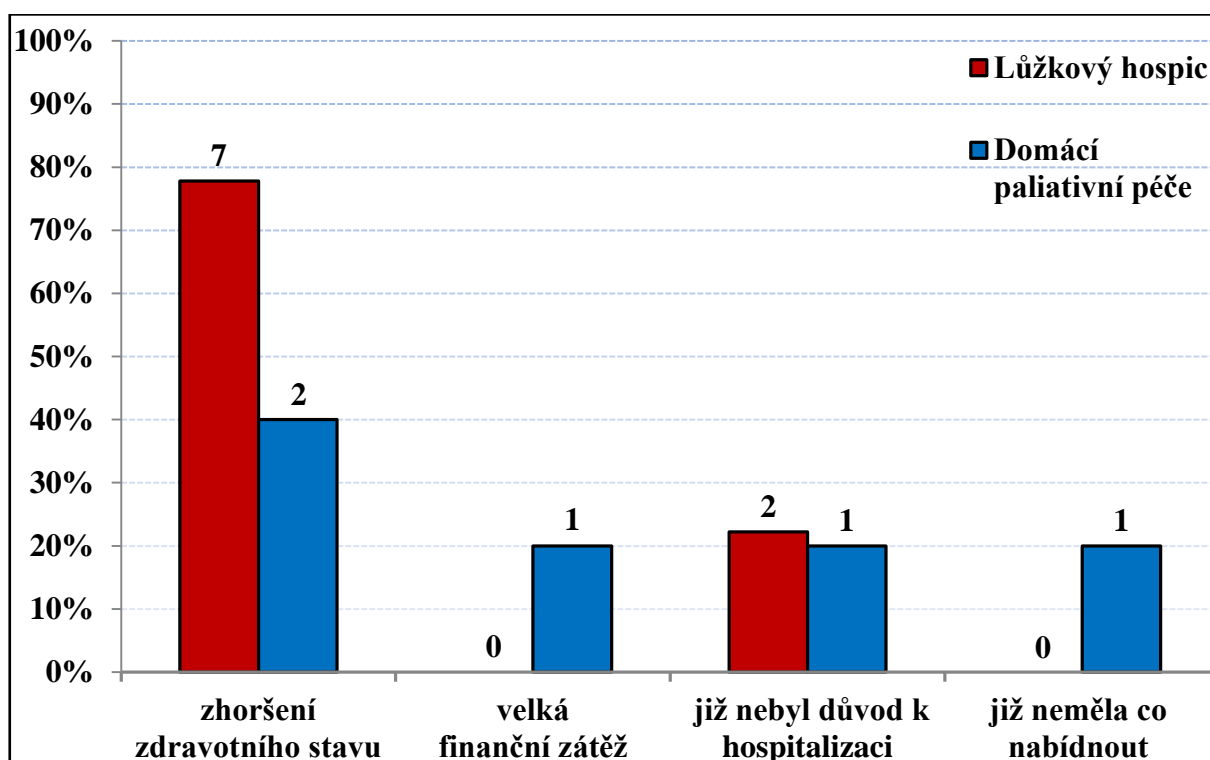
Otázka č. 24 – Jaký typ péče jste využil/a?



Obrázek 24 Typy jiné péče

Předposlední otázka je otevřená a navazuje na předchozí variantu odpovědi. Respondenti, kteří uvedli, že zkoušeli využít i jiný způsob péče, v této otázce upřesní, jaký způsob péče zkoušeli využít. Uvedená procenta se vztahují k počtu respondentů. V lůžkové péči z celkových 9 respondentů (100,0 %) uvedl 1 respondent (11,1 %), že před využíváním lůžkového hospice využíval služeb Charitní ošetrovatelské péče. Další 2 respondenti (22,2 %) využívali služeb agentury domácí péče a 2 respondenti (22,2 %) služeb pečovatelky. Následující 2 respondenti byli před využitím lůžkového hospice ošetřováni členem rodiny. Poslední 2 respondenti (22,2 %) uvedli pobyt v nemocnici. V domácí péči z 5 respondentů (100,0 %) využíval 1 respondent (20,0 %) osobní asistenci, 1 respondent (20,0 %) laické ošetřování členem rodiny, 1 respondent (20,0 %) denní docházku zdravotní sestry, 1 respondent (20,0 %) pobýval v nemocnici a poslední respondent (20,0 %) využíval pobyt v lůžkovém hospici. Viz Obrázek 24 Typy jiné péče.

