

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

2. vydání (2022)

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:
Ligy proti rakovině, Lung Ambition Alliance, MSD.



Autorky:

Mgr. Šárka Slavíková

Bc. Michaela Čadková Svejková

Grafické zpracování: Igor Ondřej

Korektury: Ema Potužníková

2. vydání

© Amelie, z.s., 2022

Veškerá práva vyhrazena.

Jak číst tuto brožuru

Do rukou se vám dostává druhé vydání brožury, kterou napsali pro praktické lékaře metodička služeb, zdravotně sociální pracovnice a psychoterapeutka. Snoubí v sobě znalosti z praxe poradenství onkologicky nemocným a jejich blízkým, a to bez ohledu na diagnózu či stádium nemoci, tak jak probíhá v Amelii, z.s.

Důvodem k jejímu napsání byla myšlenka spolupráce a možnosti zlepšení informovanosti s cílem prospět lidem v nelehké situaci, do které se v souvislosti s onemocněním dostávají. Netýká 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 klíčovou postavou v životě pacientů s dlouhodobou nemocí, mnohdy jsou však ze systému i z pohledu nemocných s akutním průběhem nemoci jaksi 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 osvětlených 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 informací i praktické okénko, které upřesňuje informace týkající se onkologicky nemocných. Jsou zde i 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, jejich blízkých i dalších nemocných.

Budeme rádi za zpětnou vazbu.

Tým Amelie
www.amelie-zs.cz

Obsah

1. Kazuistika místo obsahu	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	11
4.1 Služby státní správy	11
4.2 Zdravotní služby obecně	12
4.3 Sociální služby	14
4.4 Služby na sociálně zdravotním pomezí	17
4.5 Privátní služby	17
4.6 Další oblasti služeb	18
4.7 Nadace a nadační fondy na podporu onkologicky nemocných	19
5. Vybrané zdravotní služby	20
5.1 Domácí zdravotní péče	20
5.2 Rehabilitace	21
5.3 Lázeňská péče	23
5.4 Léčba bolesti	23
5.5 Nutriční péče	25
5.6 Rehabilitační a kompenzační pomůcky	26
5.7 Second opinion	27
6. Psychologická péče o onkologicky nemocné a jejich blízké	29
7. Pacientské organizace, podpůrné a informační portály	35
8. Důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné	39
8.1 Pracovní neschopnost	39
8.2 Podpora při ošetřování člena rodiny	42
8.3 Dlouhodobé ošetřovné	43
8.4 Průkaz osoby se zdravotním postižením TP, ZTP, ZTP/P a příspěvek na mobilitu	45
8.5 Invalidní důchod	49
8.6 Příspěvek na péči	56
8.7 Příspěvek na bydlení a dávky v hmotné nouzi	60

9. Návrat do zaměstnání po dlouhodobé nemoci	62
9.1 Dopady onkologické léčby a vliv na pracovní zařazení	62
9.2 Kdy a jak se vracet do zaměstnání	63
9.3 Podpora v nezaměstnanosti a evidence na ÚP	65
9.4 Rekvalifikace	67
9.5 Kdo je OZP a OZZ a jaké má výhody od ÚP	68
10. Možnosti hájení práv a zájmů	69
11. Paliativní péče	71
12. Adresář sociálních pracovníků a psychologů pro onkologicky nemocné	73

1. Kazuistika místo obsahu

Paní Eva žije v Mladé Boleslavi a pracuje jako učitelka na druhém stupni základní školy. Má dva syny ve věku 17 a 19 let. Manžel paní Evy pracuje na směny v automobilovém průmyslu. Rodina se stará ještě o babičku, která bydlí u Kolína a je velmi vysokého věku.

Paní Evě byl diagnostikován karcinom plic, což jí po vyšetřeních sdělili na plicním, kam ji poslal praktický lékař, protože velmi dlouho kašlala. Byl to pro ni šok. Byla odeslána na onkologii. První návštěva onkologické ambulance byla pro Evu 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. Velmi náročné bylo podstupování řady vyšetření, které předtím ani neznala jako je spirometrie, bronchoskopie, PET CT apod. A také se musela vyrovnat s tím, že bude na léčbu jezdit do Prahy.

➔ koncepce 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. Synům zatím ne.

➔ důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné a zdravotně postižené .. 39

Začala chemoterapie, manželovi se podařilo upravit si pracovní směny, aby mohl Evu vozit do nemocnice. Babičce našli pečovatelskou službu pro dovoz nákupu, oběda, pomoc s koupáním a také domácí zdravotní péči pro kontrolu zdravotního stavu a užívání léků. Evě bylo při chemoterapii velmi zle, nemohla jíst a viditelně hubla.

