

Zdravotně sociální péče u onkologicky i jinak dlouhodobě nemocných pro praktické lékaře

Mgr. Šárka Slavíková

Bc. Michaela Čadková Svejková

Amelie, z.s.



Zdravotně sociální péče u onkologicky i jinak dlouhodobě nemocných pro praktické lékaře

Mgr. Šárka Slavíková
Bc. Michaela Čadková Svejková
Amelie, z.s.



Vydání brožury je realizováno za finanční podpory Úřadu vlády České republiky,
Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a společnosti Roche.

Autorky:

Mgr. Šárka Slavíková

Bc. Michaela Čadková Svejková

Grafické zpracování: Igor Ondřej

Korektury: Ema Potužníková

1. vydání

© Amelie, z.s., 2019

Veškerá práva vyhrazena.

Jak číst tuto brožuru

Do rukou se vám dostává brožura, kterou napsaly pro praktické lékaře metodička služeb a psychoterapeutka Michaela Čadková Svejkovská a zdravotně sociální pracovnice Šárka Slavíková. Snoubí v sobě znalosti z praxe poradenství onkologicky nemocným a jejich blízkým, a to bez ohledu na diagnózu či stadium nemoci, tak jak probíhá v Amelii, z.s.

Motivací k jejímu napsání byla myšlenka spolupráce a možnosti zlepšení informovanosti s cílem prospět onkologicky nemocným a jejich blízkým v nelehké situaci, do které se v souvislosti s onemocněním dostávají. Netyká se však jen onkologicky nemocných, její problematika se dotýká téměř každé dlouhodobé, život ohrožující a zkracující nemoci. Dá se tedy použít pro celou šíři diagnóz a životních situací nemocných, kteří přicházejí za praktickým lékařem.

A proč zrovna brožura pro praktické lékaře? Právě oni jsou klíčovými postavami v životě pacientů s dlouhodobou nemocí, mnohdy jsou však ze systému i z pohledu nemocných s akutním průběhem nemoci jaksí odsunuti stranou. Posunutím systému péče o dispenzarizované onkologické pacienty ze specializovaných center k praktikům se bude dále zvyšovat důležitost role praktických lékařů. Dá se očekávat, že se k nim nemocní i jejich blízcí začnou opět ve větší míře obracet jako k jakýmsi koordinátorům péče. Zároveň mají praktici v rukou množství informací o nemocných, které umožňují účinně pomoci i v otázkách preventivně sociálních. Naším záměrem je proto pomoci praktickým lékařům, od kterých nemocní často očekávají v podstatě dvojí odbornost.

Vzhledem k tomu, že se dnes velmi rychle mění například problematika v sociální oblasti, schází koncepce dlouhodobé péče, koordinované rehabilitace, komunitní plánování služeb je dílem jen osvícených komunit, rychlost změn v zákonech je rovněž vysoká atd., vytyčuje si tato brožura za cíl informovat praktické lékaře tak, aby měli k dispozici dostatek správných informací. Součástí této informovanosti jsou i praktické znalosti problematiky péče o onkologicky nemocné z jiné než lékařské perspektivy. V každé části brožury najdete kromě množství údajů i praktické okénko, které upřesňuje, jak pracovat přímo s onkologicky nemocnými, a dále odkazy a kontakty, jež umožní rychlou orientaci a podávají informace rovnou, namísto pouhého odkazování.

Věříme, že brožura v této podobě usnadní práci praktickým lékařům a přispěje ke zlepšení života onkologicky nemocných a jejich blízkých i dalších pacientů.

Budeme rádi za zpětnou vazbu.

Obsah

1. Kazuistika jako cesta ke kapitolám	6
2. Rizikové skupiny aneb kde zbystřit pozornost	8
3. Organizace onkologické péče v České republice	9
4. Služby pro onkologicky nemocné a jejich blízké	13
4.1 Služby státní správy	14
4.2 Zdravotní služby obecně	14
4.3 Sociální služby	17
4.4 Služby na sociálně zdravotním pomezí	20
4.5 Privátní služby	21
4.6 Další oblasti služeb	21
4.7 Nadace a nadační fondy na podporu onkologicky nemocných	22
5. Vybrané zdravotní služby	23
5.1 Domácí zdravotní péče	23
5.2 Rehabilitace	25
5.3 Lázeňská péče	27
5.4 Léčba bolesti	28
5.5 Nutriční péče	29
5.6 Rehabilitační a kompenzační pomůcky	30
5.7 Second opinion	32
6. Psychologická péče o onkologicky nemocné a jejich blízké	34
7. Pacientské organizace, podpůrné a informační portály	40
8. Důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné	44
8.1 Pracovní neschopnost	44
8.2 Podpora při ošetřování člena rodiny	47
8.3 Dlouhodobé ošetřovné	48
8.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením TP, ZTP, ZTP/P a příspěvek na mobilitu	50
8.5 Invalidní důchod	57
8.6 Příspěvek na péči	63
8.7 Příspěvek na bydlení a dávky v hmotné nouzi	67

9. Návrat do zaměstnání po dlouhodobé nemoci	70
9.1 Dopady onkologické léčby a vliv na pracovní zařazení	70
9.2 Kdy a jak se vrátet do zaměstnání	71
9.3 Podpora v nezaměstnanosti a evidence na ÚP	73
9.4 Rekvalifikace	75
9.5 Kdo je OZP a OZZ a jaké má výhody od ÚP	76
9.6 Zdravotní pojištění při jednom částečném úvazku	77
10. Paliativní péče	78
11. Možnosti hájení práv a zájmů	81
12. Adresář sociálních pracovníků a psychologů pro onkologicky nemocné	83

1. Kazuistika jako cesta ke kapitolám

Paní Jana žije a pracuje jako prodavačka v Kolíně. Má dvě děti ve věku 4 a 8 let. Manžel paní Jany pracuje na směny v továrně. Rodina se stará ještě o babičku, která bydlí 20 km za Kolínem a minulou zimu upadla na ledě a je po operaci krčku.

Paní Janě byl diagnostikován karcinom prsu, což jí po vyšetřeních sdělila gynekoložka. Byl to pro ni šok. Byla odeslána na onkologii. První návštěva onkologické ambulance byla pro Janu náročná. Na mnoho věcí z plánované léčby se zvládla zeptat, ale tlak přemíry informací zhuštěných do krátkého času byl tak velký, že se na mnohé nezeptala a docházelo jí to až postupně. Nejvíce ji zarazilo rozhodnutí o rozsahu operace, které měla učinit ona sama, a dále se musela vyrovnat s tím, že bude na léčbu jezdit do Prahy.

➔ organizace onkologické péče 9

Nevěděla, s čím začít, co připravovat, co řešit a co ne. Začala hledat informace. V práci odevzdala neschopenku, ale nevěděla, jak dlouho bude doma. Několik dní po návštěvě onkologické ambulance sebrala odvalu a řekla vše manželovi. Dětem zatím ne.

➔ důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné 44

Začala chemoterapie, manželovi se podařilo upravit si pracovní směny, aby pomohl s dětmi, do péče se zapojila i matka paní Jany. Babičce našli pečovatelskou službu pro dovoz nákupu a pomoc s večerním koupáním.

➔ sociální služby 17

Po chemoterapii následovala operace s hospitalizací. Při určování míry zásahu paní Jana využila názor jiného lékaře, což jí pomohlo v rozhodnutí a minimalizovalo pochybnosti. Bála se jen, jak manžel přijme, že bude již jen částečně ženou, nebyla si jistá, jak s ním o tom mluvit, co po něm chtít.

➔ zdravotní služby 14

➔ second opinion 32

Po operaci následovalo ozařování, což znamenalo každý den jezdit z Kolína do Prahy. Únava a nevolnosti zatím zcela neodezněly a denně cestovat je dost náročné. Jak to má rodina zvládat finančně, časově – a co péče o děti?

➤ důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné	44
➤ sociální služby	17

Paní Jana zvládla za pomoci rodiny a blízkých ozařování i dojíždění. Postupně se začala zabývat otázkou, kdy jí bude ukončena pracovní neschopnost a půjde do práce. Nikdo o tom nemluvil. Vůbec se na to necítila. Začala hledat informace.

➤ patientské organizace, podpůrné a informační portály	40
➤ důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné	44
➤ návrat do zaměstnání po dlouhodobé nemoci	70

Netrvalo dlouho a paní Jana navštívila Centrum Amelie, kde jí byly poskytnuty konzultace psychologa i sociálního pracovníka. Chce to čas, ale postupně si řadu věcí uvědomuje, lépe jim rozumí a hlavně cítí, že stres, panika, obavy a strachy jsou menší. Paní Jana je připravená na návrat do běžného života, a i když spočítá nějaké ztráty po léčbě, její cesta je jasná.

➤ rehabilitace a lázeňská péče	25
➤ psychologická péče	34

Některé z jejích kolegyně v léčbě to tak snadné nemají. Paní Tereza, se kterou se Jana seznámila na začátku léčby na onkologii, už počítá poslední týdny, možná měsíce života. Péči o ni přebírá postupně rodina, zhoršuje se její soběstačnost. Musí se připravit na svou smrt. I to je onkologické onemocnění.

➤ kompenzační pomůcky	30
➤ léčba bolesti	28
➤ nutriční péče	29
➤ paliativní péče	78
➤ psychologická péče	34
➤ sociální služby	17
➤ zdravotní služby	14

2. Rizikové skupiny aneb kde zbystřit pozornost

Z hlediska prevence je možné identifikovat rizikové osoby či rodiny, kde potenciálně může vznikat ohrožení. Jedná se o:

- osoby se souběžnou vážnou zdravotní diagnózou (např. psychiatrický pacient, RS nebo diabetes)
- osoby osaměle žijící (bez rodiny či s rodinou nějak konfliktní či v konfliktu)
- rodič osaměle pečující o nezaopatřené děti, osoba pečující o partnera či rodiče
- osoby s nižším příjmem (bez práce, důchodci) či vysokými závazky (hypotéka, dluhová problematika)
- rodina se členem cizincem

Přináležitost k některé kategorii nemusí na nic poukazovat. Rodiny, které jsou stabilní a zvládají komunikační tlaky, obvykle celou situaci zvládnou jako výzvu, která je stmelí. Pokud však nemocný spadá do více kategorií, pak se násobí pravděpodobnost potřeby intervence. Ptejme se.

Co se děje, pokud se neptáme? Potřebný člověk není rozpoznán, není kapacita pro včasnou intervenci, nastává oddalování pomoci. Včasná identifikace potřebného přitom napomůže předcházet mnoha dalším obtížím. V oblasti sociálních služeb například často dochází k tomu, že nemocný a jeho rodina propadnou sítím až na dno, a teprve poté začnou využívat nabízených sociálních služeb. Mezi důvody, které k využívání těchto služeb vedou, však není onkologické onemocnění jako takové, ale je v této fázi již nahrazeno sociální či psychickou potřebou (až 50 % onkologicky nemocných trpí poruchami nálad), kterou vyvolalo či prohloubilo původní dlouhotrvající onemocnění. Včasná a cílená intervence počítající s komplexitou problematiky by mnohému předešla a výrazně ulevila nejen klientovi samému.

3. Organizace onkologické péče v České republice

Onkologická péče o dospělé pacienty v ČR je soustředěná hlavně do komplexních onkologických center (KOC) a hematoonkologických center (HOC). Tato centra koordinují a organizují onkologickou péči ve spádových oblastech, zpravidla regionech. Až na Karlovarský kraj (kde s péčí pomáhá Plzeňský a Ústecký kraj) mají všechny kraje KOC, Praha jich má samozřejmě více. Do center je soustředěna zejména vysoce specializovaná péče a koordinační činnosti v oblasti působností tzv. regionálních a specializovaných onkologických skupin (ty jsou zaměřeny zejména na lůžkovou protinádorovou léčbu v prvním případě a na konkrétní diagnózu či skupinu diagnóz ve druhém). Přehled podle krajů naleznete na www.onconet.cz nebo v adresáři v kapitole č. 12. V rámci sítě center působí ještě tzv. národní onkologická centra, která jsou spíše středisky vědy, výzkumu a spolupráce na mezinárodním poli, nenahrazují tedy práci s pacienty a působnost zastřešujících či odborných společností. Národní onkologická centra jsou dvě: FN v Motole, Praha, a MOU v Brně. Nově by se v nich měla centralizovat léčba vzácných nádorů.

KOC a HOC jsou zdravotnická zařízení či jejich sdružení, která v rámci péče splňují kritéria deklarovaná Českou onkologickou společností (ČOS). ČOS se cíleně snaží o naplňování Národního onkologického programu (NOP), který byl zpracován na základě podmínek a potřeb České republiky a v souladu se závěry Světové zdravotnické organizace (WHO). Cíle NOP směřují ke snižování výskytu nádorových onemocnění a úmrtnosti na ně, ke zlepšování kvality života onkologicky nemocných a k racionalizaci nákladů na diagnostiku a léčbu nádorových onemocnění v ČR. Více informací najdete na www.linkos.cz.

Jak již bylo zmíněno, centra tvoří základ péče a splňují určitá kritéria daná v oblastech materiálně-technických, personálních a organizačních. V každém z center je multidisciplinární tým řešící diagnosticko-terapeutický plán pacientů složený ze zástupce z řad odborníků v oblasti laboratorní diagnostiky, odborníka v oblasti zobrazovacích metod (včetně endoskopií), operačních oborů dle lokalizace nádorového onemocnění, radiační onkologie a klinické onkologie. Do týmu patří i další pracovníci jako zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, nižší zdravotnický personál – u těch však není dána specifikace počtů a úvazků, a tak záleží na každém pracovišti, kolik takových pracovníků a v jakém úvazku má. Sociální pracovníci a psychologové tak nejsou standardně dostupní pro každého pacienta. Centra mají dále specifikována

materiální a technické vybavení a další požadavky, a to dle typu zařízení. Více informací lze najít na adrese www.onconet.cz/index.php?pg=onkologicka-pece-ceska-republika--kriteria-cos-pro-udeleni-statusu-koc.

Centra onkologické péče kromě poskytování primární péče také spolupracují s dalšími pracovišti v regionech, včetně těch onkologických. Důvodem je zejména péče o dispenzarizované pacienty, zajištění adjuvantní péče a také možnosti prevence a včasného zachytu, a to vzhledem k vysokému výskytu onemocnění. K této spolupráci proto centra využívají již dříve zmíněných regionálních a specializovaných onkologických skupin, kde pak působí zejména jako garance odbornosti a koncepce. Cílem této spolupráce je zejména kontinuita péče a využívání kapacit.

Organizace péče je do značné míry centralizovaná, je ovšem třeba některé její části distribuovat do celého systému. Tak již došlo k přesunu sledování dispenzarizovaných pacientů k praktickým lékařům, dále dochází k rozvoji systému paliativní péče a péče v závěru života vůbec. To vyvolává potřebu změn v oblasti úhrad, ale i související problematiky, jako je například dojíždění pacientů za léčbou.

V celkové koncepci péče o onkologicky nemocné hraje ústřední roli Národní onkologický registr (NOR), který je jedinečný v rámci celé Evropské unie. Evidence zhoubných nádorových onemocnění byla u nás zavedena již v roce 1951. NOR byl ustanoven v roce 1976. Sběr dat je povinný dle zákonného opatření a zároveň naprosto nutný pro plánování potřeb onkologické péče a hodnocení jejího přínosu. NOR také informačně podporuje systém Národního programu screeningu nádorů prsu, děložního hrdla a kolorektálního karcinomu. Více info naleznete na www.onconet.cz/index.php?pg=data-projekty--onkologicka-prevence.

Screeningová pracoviště tvoří samostatnou síť, která sleduje především screeningové cíle, v rámci výkonu péče o onkologicky nemocné pak jednotlivá pracoviště (zejména mamocentra) spolupracují i na léčbě a sledování onkologicky nemocných. Informace o rakovině prsu, její léčbě a screeningu najdete na www.mamo.cz/index.php?pg=home.

Prezentace epidemiologie zhoubných nádorů v ČR je k dispozici všem občanům na interaktivním portálu www.svod.cz. Komplexní informace je možné nalézt na stránkách Ústavu zdravotnických informací a statistiky v podobě ročenek a dalších přehledů na www.uzis.cz. Přesné a nejnovější údaje o počtech

hlášených onkologických onemocnění lze nalézt na odkazu www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/ekonomika/sledovani-a-predikce-dat-v-onkologii/narodni-onkologicky-registr/stav-hlasivosti-nor.

Zhoubné novotvary celkem (C00–C97):

Rok	Incidence	Mortalita	Prevalence
2010	78 199	27 834	447 624
2011	78 420	27 171	465 743
2012	80 249	27 334	484 137
2013	82 863	27 084	503 134
2014	84 219	27 050	522 933
2015	86 370	26 852	542 506
2016	88 351	27 261	561 387
Průměrná roční změna 2012–2016	+2,3 %	-0,1 %	+3,8 %

(Zdroj: www.uzis.cz)

Od 1. 1. 2019 může vybrané pacienty, kteří úspěšně absolvovali onkologickou léčbu, sledovat čili dispenzarizovat jejich praktický lékař. Dohodli se na tom praktičtí lékaři s českými onkology a jde o součást reformy, skrze niž se bude dostávat praktickým lékařům více pravomocí i v jiných terapeutických oblastech. Rozsah a frekvence kontrolních vyšetření jsou přesně dány doporučeným postupem, který vypracovala Česká onkologická společnost. Manuál měl být do konce roku 2018 rozeslán všem praktickým lékařům.

Cílem kontrolních vyšetření je zachytit včas případnou recidivu onkologického onemocnění či nádorovou duplicitu. S odstupem času od primární onkologické léčby pacienta ohrožuje více vznik nové rakoviny než návrat samotného onkologického onemocnění. Pravidelné komplexní preventivní prohlídky a screening pro něj proto mají v této životní etapě větší význam než samotné sledování onkologem zaměřené na nádorové onemocnění. Je proto racionální předávat pacienty do péče praktického lékaře. Kromě doporučených postupů budou zavedeny rovněž dva nové výkony, jimiž budou praktičtí lékaři vykazovat péči o onkologické pacienty v remisi:

01186 Převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče PL – 40 minut – 471 bodů

01188 Následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním, frekvence až 2x ročně – 25 minut – 297 bodů

Zároveň zde není kolize s výkony **01021**, **01022**.

Samotné předání pacienta do další péče praktického lékaře by se mělo uskutečnit po dohodě a formou předávací lékařské zprávy. Zpráva by měla obsahovat informace o diagnóze pacienta včetně TNM klasifikace, prodělané léčbě pro onkologické onemocnění, popřípadě komplikacích léčby. Vhodné je upozornit praktického lékaře na možné individuální riziko u daného pacienta. Více informací o této problematice naleznete zde: www.mzcr.cz/dokumenty/dohoda-onkologu-s-praktickymi-lekari-a-mz-crvylecene-onkologicke-pacienty-budo_16139_3801_1.html.

Celou koncepcí a organizací onkologické péče včetně dispenzarizace u praktických lékařů se zabývá Česká onkologická společnost. Česká onkologická společnost ČLS JEP (ČOS) je organizační složkou České lékařské společnosti J. E. Purkyně, která je dobrovolným nezávislým sdružením fyzických osob lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech. ČOS sdružuje lékaře a další odborníky působící na poli onkologie. Dbá o rozvoj a rozšiřování vědecky podložených poznatků v onkologii a příbuzných oborech, usiluje o jejich využívání v péči o zdraví občanů se zvláštním důrazem na preventivní činnost. ČOS má jednotlivé sekce, které se zaměřují na určitou problematiku. Také se stará o stránky www.linkos.cz, kde je k dispozici řada informací pro laickou i odbornou veřejnost a také zprávy o činnosti ČOS.

4. Služby pro onkologicky nemocné a jejich blízké

Jaké služby mohou onkologicky nemocní a jejich blízcí využívat? Jde především o služby zdravotnické, které podporují léčbu onemocnění, a dále je to pestrá paleta dalších podpůrných služeb, které se nacházejí mimo oblast zdravotnictví a umožňují péči a podporu ve všech fázích onemocnění, léčby, ale i mimo ně, ve chvílích rekonvalescence i v preterminálním a terminálním stavu. Část služeb je systematizovaná a odborně garantovaná, část je však tvořena pouze potřebou těch, jichž se týká, totiž samotných pacientů a jejich blízkých, kteří také nejlépe mohou reagovat na nenaplněvané potřeby nemocných.

Služby celého spektra jsou v zásadě dostupné, ale nekoordinované, nejsou návazné, nedá se sledovat jejich efektivita, často se také špatně dohledávají. Mimo oblast zdravotnictví schází koordinace pomoci jak onkologicky nemocným, tak jejich blízkým, protože neexistuje jedna zastřešující organizace a nikdo nehájí zájmy velké skupiny onkologických pacientů všech diagnóz v celém spektru jejich potřeb. V určitém směru je však zřetelný posun v zájmu o celistvé uchopení problematiky jak na ministerstvu zdravotnictví, tak u odborníků.

Oblasti služeb a pomoci onkologicky nemocným a jejich blízkým lze definovat podle odbornosti a jejich přesahů. Jak již bylo řečeno, prvotní odborností je ta zdravotní a její služby, dalšími službami jsou sociální, tedy registrované služby, jako je například pečovatelská služba nebo odborné sociální poradenství. Následují služby na zdravotně sociálním pomezí včetně patientských organizací a jejich aktivit, privátní služby, služby státní správy a další služby. Nezastupitelné místo mají podpůrné a informační portály, které jsou hojně využívány, ale mnohdy prokazují medvědí službu, pokud nejsou informace, které tu nemocní a jejich blízcí dostávají, důvěryhodné. To vše bude obsahem následujících odstavců, kde si jednotlivé služby popíšeme.

Nutno podotknout, že onkologické onemocnění svou dlouhodobostí a dalšími aspekty často zhoršuje finanční situaci nemocných i jejich rodin, a tak je financování služeb poměrně zásadní otázkou. V ČR není finanční toxicita léčby až tak zjevná, ovšem nelze říci, že by tu tento problém nebyl. Informace o tom podává například výzkum Dobrého anděla a občas i média (např.: brno.idnes.cz/rakovina-dobry-andel-jizni-morava-dlb-/brno-zpravy.aspx?c=A170124_2301041_brno-zpravy_krut). Ke snížení příjmů nedochází jen z důvodu léčby samé a pracovní neschopnosti, ale také z důvodu časté rozvodovosti v tomto období.

4.1 Služby státní správy

Nemoc, dlouhodobá nemoc, ztráta výdělků, zhoršení uplatnitelnosti na trhu práce, umírání a smrt a také ohrožení rodiny a dětí, to vše jsou situace, ve kterých má svou kompetenci i stát. K péči a podpoře či prevenci výše jmenovaných situací máme v duchu humanitních tradic v České republice mnoho nástrojů podpory – systémy péče, dávky, preventivní postupy a profesionální výkonu činností v těchto oblastech.

Pracovníci sociálních či zdravotně sociálních odborů na úřadech obcí s rozšířenou působností či městských částí a jejich sociální pracovníci jsou těmi, za kterými lze nemocného odeslat, pokud nedošlo k radikálnímu zeštíhlení odboru pouze na oddělení sociálně právní ochrany dětí, kurátora pro dospělé a veřejného opatrovníka. Tito pracovníci jsou obdobně jako v případě registrovaného odborného sociálního poradenství schopni podat informace a zprostředkovat pomoc a mají zpravidla dobrou znalost místních specifik. Stejně důležitým kontaktem jsou úřady práce a Česká správa sociálního zabezpečení, resp. jejich územně příslušná pracoviště, zejména pro oblast vyřizování veškerých dávek a příspěvků. Omezením často bývá úřední postup odtržený od praxe či neznalost zdravotních souvislostí, které v mnohém situaci a potřebné volené postupy včetně limitů ovlivňují. Více se o dávkách a důchodech dočtete v kapitole č. 8.