Otázka č. 25 – Z jakého důvodu již tento typ služeb nevyužíváte?



Obrázek 25 Důvody pro změnu péče

Poslední otázka je otevřená a navazuje na předchozí otázku č. 24. V této otázce zjišťují důvod, který respondenty vedl změnit využívanou službu. V hospicové péči na tuto otázku odpovědělo 9 respondentů (100,0 %) a v domácí péči 5 respondentů (100,0 %). Uvedená procenta se vztahují k počtu respondentů. Respondenti, kteří uvedli v předchozí otázce pobyt v nemocnici, na tuto otázku odpověděli, že již nebyl důvod k hospitalizaci a v nemocnici je již nechtěli. V lůžkovém hospici to byli 2 respondenti (22,2 %) a v domácí péči 1 respondent (20,0 %). Ostatních 7 respondentů (77,8 %) v lůžkovém hospici nevyužívají služeb kvůli zhoršení zdravotního stavu. V domácí péči 2 respondenti (40,0 %) také uvedli jako důvod zhoršení zdravotního stavu. Respondent – 1 (20,0 %), který uvedl pobyt v lůžkovém hospici, tyto služby nevyužívá, protože to pro něj byla velká finanční zátěž. Poslední respondent – 1 (20,0 %), využívající osobní asistence, uvedl jako důvod nevyužívání služeb, že tento typ péče neměl již co nabídnout (kurativní léčba). Viz Obrázek 25 Důvody pro změnu péče.

7 DISKUZE

V kapitole diskuze se zabývám získanými výsledky, které byly zjištěny pomocí dotazníkového šetření. Nashromážděnými výsledky odpovídám na výzkumné otázky, které byly stanoveny na začátku bakalářské práce, a zároveň porovnávám výsledky mé bakalářské práce s jinými pracemi.

Ekonomickými dopady paliativní péče na klienta a jeho rodinu se výzkumníci nezabývají často. Woodhouse (2011, s. 69) uvádí, že studie na toto téma pocházejí ze Spojených států amerických, Kanady a Austrálie, protože ve Velké Británii je tento typ péče poskytován zcela zdarma.

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je finanční náročnost paliativní péče v hospici?

První výzkumná otázka byla vyhodnocena na základě získaných informací z dotazníkových otázek č. 10 (Kolik korun činí Váš měsíční rodinný příjem?), č. 16 (Myslíte si, že se Vaše finanční výdaje změnilы vlivem paliativní péče?), č. 17 (Jak se změnilы Vaše finanční výdaje?), č. 18 (O kolik došlo k navýšení Vašich finančních výdajů vlivem paliativní péče?) a č. 22 (Kolik Vás měsíčně stojí služby, které využíváte v Domácí/Hospicové péči?).

Abych zjistila, jaká je finanční náročnost paliativní péče, potřebovala jsem nejprve zjistit, jaké jsou příjmy klientů a jejich rodin. Otázka č. 10 zjišťovala, kolik korun činí rodinný měsíční příjem. V této otázce je na první pohled vidět, že měsíční příjem rodin v domácí paliativní péči v Praze je vyšší než příjem rodin v lůžkovém hospici v Brně a Červeném Kostelci. Tento jev odůvodňuje Český statistický úřad, který uvádí průměrnou hrubou měsíční mzdu zaměstnanců v Praze k 1. čtvrtletí letošního roku hodnotou 33 010 Kč. V porovnání s průměrnou mzdou za celou Českou republiku (25 306 Kč) byla vyšší o 30,4 %. V královéhradeckém a Jihomoravském kraji se průměrná hrubá mzda pohybuje pouze okolo 25 000 Kč. Druhý pohled na tuto skutečnost je takový, že v domácí paliativní péči žije více členů rodiny v jedné domácnosti, což by mělo znamenat vyšší rodinný příjem.