➔ sociální služby 14

➔ zdravotní služby 12

➔ nutriční podpora 25

Po chemoterapii následovala operace s hospitalizací. Operace byla náročná a bohužel nepřinesla očekávaný efekt. Zákrok řešil jen některé potíže, ale nádor nebylo možné odstranit. Eva měla potíže s dechem, pohybem a byla velmi slabá. Občas se jí zmocňovaly pocity, že je vše zbytečné, že je jí jen huř. I pro syny nebyla situace snadná, báli se o mámu, protože na rakovinu plic zemřel již jejich dědeček. I manžel Evy nakonec vyhledal psychologickou pomoc. Všichni potřebovali pomoc.

➤ psychologická péče	29
----------------------------	----

Po operaci následovalo ozařování, což znamenalo opět každý den jezdit do Prahy. Únava a nevolnosti a dechové potíže zcela neodezvěly i přes rehabilitaci, kterou Eva podstoupila. Denně cestovat je dost náročné nejen časově, ale i finančně.

➤ nadace a nadační fondy	19
➤ důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné a zdravotně postižené ..	39
➤ rehabilitace	21

Paní Eva zvládla za pomoci rodiny a blízkých ozařování i dojíždění. Postupně se začala zabývat otázkou, co dál, když jí skončí pracovní neschopnost. Pracovat nemohla, byla v plánu další chemoterapie s biologickou léčbou. Eva si nebyla jistá, že ji zvládne a chce. Začala hledat informace.

➤ důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné a zdravotně postižené ..	39
➤ služby na sociálně zdravotním pomezí	17

Paní Eva navštívila Centrum Amelie, kde konzultovala s psychologičkou i sociální pracovnící a později také u nutričního terapeuta a fyzioterapeuta. Chce to čas, ale postupně si řadu věcí uvědomila, lépe si rozumí a také cítí, že stres, panika, obavy a strachy jsou menší. Paní Eva je připravená na život s nemocí a opakovaný boj s jejími nástrahami. Její cesta je jasná.

➤ psychologická péče	29
➤ nutriční podpora	25
➤ rehabilitace a lázeňská péče	21

Eva potkala i pacienty, kteří jsou na tom se zázemím i prognózou hůř. Pan Milan už počítá poslední týdny, možná měsíce života. Nemá rodinu, ani velký příjem a zhoršuje se jeho soběstačnost. Je plně závislý na službách a pomoci z venku. Musí se připravit na svou smrt, uvažuje o hospici. I to je onkologické onemocnění. Pro Evu to není snadné, ale chápe, že i to je tvář nemoci.

➤ paliativní péče	71
➤ léčba bolesti	23
➤ zdravotní služby	12
➤ sociální služby	14
➤ psychologická péče	29

2. Rizikové skupiny aneb kde zbystrit pozornost

Je možné identifikovat rizikové osoby či rodiny, u kterých potenciálně může vznikat sociální ohrožení, to pak zhoršuje přístup k léčbě a životu s nemocí.

Jedná se o:

- osoby se souběžnou druhou 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, bez důchodu) či s vysokými závazky (hypotéka, dluhová problematika)
- rodina se členem cizincem
- osoby žijící ve vzdálené lokalitě se špatnou dostupností

Přináležitost k některé kategorii nemusí na nic poukazovat, ale vždy se raději ptejme. Nemocný může spadat do více kategorií, a pak se násobí pravděpodobnost potřeby intervence.

Co se děje, pokud se neptáme? Potřebný člověk není rozpoznán, není kapacita pro včasnou intervenci, nastává oddalování pomoci. Včasná identifikace potřeby přitom napomůže předcházet mnoha dalším obtížím. Například lidé v hmotné nouzi dostanou výpověď z bytu, ale nejsou schopni vlastními silami věc řešit, ocitají se na ulici, nakonec ukončují i léčbu. Až když propadnou sítím pomoci až na dno, začnou využívat nabízených sociálních služeb a může se opět rozeběhnout léčba.

Praktický lékař nebo jeho zdravotní sestra znají své pacienty obvykle delší dobu než onkolog nebo jiný odborný lékař a proto se jim může podařit nasměrovat potřebné ke včasné pomoci.



Role praktického lékaře

Být si vědom rizikových skupin mezi pacienty, snažit se je včas podpořit.