4.2 Zdravotní služby obecně

Podrobně jsou jednotlivé služby popsány v následujících kapitolách, zde nabízáme jen stručný přehled. Společným znakem těchto služeb je to, že jsou hrazeny ze zdravotního pojištění a lékaři jsou individuálně nebo v rámci zařízení smluvně vázáni se zdravotními pojišťovnami. Úhradová problematika není součástí této publikace, pacienti s otázkami lze však odkázat na tyto brožury:

- Léky pod kontrolou – www.lekovypruvodce.cz/files/c6a7c49d0dfc05ca0890fc45f22be246.pdf
- Jak překonat bariéry v dostupnosti léčby – www.onko-unie.cz/images/dtd/jak-prekonat-bariery-v-dostupnosti-lecby.pdf

Kromě praktického lékaře, který má vždy být tím, kdo má celkový přehled o zdraví svých pacientů, jsou to zejména odborní lékaři, ke kterým onkologicky nemocní docházejí. Především onkolog nebo odborník, jenž provádí nebo prováděl onkologickou léčbu dle diagnózy (např. onkogynekolog, urolog).

Velmi důležití jsou dále rehabilitační lékaři a fyzioterapeuti, kteří často pomáhají již v průběhu anebo po ukončení léčby s řešením jejich následků a prevencí trvalého dopadu fyzických omezení, která mohou vznikat.

Jedním z problematických aspektů péče o dlouhodobě nemocné u praktického lékaře je neochota pacientů, již se nezřídka potýkají s dlouhodobě horší imunitou, docházet na prohlídky spolu s ostatními nemocnými, nebo s nimi trávit dlouhou dobu v čekárně. Před praktickými lékaři tedy stojí otázka funkčního zvládnutí této situace a vyjití vstříc potřebám dlouhodobě nemocných pacientů. Přitom je důležité funkčnost změn a jejich nastavení srozumitelně vysvětlit ostatním skupinám pacientů, kteří si často neumějí situaci dlouhodobě nemocných představit. Specifická je pak situace u pracujících dlouhodobě nemocných, kteří nechtějí kontrolami příliš narušovat svůj běžný pracovní život. Nutno podotknout, že mnohdy tomu nejsou nakloněni ani zaměstnavatelé či kolegové takových osob.

Dalším důležitým aspektem péče zejména o dlouhodobě nemocné, hůře pohyblivé či pacienty s demencí anebo terminální pacienty je návštěvní služba. Je to velký tlak na kapacitu praktických lékařů, a to především při velkém počtu takto nemocných nebo při velkých dojezdových vzdálenostech. Na druhou stranu se tato povinnost praktických lékařů již dostává do obecného povědomí pacientů a pravděpodobně bude vyžadována i tam, kde byla dosud striktně odmítána. Lékař může využít alternativní řešení (viz např.: socialnipolitika.eu/2018/09/ma-prakticky-lekar-povinnost-navstivit-stareho-prakticky-nepohybliveho-pacienta). Situace rodin, kde je například starý nemocný člověk, se kterým si nevedí rady, přesto jej chtějí udržet doma, bývá nezřídka emočně skutečně zoufalá.

Během léčby zejména pokročilejší nemoci je častým vedlejším efektem bolest. Centra léčby bolesti jsou místy, kam nemocného odkázat pro pomoc. Kontakty a mapa pracovišť jsou přehledně zpracovány na stránkách Linkos www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/mapa-pracovist-pro-lecibu-bolesti/#search=1. Centra bolesti se snaží o celkovou organizaci podávání léků a léčby tak, aby bylo pacientům skutečně uleveno. Je známo, že mezi onkologicky nemocnými, hlavně v pozdějších stádiích léčby, bývá bolest podléčena.

Podobně důležitý je kontakt na ambulance pro léčbu chronických ran, jež lze využít při různých komplikovaných stavech v ambulantní péči. Kontakty je třeba vyhledávat na internetu dle místa bydliště nemocného.

Domácí zdravotní či hospicová péče jsou služby, které každý praktický lékař zná a využívá. Odkaz na zastřešující organizaci je www.adp-cr.cz. Na počátku zavádění služeb je z hlediska praxe důležitých několik otázek. První z nich je samozřejmě otázka smlouvy s pojišťovnou pacienta, druhou pak okamžitá kapacita služby (je to to, co potřebuje nemocný, bude kapacita na rozšiřování služby, pokud to bude potřebovat?). Důležité jsou i zvyklosti péče – dochází jedna zdravotní sestra k jednomu klientovi (okrskový způsob), nebo se sestry střídají (standardizace úkonu), je služba schopna oznámit pacientovi a jeho rodině přesný čas návštěvy, nebo ne (řídí se jen podle okamžité kapacity služby)? Je služba schopna specifických úkonů a má k tomu vybavení? Spolupracuje se sociálními službami pro svou optimalizaci? Zvláštní otázkou je dostupnost služeb v odlehlejších lokalitách. Někde tyto služby suplují zdravotní sestry, které žijí poblíž, nebo přímo ty od praktického lékaře. Dobré je se v takových případech spojit s obecním úřadem v místě bydliště pacienta a zkusit dojednání spolupráce či podpory v komunitě. Díky ochotě lidí se daří nacházet řešení i v poměrně složitých podmínkách. Domácí zdravotní péče bojují dlouhodobě za kódy, které by tyto služby zlepšily a zpřístupnily.

Second opinion je službou, která není plně v povědomí veřejnosti. Mnoho lidí o ní ví, ale má zkreslené představy, například podceňují časovou náročnost procesu nebo řeší nevhodným způsobem odbornost (podceňují ji, nebo naopak přeceňují). Podrobněji je tato služba vysvětlena na straně 32.

Samostatnou kategorií jsou odborníci v péči o duševní zdraví – psychiatři či kliničtí psychologové a onkopsychologové. Dle výzkumů distresu v USA více než 50 % onkologicky nemocných trpí distresem, který má zdravotní dopad a zaslouží si intervenci (nutno podotknout, že velmi podobná situace je i u blízkých onkologicky nemocných). Dle výzkumů, jež uvádí Tschuschke, má obtíže v oblasti poruch nálad a úzkosti až 50 % onkologicky nemocných. Ti se s obtížemi potýkají nejen na začátku onemocnění, kdy je velký tlak na změnu a často vznikají krizové situace, či na sklonku života, který končí mnohdy předčasně, ale i v průběhu léčby a po ní. Není výjimkou, že nemocní odkládají vše kromě léčby, a po jejím ukončení jsou zaskočeni tím, co se v jejich životě děje: řeší sociální, partnerské a manželské, ale i pracovní problémy. To vše pak zvyšuje tlak na psychiku a mnohdy si zaslouží pomoc odborníka. Jen výjimečně, a to obvykle přes některé neziskové organizace, se podaří zajistit psychologa nebo psychiatra, který pracuje v terénu, což je limit zejména pro nepohyblivé pacienty a jejich rodiny. Více o této problematice najdete v kapitole č. 6.

U většiny onkologicky nemocných není třeba zajišťovat aktivní pomoc nějaké služby, kromě případů, kdy onkologicky nemocný sám pečuje o nezaopatřené dítě či seniora nebo je zcela sám a jeho léčba je náročná. Pak je potřeba pomoci zvenku. S péčí o nezletilé děti, které nenavštěvují školské zařízení, pomohou agentury na hlídání dětí nebo soukromé mateřské školy, případně pečovatelská služba, která může pomoci s doprovody. S péčí o seniory nebo o zdravotně postiženého mohou pomoci sociální služby, jako jsou denní stacionáře, zařízení pro respitní péči nebo některé domovy pro seniory, jež poskytují přechodné pobyty. Mnohdy postačí pouze zajištění pomoci v domácnosti pečovatelskou službou nebo osobní asistence při aktivitách v terénu. Vyhledávač zdravotních služeb naleznete zde: nrpzs.uzis.cz.

4.3 Sociální služby

Sociální služby jsou jedním z pilířů pomoci, která je zajišťována státem a jeho smluvními partnery, neziskovými organizace. Zároveň to je služba, která je státem regulovaná, a to dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a jeho vyhláškami. Tato pomoc je provázána s dávkami, které nemocný může žádat a které jsou na služby určeny (příspěvek na péči). Sociální služby jsou dle zmíněného zákona formalizované do dvou hlavních skupin: registrované sociální služby a služba registrovaných fyzických osob – asistent sociální péče (www.mpsv.cz/cs/13928). Zákon o sociálních službách neupravuje péči blízkých, což je neformalizovaná péče, která má nezastupitelnou roli v pomoci nemocnému člověku.

Role blízkých se budeme zabývat jen velmi málo, pro potřeby této kapitoly lze však shrnout základní výstup pro praxi: pokud nemá nemocný blízké dospělé či s nimi nemá vztah umožňující jejich pomoc, velmi pravděpodobně spadá do rizikové skupiny nemocných. To si zaslouhuje z hlediska prevence dalších komplikací a propadů hlubší vhled do jeho životních potřeb a případnou příležitou intervencí minimálně ve formě nasměrování k další pomoci a předání relevantních kontaktů.

Zákon o sociálních službách přesně určuje typy služeb pro cílové skupiny. Pro péči o onkologicky nemocné v domácím prostředí však přichází v úvahu jen část z nich. Ty si zde vyjmenujeme, dříve je však třeba zmínit registr poskytovatelů sociálních služeb, který lze najít na stránkách iregistr.mpsv.cz. Tady jsou všechny služby rozdělené dle specifík jako typ služby, lokalita, cílová skupina apod. Po rozkliknutí je k dispozici popis a mnoho dalších podrobností, které mohou být důležité pro rozhodování o službě. Všechny služby jsou poskytovány

dle standardů kvality a platby za ně jsou regulovány zákonem, některé jsou poskytovány zdarma (např. odborné sociální poradenství či sociálně aktivizační služby, ať už pro rodiny s dětmi nebo pro seniory a zdravotně postižené).

Sociální služby pro onkologicky nemocné a jejich blízké a další dlouhodobě nemocné:

Odborné sociální poradenství

je poskytováno v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro dlužníky atd. Jedná se zpravidla o poskytnutí informací nutných pro orientaci v sociální problematice či zdravotně sociální problematice, pomoc při podávání žádostí a také případové vedení. Poradenství vedou sociální pracovníci, případně právníci. Pro onkologicky nemocné se cílené odborné sociální poradenství hledá složitě, protože pro sociální pracovníky představuje velký odborný přesah do oblastí onkologie, medicíny a zdravotnictví celkově. Pomoc je možno hledat přímo v organizacích, které se onkologicky nemocným věnují, jako je Amelie, z.s. (www.amelie-zs.cz), nebo na sociálních odděleních nemocnic, kde mají onkologické pracoviště (nejedná se však o registrovanou službu). Někdy mohou alespoň částečně pomoci patientské organizace a rozhodně také poradny zdravotně postižených. Tato služba je poskytována ze zákona bezplatně.

Krizová a telefonická krizová služba

zprostředkuje asistovaný či ambulantní kontakt s odborníky, kteří pomáhají s řešením krize či psychické dekompenzace, do nichž se člověk v souvislosti s onemocněním může dostat. Nejedná se jen o krizové momenty při zjištění diagnózy či při recidivě, častá je i dekompenzace v důsledku dlouhodobého stresu, rozpadu vztahů či dalších zátěžových situací. Krizová centra nabízejí zpravidla služby ambulantní, ale často k nim připojují i služby on-line – po telefonu, e-mailu či chatu. Některá krizová centra mají kromě psychologů k dispozici i psychiatra, či dokonce krizová lůžka s 24hodinovou péčí. Opět nutno lokálně hledat a informovat se, ve službách jsou velké rozdíly.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené či pro rodiny s dětmi

jsou ambulantní, popřípadě terénní služby a zahrnují zejména tyto činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- b) sociálně terapeutické činnosti
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

V rámci těchto služeb mohou nemocní využívat různé aktivity, které jim napomáhají vyrovnávat deficity vznikající v rámci léčby či pozdních následků léčby. Také to může být příležitost k setkávání s dalšími lidmi jako prevence sociální izolace. Tato služba je poskytována ze zákona bezplatně.

Pečovatelská služba

je nejčastěji terénní, někdy i ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

O zájmy a rozšíření pečovatelské služby se stará Česká asociace pečovatelské služby (www.caps-os.cz). Tato služba by měla být dostupná na celém území ČR. V praxi jsou však někdy obtíže zejména v malých a odlehlých lokalitách, tam je třeba se obrátit na místní úřad a trvat na zajištění pomoci. Stejně tak je dobré vědět, že pečovatelská služba má ze zákona pomáhat i rodinám s dětmi. Je poskytována za úhradu.

Osobní asistence

je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v domácnostech a při činnostech, které osoba potřebuje, a obsahuje zejména tyto činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- b) pomoc při osobní hygieně
- c) pomoc při zajištění stravy
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Je službou velmi podobnou pečovatelské službě. Rozdíl je však daný zaměřením nikoli na úkony, ale na spotřebovávaný čas, někdy je rozdíl i v cílové skupině, které je služba poskytována. Osobní asistence může navíc vykonávat aktivizační

činnosti a edukaci. Jedná se o službu poskytovanou za úhradu. Poskytovatele osobní asistence sdružuje Asociace pro osobní asistenci (www.apoa.cz).

Půjčovny kompenzačních pomůcek

jsou často zřizovány u sociálních služeb, které pracují se zdravotně postiženými či osobami v terminálním stadiu nemoci. Všechny sociální služby mají kontakty na půjčovny kompenzačních pomůcek. Půjčovny zajišťují oproti platbě zapůjčení různých pomůcek do domácností pacientů. Jedná se například o polohovací postele, gramofony, sedačky do vany, ale mnohdy i o vozíky, antidekubitní matrace či podložky, plošiny nebo schodolezy. Kontakty je třeba vyhledávat lokálně či na internetu.

Odlehčovací péče alias respitní lůžka

je samostatnou sociální službou, poskytují ji některá sociální zařízení, jako jsou domovy seniorů či domovy se zvláštním režimem anebo týdenní stacionáře. Jde o lůžka, na která po přechodnou dobu mohou blízcí umístit například seniora, kterého mají dlouhodobě v péči. Důvodem pro takové přechodné umístění je například potřeba odpočinku, léčby či lázeňského pobytu pečovatele. Tato zařízení jsou dostupná v regionech různě, někdy je na ně pořadník. Informace jsou k dispozici na internetu v registru poskytovatelů sociálních služeb a přehled o těchto zařízeních mají zpravidla zejména zdravotně sociální pracovníci nemocnic nebo sociální pracovníci obcí. Za službu se platí, ale někdy je to opravdová úleva, která umožní pečovateli absolvovat plánovaný zákrok či si odpočinout a pokračovat pak v péči o blízkého. Vyhledávač registrovaných sociálních služeb najdete zde: iregistr.mpsv.cz.

4.4 Služby na sociálně zdravotním pomezí

Jedná se o služby, které se nacházejí mimo sociální služby a které jsou těsně provázané se zdravotnickým prostředím. Typickým představitelem je zdravotně sociální pracovník (sociální pracovník ve zdravotnictví), který pracuje ve zdravotnictví, a přesto poskytuje služby sociálního zaměření. Tito pracovníci mají výtečný přehled o službách a zařízeních péče po hospitalizaci, umějí také poradit v otázkách dávek a příspěvků, informovat pacienty či jejich blízké o optimálních postupech a předat informace. Jejich omezení je však v širokém zaměření a malé kapacitě. Zpravidla je jeden pracovník na nemocnici nebo několik oddělení, a tak se nemůže věnovat například pacientům z ambulancí či mimo zdravotnické zařízení. Pokud za těmito pracovníky někdo přijde, věnují se mu. Jejich seznam, relevantní k onkologické problematice, naleznete v adresáři KOC a HOC.

Další důležitou službou pro nemocné jsou patientské organizace. Jedná se většinou o zapsané spolky (dříve občanská sdružení), mají různou strukturu, od zcela neformálních přes skupiny či kluby až po zastřešující organizace. Stejná je i náplň jejich činností – od velmi neformálních až po vysoce profesionalizované služby a aktivity. Více o nich se dočtete v kapitole č. 7.

4.5 Privátní služby

Jedná se o služby poskytované soukromými subjekty, které spadají zpravidla do předmětu podnikání. Jejich cílem je poskytnout službu, ovšem proti platbě za ni. Nejedná se o služby zdravotní nebo sociální podle zákona. Typicky sem spadají služby právníka, notáře, psychologa či psychoterapeuta, ale i dalších odborníků jako například koučů, výživových poradců apod. V zásadě by sem měly spadat i služby, které poskytují alternativní léčbu (od bylinek, potravinových doplňků, čínské medicíny až po opravdové šarlatány). Posledně jmenované skupině se však věnovat nebudeme, přestože je velmi vyhledávaná jak nemocnými, tak jejich blízkými. V ČR neexistuje jednotný přístup v této oblasti, maximálně lze doporučit německy mluvícím zájemcům, aby se podívali na pravidla, která v této oblasti zpracovali v Německu.

Privátní služby v oblasti poradenství mají jisté lokální odlišnosti, hodinové sazby jsou však běžně okolo 1000 korun za hodinu setkání. U kvalifikovaných psychologů, kteří nepracují na pojišťovnu, nebo psychoterapeutů se cena pohybuje v rozmezí 800–1300 Kč za 50minutovou konzultaci. Nelze vysledovat přímou úměru mezi cenou a kvalitou ani mezi poskytováním služeb na pojišťovnu a bez ní a kvalitou. Neexistuje tedy kromě odbornosti či osobního doporučení žádné vodítko pro rozhodování za kým s čím jít. V oblasti psychotherapie je však často klíčová časová dostupnost služby a ta je u privátních služeb mnohdy snazší a nenaráží na regulace, které mohou být kladeny smluvně ze strany pojišťovny.

4.6 Další oblasti služeb

Dalšími službami, které mohou být pro onkologicky nemocné a jejich blízké důležité, jsou například:

- **Mateřská centra** – poskytují služby maminkám/otcům na mateřské dovolené. Fungují jako spolkové aktivity, které nabízejí kvalitní trávení

volného času s dětmi. Nabízejí sdílení, aktivizaci formou různých dílen a přednášek, ale třeba i výletů a společné herny či hlídání dětí. Důležitým aspektem je prevence izolace.

- **Vzdělávací instituce a centra** – nabízejí nejrůznější formy a zaměření vzdělávání. Mohou pomoci zejména nemocným po léčbě, protože ti často hodnotí svůj život a směřování a hledají novou rovnováhu a aktivitu. Další vzdělávání může pomoci i tam, kde člověk zvažuje úpravu svého profesního směřování, až se bude vracet do práce. Více k tomuto tématu najdete v kapitole č. 9.
- **Duchovní péče** – je nabízena v mnoha nemocnicích formou nemocničních kaplanů a samozřejmě v běžném prostředí i formou různých setkávání a společenství věřících. Dnešní duchovní péče není zaměřena na „obracení na víru“, ale právě na sdílení společných hodnot, posilování vztahů a setkávání. Mnoho nemocných si nese otázky po smyslu zážitku onemocnění a hledá posilu v duchovním světě.

4.7 Nadace a nadační fondy na podporu onkologicky nemocných

Specifickou oblastí služeb pro onkologicky nemocné jsou právě nadace a nadační fondy. Asi nejznámější je Liga proti rakovině s „kyticíkovým dnem“ a Dobrý anděl (www.dobryandel.cz). Obě organizace a spolu s nimi i další jsou zaměřeny na podporu lidí v obtížných situacích, které s sebou nemoc nese.

Nadační fondy pomáhají rodinám, které se vlivem nemoci dostaly do tíživé situace. Onemocnění, při kterých pomáhají, jsou vždy uvedena na jejich webu. U všech typů onemocnění však platí podmínka, že pacient, jemuž je pomoc poskytována, je léčen ve zdravotnickém zařízení na území ČR a rodina má alespoň jedno nezaopatřené dítě.

Finanční podpora jednotlivců je v ČR téměř výhradně zaměřena na podporu dětí a rodin s dětmi, pro dospělé je tu přímé finanční podpory jako šafránu. Pomoc nemocným je zaměřena ještě na pomůcky nebo pak na podporu projektů, které poskytují nemocným služby, případně na výzkum a léčbu jako takovou.

5. Vybrané zdravotní služby

5.1 Domácí zdravotní péče

Domácí zdravotní péče je zdravotní služba vykonávaná zdravotní sestrou v domácím prostředí. Indikuje ji praktický lékař nebo ošetřující lékař lůžkového zdravotnického zařízení po ukončení hospitalizace, kdy jeho indikace platí 14 dní.

Kontakty na agentury domácí zdravotní péče (tzv. Home Care) najdete na stránkách Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb nrpzs.uzis.cz. Po zadání lokality a druhu zařízení (v tomto případě „domácí zdravotní péče“) se vám zobrazí organizace.

Seznam kódů pro předpis domácí zdravotní péče:

(výkony pro odbornost 925 dle Vyhlášky MZ ČR č. 134/1998 Sb.)

- 06311 *zavedení a ukončení domácí péče, administrativní činnost sestry v domácí péči (vykazováno pouze 2x za jeden cyklus soustavné domácí péče)*
- 06349 *signální kód – pro ošetřování pacientů v terminálním stavu – 1x denně; tato ošetřovatelská péče nemá časovou ani bodovou hodnotu*

Kódy výkonů – návštěv dle časového rozlišení:

(obsahují následující výkony: kontrola zdravotního stavu, dodržování léčebného režimu, sledování fyziologických funkcí, pomoc při hygieně a provedení hygieny u imobilních pacientů; lze ordinovat různými kombinacemi dle časové náročnosti domácí péče, maximálně 3x denně)

- 06313 *ošetřovatelská návštěva – domácí péče – typ I. (30 min.)*
- 06315 *ošetřovatelská návštěva – domácí péče – typ II. (45 min.)*
- 06317 *ošetřovatelská návštěva – domácí péče – typ III. (60 min.)*
- 06318 *ošetřovatelská návštěva – domácí péče – typ IV. (15 min.)*
- 06319 *fyzická asistence při poskytování DP (30 min.)*

Kódy výkonů prováděných v mimopracovních dnech a v nočních hodinách:

- 06135 *výkon sestry v době od 22 hod do 6 hod.*
- 06137 *výkon sestry v den pracovního klidu či pracovního volna*

Kódy materiálových nákladů přičtených k návštěvám:

- 06321** vyšetření pacienta sestrou v jeho vlastním sociálním prostředí (vyšetření glukometrem, EKG a další), lze ordinovat maximálně 1x týdně
- 06323** odběr biologického materiálu – lze ordinovat maximálně 3x denně
- 06325** aplikace ordinované parenterální terapie pro zajištění hydratace, energetických zdrojů a léčby bolesti (aplikace infuze – dle písemné ordinace lékaře), lze ordinovat maximálně 3x denně
- 06327** ošetření stomii – lze ordinovat maximálně 3x denně
- 06329** lokální ošetření – lze ordinovat maximálně 3x denně
- 06331** klyzma, výplach, cévkování, laváže, ošetření permanentních katétrů – lze ordinovat maximálně 3x denně
- 06333** aplikace inhalační a léčebné terapie různými způsoby, další způsoby aplikace terapie či instalace léčiv – lze ordinovat maximálně 3x denně
- 06335** nácvik a zaučování aplikace inzulínu – lze ordinovat 3x denně, maximálně 30x za 14 dní

Výkony domácí zdravotní péče nejsou zahrnuty do regulací úhrad poskytované zdravotní péče praktickým lékařem.

Pravidla pro indikaci a úhradu paliativní péče

Rozhodnutí, že se jedná o pacienta v terminálním stavu, což vyžaduje změnu frekvence ošetrovatelské péče prostřednictvím domácí zdravotní péče, náleží registrujícímu praktickému lékaři, registrujícímu praktickému lékaři pro děti a dorost, ošetřujícímu lékaři při hospitalizaci a ošetřujícímu lékaři poskytujícímu ambulantní specializovanou zdravotní péči. Podmínkou pro realizaci požadavku ošetřujícího lékaře a úhradu z prostředků veřejného zdravotního pojištění je vystavení dokladu 06/DP s jasnou a konkrétní specifikací požadovaných zdravotních výkonů, aby nedocházelo k vykazování domácí péče, která je de facto péčí sociální.