Ve výzkumu bylo dále zjištěno, že v lůžkovém hospici se finanční výdaje změnilы 13 respondentům, což je skoro polovina dotazovaných (43,3 %). Finanční výdaje byly u všech 13 dotazovaných navýšeny, a to v rámci tisícikorun měsíčně.

Výsledky lze srovnat s prací Špulákové (2008, s. 54), která uvádí, že pobyt v lůžkovém hospici byl pro její respondenty finančně dostupný, pouze dva odmítli na tuto otázku reagovat. Průměrná délka pobytu v lůžkovém hospici byla jeden měsíc, což také mohlo mít vliv na fakt, že lůžkový hospic byl pro klienty a jejich rodiny finančně dostupný. Špuláková však již neřešila, zda pobyt v hospici měl nějaký dopad na finanční výdaje klienta a jeho rodiny.

Celkové náklady za služby paliativní péče jsou u převážné většiny respondentů – 23 (76,7 %) v rozmezí 5001–10 000 Kč. Příjem respondentů se nejvíce pohybuje v rozmezí 10 001–15 000 Kč – 10 respondentů (33, 3 %) a 0–10 000 Kč – 7 respondentů (23,3 %). Jak můžeme vidět, z porovnání příjmů a výdajů je na první pohled zjevné, že paliativní péče je pro klienta a jeho rodinu značně zatěžující.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je finanční náročnost paliativní péče v domácí péči?

Informace, které vyhodnocují druhou výzkumnou otázku, jsou z dotazníkových otázek č. 10 (Kolik korun činí Váš měsíční rodinný příjem?), č. 16 (Myslíte si, že se Vaše finanční výdaje změnilы vlivem paliativní péče?), č. 17 (Jak se změnilы Vaše finanční výdaje?), č. 18 (O kolik došlo k navýšení Vašich finančních výdajů vlivem paliativní péče?) a č. 22 (Kolik Vás měsíčně stojí služby, které využíváte v Domácí/Hospicové péči?)

Z dotazníkového šetření vyplývá, že nejčastější rodinný měsíční příjem respondentů v domácí péči činí 15 001–20 000 Kč – 6 respondentů (30,0 %) a víc než 25 001 Kč měsíčně – 5 respondentů (25,0 %).

Ke změně finančních výdajů došlo u 11 respondentů (55,0 %) z celkových 20 dotazovaných. Z počtu 11 respondentů došlo k navýšení finančních výdajů pouze u 10 z nich. Jeden dotazovaný uvedl snížení finančních nákladů, což je velice překvapující zjištění, které si neumím racionálně odůvodnit. Navýšení nákladů bylo také ve výši tisícikorun měsíčně.

Dle Špulákové (2008, s. 68–73) průměrná délka využívání služeb mobilního hospice se pohybovala okolo šesti měsíců. 26 % respondentů kvůli tomu muselo opustit své zaměstnání a 50 % pak mělo problém se do zaměstnání vrátit. 71 % respondentů nevyužívalo ani sociálních dávek, protože jejich získání bylo dle jejich vyjádření příliš složité a zdlouhavé nebo o nich ani vůbec nevědělo. Ani u této skupiny respondentů autorka neřešila, jaký finanční dopad mělo využívání služeb mobilního hospice na finanční výdaje klienta a jeho rodiny.

Klienti hospiců a jejich rodiny jsou velmi často zaměřeni na onemocnění samotné a otázky ohledně financí jim přijde nevhodné klást zdravotníkům. Z toho důvodu by měl být v týmu zastoupen i sociální pracovník, který tuto problematiku s klienty paliativní péče a jejich rodinami aktivně řeší (Levy, Payne, 2006, s. 323–331).

Víc než polovina respondentů uvedla, že se jejich měsíční náklady pohybují v rozmezí 0–5 000Kč, což je oproti lůžkovému hospici značně menší částka. Překvapující odpověď byla u 2 respondentů, kteří uvedli, že za služby paliativní péče nadávají nic. Následující odpověď si odůvodňují tím, že částku za služby pokryje příspěvek na péči, tím pádem z rodinného rozpočtu nejdou žádné finance na tyto služby.