Indikační kritéria

Jedná se o stav, kdy uzdravení pacienta již není reálné a smrt lze očekávat v relativně blízké době (v řádu zpravidla několika dnů až týdnů). Zdravotní stav nevyžaduje poskytování akutní intenzivní nebo resuscitační péče. U pacienta byla ukončena kurativní léčba, další péče je pouze paliativní.

Indikující lékař vydá souhlas s použitím kódu 06349 v rozsahu 30 dnů; v případě požadavku na překročení tohoto časového omezení požádá o schválení prodloužení revizního lékaře na žadance o schválení (povolení) – dokladu 21.

Souhrnná časová dotace požadované zdravotní péče však nepřesáhne 6 hodin za den.

Také je nutné ověřit, že smluvní poskytovatel poskytující péči o nemocného v terminálním stavu splňuje všechny věcné, technické a personální požadavky stanovené příslušnými předpisy pro poskytování těchto hrazených služeb.

Nejčastější chyby při vykazování paliativní domácí zdravotní péče:

1. Na dokladu 06/DP není uvedena indikujícím lékařem jednoznačná specifikace, jaká zdravotní péče má být nemocnému poskytnuta.
2. Na dokladu 06/DP je indikována lékařem k úhradě z prostředků veřejného zdravotního pojištění i péče sociální.
3. Zdravotní péče se signálním kódem terminálního stavu je vykazována k úhradě nad 30 dní poskytování péče bez schválení příslušným revizním lékařem.
4. Indikující lékař nemá ve své dokumentaci záznamy a doložená vyšetření, ze kterých by jednoznačně vyplývalo, že se u nemocného jedná o terminální stav.
5. Signální kód je vykazován i u nemocných, jejichž aktuální zdravotní stav neodpovídá terminálnímu stavu.



Role praktického lékaře

Pomoci dlouhodobě nemocným domácí péčí k lepšímu komfortu při náročné terapii, případně eliminovat v průběhu léčby riziko infekce ve velkých zdravotnických zařízeních. Za pomoci domácí péče udržet pacienta co možná nejdéle v domácím prostředí i v symptomatické fázi léčby nebo při paliativní péči.

5.2 Rehabilitace

Rehabilitace onkologických pacientů má svá specifika a kontraindikace, ale v zásadě je podobně jako u ostatních nemocných prováděna ambulantně,

za hospitalizace, formou lůžkové péče nebo prostřednictvím rekondičních pobytů. Rehabilitační program v průběhu onkologické léčby může být častěji přerušován z důvodu specifických komplikací nebo velké zátěže pacienta. I z důvodu zvýšeného rizika nežádoucí infekce či žilních vstupů bývá komplexnější rehabilitace plánovaná až po ukončení akutní fáze nemoci. Jejím hlavním cílem je eliminace bolesti, brnění, péče o jizvy, terapie lymfedému, maximální obnovení a uchování funkcí v oblasti pohybového systému, edukace, jak zařadit pohyb do pravidelných životních aktivit. Onkologická pracoviště se rehabilitací v komplexním pojetí obvykle nezabývají, lékaři pouze doporučují zajištění lymfodrenáží při vzniku lymfedému.

Zvláštní rehabilitační cíle jsou u nemocných s plicními nádory při odstranění části plicního laloku a zaměřují se na prevenci plicní nedostatečnosti a zánětu v dýchacích cestách, zlepšení ventilačních parametrů, udržení pohyblivosti hrudníku, a tím celkové zvýšení fyzické kondice.

Zvláštní skupinu pro rehabilitaci tvoří pacienti s metastatickým postižením skeletu. Kostní metastázy se nejčastěji vyskytují u pokročilých karcinomů prsu, prostaty, plic, ledvin a štítné žlázy a u hematologických malignit. Kosti jsou metastatickým postižením zeslabeny a hrozí patologické fraktury, na což je třeba dávat zvláštní pozor. Obvykle se cvičí pouze aktivně do spontánní hybnosti, necvičí se přes bolest a s dotahováním pohybu, který nemocný nezvládne.

Fyzikální terapie (např. elektroléčba, magnetoterapie, termoterapie atd.) bývá u onkologicky nemocných omezována a má řadu kontraindikací. Vždy je podávána s individuálním přístupem ke každému onemocnění a lze ji aplikovat jen na místech vzdálených od primárního nádoru.

Kapacity rehabilitačních zařízení a ambulancí jsou v řadě míst nedostatečné, o potřebu rehabilitace se utkávají pooperační a poúrazové stavy, chronické neurologické diagnózy a řada dalších pacientů. Onkologicky nemocní mnohdy bojují s častějším odmítáním přijetí do péče, protože mají za sebou velmi složitou onkologickou léčbu, která je mnohdy i rehabilitačním lékařům nejasná a mají obavy z různých komplikací.

Další možností rehabilitace nemocných jsou rekondiční pobyty. Asi nejznámějším organizátorem je Liga proti rakovině, ale řadu pobytů pořádají i další pacientské organizace.

Zde je možné nalézt aktuální nabídku rekondičních pobytů:

- Liga proti rakovině – www.lpr.cz/akce-a-projekty/rekondicni-pobyty
- Aliance žen s rakovinou prsu (sdružující více než 40 organizací) – www.breastcancer.cz/cs



Role praktického lékaře

Informovat pacienta o možnosti rehabilitace a pomoci s jejím zajištěním, a tím zajistit maximální kvalitu života.

5.3 Lázeňská péče

Jednou z možností rehabilitace onkologicky nemocných je lázeňská péče. Onkologicky nemocný má po absolvování akutní onkologické léčby obvykle nárok na komplexní lázeňskou péči v délce 21 dní, a to do 12 měsíců od ukončení akutní onkologické terapie (chemoterapie, ozařování, biologická léčba atd.). Za akutní onkologickou léčbu zpravidla není považována dlouhodobá hormonální léčba. Zdravotní pojišťovna hradí náklady na léčení, ubytování a stravování. Pacient v lázních hradí lázeňský poplatek a běžně také příplatek za nadstandardní péči. Komplexní lázeňská péče je hrazená pouze jedenkrát, opakovaný pobyt je možný jen v případě Hodgkinovy nemoci, a to do 36 měsíců od posledního lázeňského pobytu. Lázeňskou péči předepisuje praktický lékař a u onkologicky nemocných ji vždy musí doporučit onkolog, který se vyjádří, že pacient nemá příznaky recidivy, diseminace a je lázeňské péče schopen. Následně ji schvaluje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny.

Kompletní indikační seznam pro lázeňskou péči najdete v zákoně č. 1/2015 Sb. a ve vyhlášce č. 2/2015 Sb. nebo zde: www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-peci_3241_3.html.



Role praktického lékaře

Informovat pacienta o možnosti lázeňské péče a potřebném doporučení od onkologa a lůžkách, aby si ho včas při kontrole zajistil.

5.4 Léčba bolesti

Chronická bolest doprovází řadu onemocnění a jedním z takových bývá i onkologické onemocnění. Vnímání bolesti ovlivňuje celá řada faktorů a není u všech pacientů stejná. Dá se říci, že s určitou vnímavostí k bolesti se rodíme a také ji postupně získáváme zkušenostmi. Přítomnost nebo nepřítomnost veliké bolesti je jedním z nejčastějších faktorů vnímání kvality života u onkologicky nemocných a sami nemocní z ní mají mnohdy největší obavy. Na pocity bolesti má určitě také vliv duševní stav nemocného. Informace pro nemocné trpící bolestí nalezneme na www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/informace-pro-nemocne-trpici-dlouhodobou-bolesti, nebo na www.lecba-bolesti.cz

Léčba bolesti bývá součástí péče ošetřujícího onkologa, a to obvykle v podobě medikamentózní léčby. V komplikovaných případech, kdy léčba není úspěšná, jsou nemocní odesíláni na ambulanci nebo centrum pro léčbu bolesti, kde pracuje tým odborníků schopných řešit různé typy bolesti všemi dostupnými metodami.

Někdy se setkáváme s tím, že pacient onkologovi o bolesti neřekne, domnívá se, že ho s tím nemůže zatěžovat, a řeší čistě onkologickou terapii. Nebo se bojí, že by vznik bolesti při terapii byl důvodem jejího ukončení, což nechce. V některých případech má pacient na onkologa mnoho otázek, ale pod časovým tlakem na přetížených ambulancích je zapomeno. Jiní onkologičtí pacienti mají obavy z vysoké míry toxicity, a tudíž pocít, že si analgetickou terapii při chemoterapii již nemohou dovolit. U řady nemocných působí s dobrým efektem doplnění analgetické terapie psychoterapií nebo nácvikem relaxačních technik.

Mapu pracovišť pro léčbu bolesti najdete zde: www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/mapa-pracovist-pro-lecbu-bolesti.



Role praktického lékaře

Cíleně zjišťovat, zda pacient netrpí velkou bolestí, vysvětlit mu možnosti její léčby a případně jej odeslat na specializované pracoviště.

5.5 Nutriční péče

Nejdůležitější materiály a poznatky z oblasti výživy onkologicky nemocných zpracovala Pracovní skupina nutriční péče v onkologii. Materiály jsou dostupné zde: www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/vyziva/doporuceni-nutricni-skupiny-cos.

Praktickému lékaři mohou sloužit k orientaci, na co u nemocných dát pozor a jak jim pomoci, zejména v obdobích, kdy přecházejí od jednotlivých odborností a nejsou kontinuálně sledováni onkologem. Například:

Při diagnostice onkologického onemocnění

Některá onkologická onemocnění mají jako jeden ze svých projevů nechutenství a váhový úbytek. Jsou to například rakovina plic, rakovina žaludku či střeva, melanom a další. Pacienti trpí podvýživou, ještě než je jejich onemocnění diagnostikováno.

Před operačním zákrokem

Pokud je pacient odeslán na operaci jako první volbu léčby, obvykle mluví s onkologem pouze krátce. Zároveň společně řeší nově zjištěnou diagnózu a na stav výživy obvykle vůbec nepadne řeč. Sám nemocný bývá v šoku, jeho život dostane najednou jiné obrátky, je vykořeněn z běžných stravovacích zvyklostí. Hraje zde roli také jeho psychický stav. Část nemocných je v obrovském stresu, jak operace dopadne a co bude následovat, a popisují, že nemohou vůbec jíst. Někteří mají po zjištění onemocnění potřebu udělat radikální změnu jídelníčku a začít jíst zdravě, ale neuvědomují si, že před operačním zákrokem potřebují mít dostatek energie a živin, které jim pak v důsledku různých diet často chybí. Rozhovor o stravě před operací by jejich pohled mohl usměrnit.

Při ukončení onkologické léčby

Onkologická léčba je mnohdy zakončena na onkologické ambulanci rozhovorem, kdy lékař obvykle vysvětluje vyčerpání všech terapeutických možností. Nemocný v danou chvíli může, ale nemusí mít zásadní nutriční potíže. Této problematice je však třeba se věnovat následně, v období symptomatické léčby. To je chvíle pro intervenci praktického lékaře, ke kterému nemocný zpravidla přichází řešit různé potíže, pokud je neřeší v paliativní ambulanci nebo u onkologa.

Jednoduchý dotazník pro zhodnocení nutričního rizika, který vyplní pacient i lékař, je ke stažení zde: www.linkos.cz/ceska-onkologicka-spolecnost-cls-jep/organizace-cos/pracovni-skupiny-cos/pracovni-skupina-nutricni-pece-v-onkologii-pri-cos/materialy-pro-praxi-ke-stazeni. Dále tu najdete pokyny k jeho vyhodnocení a doporučení, včetně schématu jak postupovat při určitých nutričních rizicích. Praktický lékař může nemocnému dát dotazník, aby jej probral se svým onkologem, nebo ho přímo poslat do nutriční poradny. Také může onkologickému pacientovi doporučit speciální výživnou dietu nebo ho informovat o možnosti tekuté enterální výživy k popíjení (sippingu).



Role praktického lékaře

Neopomenout potřebu kvalitní výživy a nutriční podpory u onkologicky nemocných a včas pacienta upozornit, informovat nebo odeslat ke specialistovi.

5.6 Rehabilitační a kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky související s onkologickou léčbou obvykle může předepsat přímo onkolog. Některé pomůcky hradí pojišťovna plně, na jiné musí nemocný doplácet. U některých stačí podpis odborného lékaře, jiné musí ještě potvrdit revizní lékař zdravotní pojišťovny. V číselníku VZP nalezneme všechny výše zmíněné informace a dále údaj, po jaké době je možné pomůcku znovu předepsat. Pomůcky, jež onkologicky nemocní nejčastěji užívají, jsou:

Paruka

Zdravotní poukaz vystavuje onkolog, hematolog nebo kožní lékař a má platnost 3 měsíce od data vystavení. Vystavit ho lze maximálně 1x za rok.

Epitéza

Rozlišujeme pooperační mamární epitézu, kterou předepíše chirurg nebo onkolog/hematolog. V rámci jedné operace hradí pojišťovny vždy 1 kus a maximální úhrada, kterou pojišťovna poskytne, je 500 Kč.

Dále rozlišujeme trvalou mamární epitézu, v jejímž případě pojišťovna hradí 1 kus za 2 roky. Maximálně na úhradu poskytne 1800 Kč a poukaz předepíše praktický lékař nebo onkolog.

Pokud pacient po léčbě trpí lymfatickým otokem, pojišťovna uhradí až 3000 Kč za mamární samolepící epitézu, také 1 kus za 2 roky. Tu předepisují odborná angiologická a lymfologická pracoviště nebo lékař s odborností onkologie a hematologie. Pokud je mamární epitéza dražší, musí pacient rozdíl doplatit. Vždy se ale dá sehnat plně hrazená varianta.

Kompresivní podprsenka

Pojišťovna poskytne až 1300 Kč, a to 1x ročně, na kompresivní podprsenku. Předepisuje ji lékař s odborností chirurgie nebo onkologie a hematologie.

Kompresivní návleky na paži

Pojišťovna uhradí návlek maximálně 2x ročně. U návleků existují různé třídy komprese podle rozsahu a závažnosti lymfedému, přičemž maximální úhrada z veřejného zdravotního pojištění opět vychází z ceny zdravotnického prostředku dané třídy komprese v základním provedení, plně funkčním a nejméně ekonomicky náročným.

Stomické pomůcky

Pomůcky může předepsat praktický lékař, urolog, chirurg, internista nebo onkolog. Obvykle se předepisují na dobu 3 měsíců. Praktičtí lékaři často nemají úplný přehled o stomických pomůckách. Je výhodné získat informace z katalogů firem, na informačních linkách, v poradnách stomasester, proktologických poradnách nebo v klubech stomiků.

Pokud je stanovený limit spotřeby pomůcek nedostačující (např. průjmová onemocnění, velké zjizvení v okolí stomie, poškozená pokožka atd.), může být navýšen. Navýšení schvaluje revizní lékař zdravotní pojišťovny. Jeho schválení vyžadují i některé specifické pomůcky (např. irigační sety nebo drenážní systémy).

V prosinci 2018 byla schválena novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Nyní následuje přechodné období, během kterého bude platit stávající systém úhrad zdravotnických prostředků na poukaz. Podle nového kategorizačního stromu a nových legislativních úprav budou předepisovány pomůcky až od 1. 12. 2019.

Letos vydá VZP konsolidovaný seznam hrazených zdravotnických prostředků na poukaz. Výrobci a distributoři budou své zdravotnické prostředky postupně přehlašovat do nového kategorizačního stromu. Jednání o novele probíhala velmi intenzivně více než půl roku a účastníci se jich zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR, Patientská rada Ministerstva zdravotnictví ČR, zdravotní pojišťovny i zástupci firem poskytujících pomůcky. Novela zákona je kompromisem a až praxe ukáže, zda určitá skupina nemocných není výrazněji omezena.



Role praktického lékaře

Informovat pacienta o existenci potřebných pomůcek, doporučit, kdo z odborností, ke kterým dochází, by je mohl předepsat, případně mu je předepsat sám.

5.7 Second opinion

Právo pacienta na druhý názor – diagnostiku a postupy léčby, tzv. second opinion, definuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Druhý názor bývá poskytnut většinou osobně, někdy telefonicky nebo prostřednictvím e-mailu, po zaslání zdravotnické dokumentace. Některá pracoviště nabízejí i možnost vyšetření.

Poskytovatel zdravotních služeb je přitom povinen zajistit, aby jinému poskytovateli nebo zdravotnickému pracovníkovi, od nichž si pacient vyžádal konzultační služby, byly zpřístupněny informace vedené o jeho zdravotním stavu ve zdravotnické dokumentaci, které jsou pro poskytnutí druhého názoru nezbytně nutné. V případě, že by tak neučinil, je krajský úřad oprávněn uložit pokutu. Tato služba není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, a tudíž si ji musí zaplatit pacient. V praxi mají některá zdravotnická zařízení stanovený ceník, jiná ne a poskytují službu zdarma.

Je možno se také obrátit na svou zdravotní pojišťovnu a ta dodá kontakt na odborníka, který může pomoci dle své odbornosti. Většina pacientů se rozhodne požádat o druhý názor primáře nebo přednostu jiného komplexního onkologického centra, než kde se léčí. Problém bývá v časové náročnosti, možnosti prodloužení a potřebě pacientů se rychle rozhodnout o postupu, protože nejistota na ně vytváří zvýšený psychický tlak.

Ke získání druhého názoru je cíleně určena ambulance v Masarykově onkologickém ústavu v Brně, kde je nutné se objednat na telefonním čísle 543 135 809 (v časech 7.30–8.00 a 13.00–14.30 každý všední den). Více informací naleznete zde: www.mou.cz/konziliarni-ambulance-a7/d150.



Role praktického lékaře

Vysvětlit nemocnému, co je second opinion, a případně mu v adresáři KOC a HOC vyhledat pracoviště, kde mu tuto službu mohou poskytnout. Pomoci mu shromáždit dokumentaci, kterou předá k posouzení.

6. Psychologická péče o onkologicky nemocné a jejich blízké

Ačkoli by se mohlo zdát, že sama diagnóza rakovina je indikací pro specializovanou podporu, a někteří lidé si v dobré víře myslí, že psychologové jsou běžnou součástí péče o onkologicky nemocné, není tomu tak. Jiné závažné diagnózy na tom mohou být lépe, ale celkový obraz podpory v této oblasti odkazuje spíše do privátní sféry a aktivity samotných nemocných než na systémovou podporu.

Co pacienti i jejich blízcí řeší:

- krizové situace – vyvstávající v průběhu adaptace na změnu
- dění uvnitř sebe – emoce, vyrovnávání se s nemocí a léčbou, případně následky léčby
- dění vně – ve vztazích (vyrovnávání se blízkých se situací, kapacita jejich podpory, limity), v práci
- schopnost komunikace a možnosti sdílení

Kdy se angažovat ve prospěch intervence, to je klíčová otázka pro všechny odborníky i laiky, kteří se potkávají s vážnou nemocí a nemocným. Potřeba péče dle fáze onemocnění nabízí jednoduchou orientaci. Jsou identifikovaná období, kdy se projevuje zvýšená zátěž. Neznamená to, že by jiná období probíhala jednoduše, ale v následujících třech fázích/stavech nemocní statisticky častěji přicházejí anebo se vracejí a využívají nabídky služeb podpory.

Jsou to:

- období diagnostiky a krátce po zahájení léčby
- období ukončování rekonvalescence a návratu do běžného života
- období návratu onemocnění

Poněkud specifickým je období terminální fáze onemocnění. Ačkoli v této době je prokazatelně nejvyšší výskyt deprese a úzkostných stavů, a je tedy třeba cílené intervence, nemocní služby téměř nevyhledávají. Důvody jsou dva: zdravotní stav jim to mnohdy již nedovoluje a dostupnost služeb, které přijdou za nimi domů, je minimální. Lidé v terminální fázi jsou potřební, ovšem péče o ně v oblasti psychologické a mnohdy i psychiatrické je prokazatelně poddimenzovaná.

Období diagnostiky a krátce po zahájení léčby

Jde o různé dlouhé období před či po zahájení léčby, kdy je již jasné, o jakou nemoc se jedná. Pro nemocného i rodinu je to často první jasná konfrontace s chorobou a omezeními, která s sebou přináší. Může přinést i jistou úlevu typu „vím, co mi je, mohu začít pracovat na nápravě“. Často se však objevují obavy až panika. Obavy z budoucnosti, strach o život spojený i s ekonomickou a sociální nejistotou mohou vést k rozvoji úzkosti a napětí, které ovlivňují proces adaptace, a v krajním případě až k tomu, že pacient přestává být schopen reálného náhledu na svou situaci, což v důsledku může znamenat nepřizpůsobení se doporučeným léčebným postupům a nepřijetí nemoci jako takové. Může se rozvinout řada obranných mechanismů, jako je únik, popření, útok či vytěsnění. Také se lze setkat s lícováním ze strany pacienta o otázkách nastavené a doporučené léčby. Léčba přináší i konfrontaci s dalšími stejně nemocnými a výhled na to, „jak mi možná také bude“. Množství dostupných a ne vždy validních informací na internetu mnohdy celé situaci neprospívá. V rodině nebo v dalších rovinách pacientova dosavadního života (práce, přátelé, záliby) spolu s léčbou dochází ke změně rolí. I to je třeba přijmout jako součást léčby, stejně jako přechodnou izolaci a omezení některých kompetencí. Toto období je velmi zátěžové pro rodinu a blízké nemocného, pociťují velký strach a obavy z toho, jak vše zvládnou, mohou být vyčerpaní vysokou kumulací povinností a také se často přidává socioekonomická nejistota či faktické zhoršení momentální životní úrovně celé rodiny. Nemocný může prožívat silné pocity viny a strachu. Tady se většinou osvědčují dosavadní životní zkušenosti z jiných zátěžových situací.

Cílem intervence by měl být pacient, který je aktivní a spolupracující, dokáže mluvit o svých potřebách a prochází přiměřeným procesem adaptace, a rodina, jež nemocného podporuje, vytváří mu zázemí pro bezpečnou a klidnou léčbu a zároveň pečuje i o sebe.

Období ukončování rekonvalescence a návratu do běžného života

Je to i období spojené se smiřováním se s trvalými následky nemoci, které vedou k různým formám omezení – ať v osobním, partnerském nebo profesním životě. Nemocní mohou prožívat velkou úzkost a strach z budoucnosti, chtějí se vyvarovat možných chyb, které by vedly k opětovnému nástupu nemoci, často jsou velmi vyčerpaní a bez potřebné síly a energie čelit nástrahám všedního dne. Obávají se návratu špatných stereotypů, mají pocit, že jim blízcí nerozumějí, že již nikdy nebudou schopni plného výkonu. Někteří jsou těmito pocity přímo paralyzováni. Na druhé straně rodina může být také velkou brzdou návratu do běžného života, zvláště když se některý z členů najde

v ochraně nemocného a péči o něj nebo pokud vyvíjí velký tlak na návrat k normálu, hlavně ve finanční oblasti. Nemocný se zpravidla snaží silou vše překonat, zlobí se na sebe, že to nejde tak hladce a rychle, a pomalu se roztáčí kruh deprese a úzkosti – očekávání a jeho nenaplnování.

Cílem je vrátit pacienta do běžného života, pomoci mu překlenout období nejistoty, najít nové možnosti, nový smysl, vrátit jej k osvědčenému, ale naučit ho nelpět na tom, co je rizikové, přijmout život i s omezením.

Období návratu onemocnění

Jde o období, které je vysoce zátěžové jak pro nemocné, tak pro jejich blízké, potřeby se zde často nemusejí potkávat. Pro pacienta je období recidivy jasným signálem vlastního selhání, ztrácí důvěru ve své schopnosti, propadá se do rezignace, uchyluje se k některým obranným mechanismům, jako je únik, útok, popření. Začínají se také objevovat myšlenky na smrt, pacient je velmi nejistý ve svých základních a často pracně nabytých jistotách. Dochází doslova ke zhroucení celého systému. Rodina může reagovat obdobně, prožívá pocity strachu a opětovné nejistoty, nechce často přijmout fakt, že se nemocný už neuzdraví, lidé začnou více vyhledávat různé alternativní možnosti, někdy selže důvěra v medicínu jako takovou. Jindy rodina problémy bagatelizuje, má pocit, že vše je pod kontrolou a není žádný důvod si připouštět nějaké starosti. Nemocného pak vnímá jako příliš ustrašeného, pasivního, a někdy dokonce vzdávajícího se. Blízcí nemohou pochopit, že nemocný ztratil důvěru v léčbu, když byla již jednou úspěšná.

Cílem intervence je umožnit pacientovi zorientovat se v možnostech a najít cestu k co nejkvalitnějšímu životu s nemocí, zlepšit vztah k léčbě a jejím možnostem. Rodině pak pomoci se zpracováním pocitů strachu, viny a obav a zaměřit se na vzájemnou podporu a přijetí nové situace.

Co se děje, pokud je intervence včasná

Z výzkumů jasně vyplývá efektivnost včasné pomoci nemocným (obzvláště pokud se zkombinuje ještě s podporou informacemi a postupy v oblasti sociální práce a podpory). Měřitelné dopady jsou zejména ve zdravotnickém systému, kde se například prokazatelně snižují výdaje na léčbu bolesti a nespavosti.

Prevence v oblasti snižování stresu napomáhá předcházet mnoha dalším zdravotním obtížím, ale například i snižuje zánětlivost, proto je efektivní v léčbě samotné.

V poslední době se také měří kvalita života nemocného a na tomto poli je vliv psychologické pomoci zcela zásadní. V pojetí péče se totiž dnes posouváme od péče zaměřené na nemoc k péči zaměřené na nemocného. Tím se vyjadřují humanistické ideály naší kultury, které ovšem narážejí na ekonomické aspekty léčby a poskytování pomoci. V ČR doposud nebyl realizován žádný komplexní výzkum v této oblasti a nejsou jasné ani výdaje na léčbu onkologických onemocnění (ty zveřejnila jen VZP).

Role psychoterapeuta či psychologa:

- Zaměřuje se zejména na individuální terapii – rozhovor, případně práci s artefaktem (arteterapie), práci s tělem (pohybová terapie) apod.
- Cílem intervence je vždy reagovat na zakázku klienta (nemocného či jeho blízkého) a práce s jeho potřebami; nejčastěji se řeší vztahy nebo emoce; poměrně zásadní je práce s vinou, práce na zklidnění či ujištění.

Poskytovatelé podpory:

- **Psycholog, psychoonkolog pracující ve zdravotnictví**

Zpravidla pracují v rámci zdravotnického zařízení (nemocnici či vlastní ordinaci na pojišťovnu či doplatek), splňují nejvyšší odbornou kvalifikaci psychologa ve zdravotnictví. Jejich dostupnost je bohužel nízká (práce na malé, kumulované úvazky), pro nemocné může být značnou překážkou i omezená časová dostupnost konzultací v krizových situacích či nastavení smluvních podmínek psychologa se zdravotní pojišťovnou v oblasti poskytování péče.

- **Psycholog pracující v privátní sféře**

Lze ho najít ve vlastní ordinaci nebo jako spolupracujícího odborníka například patientských organizací či sociálních služeb, ale i v různých poradnách. Vzděláním se jedná o psychology většinou bez specializace na zdravotnictví, zato psychoterapeuticky orientované. Za jeho služby platí objednatel (nemocný, organizace). Dostupnost je relativně dobrá, omezující jsou však platby za služby – s ohledem na snížený příjem nemocných a jejich rodin (ceny se pohybují mezi 800 a tisícem korun). Někdy je problém s kapacitou (dlouhé lhůty) anebo s cílením podpory (ne každý psycholog chce či může přijmout onkologického pacienta).

- **Psychoterapeut**

U psychoterapeutů platí do značné míry totéž, co u psychologů pracujících v privátní sféře. Pracují ve svých prostorách či spolupracují s dalšími organizacemi, jejichž součástí jsou. Za službu platí objednatel, ceny jsou podobné. Vzdělání bývají v nejrůznějších oborech (zpravidla humanitních), ke kterým se však vždy připojuje psychoterapeutický výcvik. Ten nakonec vytváří i zaměření psychoterapeuta a jeho přístupu ke klientovi/nemocnému. Dostupnost je dobrá, matoucí ale může být právě zaměření psychoterapeuta a jako problematické se může ukázat odtržení od zdravotnické stránky práce (pozadí nemoci a dění kolem zdravotnictví se může stát jen okrajovou záležitostí, nebo naopak získá prioritu a nejsou ošetřeny další oblasti života nemocného).

- **Poradenské privátní služby (ve škále od odborných až po laické)**

Jedná se o další služby, které nějakým, třeba i rozvojovým či edukačním působením podporují psychiku onkologicky nemocných i jejich blízkých a které oni sami vyhledávají v rámci různorodé nabídky v komerčním prostředí (patří sem například služby koučů, mentorů různého druhu, ale i poradenství v oblasti výživy a zdravého životního stylu a podobně). V těchto službách je mnohdy nejasná role psychiku podporujícího pracovníka a také působení na nemocného, protože není jisté, z jakého základu či odbornosti toto působení vychází. Nelze přejít ani působení mnoha nejrůznějších léčitelů. V nepřehledném a neregulovaném prostředí, pokud jde o odbornost a dopady léčby, je však doporučování kohokoli velkým rizikem jak pro toho, kdo doporučuje, tak pro toho, kdo služby využívá, obzvláště v situaci zranitelného pacienta. Nicméně nelze celou škálu nabídek jednoznačně odmítnout, spíše je a jejich hodnocení ponechat těm, kdo jich využívají.

- **Krizové služby**

Jedná se zpravidla o sociální nebo kombinované služby, které nabízejí pomoc v akutních, psychicky složitých situacích. Někdy jsou dostupné jako telefonická, on-line či e-mailová krizová intervence anebo jako ambulantní pomoc či krátké lůžkové pobyty. Zejména zprostředkované služby jsou snadno dostupné, mohou je tedy využít i nemocní s velkými dojezdovými vzdálenostmi, těžce pohybliví a také ti, kdo potřebují zůstat v anonymitě. Vyplatí se mít jeden lokální kontakt po ruce, zejména pokud jde o psychicky křehkého nemocného, terminálně nemocného nebo takového, který spadá do „ohrožené cílové skupiny“, jak již bylo zmíněno dříve v kapitole č. 2.

Kontakty v oblasti psychiku podporujícího prostředí:

Adresář členů Psychoonkologické sekce České onkologické společnosti – www.linkos.cz/ceska-onkologicka-spolecnost-cls-jep/organizace-cos/odborne-sekce-cos/sekce-psychoonkologie/adresar-clenu

Linka Amelie (každý všední den 9.00–15.00) – tel.: 739 004 333 e-mail: poradna@amelie-zs.cz

Psycholinka České asociace pro psychické zdraví (každý všední den 9.00–21.00) – tel.: 224 214 214, 777 783 146 e-mail: psychopomoc@capz.cz

Psychologický portál: www.psychportal.cz

Asociace manželských a rodinných poradcu – www.amrp.cz

Kontakty na členy Asociace klinických psychologů ČR – www.akpcr.cz/pobočky

Adresář členů Českomoravské psychologické společnosti – cmeps.ecn.cz/?page=adresar

Vyhledávání služeb krizové pomoci – registr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1553690795964_1&zak=&zaok=&sd=krizová+pomoc



Role praktického lékaře

Nemocní, ale i jejich blízcí se během léčby a rekonvalescence dostávají do mnoha psychicky náročných situací. Psychologická intervence může být důležitým krokem k podpoře zlepšení kvality života nemocných i jejich blízkých a prevenci dalších zdravotních obtíží, ale většina lidí potřebuje doporučit vyhledání pomoci.

7. Pacientské organizace, podpůrné a informační portály

Pacientské organizace mají své místo v péči o nemocné. Snoubí se v nich osobní zkušenost, zájem o zlepšení situace pacientů a informovanost. Pacientské organizace mohou výrazně pomoci jak v primárních, tak v sekundárních preventivních oblastech a zejména v oblasti prevence izolace a vyloučení nemocných.

Většina pacientských organizací vznikla na základě osobní zkušenosti jejich členů s onemocněním, kdy se sdružilo několik pacientů, jejich přátel a rodinných příslušníků, někdy k nim přibyli i lékaři-specialisté. Spolky nejčastěji naplňují spolkovou činnost ve prospěch nemocných, čímž předcházejí jejich sociální izolaci, edukují je, napomáhají k informovanosti a zajišťují sekundární prevenci laickou podporou. V takových pacientských organizacích se členové pravidelně setkávají a mají možnost vzájemně si sdělit různé poznatky, zkušenosti a pocity z průběhu léčby a následně společně lépe čelit úskalím onemocnění. Obvykle zde nepracují odborníci, práce je vykonávána spíše dobrovolně. V některých pacientských organizacích si odborníky z oblasti onkologie a podpůrné péče zvou na svá setkání, a mají tak možnost zeptat se na různé specifické otázky či řešit aktuální problémy.

Některé organizace se zaměřily i na prosazování či hájení práv pacientů a vstupují do komunikace s ministerstvy a odbornými organizacemi či institucemi, jako jsou pojišťovny nebo SÚKL. Takové organizace jsou schopny pomoci nemocným v otázkách léčby a plateb za ni, podají informace, využijí svých kontaktů, podpoří nemocného, který si často neví rady, někdy mohou samy přímo intervenovat či využít publicitu ve prospěch pacienta. Některé organizace poskytují profesionalizované služby cílové skupině, na kterou jsou zaměřeny. V takových lze najít zaměstnané odborníky (psycholog, sociální pracovník, lékař) i další pracovníky. Jiné se vydávají projektovou cestou a zajišťují služby nemocným přes realizaci projektů, které často přinášejí inovace a zlepšení konkrétních oblastí života s nemocí.

Pacientské organizace jsou nejčastěji zaměřeny na určitý typ onemocnění (rakovina prsu), ale existují i ty obecnější (stomici). Některé mají síť poboček po celé ČR, jiné pracují pouze místně. Nutno dodat, že pro některá onemocnění pacientské organizace nejsou, přestože by byly velmi třeba (např. rakovina plic). Pacientské organizace se často sdružují do zastřešujících organizací (například Aliance žen s rakovinou prsu pod sebou sdružuje několik desítek pacientských

organizací z celé ČR, které jsou zaměřené na tuto diagnózu). Cílem je prosazování práv celé skupiny, s ohledem na jednodušší vyjednávací pozici ve vztahu například k ministerstvům či dalším velkým organizacím.

Vzhledem k velké angažovanosti pacientů a také tlaku na zrovnoprávnění jejich pozice v systému zdravotní péče se problematikou pacienta a patientských organizací zabývá i ministerstvo zdravotnictví. Naposledy zřídilo v roce 2017 Patientskou radu, kde je zastoupena řada organizací, včetně organizací zabývajících se onkologicky nemocnými. Patientská rada je poradním orgánem ministra a podle statutu je jejím úkolem zejména zprostředkovávat hlas pacientů na ministerstvu zdravotnictví – přinášet podněty k přípravě a změnám právních a jiných předpisů, účastnit se vnitřního připomínkového řízení a vyjadřovat se k připravovaným opatřením. Více informací najdete na stránkách www.mzcr.cz/dokumenty/pacientska-rada-jmenovani-clenu_14328_910_1.html. Ministerstvo zdravotnictví také zřídilo portál patientských organizací pro pacienty a další – více naleznete na stránkách MZ ČR pacientskeorganizace.mzcr.cz.

Obdobně jako ministerstvo zareagovala v roce 2014 i největší česká pojišťovna. VZP realizuje dlouhodobě Patientskou radu VZP, kde jednájí zástupci patientských a zastřešujících organizací. Jakýmsi správcem rady je Koalice pro zdraví, která je velkou zastřešující organizací pro mnoho patientských organizací napříč diagnózami. Zápisy z jednání rady jsou pak zveřejňovány na stránkách Koalice pro zdraví.

Další velkou organizací, která spolupracuje s patientskými organizacemi v oblasti léčby a zastupování práv pacientů v léčbě, je SÚKL. Není však stanovena konkrétní forma spolupráce jako výše. Zástupci SÚKL se spíše přidávají k jednáním na ministerstvech a dalších platformách pro diskusi.

Patientské organizace soustřeďují svou činnost zejména okolo léčby a rehabilitace, množí se však i takové, které svým zaměřením vstupují do odborností v sociální oblasti. Někdy poskytují odborné či registrované služby, někdy zastupují svou činností práva pacientů v sociální sféře. Velkou oblastí pro zastupování patientských zájmů je lékařská posudková služba a její současný vývoj.

Protějškem pro jednání je patientským organizacím ministerstvo práce a sociálních věcí, které k nim přistupuje zejména jako ke zřizovatelům sociálních služeb, případně přes odbornost zejména v oblasti sociální práce. Mechanismus podobný Patientské radě však MPSV nemá.

Odkazy na seznamy patientských organizací:

patientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=databaze-organizaci
www.sukl.cz/sukl/pacientske-organizace

Kontakty v oblasti rakoviny:

Liga proti rakovině (zastřešující organizace) – www.lpr.cz

Aliance žen s rakovinou prsu (zastřešující organizace pro rakovinu prsu) – www.breastcancer.cz

Amelie, z.s. (všichni onkologicky nemocní a jejich blízcí) – www.amelie-zs.cz

Alen (rakovina prsu) – alen.tym.cz

Arcus onko centrum – www.arcus-oc.org

Bellisky (mladé pacientky s rakovinou prsu) – www.bellisky.cz

České ILCO (sdružení stomiků) – www.ilco.cz

Kapka 97 – www.kapka97.cz

Klub pacientů Mnohočetný myelom – www.mnohocetnymyelom.cz

Klub ŽAP (rakovina prsu) – www.klubzap.cz

Lymfom Help (maligní lymfom) – www.lymfomhelp.cz

Mamma Help (rakovina prsu) – www.mammahelp.cz

Prostak (onemocnění prostaty) – www.prostak.cz

Stopa, z. s. (pacienti po transplantaci) – www.stopa-zs.cz

Další skupinou služeb či kontaktů jsou různá zájmová uskupení v oblasti onkologie a péče. Jde o různou informační podporu jak na webech, tak tištěnou, v osvětových kampaních, sbírkových akcích a podobně. Cílem je podat informace o nemoci, léčbě a také souvisejících oblastech. Často je poměrně ostře vymezena hranice mezi prevencí primární a sekundární.

Některé informační portály jsou zároveň komunikačními projekty zájmových organizací. To neříká primárně nic o kvalitě informací, ty je třeba velmi pečlivě zvažovat. Nemocní i jejich blízcí hledají pomoc, kde se dá, obdrženým odborným informacím často příliš nerozumějí, a proto se obracejí k doporučením či sdíleným radám a zkušenostem. V praxi to znamená, že hledají nejvíce v neformálním prostředí nemocných a jejich blízkých, tj. na různých diskusních fórech či chatech. Netřeba zdůrazňovat různou kvalitu a přenositelnost takových informací v době velkých posunů ve specializaci léčby a individualizované péče. Proto je dobré být aktivní a odkazovat nemocné přímo na ověřené zdroje.

Asi nejdostupnější a garantující odbornost je web České onkologické společnosti www.linkos.cz, který vyhrazuje svou část přímo pacientům. Zde se

mohou bezpečně pohybovat a přitom se informovat, případně využít i kontaktů a klást dotazy.

Informace první linie:

- **Linkos** – portál České onkologické společnosti určený jak odborné, tak laické veřejnosti; obsahuje ověřené informace o onkologických onemocněních, léčbě, podpůrné péči, ale i prevenci:

www.linkos.cz

www.linkos.cz/pacient-a-rodina

- **Portál Národního onkologického programu** – obsahuje informace o systému léčby a léčebných pracovištích, včetně screeningu:

www.onconet.cz

Otevřené a podpůrné stránky:

www.dozenu.cz – portál pacientky s rakovinou prsu, který sdílí informace o této diagnóze a životě s ní

Nejsi na to sama – www.facebook.com/Nejsinatosama

Deník raka – www.facebook.com/terezadenikraka

3raci – www.facebook.com/3raci

Uzavřené skupiny:

Rakovina – nový začátek – www.facebook.com/groups/rakovina.novyzacatek

Rakovina – nejsi v tom sám – www.facebook.com/groups/togetherwithhope



Role praktického lékaře

Velkým problémem dlouhodobosti onkologické nemoci je izolace. Pacientské organizace nabízejí sdílení a podporu a také aktivizaci. Lékař na ně může pacienta odkázat jako na zdroje prevence izolace a aktivizace nemocného. Jejich doporučením automaticky nepřebírá odpovědnost za to, jak nabídky pacient využije, ani za kvalitu toho, co pacientské organizace nabízejí. Důležité ale je o nich říci.

8. Důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné

8.1 Pracovní neschopnost

Pracovní neschopnost je dávka nemocenského pojištění. Potvrzení o ní vystavuje praktický lékař nebo v odůvodněných případech také jiný odborný lékař. Onkologicky nemocný má při akutní léčbě a rekonvalescenci na pracovní neschopnost nárok, ale není povinen na ni nastoupit (např. pokud se cítí dobře a být sám doma by po něj byla psychická zátěž), ale měl by znát případná rizika svého rozhodnutí.

Na PN má nárok zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ), pokud si na PN přispívala (její účast na nemocenském pojištění je dobrovolná). Od 4. do 14. kalendářního dne PN vyplácí náhradu mzdy zaměstnavatel. Až do konce června 2019 jsou první tři dny nemoci nehrazené, od 1. 7. 2019 dojde ke zrušení tzv. karenční doby a náhrada mzdy bude placena od prvního dne nemoci nebo od první zameškané směny.

Okresní správa sociálního zabezpečení vyplácí nemocenskou od 15. kalendářního dne trvání PN do jejího konce, maximálně však 380 kalendářních dnů počítaných od vzniku dočasné PN. U některých nemocných, kteří marodí opakovaně, může dojít k započítání předchozí doby pracovní neschopnosti, a jejich aktuální PN tak bude trvat dobu kratší než jeden rok. OSSZ je povinna zaslat všem stranám, kterých se pracovní neschopnost týká (zaměstnanec, zaměstnavatel, lékař vedoucí PN), dopis o přesném konci podpůrčí doby, tedy konci výplaty nemocenské dávky. Tento dopis přichází obvykle 1–1,5 měsíce před koncem PN, ale v poslední době se setkáváme s tím, že u některých nemocných není odeslán, což může způsobit potíže, například při žádosti o prodloužení nemocenských dávek.

Poživateli starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně se nemocenská vyplácí od 15. kalendářního dne po dobu nejvýše 70 kalendářních dnů, nejdéle však do dne, jímž končí pojištěná činnost. Osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ), pokud si dobrovolně na PN nepřispívala, nemá na nemocenskou dávku nárok. Prvních 14 dnů není OSVČ finančně zabezpečena. OSVČ má nárok na nemocenskou od 15. dne, pokud si platila nemocenské pojištění alespoň tři měsíce před počátkem pracovní neschopnosti. Pokud se rozhodne si nemocenské pojištění platit, nemůže si výši libovolně zvolit, ale jsou stanovené minimální výše pojistného, které se odvíjejí od záloh na sociální pojištění.

Nemocenské dávky náleží osobě rovněž ve stanovených případech, a to došlo-li ke vzniku dočasné pracovní neschopnosti po skončení pojištěného zaměstnání v tzv. ochranné lhůtě. Účelem ochranné lhůty je zajistit bývalého zaměstnance po stanovenou dobu po skončení pojištění pro případ vzniku sociální události (dočasné pracovní neschopnosti) dříve, než nastoupí do dalšího zaměstnání. Ochranná lhůta v případě uplatňování nároku na nemocenskou činí sedm kalendářních dnů ode dne skončení zaměstnání, které zakládalo účast na nemocenském pojištění. U zaměstnání kratších než sedm kalendářních dnů činí ochranná lhůta pouze tolik dnů, kolik činilo toto poslední zaměstnání.

Výše nemocenské činí od 15. do 30. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti 60 % denního vyměřovacího základu, od 31. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti 66 % a dále od 61. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti je sazba 72 % denního vyměřovacího základu. PN je možné využívat i opakovaně v průběhu akutní onkologické léčby, například v obdobích operačních výkonů a podávání jednotlivých cyklů chemoterapie či ozařování, a vždy ji ukončit a jít do zaměstnání. Nevýhodou ovšem je, že pacient má opakovaně první tři dny neplacené a celkový měsíční příjem je pak výrazně nižší. Zároveň se nedostane na vyšší procento výpočtu výše nemocenské při trvání dlouhodobé pracovní neschopnosti.

Poslanecká sněmovna a MPSV se nyní zabývají elektronickou verzí PN, tedy tzv. e-neschopenkou. Ta by měla být spuštěna 1. 1. 2020. Aktuálně sněmovna projednává návrh na spuštění částečné elektronizace – pouze počátku a konce PN, ale tato varianta mnoho příznivců nemá.

Tyto situace hlásí ošetřující lékař v průběhu pracovní neschopnosti pacienta:

- povolení rozsahu a doby vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti
- změnu rozsahu nebo doby vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti
- povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti,
- propuštění z lůžkové péče a místo pobytu, kde se bude pojištěnec po tomto propuštění zdržovat
- změnu diagnózy, která odůvodňuje dočasnou pracovní neschopnost
- porušení režimu dočasně práce neschopného pojištěnce
- propuštění dočasně práce neschopného pojištěnce ze své péče

- převzetí dočasně práce neschopného pojištěnce z péče jiného ošetřujícího lékaře do své péče
- změnu sídla poskytovatele zdravotních služeb, popř. změnu svého pracoviště

Veškeré tiskopisy jsou ke stažení na stránkách ČSSZ portal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy-pro-lekare.

Onkologicky i jinak dlouhodobě nemocní nejvíce využívají potřebu neomezených vycházek a změnu místa pobytu při pracovní neschopnosti. Důvodem je, že mnohdy netuší, v jakém čase jim bude po léčbě lépe a budou moci ven nebo kdy jakou dobu stráví v čekárnách, a tím vycházky promarní. V neposlední řadě potřebují mezi jednotlivými druhy léčby, operací, chemoterapií či ozařováním, načerpat síly například na chalupě nebo u příbuzných.

Praxe při žádostech o povolení jiného režimu ukazuje velké regionální rozdíly, a to na straně praktických lékařů i na straně lékařů lékařské posudkové služby OSSZ, která žádosti schvaluje.

Velkým diskomfortem a administrativní zátěží je, že se žádosti o povolení neomezených vycházek musejí podávat každé tři měsíce, což je u dlouhodobých PN onkologicky nemocných zbytečné. Co se týče této oblasti, leží aktuálně v poslanecké sněmovně návrh na změnu.

Prodloužení výplaty pracovní neschopnosti

V případě, že nemocný vyčerpá své nemocenské dávky, tedy jeden rok pracovní neschopnosti, může v odůvodněných případech žádat o prodloužení podpůrčí doby, tj. pracovní neschopnosti. Žádost se podává na OSSZ, kde je pracovní neschopnost evidována, a rozhoduje o ní posudkový lékař. Může ji podat práce neschopný nebo jeho lékař, který pracovní neschopnost vede. Žádost se podává jeden měsíc před koncem řádných nemocenských dávek a prodlužuje se až na tři měsíce. Lze ji opakovat, ale maximální doba prodloužení je 350 dní. Důvodem bývá zachování pracovněprávního vztahu se zaměstnavatelem, který nemůže ani u prodloužení neschopenky zaměstnance propustit. A také finanční dopad, protože nemocenská je obvykle vyšší než invalidní důchod. Formulář Žádost o výplatu nemocenské po uplynutí podpůrčí doby je ke stažení zde: portal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy-zvnupd.