Na první pohled je patrné, že domácí péče je ekonomicky méně zatěžující, ale na druhou stranu má svá kritéria, která velká část klientů nemůže splnit. Jedná se o malou dostupnost služeb, zdravotní obtíže, které nelze zvládnout v domácím prostředí, nebo nemocnému chybí osoba, která by se o něj postarala. Lůžkový hospic je pro klienta a jeho rodinu finančně náročnější, avšak má své výhody, které domácí péče nemůže nabídnout. Mezi tuto výhodu zařazují menší psychickou zátěž pro rodinu, fyzickou zátěž pro pečujícího a komplexnější odbornou péči, kterou často stav nemocného vyžaduje.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala tématem „Ekonomické dopady paliativní péče na klienta a jeho rodinu“. Práce se skládá z teoretických poznatků a z výzkumné části.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit ekonomický dopad paliativní péče na klienta a jeho rodinu. Dílčími cíly bylo zjistit ekonomický dopad v domácí paliativní péči a v lůžkové paliativní péči, respektive v hospici.

Hlavní i dílčí cíle byly ověřeny ve výzkumné části, kde jsem zjišťovala finanční změny v domácnostech respondentů, které mohly přijít s nástupem do paliativní péče. Dotazníkové šetření ukázalo, že tyto změny někteří klienti paliativní péče opravdu pocítují. Změny ve finančních výdajích zaznamenali více klienti domácí péče. Ale na druhou stranu tyto finanční výdaje byly o několik tisíc menší než v péči hospicové. Mé odůvodnění skutečnosti, že se změny dotkli více klientů domácí péče, je takové, že v hospici klienti zaplatí jednu finanční částku, která zahrne veškeré potřebné služby a péči, včetně pobytu a stravování. Tato částka může být stejná jako předchozí výdaje. Naopak v domácí péči náklady na ubytování a stravování setrvávají a dále se přidávají další finanční výdaje, které souvisí se zajištěním potřebné péče o nemocného. Tím, že klienti hospice využívají pobytové a stravovací služby, je jasné že částka za služby paliativní péče je větší než v domácí péči, kde se o náklady za bydlení a stravování dělí.

Po provedení výzkumu jsem odhalila jednu skutečnost, a to, že jsem měla zvolit jiný výzkumný vzorek. Během dotazníkového šetření jsem zjistila, že většina klientů paliativní péče nemá přehled o svém či rodinném finančním zabezpečení či výdajích. Finance bývají to poslední, co klienty v závěrečné chvíli života zajímá. Tuto oblast obstarává většinou rodina, proto jsem došla k závěru, že výzkumným vzorkem měla být spíše rodina.

Ze všech zjištěných poznatků vyplynulo doporučení do praxe. Toto zjištění vyplývá z otázek č. 6, č. 8, č. 9, které ukazuje, jak málo jsou pro umírající dostupné sociální dávky, které jsou pro ně tak důležité. Podle mého názoru by měla existovat speciální sociální dávka pro tuto cílovou skupinu nebo alespoň snaha zmírnit podmínky a zkrátit dobu přiznání příspěvku, protože vyřizovací doba příspěvku je leckdy delší, nežli život nemocného. Dalším doporučením je rozšířit síť služeb paliativní péče. Podle mého názoru aktuální nabídka těchto služeb není dostačující pro poptávku nemocných. Tuto skutečnost potvrzuje i Sláma, Kabelka a Vorlíček v knize Paliativní péče pro praxi. Posledním a pro mě nejzásadnějším doporučením je podporovat úmrtí v domácím prostředí. Myslím si, že pro nemocného je to nejlepší

a nejdůstojnější místo pro rozloučení se životem a se svými blízkými. V současné moderní době lze říci, že většina lidských životů začíná a z velké části končí v nemocnici. Z tohoto důvodu se lidé často neúčastní důležitých životních událostí a nabývají pocitu, že smrt je něco, co se jich netýká. Proto bychom měli všichni pracovat jak na rozvoji služeb, které pomáhají zemřít doma, tak na spolupráci nemocnic a rodin. Pokud se smrt stane znovu součástí našeho života, bude to téma, kterého se nikdo nebude obávat a nebudeme se muset odvracet od umírajících a připravovat se o poslední společné okamžiky, které jsou pro všechny tak důležité.