U onkologicky nemocných je ovšem tato žádost trochu diskutabilní. Odůvodněným případem by měl být předpoklad, že se nemocný vrátí na svou pozici do práce. Ovšem při nejasné prognóze onkologického onemocnění a míře dopadů nežádoucích účinků léčby je tato skutečnost vždy velmi nejistá. V praxi se ovšem děje to, že nemocný nestihne onkologickou léčbu a odpovídající rekonvalescenci, která se doporučuje minimálně od 3–6 měsíců do jednoho roku PN, je odeslán do 3. stupně invalidního důchodu, propuštěn ze zaměstnání. Po roce mu je ID sníženo na 1. stupeň nebo zcela odejmut, protože jeho prognóza je dobrá, a on se nemá kam vracet.

Jinou specifickou situaci zažívají onkologické pacientky s genetickou zátěží BRCA 1 a BRCA 2. Mají obvykle náročnou radikální léčbu karcinomu prsu, která trvá prakticky jeden rok, a následně jsou u nich ještě plánovány preventivní operační zákroky na druhém prsu, vaječnicích a rekonstrukční výkony. Pokud vyčerpají celý rok pracovní neschopnosti a vrátí se do zaměstnání na pár měsíců, nemají pak mnohdy nárok na další pracovní neschopnost nebo jen v omezeném rozsahu, protože neodpracují 190 dnů. Případně se vracejí do zaměstnání předčasně, nevyužijí ani nárok například na lázeňskou péči, aby si celou podpůrnou dobu nevyčerpaly a ušetřily dny pro plánované zákroky. To ovšem s ohledem na zátěž a prognózu onemocnění nemusí být ideální řešení.



Role praktického lékaře

Pomoci onkologicky nemocnému, aby v rámci pracovní neschopnosti mohl uplatňovat své zájmy v mezích zákona a dle zdravotního stavu (např. vycházky, místo pobytu atd.), a včas ho informovat o možnosti žádat o prodloužení pracovní neschopnosti.

8.2 Podpora při ošetřování člena rodiny

Na ošetřovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat, protože musí:

- a) ošetřovat nemocného člena domácnosti
- b) pečovat o zdravé dítě mladší 10 let, protože školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno, dítěti byla nařízena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla

OČR vystavuje obvykle praktický lékař nebo zdravotnické zařízení, např. onkologická klinika, kde je hospitalizovaná matka dítěte. Doba vyplácení ošetřovného činí nejvíce devět kalendářních dnů. U osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba nejvíce 16 kalendářních dnů. Výše ošetřovného činí 60 % denního vyměřovacího základu.

Některé skupiny pojištěnců nemají vzhledem k charakteru vykonávané činnosti na ošetřovné nárok (např. zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce, OSVČ). Zaměstnanec nemůže uplatnit nárok na ošetřovné na dítě, na které již druhý z rodičů uplatnil nárok na peněžitou pomoc v mateřství nebo rodičovský příspěvek, pouze v případě, že tato osoba onemocněla, a proto nemůže o dítě pečovat. V témže případě ošetřování (péče) náleží ošetřovné jen jednou a jen jednomu z oprávněných nebo postupně dvěma oprávněným, jestliže se v péči vystřídají. Tiskopis pro hlášení změny ošetřující osoby se jmenuje Žádost o ošetřovné osoby, která převzala ošetřování (péči) a je ke stažení zde: portal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy-zookpo.

Změna druhu onemocnění (diagnózy) se nepovažuje za nový případ ošetřování. Rodiny s onkologicky nemocným využívají OČR nejčastěji po propuštění pacienta z nemocnice (po operaci či těžké chemoterapii). Rodiny s malými dětmi pak i v průběhu celé hospitalizace, kdy například matka malého dítěte je na rodičovské dovolené, z důvodu hospitalizace nemůže o dítě pečovat a zaměstnaný otec dítěte musí zůstat doma.



Role praktického lékaře

Pomoci rodině při péči o pacienta předáním potřebných informací a nabídnout ošetřovné ve vhodných případech, i když si o něj rodina nežadá.

8.3 Dlouhodobé ošetřovné

Je dávkou nemocenského pojištění, která je platná od 1. 6. 2018. U dlouhodobého ošetřovného jsou stanoveny podmínky jednak pro ošetřovanou osobu a jednak pro osobu ošetřující. U ošetřované osoby muselo dojít k závažnému zhoršení zdravotního stavu, který vyžadoval alespoň sedmidenní hospitalizaci

v nemocnici a v den propuštění bylo potvrzeno, že potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů. Ošetřovaná osoba musí dát písemný souhlas k ošetřování konkrétní osobě. Ošetřující osoba může být manžel (manželka) nebo registrovaný partner (registrovaná partnerka) ošetřované osoby, její příbuzný v linii přímé nebo sourozenec, tchyně, tchán, snacha, zeť, neteř, synovec, teta nebo strýc. U těchto příbuzných se nevyžaduje podmínka soužití ve společné domácnosti. Dále se může jednat o manžela (manželku), registrovaného partnera (registrovanou partnerku) nebo druha (družku) fyzické osoby výše uvedené nebo druha (družku) ošetřované osoby či jinou fyzickou osobu žijící s ošetřovanou osobou ve společné domácnosti, tj. mají shodné místo trvalého pobytu. U ošetřující osoby se vyžaduje čekací doba; nemocenské pojištění muselo u zaměstnance trvat v posledních čtyřech měsících alespoň 90 dnů, OSVČ musela být nemocensky pojištěna v posledních třech měsících. Ošetřující osoba nesmí po dobu ošetřování vykonávat žádnou výdělečnou činnost, ani nepojištěnou. V průběhu 90 dnů se mohou ošetřující osoby libovolně střídat v ošetřování osoby vyžadující dlouhodobou péči po celých dnech. Při střídání a opakovaném poskytování péče se dávka nevypočítává znovu. Výplata dávky nenáleží po dobu, kdy byla ošetřovaná osoba znovu hospitalizována. Nárok na další dlouhodobé ošetřovné vznikne ošetřující osobě nejdříve po uplynutí 12 měsíců od skončení předchozí dlouhodobé péče. Podpůrčí doba (doba výplaty dávky) činí maximálně 90 kalendářních dnů. Tato doba se neprodlužuje ani z důvodu hospitalizace ošetřované osoby v průběhu podpůrčí doby. Zaměstnavatel nemá povinnost omluvit nepřítomnost zaměstnance v práci po dobu poskytování dlouhodobé péče pouze v případě, brání-li tomu vážné provozní důvody, které musí sdělit zaměstnanci písemně. Nárok na dlouhodobé ošetřovné nemají zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce, zaměstnanci vykonávající zaměstnání malého rozsahu a pěstouni. U onkologicky nemocných probíhá většina léčby ambulantně a ani při zhoršení zdravotního stavu nebývají pacienti vždy hospitalizováni, přestože se bez péče druhé osoby neobejdou. Všechny potřebné tiskopisy jsou ke stažení zde: www.cssz.cz/web/cz/dlouhodobe-osetrovne.



Role praktického lékaře

Informovat blízké pacienta o možnosti získání této dávky, případně pomoci odhadnout vhodný čas zahájení dlouhodobého ošetřovného a zajistit potřebné podmínky (např. hospitalizaci).

8.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením TP, ZTP, ZTP/P a příspěvek na mobilitu

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Žádost o průkaz se podává na úřadu práce podle místa bydliště žadatele a součástí řízení je posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem okresní správy sociálního zabezpečení. Tiskopis je ke stažení zde: formulare.mpsv.cz/oksluzby/form/OZPPO.jsp.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ (průkaz TP) má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti. Těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže.

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P) má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti či orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra. Zvláště těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy je osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se

značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku. Zvláště těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu není schopna samostatné orientace v exteriéru.

Příloha č. 4 vyhlášky č. 388/2011 Sb. stanoví zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením:

1. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni středně těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace lze považovat tyto zdravotní stavy:
 - a) ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny,
 - b) anatomická ztráta několika prstů nohou nebo ztráta nohy v nártu a výše až po bérec včetně,
 - c) podstatné omezení funkce dolní končetiny,
 - d) středně těžké omezení funkce dvou končetin,
 - e) zkrácení dolní končetiny přesahující 5 cm,
 - f) postižení pánve s poruchou pánevního prstence a závažnou neurologickou symptomatologií,
 - g) postižení páteře s často recidivujícími projevy nervosvalového dráždění a poruchou svalového korzetu nebo se ztuhnutím dvou úseků páteře,
 - h) stavy spojené s často se opakujícími poruchami vědomí nebo závrativými stavy,
 - i) omezení pohyblivosti a celkové výkonnosti při běžném zatížení při interních a onkologických postiženích,
 - j) psychické postižení s opakujícími se poruchami komunikace a orientace v exteriéru včetně vysoce funkčního typu autismu,
 - k) neurodegenerativní postižení s pohybovou chudostí, poruchou posturální stability, slabostí dvou končetin a podstatným snížením dosahu chůze.

2. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace lze považovat tyto zdravotní stavy:
 - a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, exteriérový uživatel protézy,
 - b) anatomická ztráta dolních končetin v nártech nebo v nártu a bérce,

- c) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce,
- d) anatomická ztráta dolní a horní končetiny v úrovni bérce a předloktí,
- e) anatomická ztráta horních končetin v úrovni předloktí,
- f) těžké omezení funkce dvou končetin,
- g) postižení pánve provázené těžkými parézami dolních končetin nebo závažnou nestabilitou pánevního prstence,
- h) postižení páteře provázené těžkými parézami končetin nebo ztuhnutím tří úseků páteře nebo závažné deformity páteře s omezením exkurzí hrudníku,
- i) těžké postižení pohyblivosti a celkové výkonnosti již při lehkém zatížení při interních a onkologických postiženích,
- j) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85 % a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby starší 18 let věku,
- k) kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera 40–65 %, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovno nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické zúžení zorného pole v rozsahu 30–10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,
- l) oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,
- m) psychické postižení s často se opakujícími závažnými poruchami komunikace a orientace v exteriéru včetně středně funkčního typu autismu,
- n) neurodegenerativní postižení s mnohočetnými hybnými komplikacemi typu rigidity, hypokinézy, tremoru, ataxie, mimovolných pohybů.

3. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení pohyblivosti a orientace lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, interiérový uživatel protézy nebo odkázanost na invalidní vozík z uvedeného důvodu,
- b) anatomická ztráta dolních končetin v bércích nebo výše,
- c) anatomická ztráta horních končetin v úrovni lokte nebo výše či anatomická ztráta horní a dolní končetiny v úrovni paže a stehna,
- d) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce a současná funkční ztráta horní končetiny,
- e) funkční ztráta dolních končetin se ztrátou opěrných funkcí,

- f) zvlášť těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí (funkčním celkem se rozumí hrudník, páteř, pánev, končetina),
- g) disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška nepřesahuje po ukončení růstu 120 cm,
- h) multiorgánové selhávání dvou a více orgánů nebo ztráta imunity spojené se zvlášť těžkým postižením orientace nebo pohyblivosti,
- i) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85 % a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby mladší 18 let věku,
- j) neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit se správnou světelnou projekcí nebo omezení zorného pole do pěti stupňů kolem centrální fixace, i když centrální zraková ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí,
- k) kombinované těžké postižení sluchu a zraku (těžká hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65 %, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,
- l) střední, těžká nebo hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ nižší než 50,
- m) psychické postižení se ztrátou duševních kompetencí, s neschopností komunikace a orientace včetně nízkofunkčního typu autismu,
- n) neurodegenerativní postižení s akinézou, mnohočetnými velmi těžkými hybnými komplikacemi a těžkými neuropsychickými projevy.

Onkologicky nemocným je obvykle přiznán průkaz TP podle bodu 1i). Některým nemocným v akutní fázi onemocnění, kdy dojíždějí na mnoho vyšetření, absolvují náročnou chemoterapii a ozařování a je to dobře zdůvodněno, lze přiznat i průkaz ZTP. Následně je jim (obvykle po jednom roce) odebrán, nemají-li jiné funkční postižení podle jiných bodů. Mnozí se o něm nedozvědí včas a samotné řízení trvá několik měsíců. Proto mnohdy dojde k tomu, že pokud ve chvíli posuzování posudkovým lékařem nemocný léčbu již skoro končí a čekají ho pouze kontroly a rekonvalescence, průkaz není přiznán, přestože řada pacientů se právě na konci léčby cítí nejhůře a zcela vyčerpaná.

Osoba, která je držitelem průkazu TP, má nárok na:

- vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání (za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních)

Osoba, která je držitelem průkazu ZTP, má nárok na:

- vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání (za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních)
- bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem)
- slevu 75 % z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě
- slevu 75 % z jízdného v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy

Osoba, která je držitelem průkazu ZTP/P, má nárok na:

- vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
- přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání (za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních)
- bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem)
- slevu 75 % z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě
- slevu 75 % z jízdného v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy
- bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě;

- bezplatnou dopravu vodícího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce

Osobě, která je držitelem průkazu ZTP nebo průkazu ZTP/P, a průvodci držitele průkazu ZTP/P může být poskytnuta sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce. Tyto benefity jsou nenárokové. Další nároky osob, které jsou držiteli průkazu TP, ZTP nebo ZTP/P, upravují jiné právní předpisy. Těmito předpisy jsou například zákon o daních z příjmů, zákon o místních poplatcích, zákon o správních poplatcích, zákon o pozemních komunikacích, zákon o dani z nemovitosti.

Parkovací průkaz a označení auta

Parkovací průkaz do auta není vydáván na úřadu práce, ale nejčastěji na sociálním odboru magistrátu města. Výhody:

- bezplatné stání na místě pro vozíčkáře, označeném kresleným piktogramem ve většině měst a obcí ČR; parkovací průkaz, byť platný, není univerzální – pravidla parkování s parkovacím průkazem jsou schvalována radou konkrétního města, takže se mohou lišit – to v praxi znamená, že někde parkuje držitel průkazu ZTP(/P) a parkovacího průkazu zcela zdarma, zatímco v jiném městě musí zaplatit minimální částku; parkovací průkaz opravňuje držitele k bezplatnému stání na místě pro vozíčkáře, označeném kresleným piktogramem, a to ve všech státech EU
- možnost zřízení vyhrazeného stání před domem – vyznačení piktogramu vozíčkáře na zemi a umístění svislé značky označující toto místo je obvykle nutné si zaplatit, neplatíte však už poplatek za užívání silnice, na které vůz stojí
- možnost vjet do ulice označené značkou zákazu průjezdu s dodatkovou tabulkou „dopravní obsluze vjezd povolen“, právo vjet do zákazu stání a stát v zákazu stání po dobu nezbytně nutnou, například k naložení nějakých věcí, ale vozidlo nesmí být překážkou na silnici; s parkovacím průkazem lze vjet i do pěší zóny
- vozidla, která mají viditelně vystavený parkovací průkaz, nejlépe za předním sklem ze strany řidiče, nemusejí mít zakoupenou dálniční známku, protože jsou od mýtného plně osvobozena – to však platí pouze na našem území, kde byl vydán parkovací průkaz, ve všech ostatních státech je nutná dálniční známka



Role praktického lékaře

Upozornit onkologicky nemocné na možnost požádání o průkaz pokud možno ještě před zahájením léčby. Dobře zdůvodnit míru zátěže při opakovaném dojíždění do zdravotnického zařízení na léčbu (vyšetření, kontroly, odběry, terapie, nevolnosti, dlouhé čekání, vyčerpání, vzdálenost kliniky atd).

Příspěvek na mobilitu (zákon č. 329/2011 Sb. a vyhláška č. 388/2011 Sb.) je opakující se dávkou, která je měsíčně vyplácena osobě starší jednoho roku:

- která je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P
- která se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována
- které nejsou poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče
- z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby uvedené v předchozím bodě

Nárok na výplatu nenáleží za kalendářní měsíc, jestliže je oprávněné osobě po celý tento měsíc poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace. Výše příspěvku činí 550 Kč měsíčně. Vyplácí se tzv. zpětně, to znamená do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží. Na žádost příjemce může být příspěvek na mobilitu vyplácen jednou splátkou vždy za tři kalendářní měsíce, za které náležel. Žádost se podává na úřadu práce a po přiznání ZTP nebo ZTP/P k němu již není třeba další posudkové řízení.



Role praktického lékaře

Upozornit onkologicky nemocné na možnost požádání o průkaz shodně jako u ZTP, pokud možno ještě před zahájením léčby.

8.5 Invalidní důchod

Důchodový systém je definován zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, dle pozdějších novelizací.

Podmínky nároku na vznik ID:

1. Pracovní schopnost pojištěnce poklesla:
 - nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu 1. stupně
 - nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu 2. stupně
 - nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu 3. stupně
2. Pojištěnec splnil potřebnou dobu pojištění, která činí:
 - do 20 let méně než 1 rok
 - od 20 let do 22 let 1 rok
 - od 22 let do 24 let 2 roky
 - od 24 let do 26 let 3 roky
 - od 26 let do 28 let 4 roky
 - nad 28 let 5 roků

Potřebná doba pojištění se zjišťuje z posledních 10 let před vznikem invalidity. Potřebnou dobu pojištění lze doplatit, ale pouze jeden rok zpětně ode dne vzniku invalidity. Ve specifických případech u osob starších 38 let lze počítat 10 let pojištění i z posledních 20 let před vznikem invalidity.

Na invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku a má trvalý pobyt na území ČR, jestliže invalidita vznikla před dosažením 18 let věku, přestože osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu. Jedná se o tzv. invaliditu z mládí. Tento případ nelze použít u studentů vysokých škol, kteří dosud nezahájili svoji pracovní činnost a neodchází za ně mzda, nesplní-li podmínku vzniku nemoci před 18. rokem. Proto si studenti VŠ musejí dobu pojištění hlídat, aby se v případě vážné nemoci nedostali do potíží, kdyby jim nevznikl nárok na ID.

Nárok na vyplácený invalidní důchod zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let, a tímto dnem zároveň vzniká nárok na starobní důchod ve výši, v jaké náležel dosavadní invalidní důchod.

Důchody vyplácí Česká správa sociálního zabezpečení, ale žádá se prostřednictvím příslušné okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ) na oddělení důchodů dle místa trvalého bydliště. Žádá si sám pojištěnec nejlépe před

koncem výplaty nemocenské, aby nezůstal bez finančních prostředků. Optimální doba je 2–3 měsíce před koncem podpůrčí doby.

V určitých případech lze žádat o invalidní důchod hned zpočátku závažného onemocnění, respektive od počátku zahájení náročné léčby (u některých onemocnění se sdělení diagnózy ještě nekryje se stavem invalidity), a to proto, že nevznikl nárok na pracovní neschopnost (student, osoba v evidenci ÚP). Zvláštní skupinu tvoří osoby samostatně výdělečně činné, které mohly, a neplatily část nemocenského pojištění, a ženy na rodičovské dovolené. U OSVČ obvykle hraje roli náročnost léčby a celková prognóza a u žen na rodičovské dovolené reálný předpoklad, že si chtěly při rodičovské z důvodu její nízké výše přivydělávat, a kvůli závažnému onemocnění nemohou. Toto nelze využít u všech onemocnění a záleží také na posouzení posudkovým lékařem, ale u onkologického onemocnění nebo u stavů s poškozením míchy toto obvykle bývá uznáno. Příslušná pracoviště zmíněných úřadů jsou k nalezení zde: www.cssz.cz/cz/kontakty.

O invalidní důchod se žádá osobně nebo v zastoupení na základě plné moci (bez nutnosti ověřovat notářem) přímo na OSSZ, tiskopis není k dispozici, údaje se zaznamenávají rovnou do elektronického systému. Žadatel si k podání žádosti na OSSZ vezme občanský průkaz, doklad o nejvyšším ukončeném vzdělání, doklad o základní vojenské službě, kontakt na praktického lékaře a výčet dob pojištění, tedy zaměstnání. Žadatel má také možnost zvolit si způsob výplaty. V případě, že bude chtít ID zasílat na účet, musí si nechat tuto skutečnost potvrdit ve svém bankovním ústavu. Tiskopis je ke stažení zde: portal.cssz.cz/web/portal/tiskopisy-zavd.

Následně je žadateli zaslán k vyplnění profesní dotazník, kde popisuje své vzdělání a zaměstnání. Obecně lze doporučit, aby se zamyslel nad mírou fyzické a psychické zátěže své profese. Neznamená, že ten, kdo vykonává práci na PC, má vždy minimální fyzickou zátěž. Například statická poloha u přepážky bez možnosti pauzy je velmi náročná.

U stanovení invalidity se nehodnotí diagnóza a zdravotní potíže samotné, ale míra poklesu výdělečné schopnosti a uplatnitelnost na trhu práce. Tzn. že dva jedinci se stejným onemocněním a potížemi mohou dostat různý stupeň důchodu na základě profesního dotazníku.

Praktickému lékaři je zaslán tiskopis T400 „Lékařský nálezný pro posuzování zdravotního stavu“ k vyplnění a odeslání zpět na OSSZ. Praktický lékař by si

měl pacienta k vyplnění přizvat, aby byla dobře vyplněna kolonka na straně 1 týkající se subjektivních potíží žadatele a také aby byly přiloženy všechny potřebné lékařské zprávy. Mnoho nemocných některé potíže v průběhu náročné akutní léčby podceňuje nebo se domnívá, že brzy odeznějí, a dříve se o nich nezmíní. U lékařských zpráv je třeba sledovat nejen základní onemocnění, ale také další komorbidity, protože to může mít zásadní vliv na určení stupně invalidity. K základnímu procentu poklesu pracovní schopnosti je možno přičíst až 10 % za vedlejší diagnózy nesouvisející se základním onemocněním.

Zvláštní pozornost je třeba věnovat obsahu zpráv odborných lékařů. Pokud obsahují pouze výčet diagnóz, prodělané léčby a plánované terapie, je vhodné požádat pacienta, aby se na odborného lékaře znovu obrátil a požádal ho o doplnění aktuálního stavu, dopadů léčby a prognózy, případně schopnosti práce. Vyjádření těchto věcí pouze od praktického lékaře nemá takovou váhu.

U psychické zátěže vzniklé v souvislosti se somatickým onemocněním, jakou jsou obavy o život, strach z návratu onemocnění nebo složité vyrovnávání se s dopady léčby (např. fyzický vzhled, sterilita atd.), je vhodné mimo zprávy od klinického psychologa doplnit i zprávy psychiatra. Ovšem ne každý pacient k němu dochází nebo chce docházet.

Následně je nebo není žadatel pozván k posudkovému lékaři OSSZ, jenž stanovuje pokles výdělečné schopnosti žadatele, na základě kterého je určen stupeň invalidity. Posudkový lékař se může sám rozhodnout, že invaliditu posoudí za osobní přítomnosti žadatele, nebo bez ní. Pokud by si pacient přál být přítomen, mělo by to být uvedeno v dokumentaci, například v kolonce „subjektivní potíže“, jako výslovné přání pacienta.

Na závěr se invalidní důchod odešle k výpočtu a určení data výplaty na ČSSZ, což může trvat až tři měsíce. Ve chvíli, kdy se spis dostane na ČSSZ, je ale možné písemnou formou požádat o výplatu záloh, aby pojištěnec nezůstal bez finančních prostředků. Na žádost o zaslání zálohy na důchod neexistuje formulář, žadatel svou situaci popíše vlastními slovy v dopise s uvedením osobních identifikačních údajů. Záloha nebo první výplata, tedy doplatek důchodu v nestandardní výši, je zasílána poštovní poukázkou. Dále již dle požadovaného scénáře, tedy obvykle na účet.

U pacientů s onkologickou diagnózou se stanovuje procentní míra poklesu pracovní schopnosti na základě platné přílohy vyhlášky č. 359/2009 Sb., a to dle následujících pravidel.