9 SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4

DUKOVÁ, Ivana, Martin DUKA a Ivanka KOHOUTOVÁ. *Sociální politika: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 200 s. ISBN 978-80-247-3880-2.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

KUPKA, Martin. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

LEVY, Jean a Malcolm PAYNE. Welfare rights advocacy in a specialist health and social care setting: a service audit. *British Journal of Social Work*. 2006, č. 36, s. 323–331. ISSN1468-263X.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanázie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6.

PLEVOVÁ, Ilona. *Ošetřovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

Sociální zabezpečení: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum: 2015 : redakční uzávěrka 19. 1. 2015. Ostrava: Sagit, [2015], 240 s. ÚZ. ISBN 978-80-7488-095-7.

STUDENT, Johann-Christoph, Albert MÜHLUM a Ute STUDENT. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vyd. Jinočany: H & H, 2006, 161 s. ISBN 80-7319-059-1.

ŠPULÁKOVÁ, Jana. *Limity mobilní hospicové péče v České republice*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství, Oddělení ošetřovatelství.

ULRICHOVÁ, Monika. *Různé tváře smrti: vybrané kapitoly z thanatologie : [monografie]*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009, 143 s. ISBN 978-80-7041-743-0.

VANĚSEK, Jaroslav, Kateřina ČERMÁKOVÁ a Iveta KOLÁŘOVÁ. *Paliativní péče v onkologii*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2013, 61 s. ISBN 978-80-7395-586-1.

WOODHOUSE, Jan. Financial aspects for patients and carers. In BALDWIN A. Moyra and Jan WOODHOUSE. *Key concepts in Palliative Care*. London: SAGE Publications Ltd, 2011. s. 68- 72. ISBN 978-1-84860-871-9.

Elektronické zdroje

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: *Pilotní program mobilní specializované péče* [online]. ©2010. [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/pilotni-program-mobilni-specializovane-pece/>

Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče: *Právní rámec pro hospice* [online]. ©2010 [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice/>

Cesta domů: *Slovníček* [online]. ©2015. [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/en/slovnicek.html>

Česká správa sociálního zabezpečení. *Nemocenské* [online]. 2014 [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/nemocenske-pojisteni/davky/nemocenske.htm>

Český statistický úřad. *Průměrná hrubá měsíční mzda v Praze v 1. čtvrtletí 2015* [online]. 2015 [cit. 2015-06-21]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xa/prumerna-hruba-mesicni-mzda-v-praze-v-1-ctvrtleti-20>

Integrovaný portál MPSV ČR. *Příspěvek na mobilitu* [online]. 2. 1. 2015 [cit. 2015-06-21]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/soc/dzp/mobilita>

10 PŘÍLOHY

Příloha A *Dotazník pro klienty paliativní péče*

Příloha A Dotazník pro klienty paliativní péče

Vážení respondenti,

Jmenuji se Markéta Stehlíková a jsem studentka oboru zdravotně-sociální pracovník, fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tímto se na Vás obracím se žádostí o vyplnění toho to dotazníku, který slouží jako podklad pro mou bakalářskou práci na téma Ekonomické dopady paliativní péče na klienta a jeho rodinu. Dotazník Vám zabere přibližně deset minut. Při vyplňování dbejte prosím na pravdivost odpovědi. Dotazník je zcela anonymní a výsledky dotazníku budou použity pouze jako podklad pro mou bakalářskou práci. Předem Vám děkuji za vyplněné odpovědi.

1. Pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

2. Věk? (Prosím, vypište číslicí.)

3. Váš rodinný stav?

- a) svobodný/svobodná
- b) ženatý/vdaná
- c) druh/družka
- d) rozvedený/ rozvedená
- e) vdovec/vdova

4. Kolik osob žije s Vámi ve společné domácnosti?

- a) Žiji sám
- b) 1 osoba
- c) 2 osoby
- d) 3 osoby
- e) 4 a více osob

5. Forma Vašeho příjmu? (Je možno zvolit více odpovědí.)

- a) Mzda
- b) Podpora v nezaměstnanosti
- c) Důchod (starobní, invalidní, pozůstalostní)
- d) Dávky státní sociální podpory
- e) Jiné, prosím doplňte:

6. Pobíráte příspěvek na péči?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste zvolili možnost **Ano**, pokračujte následující otázkou. Pokud jste zvolili možnost **Ne**, pokračujte otázkou číslo 8.

- 7. Jaký stupeň příspěvku pobíráte?**
- a) První stupeň 800 Kč měsíčně
 - b) Druhý stupeň 4000 Kč měsíčně
 - c) Třetí stupeň 8000 Kč měsíčně
 - d) Čtvrtý stupeň 12 000 Kč měsíčně
- 8. Pobíráte příspěvek na dopravu?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 9. Pobíráte ještě jiný příspěvek (na bydlení, na živobytí, doplatek na bydlení, přídavek na dítě atd.)**
- a) Ano
 - b) Ne
- 10. Kolik korun činí Váš měsíční rodinný příjem?**
- a) 0 – 10 000 Kč
 - b) 10 001 – 15 000 Kč
 - c) 15 001 – 20 000 Kč
 - d) 20 001 – 25 000 Kč
 - e) 25 001 a více Kč měsíčně
- 11. Jakou formu paliativní péče využíváte?**
- a) Lůžková hospicová péče
 - b) Domácí paliativní péče
- 12. Jaké služby v rámci DOMÁCÍ/HOSPICOVÉ péče využíváte? (Je možno zvolit více odpovědí.)**
- a) Pobytové služby
 - b) Stravovací služby
 - c) Osobní hygiena
 - d) Farmakologická léčba
 - e) Aktivizační činnost
 - f) Terapeutická činnost
 - g) Poradenská činnost
 - h) Jiné, prosím doplňte:
- 13. Jak dlouho využíváte služeb paliativní péče? (Prosím, vypište číslíci a specifikujte dny, týdny, měsíce.)**

14. Jaká oblast paliativní péče je pro Vás finančně náročná? (Je možno zvolit více odpovědí.)

- a) Žádná
- b) Doprava
- c) Pobytové služby
- d) Stravovací služby
- e) Osobní hygiena
- f) Farmakologická léčba
- g) Aktivizační činnost
- h) Terapeutická činnost
- i) Poradenská činnost
- j) Jiné, prosím vypište:

15. Vystačíte s Vaším rodinným měsíčním příjmem? (Zakroužkujte prosím na škále Vaši situaci. 1= vůbec nevystačím, 5= plně dostačují)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

Vůbec nevystačím plně dostačující

16. Myslíte si, že se Vaše finanční výdaje změnily vlivem paliativní péče?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud jste zvolili možnost **Ano**, pokračujte následující otázkou. Pokud jste zvolili možnost **Ne**, pokračujte otázkou číslo 19.

17. Jak se změnila Vaše finanční výdaje?

- a) Navýšení finančních nákladů
- b) Snížení finančních nákladů

Pokud jste zvolili možnost **a)**, pokračujte následující otázkou. Pokud jste zvolili možnost **b)**, pokračujte otázkou číslo 19.

18. O kolik došlo k navýšení Vašich finančních výdajů vlivem paliativní péče?

- a) O tisícikoruny měsíčně
- b) O stokoruny měsíčně
- c) O desetikoruny měsíčně

19. Máte dostatek financí na uspokojení základních potřeb Vás a Vaší rodiny? (Bydlení, stravování, tělesná hygiena, oblékání, farmakologická léčba.)

- a) Ano
- b) Ne

- 20. Máte dostatek financí na uspokojení jiných potřeb Vás a Vaší rodiny? (Záliby a koníčky, dovolená, aktivizační činnosti, kulturní a společenské události.)**
- a) Ano
 - b) Ne
- 21. Požádal/a jste někdy o finanční výpomoc v souvislosti se zajištěním paliativní péče někoho z Vašich známých (kamarádi, širší rodina, kolegové z práce.)?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 22. Kolik Vás měsíčně stojí služby, které využíváte v DOMÁCÍ/HOSPICOVÉ péči? (Prosím vypište číslicí.)**
- 23. Zkoušeli jste využít i jiný způsob péče?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 24. Jaký typ péče jste využíval/a?(Prosím vypište.)**
- 25. Z jakého důvodu již tento typ služeb nevyžíváte?(Prosím vypište.)**

Děkuji Vám za čas věnovaný vyplnění dotazníku.