Obecné posudkové zásady

Při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se vychází z funkčního postižení, na kterém se podílí jak nádorová nemoc, tak onkologická terapie. Přitom se hodnotí celkový stav, postižení funkce orgánů nebo tělesných systémů, dlouhodobé nebo trvalé postižení způsobené následkem chemoterapie, radioterapie, hormonoterapie, biologické léčby, postižení po alogenní transplantaci krvetvorných buněk, rozsah zachovaných funkčních schopností a schopnost vykonávat denní aktivity. Dopad na pracovní schopnost mají nejen funkční postižení následkem maligní choroby, ale také nežádoucí účinky onkologické terapie. Nejčastější dlouhodobé následky onkologických postižení jsou chronická bolest, psychické změny, chronická únava, námahová dušnost, muskuloskeletální změny, narušení funkce končetin, lymfedém, cytopenie, poruchy imunity, krvácivé projevy, neuropatie, rozsah operačního výkonu včetně závažného estetického postižení, poruchy mluvení, přijímání potravy, trávení, močení, defekace a poruchy celkové pohyblivosti. Při posuzování poklesu pracovní schopnosti se na pojištěnce s lokalizovaným nádorem (stadium I, II, III) nahlíží jako na potenciálně vyléčitelné a hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti se odvíjí od výsledku léčby, klinického obrazu, rozsahu a tíže funkčního postižení. U diseminovaných nádorů (tj. ve stadiu IV), které lze obecně považovat za zvláště těžké funkční postižení, může být postižení potenciálně reverzibilní u vyléčitelných nádorů.

Druh zdravotního postižení:

1 Novotvary – míra poklesu pracovní schopnosti:

- Při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti je třeba zhodnotit funkční schopnosti z hlediska kurability, probíhající onkologické léčby ve vztahu k definovanému období a následků nádoru nebo terapie a zaměřit se i na reverzibilní nebo léčbou kontrolované zdravotní problémy

1a Minimální postižení – míra poklesu pracovní schopnosti 5–10 %:

- stavy asymptomatické, minimální funkční poruchy
- stavy po léčbě povrchových kožních a slizničních nádorů (primární lokoregionální léčba), nádory in situ
- nádory, které nevyžadují adjuvantní onkologickou léčbu, stavy, kde není třeba onkologické stabilizace
- menší operační výkony s minimálním funkčním dopadem, stavy bez omezení výkonu denních aktivit

1b Lehké postižení – míra poklesu pracovní schopnosti 15–25 %:

- stavy v kompletní remisi, zpravidla po šesti měsících od ukončení aktivní onkologické léčby, stabilizované
- menší výkony z důvodů zhoubného novotvaru, resekce nebo amputace zvenčí přímo neviditelné, amputace částí, kde je možná protetická náhrada (např. mastektomie, parciální amputační ztráty končetin, resekce částí střeva, hysterektomie, enukleace bulbu oka při dobré funkci jediného oka)
- stavy s lehkým funkčním postižením některých orgánů nebo systémů, výkon některých denních aktivit s obtížemi nebo s využitím kompenzačních mechanismů a prostředků

1c Středně těžké postižení – míra poklesu pracovní schopnosti 34–45 %:

- stavy v kompletní remisi, zpravidla po šesti měsících od ukončení aktivní onkologické léčby, stabilizované, kde poruchy mají rozsah do poloviny stupnice úplné poruchy funkčních schopností například: stomie, penektomie, kolektomie, enukleace bulbu oka při zhoršeném vizu vidoucího oka, ztráta končetiny v předloktí nebo v bérce, parciální laryngektomie
- stabilizace po alogenní transplantaci
- stavy během podávání biologické léčby, nežádoucí a dlouhodobé závažné funkční postižení v důsledku dlouhodobé hormonoterapie či biologické léčby
- omezený výkon některých denních aktivit

1d Těžké postižení – míra poklesu pracovní schopnosti 50–65 %:

- stavy v kompletní remisi, po ukončení aktivní onkologické léčby, stabilizované, kde poruchy mají rozsah více než polovinu stupnice úplné poruchy funkčních schopností například: totální laryngektomie, resekční výkony v oblasti hlavy a krku s mutilujícími následky, ztráta končetiny ve stehně nebo v paži
- některé typy diseminovaných nádorů (tj. ve stadiu IV), reverzibilní, vyléčené, po dosažení stabilizace stavu
- podstatně omezený výkon některých denních aktivit

1e Zvlášť těžké postižení – míra poklesu pracovní schopnosti 70–80 %:

- maligní nádory lokalizované (stadia I, II, III) během onkologické léčby a zpravidla do šesti měsíců po jejím ukončení, pokud trvá kompletní remise
- maligní nádory generalizované (stadium IV)

- nádory primárně diseminované, zpravidla do jednoho roku od ukončení onkologické léčby, pokud trvá kompletní remise
- stavy s perzistencí či progresí nádoru
- stavy do šesti měsíců po ukončení radioterapie na uranium
- nefrostomie, kombinace kolostomie či ileostomie nebo urostomie
- úplná ztráta dolní končetiny nebo horní končetiny nebo se zcela krátkým pahýlem, elefantiáza končetiny, mutilující růst nádoru
- stavy během transplantační léčby (transplantace krvetvorných buněk) a zpravidla do šesti měsíců po jejím ukončení
- chronická nemoc štěpu proti hostiteli (GvHD) projevující se jako multiorgánové autoimunitní postižení
- těžká cytopenie, těžké poruchy imunity s projevy oportunních infekcí nebo septickými stavy, těžké krvácivé projevy
- stavy s poruchami příjmu potravy, inkontinencí, těžké omezení pohyblivosti (funkčně srovnatelné s těžkými parézami končetin) nebo stavy se selháváním některého orgánu či systému
- těžce omezený výkon většiny denních aktivit

Každý žadatel by měl obdržet posudek o invaliditě a následně rozhodnutí o přiznání/nepřiznání invalidního důchodu. Pokud s rozhodnutím nesouhlasí, má právo podat námitku (odvolat se). Lhůta pro odvolání je 30 dní a začíná běžet dnem převzetí rozhodnutí. Odvolání by mělo obsahovat argumentaci, o níž se opírá nesouhlas s posouzením uvedeným v posudku o invaliditě. Argumentace by měla být podpořena lékařskými zprávami odborných lékařů. Nemusí se vždy jednat o nová vyšetření, ale může jít i o popisy a vysvětlení stejné, jen podrobně zdůvodněné.

Pro pomoc s přípravou odvolání je dobré nemocnému doporučit nějakou poradnu, která se tím zabývá. Často se na to specializují patientské organizace. Pro pomoc všem onkologicky nemocným a jejich blízkým má registrované odborné sociální poradenství pouze Amelie, z.s. – e-mail – socialni@amelie-zs.cz, tel.: 739 004 222

O odvolání rozhoduje opět posudkový lékař ČSSZ pověřený odvolacími řízeními. U menších měst je to obvykle v krajském městě. Není nikde stanoveno pravidlo, kolikrát a po jaké době je možné znovu podat žádost o invalidní důchod. Pacient, u něhož se změní zdravotní stav, má právo žádat nové posouzení.



Role praktického lékaře

Včas informovat pacienta o vhodnosti podat žádost o invalidní důchod a věnovat zvláštní pozornost kompletaci zdravotnické dokumentace před jeho posuzováním LPS.

8.6 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče, registrovaný poskytovatel sociálních služeb, dětský domov nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Příspěvek definuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb.

Nárok na příspěvek má osoba starší jednoho roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Tyto stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat. Zároveň je třeba splnit podmínku, že toto zdravotní omezení trvá nebo bude trvat déle než jeden rok.

Žádost o příspěvek na péči se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky úřadu práce, dle místa trvalého pobytu žadatele. O příspěvek může požádat také osoba blízká na základě plné moci žadatele. Plná moc nevyžaduje notářské ověření. Žádost o příspěvek je ke stažení zde: formulare.mpsv.cz/oksluzby/form/PnP.jsp.

Úřad práce prostřednictvím sociálního pracovníka provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně ÚP zašle příslušné OSSZ žádost o posouzení stupně závislosti této osoby. Při posuzování stupně závislosti vychází OSSZ ze zdravotního stavu osoby

doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře.

Na základě tohoto posudku pak ÚP vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává, či nikoli. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat. Odvolací lhůta činí 15 dnů ode dne, kdy žadatel převzal rozhodnutí nebo mu bylo doručeno. Odvolání se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje komise MPSV.

U onkologicky nemocných nebývá příspěvek na péči při akutní léčbě vůbec přiznán, protože v souvislosti s terapií se jedná o stav přechodný, měnící se. Problémy ovšem nastávají u dlouhodobé paliativní léčby, která je podávána prakticky až do konce života nebo do doby efektu a zvladatelnosti míry vedlejších účinků. Příkladem je metastatický karcinom prsu, kolorektální karcinom s meta jater, malobuněčný karcinom plic a mnoho dalších. Chemoterapie nebo chemo- a bioléčba bývají podávány například v režimu po 14 dnech s částečnou aplikací doma. Zde je velmi složité hodnotit zvládání základních životních potřeb. Cyklus probíhá tak, že je několik dní aplikována léčba, a situace bývá navíc komplikována portem a hadičkami, následně je pacientovi několik dní velmi nevolno a je slabý, poté má asi týden na rekonvalescenci a nějaký aktivní život. Takto běží režim léčby třeba celý rok. Pokud léčba zabírá, může nemocný dostat na chvíli tzv. prázdniny, tj. léčba je na nějaký čas přerušena. Mnohdy se setkáváme u paliativních pacientů v tomto režimu léčby s posudkem, že se nejedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, že po ukončení léčby se zlepší. Jedná se ovšem o zásadní nepochopení. Pokud by byla léčba ukončena, pacient se dostane do stavu terminálního.

Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat následující základní životní potřeby (u některých bodů, které jsou relevantní pro nejčastější onkologická onemocnění, najdete poznámky a komentáře k metodice pro posuzování vydané MPSV – úplné znění metodiky najdete na www.mpsv.cz/cs/19743:

- **Mobilita**

Aby byl tento bod uznán, nesmí být nemocný schopen ujít více než 200 metrů. Přerušeni chůze pro vyčerpání a velké nevolnosti se nepočítá. Za nezvládnutí se nepovažuje ani stav, kdy se osoba doma přidržuje nábytku nebo je pro slabost zavěšena do průvodce, aby neupadla.

Z tohoto pohledu nebývá bod uznán většinou onkologicky nemocných ani v paliativní péči.

- **Orientace**

- **Komunikace**

- **Stravování**

Řada nemocných při dlouhodobé onkologické léčbě a po ní trpí těžkými polyneuropatiemi způsobenými toxicitou chemoterapie, které se projevují na rukách a nohách, brněním, ztuhlostí, bolestí a slabostí. Při stravování a přenášení horkých nápojů, polévek atd. se potýkají s velkou neobratností.

- **Oblékání a obouvání**

Opět pro polyneuropatie mívají pacienti potíže s knoflíky, zipy i zavazáním tkaniček. Další komplikace jsou při podávání léčby doma s manipulací s dávkovačem a hadičkami, kde je pomoc druhé osoby nutná. A v neposlední řadě potíže s obouváním u pacientů s velkými otoky končetin a ascitem při postupném selhávání orgánů.

- **Tělesná hygiena**

Není uznána velká slabost nemocných ani seniorů, již využívají madla a sedačky na vanu. U onkologicky nemocných můžeme spatřovat i různé potíže při hygieně, jako jsou zimnice, pálení kůže při biologické léčbě, která mnohdy výrazně zasahuje kožní kryt, jenž je pak extrémně citlivý. Jiní pacienti trpí častými průjmy a hygienu je pak třeba opakovat během dne. Zvýšená hygiena je nutná i při několikadenní aplikaci léčby do portu. U pacientů, kterým je léčba aplikovaná do žíly, zase mnohdy spatřujeme různé projevy zánětů žil, modřiny, které je bolí a velmi ztěžují zvedání rukou například při mytí vlasů či česání.

- **Výkon fyziologické potřeby**

Stomie, neschopnost se vyprázdnit jinak než za pomoci klyzmatu nebo projímadel či inkontinence nejsou považovány za nezvládnutí této schopnosti, přestože její samostatné zvládnutí či zvládnutí s částečnou dopomocí se velmi špatně posuzuje a je velmi variabilní dle aktuálního stavu a konzumace potravin (i při maximální snaze zvládat dietní opatření).

- **Péče o zdraví**

Ošetřování kožních defektů při biologické léčbě, zejména na zádech nebo v jiných nedostupných partiích, a provádění manuální lymfodrenáže na HK a DK jsou dlouhodobé režimy, které jsou nutné a nemocní je sami nevládají, přesto nebývá některým onkologicky nemocným tento bod uznán.

- **Osobní aktivity**

Tento bod bývá onkologicky nemocným uznán.

- **Péče o domácnost**

Tento bod bývá onkologicky nemocným uznán.

Z výše uvedeného textu je patrné, že onkologicky nemocný dosáhne zpravidla maximálně dvou kritérií, a tedy žádného příspěvku na péči. Samotné řízení o schválení příspěvku na péči trvá obvykle 3–6 měsíců a v případě, že se nemocný proti rozhodnutí odvolá, čeká často více než šest měsíců. U řady onkologicky nemocných je tudíž jasné, že si ve chvíli rychle se horšícího zdravotního stavu v závěru léčby nestihnou příspěvek vyřídit.

Výše příspěvku na péči:

Stupeň závislosti	Osoby mladší 18 let		Osoby starší 18 let	
	Nezvládnuté životní potřeby	Měsíční výše příspěvku	Nezvládnuté životní potřeby	Měsíční výše příspěvku
I. (lehká závislost)	3	3300 Kč	3 nebo 4	880 Kč
II. (středně těžká závislost)	4 nebo 5	6600 Kč	5 nebo 6	4400 Kč
III. (těžká závislost)	6 nebo 7	9900 Kč	7 nebo 8	8800 Kč
IV. (úplná závislost)	8 nebo 9	13 200 Kč	9 nebo 10	13 200 Kč

Pro potřeby péče o děti u řady onkologicky nemocných uvádíme i výše příspěvků pro osoby mladší 18 let.

Částky uvedené v tabulce jsou platné jen do konce března 2019 nebo pro osoby, které využívají pobytové sociální služby. Chystá se zvýšení částek, které proběhne ve dvou vlnách a týká se osob v domácím prostředí. Dávku navýší úřady práce automaticky, není potřeba podávat žádost.

Od 1. dubna 2019 stoupne příspěvek na péči pro čtvrtý stupeň závislosti na 19 200 korun. Od 1. července 2019 stoupne příspěvek na péči pro třetí stupeň závislosti na 13 900 korun pro osoby mladší 18 let a 12 800 korun pro osoby starší 18 let.

O příspěvek na péči sice lze požádat i v době hospitalizace nemocného ve zdravotnickém zařízení, ale sociální šetření neproběhne, dokud nebude (alespoň na několik dní) k zastizení v domácím prostředí. Provádění šetření ve zdravotnických zařízeních bylo prakticky zrušeno.

Příspěvek na péči je po schválení žadatelem doplacen zpětně od data podání žádosti. V případě úmrtí žadatele, za předpokladu, že bylo možné stupeň příspěvku stanovit (tedy bylo-li provedeno sociální šetření), bude postoupen do dědického řízení.



Role praktického lékaře

Informovat nemocného nebo jeho rodinu o možnosti využití příspěvku na péči, zvláště při dlouhodobé paliativní péči.

8.7 Příspěvek na bydlení a dávky v hmotné nouzi

Při dlouhodobé nemoci a pracovní neschopnosti nebo určitém stupni invalidního důchodu dochází v rodinách k poklesům příjmů. Nejvíce je situace patrná u samoživitelek nebo samoživitelů či osob žijících osamoceně. Největší položkou rodinného rozpočtu jsou náklady na bydlení. Proto zde uvádíme několik informací k dávkám pokrývajícím tyto náklady. V některých případech, kdy nemocnému nevznikne nárok na uznání pracovní neschopnosti ani invalidního důchodu pro nesplnění potřebné doby pojištění, jsou dávky v hmotné nouzi a případně dávky státní sociální podpory jedinou možností zajištění základních potřeb.

Příspěvek na bydlení

Příspěvek na bydlení přispívá na pokrytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy. Na příspěvek má nárok vlastník nebo nájemce bytu, který je v bytě přihlášen k trvalému pobytu, jestliže jeho náklady na bydlení přesahují určitou částku – podíl z rodinného rozpočtu. Poskytování příspěvku podléhá testování příjmů rodiny a nákladů na bydlení za rozhodné období, kterým je předchozí kalendářní čtvrtletí. Za společně posuzované osoby se považují všechny osoby, které jsou v témže bytě hlášeny k trvalému pobytu; podmínka, aby spolu trvale žily a společně uhrazovaly náklady na své potřeby, se nevyžaduje. Do rozhodného příjmu rodiny se započítávají příjmy všech společně posuzovaných osob. Za příjem se považují i přídavek na dítě a rodičovský příspěvek. U všech bytů se dále započítávají náklady na plyn, elektřinu a náklady na plnění související s užíváním bytu, jako je dodávka tepla (dálkové vytápění) a centralizované poskytování teplé vody, dodávka vody z vodovodů a vodáren a odvádění odpadních vod, provoz výtahu, osvětlení společných prostor v domě, úklid společných prostor v domě, odvoz odpadních vod a čištění jímek, vybavení bytu společnou televizní a rozhlasovou anténou, odvoz komunálního odpadu a náklady na pevná paliva.

O příspěvek na bydlení se žádá na úřadu práce, oddělení státní sociální podpory, dle trvalého bydliště. Žádost je ke stažení zde: formulare.mpsv.cz/okdavky/cs/form/PByd130501109.jsp.

Doplatek na bydlení

Pokud žadatel nesplňuje kritéria na příspěvek na bydlení, může žádat o doplatek na bydlení na oddělení hmotné nouze na úřadu práce. Žádost je ke stažení zde: formulare.mpsv.cz/oknouze/cs/form/DByd150101502.jsp.

Doplatek je dávka pomoci v hmotné nouzi, která společně s vlastními příjmy občana a příspěvkem na bydlení ze systému státní sociální podpory pomáhá uhradit odůvodněné náklady na bydlení. Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (tj. nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů na dodávky energií) zůstala osobě či rodině částka na živobytí.

Příspěvek na živobytí

Příspěvek na živobytí je základní dávka pomoci v hmotné nouzi, která řeší nedostatečný příjem osoby/společně posuzovaných osob. Okruh společně posuzovaných osob je dán zákonem o životním a existenčním minimu. Příkladem může být situace, kdy jeden z manželů nemá žádný příjem a počítají se

příjmy manželů dohromady – nárok na dávku nemusí vzniknout ani při jednom platu. Částka na živobytí je stanovena pro každou osobu individuálně, a to na základě hodnocení její snahy a možností. Jednou z podmínek je například evidence uchazeče o zaměstnání na úřadu práce a efektivní hledání pracovního místa. Částka na živobytí osoby se zvyšuje, pokud její zdravotní stav vyžaduje podle doporučení příslušného odborného lékaře zvýšené náklady na dietní stravování. U osoby, které je poskytována zdravotní péče ve zdravotnickém zařízení po celý kalendářní měsíc, činí tato částka existenční minimum, případně zvýšené z důvodu dietního stravování. Výše příspěvku na živobytí se stanovuje jako rozdíl mezi živobytím osoby či rodiny a jejich příjmem, od kterého se odečtou přiměřené náklady na bydlení. U osob, které jsou uznány invalidní ve 3. stupni, ale pro nesplnění doby pojištění nemají nárok na výplatu důchodu, se zvláštní snaha nehodnotí.

Obecným problémem u dávek v hmotné nouzi je, že součástí jejich schvalování je sociální šetření v rodině. Zároveň je součástí žádosti prohlášení o veškerém movitém a nemovitém majetku. V neposlední řadě musí žadatel vyčerpat veškeré rezervy, tedy úspory na účtech spoření, protože pokud rezervy má, není osobou v hmotné nouzi, i když nemá žádné příjmy.



Role praktického lékaře

Pokud se dozví, že nemocný nebo celá jeho rodina patří do skupiny s velmi nízkými příjmy či se pacient zmíní o potížích s platbami za nájem a energie, měl by jej odkázat na úřad práce, dávky státní sociální podpory a dávky v hmotné nouzi.

9. Návrat do zaměstnání po dlouhodobé nemoci

9.1 Dopady onkologické léčby a vliv na pracovní zařazení

Onkologická léčba i jiná léčba jsou zaměřeny především na výsledek, tedy léčení onemocnění, v optimálním případě na vyléčení. S některými vedlejšími účinky se do určité míry počítá a berou se jako daň. Dopady léčby můžeme částečně rozdělit na trvalé a vylepšitelné, s různou délkou možnosti zlepšení a s přihlédnutím k celkovému stavu člověka. Ve všech případech ale pacientovi více či méně ztěžují návrat k běžným aktivitám a především návrat k práci nebo profesi. Onkologové sice pracují s nežádoucími účinky během léčby, aby nemocný náročnou a dlouhou léčbu zvládl, ale v rámci kontrol pacientů v remisi nejsou výrazně schopni řešit její dlouhodobý dopad na zdraví. Každý nemocný snáší léčbu a také vzniklé důsledky jinak, a to i při podobném rozsahu nežádoucích účinků. Jejich vnímání se dále mění v čase. Někteří pacienti jim příliš nevěnují pozornost a přicházejí, až když je omezují v konkrétních aktivitách v práci nebo osobním životě. Jiní pacienti těžce vnímají deficit ve své obvyklé kondici hned od počátku a mají potřebu se jí co nejrychleji znovu přiblížit.

Každý, kdo se chystá do práce nebo se alespoň připravuje na její hledání, by měl svoje zdravotní rizika a omezení znát, konzultovat je se svým lékařem a zvážit možnosti jejich maximálního snížení před nástupem do práce. Zaměstnavatelé obvykle nejsou ochotni tolerovat rozsáhlejší rehabilitační proces na počátku zaměstnání.

Nemocný by si měl umět odpovědět na tyto otázky, než bude komunikovat se zaměstnavatelem:

- Jsem schopen pracovat ve své původní profesi?
- Je pro mě moje profese vhodná?
- Potřebuji nějaké zvláštní podmínky v práci?
- Chci se vůbec vracet do svého původního zaměstnání?
- Jak velký pracovní úvazek zvládnou?

Člověk po onkologické nebo jiné dlouhodobé nemoci by měl zvážit výši pracovního úvazku i náročnost profese také s ohledem na rozsah potřebné probíhající rehabilitace a také množství nutných kontrolních vyšetření. Nikdy by neměl jít až na samotný kraj svých sil, do maximálního vyčerpání. Zejména na počátku by onkologicky nemocní měli začínat zvolna, aby měli možnost

pozorovat, jak jejich tělo i psychika reagují. Zaměstnavatel nevidí rád, když pracovník své síly přecení a pak danou pozici a její rozsah nezvládá, místo přidávání spíše ubírá, nebo dokonce znovu upadne do nemoci.

Mezi hlavní oblasti dopadů onkologické léčby patří dopady:

a) fyzické:

- únava
- potíže se spánkem
- snížený fyzický výkon
- toxická polyneuropatie
- lymfedém horní nebo dolní končetiny
- stomie
- zažívací potíže – průjemy nebo zácpy
- jizvy
- potíže s pohybovým aparátem
- snížená imunita a náchylnost k infekcím
- bolesti

b) psychické:

- potíže s pamětí
- potíže se soustředěním, zejména na více věcí najednou
- snížené sebevědomí
- strach z návratu onemocnění
- deprese



Role praktického lékaře

Pomoci pacientovi vyznat se v dopadech onkologické léčby a připravit ho na návrat do práce tím, že bude vědět, které nežádoucí účinky se mohou vylepšit, které budou dlouhodobé a které prakticky nevratné.

9.2 Kdy a jak se vracet do zaměstnání

Onkologicky nemocný po akutní onkologické léčbě a po potřebné době rekonvalescence by mimo zdravotní dopady měl znát možnosti, na jaké dávky a za jakých podmínek má nárok. Po jednom roce pracovní neschopnosti obvykle dochází k jednání o invalidním důchodu nebo je možnost zvážit

prodloužení pracovní neschopnosti (viz kapitola č. 8.1) – je třeba dobře rozmyslet, co je vhodnější. Řada nemocných toto musí řešit již v průběhu léčby, protože je dlouhá a základní doba pobírání dávek nepostačuje. Pacient by měl také vědět, kdy a za jakých podmínek se evidovat na úřadu práce (ÚP) a kdy má nárok na podporu v nezaměstnanosti.

Zaměstnanci, který je v pracovní neschopnosti, nemůže být v průběhu jejího trvání ukončen pracovní poměr výpovědí. Pracovní poměr skončí pouze v případě, že byl uzavřen na dobu určitou, tzn. je ukončen dle smlouvy, a to i v době pracovní neschopnosti.

Při pobírání invalidního důchodu bez ohledu na jeho stupeň je dnes možné pracovat. Pokud zaměstnanec ukončí dlouhodobou pracovní neschopnost, je obvykle poslán na vstupní prohlídku k závodnímu lékaři, kde je rozhodnuto, zda je schopen pracovní pozici vykonávat.

Nastoupí-li zpět do zaměstnání s přiznaným stupněm invalidního důchodu a případně vypsány omezeními, neměl by být ze zaměstnání propuštěn. Měl by být převeden na jinou pracovní pozici podle rozsahu, který zvládne, a dle omezení. V praxi to ovšem vypadá různě. Někteří zaměstnanci jsou propuštěni, protože zaměstnavatel trvá na dané pozici v daném rozsahu a jinou nechce nebo nemůže nabídnout. Nebo je důvodem obava z nevládnutí pracovní činnosti v důsledku zdravotních omezení nebo celkově nižšího výkonu. V některých případech si zaměstnavatel chce ponechat na pozici zástup, který za nemocného pracoval v době jeho pracovní neschopnosti, a pak vymýšlí různé reorganizace práce, aby se nedostal do rozporu se zákonem.

Zákoník práce neomezuje možnost práce při invalidním důchodu. U osob pobírajících ID 3. stupně je třeba vzít v úvahu ještě zbytkový pracovní potenciál. Posudkový lékař při následující posudkové komisi hodnotí mimo míru poklesu pracovní schopnosti také dodržování zbytkového pracovního potenciálu. Nejvíce u ID 3. stupně, kde je míra poklesu pracovní schopnosti více než 70 %, a zbytkový pracovní potenciál je tedy necelých 30 %. To odpovídá maximálně třem hodinám práce denně, a to na pracovní smlouvu nebo dohodu o pracovní činnosti.

U většiny onkologicky nemocných obvykle dojde po šesti měsících od ukončení akutní onkologické léčby ke snížení stupně invalidního důchodu (na 1. nebo 2. stupeň), pokud jsou bez známek recidivy či jiných vážných zdravotních

problémů. Tato skutečnost a jejich finanční situace je nutí hledat si zaměstnání. Po dlouhém a náročném léčení je obvykle vhodné začínat s prací na částečný úvazek. V ČR je ale dlouhodobě velký problém najít pracovní místo na částečný pracovní úvazek.

Onkologicky nemocný se při ID 3. stupně musí při hledání práce, kterou přijme, rozhodovat dle svého zdravotního stavu. Je-li jeho stav s řadou omezení na hraně mezi 2. a 3. stupněm a není si jistý, jak dlouho a jaké pracovní nasazení vydrží, doporučuje se nepřekračovat zbytkový pracovní potenciál, aby z tohoto důvodu nedošlo ke snížení invalidního důchodu a pracovní nasazení v daném rozsahu se nestalo nutností. Ovšem je-li zdravotní stav vylepšený, zdravotní omezení malá a ID 3. stupně byl přiznán pouze na dobu rekonvalescence po náročné léčbě, nemá význam dodržovat zbytkový pracovní potenciál, protože ke snížení stupně ID stejně dojde a pak je lepší mít dobré pracovní zázemí. Někdy je těžké určit správnou míru. V případě, že dojde ke snížení stupně invalidního důchodu a udržení odpovídajícího rozsahu práce se nedaří, je možné požádat o navýšení stupně ID znovu, s odůvodněním z pracovní zkušenosti.



Role praktického lékaře

Pokud vede pacientovi pracovní neschopnost, zvažovat její prodloužení, je-li to potřeba, nebo mu včas doporučit podání žádosti o invalidní důchod a připravit ho na to, že návrat na celý úvazek do zaměstnání není úplně reálný – samozřejmě se zřetelem k přání pacienta a jeho profesi.

9.3 Podpora v nezaměstnanosti a evidence na ÚP

Invalidní důchodce všech stupňů je zdravotně pojištěn, sociálně pojištěn je pouze při ID 3. stupně. Při ID 1. a 2. stupně je nutná evidence na ÚP. Pokud dojde ke snížení stupně invalidity ze 3. stupně na 1. nebo 2. stupeň, náleží mu na ÚP podpora v nezaměstnanosti, protože ID 3. stupně je pobírán obvykle minimálně jeden rok a počítá se jako náhradní doba pojištění.

Práva a povinnosti uchazeče o zaměstnání stanoví zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Informace o podmínkách evidence na úřadu práce, podmínkách rekvalifikace a kontakty na ÚP naleznete na Integrovaném portálu MPSV portal.mpsv.cz/sz/obcane.

Podpora v nezaměstnanosti je základní dávkou, kterou úřad práce vyplácí v souvislosti se ztrátou zaměstnání. Na podporu v nezaměstnanosti má nárok uchazeč o zaměstnání, který získal v posledních dvou letech před zařazením do evidence uchazečů o zaměstnání zaměstnáním nebo jinou výdělečnou činností dobu důchodového pojištění v délce alespoň 12 měsíců.

Podpůrčí doba poskytování podpory je závislá na věku uchazeče a činí:

- do 50 let věku 5 měsíců
- nad 50 do 55 let věku 8 měsíců
- nad 55 let věku 11 měsíců

Výše podpory v nezaměstnanosti:

- 1.–2. měsíc nezaměstnanosti 65 % průměrného čistého výdělku
- 3.–4. měsíc nezaměstnanosti 50 % průměrného čistého výdělku
- 5.–11. měsíc nezaměstnanosti 45 % průměrného čistého výdělku

Výše podpory v nezaměstnanosti je ovlivněná také důvodem odchodu z předchozího zaměstnání. Nastal-li odchod ze zaměstnání formou dohody, může být sazba podpory v nezaměstnanosti od počátku pouze 45 % průměrného čistého výdělku. U OZP se i tato skutečnost dá vysvětlit, ale vždy je lepší končit pracovní poměr ze zdravotních důvodů.

Při podpoře v nezaměstnanosti nelze mít žádný přivýdělek. Pakliže ho osoba v danou chvíli má, podpora se odsouvá na další měsíc. Při evidenci na ÚP bez pobírání podpory v nezaměstnanosti je možná výše přivýdělku do výše poloviny minimální mzdy. Minimální mzda od ledna 2019 je 13 350 Kč.

Každý, kdo je v evidenci ÚP, by měl vědět, kdy se mu doba počítá jako odpracované roky na budoucí starobní důchod. Je to vždy při pobírání podpory v nezaměstnanosti nebo při příspěvku na rekvalifikaci a poté v tzv. prostých evidencích, avšak pouze 1 rok do 50 let a další 2 roky mezi 50. rokem a věkem pro vznik nároku na starobní důchod. Na starobní důchod tedy nelze na ÚP „odčekat“.



Role praktického lékaře

Pokud se praktický lékař dozví, že se pacient nevrací do svého původního zaměstnání a bude si hledat jiné při invalidním důchodu nebo že je mu snížen invalidní důchod ze 3. stupně, měl by ho upozornit, aby neopomenul evidenci na ÚP, kde by měl mít nárok na podporu v nezaměstnanosti.

9.4 Rekvalifikace

Rekvalifikace umožňuje získat dovednosti a kvalifikaci pro nové zaměstnání nebo si vzhledem ke změněným podmínkám udržet to stávající. Úřad práce hradí náklady rekvalifikace za uchazeče nebo zájemce o zaměstnání, pokud je na rekvalifikaci doporučí, a ještě před zahájením rekvalifikačního kurzu s nimi uzavře písemnou dohodu. Uchazeči o zaměstnání může dále poskytnout příspěvek na úhradu prokázaných nutných nákladů spojených s rekvalifikací (např. výdaje na cestu hromadnými dopravními prostředky, pojištění pro případ škody způsobené uchazečem o zaměstnání rekvalifikačnímu zařízení). V dohodě o rekvalifikaci je stanovena povinnost uhradit plně náklady rekvalifikace, pokud uchazeč nebo zájemce o rekvalifikaci tuto rekvalifikaci bez vážných důvodů nedokončí nebo odmítne nastoupit do vhodného zaměstnání odpovídajícího nově získané kvalifikaci.

Pro invalidního důchodce 3. stupně je někdy vhodné přihlásit se na ÚP ne jako uchazeč o zaměstnání (což s ID 3. stupně stejně nelze), ale jako zájemce o práci, který se cítí ohrožený na trhu práce, protože očekává, že na následující posudkové komisi mu bude ID 3. stupně odebrán, a on chce předcházet propadu a mít šanci následně získat práci a jako zájemce o práci se ucházet o rekvalifikaci. Více k rekvalifikaci najdete na portal.mpsv.cz/sz/obcane/rekvalifikace a www.rekvalifikace.com.

Pro řadu lidí po dlouhodobé nemoci není snadné zvládnout i samotnou rekvalifikaci. Rekvalifikace bývá dosti časově náročná, obvykle 3–5 dní v týdnu v rozsahu 6–8 hodin denně.



Role praktického lékaře

Pokud je pacientova profese zcela nevhodná a nedá se předpokládat její zvládnutí po nemoci, doporučit mu zájmat se o možnosti rekvalifikace na ÚP.

9.5 Kdo je OZP a OZZ a jaké má výhody od ÚP

Zákon o zaměstnanosti definuje „osobu se zdravotním postižením“ (OZP) a „osobu zdravotně znevýhodněnou“ (OZZ). Tyto osoby mají pro zdravotní postižení ztíženou situaci na trhu práce a zákon jim poskytuje ochranu.

OZP se dělí do kategorií:

- a) osoby s těžším zdravotním postižením (osoby uznané invalidními ve 3. stupni),
- b) osoby se zdravotním postižením (osoby uznané invalidními v 1. a 2. stupni),
- c) OZZ jsou osoby, které získaly tento status rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení na základě posouzení posudkovým lékařem OSSZ,
- d) osoby do 1 roku od odebrání ID.

OZP a OZZ mohou být zároveň vhodnými zaměstnanci pro některé zaměstnavatele, kteří buď potřebují splnit povinné procento zaměstnávání OZP nebo jsou zaměstnavateli zaměstnávajícími více než 50 % OZP – pak na ně čerpají příspěvky.

Příspěvky od ÚP rozlišujeme na příspěvky na podporu zaměstnávání OZP a podporu v nezaměstnanosti určenou pro všechny nezaměstnané.

Firmy, které zaměstnávají více než 50 % OZP, řadíme na tzv. chráněný trh práce. Na své zaměstnance pobírají příspěvek od ÚP, který může tvořit až 75 % mzdy pracovníka. V praxi se ale také setkáváme s tím, že pracovní místa pro OZP bývají platově podhodnocena. Pracovníci na chráněném trhu práce dostávají mnohdy výrazně nižší mzdu, než by za stejnou činnost dostávali na volném trhu práce. Ovšem na druhou stranu lze říci, že po velmi dlouhé nemoci a při řadě zdravotních dopadů může být pracovní místo pro OZP klidnějším začátkem znovu nastartovaného pracovního života.

OZP, která je v evidenci ÚP a je jí nabídnuto pracovní místo, ho může odmítnout ze zdravotních důvodů, mezi něž se počítá i složitá a náročná doprava do zaměstnání, která by mohla být větší zátěží než samotná práce.

Na volném trhu se můžeme setkat také s tím, že jsou vypsána místa pro OZP, protože firmy je potřebují, ale jsou naprosto nevhodná – obnášejí 12hodinové směny, noční práci, nepravidelnou pracovní dobu dle aktuálních potřeb zaměstnavatele atd.

V této problematice asi nejlépe pomůže Nadační fond pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením (www.nfozp.cz/chci-pomoci/zamestnavani-ozp) nebo organizace Revenium, z. s. (www.revenium.cz).



Role praktického lékaře

Informovat pacienta, že pobíráním invalidního důchodu nějaký statut OZP získává, nebo pokud invalidní důchod nezíská, že ještě existuje statut OZZ. OSSZ totiž tyto informace nepodávají a ani na rozhodnutí o přiznání ID je nemocný nenajde.

9.6 Zdravotní pojištění při jednom částečném úvazku

Pracovník, který má jediný částečný pracovní úvazek, z něhož má příjem nižší, než je minimální mzda (13 350 Kč hrubého za měsíc), bude mít v roce 2019 nižší čistý příjem za měsíc, než měl v roce 2018. Zdravotní pojištění musí zaměstnavatel strhnout do výše, kterou by pracovník odváděl, pokud by pobíral minimální mzdu. Pokud má osoba více zkrácených úvazků, odvody zdravotního pojištění se sčítají. Tato problematika se nejčastěji dotýká osob v 1. a 2. stupni invalidního důchodu, které mají nízký úvazek ze zdravotních důvodů, a rodin s větším počtem malých dětí, kde jeden z rodičů musí zajistit péči o děti.

10. Paliativní péče

Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Jejím cílem je komplexní řešení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit.

S chronickými nemocemi se potýká více než 80 % lidí starších 65 let. Paliativní péče je v tomto kontextu vhodným nástrojem pro zajištění dostupné péče odpovídající potřebám a zároveň přáním nemocných. Důležité je, aby se ne rovnala pouze hospicové péči, ale byla zahajována dříve, kdy může využít své možnosti.

Různá dotazníková šetření ukazují, že většina nevyлéčitelně nemocných by chtěla zemřít doma, ale opak je realitou, v domácím prostředí umírá méně než 20 % lidí. Řada statistik není zcela přesných, protože nepostihují poskytování dlouhodobé péče doma v kombinaci s odvezením nemocného v určitém akutním zdravotním stavu na posledních pár hodin do zdravotnického zařízení.

Pro každého nemocného je s ohledem na jeho zdravotní stav a aktuální situaci v rodině vhodná jiná forma péče. Každý rodinný příslušník má určitou kapacitu (fyzickou i psychickou) a schopnost poskytnout svému blízkému pomoc při realizaci paliativní péče a to je nutné zohlednit při sestavování plánu a výběru služeb.

Řadu zásadních informací může nemocný i jeho rodina najít na portálu www.umirani.cz, který realizuje internetovou poradnu a také řeší problematiku péče o pozůstalé. Důležitým odkazem pro ty, jimž někdo zemřel, je www.poradenstvi-pro-pozustale.cz, kde lze najít řadu důležitých praktických informací o zajištění pohřbu a dalších záležitostech.

Formy paliativní péče jsou:

- nemocniční paliativní péče:
 - konziliární paliativní tým
 - paliativní ambulance
 - paliativní oddělení v nemocnici
- lůžkový hospic
- mobilní domácí hospic

V komplexních onkologických centrech, kde je k dispozici paliativní ambulance, můžeme sledovat, že po vyčerpání akutní onkologické léčby i cílené paliativní léčby jsou pacienti předáváni k čistě symptomatické terapii právě do této ambulance. V rámci projektu Spolu až do konce bylo v roce 2016 vybráno 18 českých nemocnic, které získaly prostředky na rozvoj nemocničních paliativních týmů, školení personálu, vytvoření vnitřních metodik a směrnic pro péči o nevléčitelně nemocné pacienty. Více informací k projektu a mapu těchto nemocnic najdete zde: paliativnicentrum.cz/projekty/spolu-az-do-konce.

Tam, kde tato ambulance chybí, se nemocní stále pohybují na onkologické ambulanci nebo docházejí ke svému praktickému lékaři.

Pokrytí území České republiky paliativní péčí není rovnoměrné. Nemocniční paliativní péče je obvykle poskytována bez doplatku, čistě za úhradu od zdravotní pojišťovny, ale většina mobilních i lůžkových hospiců není zřizována krajem ani obcí a jde o čistě soukromé subjekty poskytující specializovanou zdravotní péči. Od toho se odvíjí i to, že nemocný nebo jeho rodina musejí na péči doplácet. Ceník má každá organizace svůj a je závislý od množství sponzorů, kteří s úhradou pomáhají. Také rozsah specializované péče se liší. Největší adresář hospicové péče naleznete zde: www.hospice.cz.

Finanční úhrady lůžkových hospiců se pohybují v rozmezí 250–600 Kč na den hospitalizace. V případě mobilních hospiců se obvykle platí určitý paušál za den péče, tedy poskytované pohotovostní připravenosti k péči 24 hodin denně sedm dní v týdnu, který se pohybuje v rozmezí 100–250 Kč na den, a dále zvláštní úkony dle ceníku, jako je například úvodní návštěva a vyšetření lékaře nebo punkce ascitu pod ultrazvukovou kontrolou atd.

V roce 2018 tým ministerstva zdravotnictví realizoval projekt revize Standardů mobilní specializované paliativní péče. Nově přijatý dokument aktualizuje znění z let 2015–2016. Nejnovější poznatky ze zahraničí a doporučené postupy jsou uvedeny v soulad s naší aktuální legislativou.

Standardy byly připomínkovány odbornými společnostmi, tedy Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP (www.paliativnimedicina.cz) a Fórem mobilních hospiců (www.mobilnihospice.cz), a veřejně projednány na ministerstvu zdravotnictví za účasti zástupců všech mobilních hospiců.

Jedním z předpokladů udržení pacienta v domácím prostředí může být dostupnost péče jeho praktického lékaře. Nemocný by měl získat včas informace

o poskytování návštěvní služby v případě, že by nebyl schopen se k lékaři dostavit sám.

Určitým kritickým momentem při poskytování paliativní péče doma bývá potřeba aplikace opiátů v injekční formě. I při nejmodernějším vyžití léků a náplastí na bolest se stále využívají, například při zavádění katétrů s dávkovači k podávání opiátů kontinuálně do určitého místa koncentrace bolesti. Řada rodin a nemocných dopředu nezjišťuje, zda jejich praktický lékař vydává opiátové recepty. Praktický lékař však nemá povinnost tyto recepty mít a hledat jiného praktického lékaře v době, kdy je pacient v terminálním stavu, není snadné. Někdy v tom pomáhají paliativní ambulance, menší onkologické ambulance nebo centra léčby bolesti.

U některých praktických lékařů se bohužel setkáváme s tím, že při sebemenších komplikacích odesílají nemocného do zdravotnického zařízení. Vzhledem k absenci terénních služeb je situace složitá. Někdy terénní služby praktického lékaře přemlouvají k poskytování péče, kterou by zvládl, a umožnil tím nemocnému zůstat doma.



Role praktického lékaře

Mít informace o možnostech paliativní péče ve svém regionu a poskytnout je nemocnému a jeho rodině včas. Snažit se maximálně dle možností umožnit nemocnému co nejdéle zůstat v domácím prostředí.

11. Možnosti hájení práv a zájmů

Onkologicky i jinak dlouhodobě nemocní a jejich blízcí se setkávají s řadou situací, které v nich vzbudí pocit, že se jim děje nějaká újma nebo bezpráví. Pokud chce jedinec situaci řešit, musí si nejprve stanovit, jakého cíle hodlá dosáhnout:

- a) uznání pochybení a omluvy
- b) potrestání domnělého viníka ze strany nadřízeného nebo vyšší instituce
- c) odškodnění za vzniklou újmu
- d) zamezení opakování situace
- e) systémové změny

Zároveň je dobré si od někoho nezávislého, kdo není na situaci osobně zainteresován, nechat potvrdit, že se opravdu jedná o pochybení. Někdy se může stát, že při velkém stresovém vypětí a souhře určitých okolností může být úsudek jednotlivce mírně zkreslený, zvláště jedná-li se o tak zásadní věc, jakou je zdraví.

Dále je dobré si uvědomit, o jaké pochybení se jedná. Zda je to pochybení v rovině právní (legislativní, zákonné) nebo v rovině etické (kodex, slušné chování atd.). U etické normy není obvykle možné vymáhat odškodnění. Instituce nebo jedinci se k jednotlivým kodexům sice hlásí a snaží se je dodržovat, ale ne vždy je to možné a velmi záleží na individuálním hodnocení.

Mezi nejznámější ve zdravotnictví a sociální oblasti patří kodexy:

- práv pacientů – www.mpsv.cz/cs/840
- práv hospitalizovaných dětí – www.mpsv.cz/cs/839
- práv duševně postižených – www.mpsv.cz/cs/838
- práv tělesně postižených – www.mpsv.cz/cs/841

Určitou roli při volbě postupu hraje také to, zda se jedná o pochybení jedince nebo instituce a z jakého oboru (zdravotnictví, sociální služby, úřady státní správy, zaměstnavatel atd.). V jednotlivých oblastech jsou legislativní i etické normy nastaveny s různou přesností a různou podobou mají i řešení pochybení.

Pro nemocného nebo zdravotně postiženého často není snadné rozhodnout, o jaké pochybení se jedná. Na koho se pak mohou při řešení situace obrátit nebo kde se dočtou více informací? Vhodné je obracet se na tyto instituce:

- Ombudsman – veřejný ochránce práv – www.ochrance.cz
- Nemocniční ombudsman nebo etická komise v dané nemocnici
- Státní úřad inspekce práce – www.suip.cz
- Inspekce sociálních služeb – www.mpsv.cz/cs/19977
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR – www.nrzp.cz
- Česká advokátní komora – www.cak.cz
- Liga lidských práv – www.llp.cz

12. Adresář sociálních pracovníků a psychologů pro onkologicky nemocné

- a) Komplexní onkologická centra a Komplexní hematoonkologická centra (KOC a HOC)
- b) Další onkologická pracoviště
- c) Samostatné ordinace psychologa pro onkologicky nemocné a jejich blízké
- d) Pacientské organizace

a) KOC a HOC – Čechy

Nemocnice Na Bulovce

Budínova 2, 180 81 Praha 8; tel.: 266 081 111; www.bulovka.cz

Ústav radiční onkologie

Přednosta	MUDr. Luboš Petruželka, Doc. tel.: 266 084 101; e-mail: lubos.petruzelka@bulovka.cz
Primář	MUDr. Miloslav Pála, Ph.D., MBA tel.: 266 084 251; e-mail: miloslav.pala@bulovka.cz
Vrchní sestra	Mgr. Věra Čermáková tel.: 266 084 103; e-mail: vera.cermakova@bulovka.cz
Sociální pracovnice	Věra Fořtová, DiS. tel.: 266 082 227; e-mail: vera.fortova@bulovka.cz
Psycholog	PhDr. Radka Kulhánková tel.: 266 084 206; e-mail: radka.kulhankova@bulovka.cz

Thomayerova nemocnice

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4; tel.: 261 081 111; www.ftn.cz

Onkologická klinika

Přednosta	Doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D. tel.: 261 082 531; e-mail: tomas.buchler@ftn.cz
Primář	MUDr. Eugen Kubala tel.: 261 083 733; e-mail: eugen.kubala@ftn.cz
Vrchní sestra	Zuzana Vaňková tel.: 739 580 405; e-mail: zuzana.vankova@ftn.cz
Sociální pracovnice	Helena Šlenkrťová (vedoucí sociálního oddělení) tel.: 261 083 808, 732 856 289; e-mail: helena.slenkrtova@ftn.cz
Psycholog	PhDr. Dana Krejčířová (vedoucí oddělení psychologie) tel.: 261 083 436; e-mail: dana.krejcirova@ftn.cz

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 128 08 Praha 2; tel.: 224 961 111; www.vfn.cz

Onkologická klinika

Přednosta	prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc. tel.: 224 962 219; e-mail: lubos.petruzelka@vfn.cz
Primář	MUDr. Martina Zimovjanová tel.: 224 962 498; e-mail: martina.zimovjanova@vfn.cz
Vrchní sestra	Zdeňka Dlouhá tel.: 224 966 755; e-mail: zdenka.dlouha@vfn.cz

I. Interní klinika – klinika hematookologie

Přednosta	prof. MUDr. Marek Trněný, CSc. tel.: 224 962 527; e-mail: marek.trneny@vfn.cz
Primář	MUDr. Jan Kořen tel.: 224 962 310; e-mail: jan.koren@vfn.cz
Vrchní sestra	Mgr. Darja Hrabánková-Navrátilová tel.: 224 962 529; e-mail: darja.hrabankova-navratilova@vfn.cz
Sociální pracovnice	Alena Makarová (vedoucí sociálního oddělení) tel.: 224 964 112; e-mail: alena.makarova@vfn.cz
Psycholog	doc. PhDr. Laura Janáčková, CSc. tel.: 224 964 172; e-mail: laura.janackova@vfn.cz

Fakultní nemocnice v Motole

V Úvalu 1/84, 150 06 Praha 5; tel.: 224 431 111; www.fnmotol.cz

Onkologická klinika

Přednosta	Doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D., MBA tel.: 224 434 700; e-mail: jana.prausova@fnmotol.cz
Primář	MUDr. Zdeněk Linke tel.: 224 434 794; e-mail: zdenek.linke@fnmotol.cz
Vrchní sestra	Mgr. Klára Frydrychová tel.: 224 434 705; e-mail: klara.frydrychova@fnmotol.cz
Sociální pracovnice	Bc. Kristýna Šebová tel.: 224 431 172, 727 812 219; e-mail: kristyna.sebova@fnmotol.cz
Psycholog	Mgr. Zuzana Kocábová (vedoucí oddělení klinické psychologie) tel.: 224 433 481, 224 433 485; e-mail: zuzana.kocabova@fnmotol.cz

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady

Šrobárova 50, 100 34 Praha 10; tel.: 267 161 111; www.fnkv.cz

Interní hematologická klinika

Přednosta	Prof. MUDr. Tomáš Kozák, Ph.D., MBA e-mail: tomas.kozak@fnkv.cz
Primář	Doc. MUDr. Jan Novák, Ph.D. tel.: 267 163 530; e-mail: jan.novak@fnkv.cz
Vrchní sestra	Mgr. Lenka Turková tel.: 267 162 253; e-mail: lenka.turkova@fnkv.cz

Onkologická klinika

Přednosta	Doc. MUDr. Renata Soumarová, Ph.D., MBA tel.: 267 162 333; e-mail: renata.soumarova@fnkv.cz
Primář	MUDr. PharmDr. Jan Dvořák e-mail: jan.dvorak@fnkv.cz
Vrchní sestra	Mgr. Eva Roubíčková e-mail: eva.roubickova@fnkv.cz
Sociální pracovníce	Bc. Blanka Radjenovičová (vedoucí sociálního oddělení) tel.: 267 168 040; e-mail: blanka.radjenovicova@fnkv.cz
Psycholog	PhDr. Alena Javůrková, Ph.D. (vedoucí oddělení klinické psychologie) tel.: 267 162 932; e-mail: elena.javurkova@fnkv.cz

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové; tel.: 495 831 111; www.fnhk.cz

Onkologická klinika

Přednosta	prof. MUDr. Jiří Petera, Ph.D. tel.: 495 832 183; e-mail: jiri.petera@fnhk.cz
Vrchní sestra	Mgr. Dagmar Švecová tel.: 495 834 620; e-mail: dagmar.svecova@fnhk.cz
Sociální pracovníce	Mgr. Michaela Šimková (ambulace paliativní onkologické péče) tel.: 495 834 290; e-mail: michaela.simkova@fnhk.cz

IV. Interní hematologická klinika

Přednosta	Doc. MUDr. Pavel Žák, Ph.D. tel.: 495 834 612; e-mail: pavel.zak@fnhk.cz
Vrchní sestra	Vladislava Pavlicová tel.: 495 834 519; e-mail: vladislava.pavlicova@fnhk.cz
Sociální pracovníce	Jolana Steklá tel.: 495 833 973; e-mail: jolana.stekla@fnhk.cz

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.

Kyjevská 44, 532 03 Pardubice; tel.: 466 011 111; pardubice.nempk.cz

Oddělení klinické a radiační onkologie

Primář	doc. MUDr. Jaroslav Vaňásek, CSc. tel.: 2466 016 400
Vrchní bratr	Mgr. Oldřich Hošek tel.: 466 016 442
Sociální pracovnice	Mgr. Marcela Chvojková (vedoucí oddělení) tel.: 725 626 533; e-mail: marcela.chvojkova@nempk.cz
Psycholog	Mgr. Vít Hoigr tel.: 466 016 668; e-mail: vit.hoigr@nempk.cz

Fakultní nemocnice Plzeň

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň; tel.: 377 402 111; www.fnplzen.cz

Onkologická klinika

Přednosta	Prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D. tel.: 377 405 500; e-mail: finek@fnplzen.cz
Primář	MUDr. Marie Votavová tel.: 377 405 520; e-mail: votavovam@fnplzen.cz
Vrchní sestra	Mgr. Simona Šípová tel.: 377 405 503; e-mail: sipovas@fnplzen.cz
Sociální pracovnice	Mgr. Dagmar Malíková tel.: 377 103 255, 702 153 615 ; e-mail: malikovad@fnplzen.cz
Psycholog	PhDr. Vlasta Romanová tel.: 377 105 566; e-mail: romanovav@fnplzen.cz

Hematoonkologické oddělení

Primář	MUDr. Pavel Jindra, Ph.D. e-mail: jindra@fnplzen.cz
Vrchní sestra	Bc. Eva Bystrická e-mail: bystricka@fnplzen.cz
Sociální pracovnice	Hana Rejdová tel.: 377 103 253; e-mail: rejdova@fnplzen.cz

Krajská nemocnice Liberec, a.s.

Husova 10, 460 01 Liberec; tel.: 485 311 111; www.nemlib.cz

Onkologické oddělení

Přednosta	MUDr. Jiří Bartoš, MBA tel.: 485 312 639; e-mail: jiri.bartos@nemlib.cz
Vrchní sestra	Lenka Nováková tel.: 485 312 226; e-mail: lenka.novakova@nemlib.cz
Sociální pracovnice	Jindřiška Sasková tel.: 485 312 675; e-mail: jindriska.saskova@nemlib.cz
Psycholog	Mgr. Hana Kynkorová tel.: 485 312 251; e-mail: hana.kynkorova@seznam.cz

Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

Sociální péče 12A/3316, 401 13 Ústí nad Labem; tel.: 477 111 111, 475 681 111; www.mnul.cz

Onkologické oddělení – V Podhájí 21, Ústí nad Labem

Primář	MUDr. Martina Chodacká tel.: 477 113 260; e-mail: martina.chodacka@kzcr.eu
Vrchní sestra	Jana Švandová tel.: 477 113 262; e-mail: jana.svandova@kzcr.eu
Sociální pracovnice	Jana Podhorská (vedoucí oddělení) tel.: 477 112 036; e-mail: jana.podhorska@kzcr.eu
Psycholog	Mgr. Pavla Měchurová tel.: 477 113 277; e-mail: pavla.mechurova@kzcr.eu

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Boženy Němcové 585/54, 370 01 České Budějovice; tel.: 387 871 111; www.nemcb.cz

Onkologické oddělení

Primář	MUDr. Václav Janovský
Vrchní sestra	Eva Wertigová tel.: 387 875 114; e-mail: onkologie@nemcb.cz
Sociální pracovnice	Mgr. Jitka Trachtová tel.: 387 875 183, 722 183 480; e-mail: trachtova.jitka@nemcb.cz
Psycholog	Mgr. Jana Kliková tel.: 477 113 277; e-mail: klikova.jana@nemcb.cz

Nemocnice Jihlava, p. o.

Vrchlického 59, 586 33 Jihlava; tel.: 567 157 111; www.nemji.cz

Oddělení onkologie

Primář	MUDr. Lubomír Slavíček tel.: 567 157 151, 731 628 882; e-mail: slavicekl@nemji.cz
Vrchní sestra	Barbora Versteegová tel.: 567 157 412, 731 628 858; e-mail: versteegovab@nemji.cz
Sociální pracovník	Mgr. Zdeněk Hružza tel.: 567 157 842; e-mail: hruzaz@nemji.cz
Psycholog	Mgr. Ondřej Škoda tel.: 567 157 659; e-mail: skodao2@nemji.cz

KOC a HOC – Morava

Masarykův onkologický ústav

Žlutý kopec 7, 656 53 Brno; tel.: 543 131 111; www.mou.cz

Ředitel	prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. tel.: 543 134 102-3; e-mail: jan.zaloudik@mou.cz
Náměstkyně pro nelékařské zdravotnické pracovníky	PhDr. Jana Kocourková, MBA tel.: 543 134 104, 543 134 102; e-mail: jkocourkova@mou.cz
Zdravotně sociální pracovníce	Jana Svánovská, DiS. tel.: 543 132 801; e-mail: svanovska@mou.cz
Zdravotně sociální pracovníce	Mgr. Markéta Lažová tel.: 543 132 802; e-mail: marketa.lazova@mou.cz
Sociální pracovníce	Bc. Ludmila Salátová tel.: 543 132 803; e-mail: ludmila.salatova@mou.cz
Psycholog	Mgr. Radka Alexandrová (vedoucí úseku klinické psychologie) tel.: 543 135 802; e-mail: radka.alexandrova@mou.cz
Psycholog	Mgr. Kamila Šiffelová tel.: 543 136 218; e-mail: kamila.siffelova@mou.cz
Psycholog	Mgr. Tomáš Chodúr tel.: 543 135 285; e-mail: tomas.chodur@mou.cz
Psycholog	Mgr. Hana Hobzová tel.: 543 135 285; e-mail: hana.hobzova@mou.cz
Psycholog a psychoterapeut	PhDr. Mgr. Hana Cacková tel.: 543 135 802, 543 136 218; e-mail: hana.cackova@mou.cz

Fakultní nemocnice Brno

Jihlavská 20, 625 00 Brno; tel.: 532 231 111; www.fnbrno.cz

Interní hematologická a onkologická klinika

Přednosta	prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc. tel.: 532 233 642; e-mail: mayer.jiri@fnbrno.cz
Primář	MUDr. Zdeněk Král, CSc. tel.: 532 233 643; e-mail: kral.zdenek@fnbrno.cz
Vrchní sestra	Mgr. Petra Kouřilová tel.: 532 233 645; e-mail: kourilova.petra@fnbrno.cz
Zdravotně sociální pracovníce	Vilma Dejlová (vedoucí oddělení) tel.: 532 232 082; e-mail: dejlova.vilma@fnbrno.cz
Psycholog	Mgr. Petra Bučková tel.: 532 233 391; e-mail: buckova.petra@fnbrno.cz
Psycholog	Mgr. et Mgr. Kateřina Skřivanová, Ph.D. tel.: 532 233 391; e-mail: skrivanova.katerina@fnbrno.cz

Fakultní nemocnice u sv. Anny

Pekařská 53, 656 91 Brno; tel.: 543 181 111; iweb3.fnusa.cz

Onkologicko-chirurgické oddělení

Primář	MUDr. Jana Katolická, Ph.D. tel.: 543 183 073; e-mail: jana.katolicka@fnusa.cz
Vrchní sestra	Dagmar Šnýdrová tel.: 543 185 792; e-mail: dagmar.snydrova@fnusa.cz
Zdravotně sociální pracovníce	Bc. Hana Ventrubová, DiS. tel.: 543 182 981; e-mail: hana.ventrubova@fnusa.cz
Psycholog	PhDr. Zuzana Spurná, Ph.D. tel.: 543 182 888; e-mail: zuzana.spurna@fnusa.cz
Sekretariát	tel.: 543 183 068; e-mail: sekr.ocho@fnusa.cz

Fakultní nemocnice Olomouc

I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc; tel.: 588 441 111; www.fnol.cz

Onkologická klinika

Přednosta	prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D. tel.: 588 444 295; e-mail: bohuslav.melichar@fnol.cz
Vrchní sestra	Mgr. Šárka Ročková tel.: 588 445 864; e-mail: sarka.rockova@fnol.cz
Sociální pracovnice	Mgr. Dana Balutová (vedoucí oddělení) tel.: 588 443 132, 602 717 527; e-mail: dana.balutova@fnol.cz
Psycholog	Mgr. Denisa Otipková, Ph.D. tel.: 588 444 252, 588 443 662; e-mail: denisa.otipkova@fnol.cz

Hematoonkologická klinika

Přednosta	prof. MUDr. Tomáš Papajík, CSc. tel.: 588 444 181; e-mail: tomas.papajik@fnol.cz
Vrchní sestra	Bc. Monika Labudíková tel.: 588 443 337; e-mail: monika.labudikova@fnol.cz
Sociální pracovnice	Bc. Eva Látalová (zástupkyně vedoucí oddělení) tel.: 588 442 257, 602 113 963; e-mail: Eva.Latalova@fnol.cz
Psycholog	Mgr. Alexandra Škrobánková tel.: 588 444 224, 588 444 221; e-mail: alexandra.skrobankova@fnol.cz

Fakultní nemocnice Ostrava

17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava; tel.: 597 371 111, 738 141 111; www.fno.cz

Onkologická klinika

Přednosta	doc. MUDr. Ing. Jakub Cvek, Ph.D. tel.: 597 373 493; e-mail: jakub.cvek@fno.cz
Vrchní sestra	Mgr. Erika Hajnová Fukasová, Ph.D., MBA tel.: 597 374 374; e-mail: erika.hajnova@fno.cz
Sociální pracovnice	Marie Karásková, DiS. (vedoucí úseku) tel.: 553 048 730; marie.karaskova@fno.cz

Hematoonkologická klinika

Přednosta	prof. MUDr. Roman Hájek, CSc. tel.: 597 372 091; e-mail: roman.hajek@fno.cz
Vrchní sestra	Mgr. Kateřina Hašová tel.: 597 372 214; e-mail: katerina.hasova@fno.cz

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín; tel.: 577 551 111; www.kntb.cz

Onkologická klinika

Primář	MUDr. Milan Kohoutek tel.: 577 552 344; e-mail: kohoutek@bnzlin.cz
Vrchní sestra	Bc. Bohumila Vojtová tel.: 577 552 349; e-mail: vojtova@bnzlin.cz
Sociální pracovnice	Mgr. et Bc. Andrea Mozgová tel.: 577 552 084, 734 765 095; e-mail: andrea.mozgova@bnzlin.cz
Psycholog	PhDr. J. Polášková tel.: 577 552 829; e-mail: polaskova@bnzlin.cz

Nemocnice Nový Jičín a. s.

Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín;
tel.: 556 773 111; nemocnicenovyjicin.agel.cz

Onkologie a radioterapie

Vedoucí komplexního onkologického centra	doc. MUDr. David Vrána, Ph.D. tel.: 556 416 180; e-mail: david.vrana@nnj.agel.cz
Vrchní sestra	Věra Kolderová
Sociální pracovnice (pro celou nemocnici)	tel.: 556 773 259
Psycholog	Prof. PhDr. Mgr. Jiří Musil, CSc. tel.: 556 773 238, 556 773 567

b) Další onkologická pracoviště

Nemocnice Na Pleši s.r.o.

Nová Ves pod Pleší 110, 262 04; tel.: 318 541 444; www.naplesi.cz

Primářka onkologie	MUDr. Kateřina Jirsová tel.: 318 541 416; e-mail: jirsova@naplesi.cz
Hlavní sestra	Mgr. Monika Říhová tel.: 318 541 400; e-mail: rihovam@naplesi.cz
Sociální pracovnice	Ludmila Petráková tel.: 318 541 514; e-mail: socialni@naplesi.cz
Psycholog	Mgr. Pavla Lhotová tel.: 318 541 543

Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s. (Klaudiánova nemocnice)

Václava Klementa 147, 293 01 Mladá Boleslav;
tel.: 326 742 111; www.klaudianovanemocnice.cz

Onkologické oddělení – ambulance a stacionář

Primář	MUDr. Tomáš Vlášek e-mail: tomas.vlasek@onmb.cz
Vrchní sestra	Renata Počinková e-mail: renata.pocinkova@onmb.cz
Sociální pracovnice	Dobroslava Timová tel.: 731 542 914, 326 742 830; e-mail: dobroslava.timova@onmb.cz
Sociální pracovnice	Jana Jarošová tel.: 731 542 815; e-mail: jana.jarosova@onmb.cz
Psycholog	Mgr. Robert Lašák tel.: 731 542 922, 326 743 820; e-mail: robert.lasak@onmb.cz

Nemocnice Znojmo

MUDr. Jana Janského 11, 669 02 Znojmo; tel.: 515 215 111; www.nemzn.cz

Oddělení radiační a klinické onkologie

Primář	MUDr. Jan Holoubek tel.: 515 215 143; e-mail: jan.holoubek@nemzn.cz
Vrchní sestra	Bc. Šárka Citterbergová tel.: 515 215 123; e-mail: sarka.citterbergova@nemzn.cz
Sociální pracovnice	Marie Ochmanová tel.: 720 511 461; e-mail: marie.ochmanova@nemzn.cz

Nemocnice Cheb, Karlovarská krajská nemocnice a.s.

K Nemocnici 1204/17, 350 02 Cheb, tel.: 354 225 111; www.nemcheb.cz

Oddělení radioterapie a klinické onkologie

Primář	MUDr. Pavel Křištof tel.: 354 226 166; e-mail: pavel.kristof@kkn.cz
Vrchní sestra	Gabriela Strejčková tel.: 354 226 182; e-mail: gabriela.strejckova@kkn.cz
Sociální pracovník	Martin Polívka tel.: 354 226 213, 702 162 402; e-mail: martin.polivka@kkn.cz

c) Samostatné ordinace psychologa pro onkologicky nemocné a jejich blízké

Ambulance klinické psychologie, psychosomatiky a psychoonkologie

Libušina třída 19, 623 00 Brno

Klinická
psycholožka

PhDr. Marta Romaňáková, Ph.D.

tel.: 737 657 626; e-mail: marta@romanakova.cz

Adresář členů psychoonkologické sekce České onkologické společnosti:

www.linkos.cz/ceska-onkologicka-spolecnost-cls-jep/organizace-cos/odborne-sekce-cos/sekce-psychoonkologie/adresar-clenu

Kontakty na členy Asociace klinických psychologů ČR:

www.akpcr.cz/pobočky

Adresář členů Českomoravské psychologické společnosti:

cmps.ecn.cz/?page=adresar

d) Pacientské organizace podávající odborné služby onkologicky nemocným a jejich blízkým

Amelie, z.s.

www.amelie-zs.cz

Centrum Praha, Šaldova 337/15, 186 00 Praha 8; tel.: 283 880 316, 739 001 123

Sociální pracovnice

Mgr. Šárka Slavíková a Bc. Michaela Čadková Svejková

tel.: 739 004 222; e-mail: socialni@amelie-zs.cz

Psycholog

Mgr. Kristýna Maulenová, M.Sc.

Psychoterapeut

MgA. Olga Fleková

e-mail: amelie@amelie-zs.cz

Centrum Olomouc, Horní náměstí 367/5, 779 00 Olomouc; tel.: 739 005 123

Sociální pracovnice

Bc. Tereza Kvapil Pokorná

e-mail: olomouc@amelie-zs.cz

Psycholog

PhDr. Jana Gebauerová

Centrum Liberec, Krajská nemocnice Liberec, a.s., Husova 10, 460 03 Liberec

(budova U, 1. patro, vchod z ulice Jablonecká); tel.: 608 458 277

Sociální pracovnice

Mgr. Petra Kuntošová

e-mail: liberec@amelie-zs.cz

Psycholog

Mgr. Klára Háková

Mammahelp, z. s.

**Koněvova 150, 130 00 Praha 3; tel.: 272 731 000, 272 732 691, 739 632 883;
e-mail: mammahelp@mammahelp.cz; www.mammahelp.cz**

Sociální poradna

Renata Heinrichová

e-mail: socialni.poradna@mammahelp.cz

Lymfom Help, z.s.

**Ungarova 678/6, 108 00 Praha 10; tel.: 724 370 065;
e-mail: info@lymfomhelp.cz; www.lymfomhelp.cz**

Psycholog

Mgr. Tereza Fenclová

Kapka 97

**Kochova 1185, 430 01 Chomutov; tel.: 474 621 010, 604 400 109;
e-mail: info@kapka97.cz; www.kapka97.cz**

Psycholog

Mgr. Irina Malinová

Sociální pracovnice

Hana Štrosová, DiS.



psychosociální pomoc pro onkologicky nemocné a jejich blízké

Amelie je nezisková organizace založená v roce 2006 Pavlou Tichou. Její vizí je, aby rakovina byla vnímána „jen“ jako součást života. Posláním Amelie je, že pomáhá žít život s rakovinou. Proto Amelie vytváří řadu aktivit a projektů, které všechny sledují, aby psychosociální pomoc byla dostupná všem v České republice.



Aktivity Amelie:

Centra Amelie – Praha, Liberec, Olomouc a Rakovník

- Individuální aktivity – konzultace psychologa, odborné sociální poradenství
- Skupinové aktivity – preventivního charakteru, ke změně životního stylu nebo zmírnění dopadů onkologické léčby (např. cvičení, nácvik relaxace, arteterapie, vycházky, trénink paměti, atd.)

Akreditovaný dobrovolnický program

- Dobrovolníci v Centrech Amelie
- Dobrovolníci na onkologických odděleních – Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Nemocnice Na Bulovce, Ústav hematologie a krevní transfuze, Fakultní nemocnice Olomouc

Linka Amelie – telefonická a e-mailová

Publikační činnost – brožury Psychosociální minimum pro onkologicky nemocné a jejich blízké a Návrat do zaměstnání po onkologické nemoci, Novinky ve zdravotní a sociální oblasti nejen pro onkologicky nemocné

Odborná skupina – prezentace na konferencích a realizace výzkumů potřeb onkologicky nemocných

Projekty – „Tulipánový měsíc“, „Tematické měsíce“, „Onkologicky nemocný v rodině“

Hájení práv a zájmů onkologicky nemocných – spolupráce s ostatními pacientskými organizace a cílená jednání ke změně legislativy

Amelie je dlouhodobě stabilní organizace financována převážně z dotací a grantů. Od roku 2015 je držitelem značky spolehlivosti



Amelie, z.s., Šaldova 337/15, 186 00 Praha 8 – Karlín
www.fb.com/amelie.zs, www.amelie-zs.cz

Poznámky:

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Centrum Amelie Praha

Šaldova 15, 186 00 Praha 8 – Karlín

tel.: 283 880 316, 739 001 123; e-mail: praha@amelie-zs.cz

Centrum Amelie Olomouc

Horní náměstí 367/5, 779 00 Olomouc

tel.: 739 005 123; e-mail: olomouc@amelie-zs.cz

Centrum Amelie Rakovník

Masarykova nemocnice, Dukelských hrdinů 200, 269 29 Rakovník

tel.: 733 640 873; e-mail: rakovnik@amelie-zs.cz

Centrum Amelie Liberec

Husova 10, 460 63 Liberec

tel.: 608 458 277; e-mail: liberec@amelie-zs.cz

Linka Amelie

Telefon: 739 004 333 (pondělí–pátek, 9–15 hodin)

E-mail: poradna@amelie-zs.cz

Amelie, z.s.

Šaldova 337/15, 186 00 Praha 8 – Karlín

IČ: 27052141; č. ú.: 2101198799/2010

tel.: 283 880 316, 739 001 123; e-mail: amelie@amelie-zs.cz

www.facebook.com/amelie.zs

www.amelie-zs.cz