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, např. v regionálních a specializovaných onkologických skupinách. Přehled podle krajů naleznete na www.onconet.cz nebo v připojeném adresáři v kapitole č. 12. V rámci sítě center působí ještě národní onkologická centra, která se navíc soustředí na vědu, výzkum, mezinárodní spolupráci a nově také na léčbu vzácných nádorů.

KOC a HOC jsou zdravotnická zařízení či jejich sdružení, která v rámci péče splňují kritéria deklarovaná Českou onkologickou společností ČLS JEP (ČOS). ČOS je organizační složkou České lékařské společnosti J. E. Purkyně, která je dobrovolným nezávislým sdružením fyzických osob. 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. ČOS svými aktivitami cílí k naplňování Národního onkologického programu (NOP). Více informací najdete na www.linkos.cz, jde o stránky, kde je k dispozici řada informací pro laickou i odbornou veřejnost a také zprávy o činnosti ČOS.

KOC a HOC tvoří základ péče a splňují kritéria daná v oblastech materiálně-technických, personálních a organizačních. V každém z center je multidisciplinární tým řešící diagnosticko-terapeutický plán pacientů. Do týmu patří i další pracovníci jako zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, nutriční terapeuti, fyzioterapeuti. Sociální pracovníci a psychologové však nejsou standardně dostupní pro každého pacienta. Více informací o KOC lze najít na adrese: www.onconet.cz/index.php?pg=onkologicka-pecce-ceska-republika--kriteria-cos-pro-udeleni-statusu-koc

KOC a HOC kromě poskytování primární péče také spolupracují s dalšími pracovišti v regionech, např. menšími ambulancemi a praktickými lékaři. Důvodem je zejména péče o dispenzarizované pacienty a možnosti prevence a včasného zachytu onemocnění. Od roku 2019 tak může být pacient v dlouhodobé remisi u určitých diagnóz sledován u svého praktického lékaře. Více zde: www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/primarni-pecce/doporucene-postupy-pro-prakticke-lekare/

V celkové koncepci péče o onkologicky nemocné hraje ústřední roli Národní onkologický registr (NOR), který je jedinečný v rámci celé Evropské unie. 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

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.

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 laická a svépomocná.

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 i koncepce.

Oblasti služeb a pomoci onkologicky nemocným a jejich blízkým lze definovat podle odbornosti a jejich přesahů. Prvotní odborností je ta zdravotní a její služby, dalšími službami jsou registrované sociální služby. Následují služby na zdravotně sociálním pomezí včetně pacientských 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, čerstvé a důvěryhodné.

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. 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. Tito pracovníci jsou, obdobně jako v případě registrovaného odborného sociálního poradenství, schopni podat informace a zprostředkovat pomoc a mají zpravidla dobrou znalost místních specifik. Důležitým kontaktem pro oblast vyřizování veškerých dávek a příspěvků jsou úřady práce a Česká správa sociálního zabezpečení, resp. jejich územně příslušná pracoviště. Více se o dávkách a důchodech dočtete v kapitole č. 8.

4.2 Zdravotní služby obecně

Společným znakem těchto služeb je to, že jsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Úhradová problematika není součástí této publikace, pacienty s otázkami lze však odkázat na tyto brožury:

- Léková poradna – www.pruvodcepacienta.cz/formular/
- O lécích – www.olecich.cz
- Otevřené zdravotnictví – www.otevrenezdravotnictvi.cz
- Léky pomáhají – www.lekypomahaji.cz

Praktický lékař má vždy být tím, kdo má celkový přehled o zdraví svých pacientů. Kromě něj jsou to zejména onkolog nebo odborní lékaři, jež provádí onkologickou léčbu dle diagnózy (např. onkogynekolog, urolog, plicní lékař), za kterými onkologicky nemocní docházejí.

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 velmi důležitých aspektů péče o dlouhodobě nemocné u praktického lékaře je nastavení pravidel bezpečné péče. Ochota pacientů, kteří se nezdíka potýkají s dlouhodobě horší imunitou, docházet na prohlídky spolu s nemocnými, kteří jdou řešit nějaký akutní problém, nebo s nimi čekat dlouhou dobu v čekárně, je nízká. Před praktickými lékaři tedy stojí otázka funkčního zvládnutí této situace a řešení specifických potřeb dlouhodobě nemocných pacientů. Kromě funkčnosti a nastavení změn je důležité i srozumitelné vysvětlení ostatním nemocným. Ti si často neumějí situaci dlouhodobě nemocných představit.

Specifická je i situace pracujících dlouhodobě nemocných, kteří nechtějí kontrolami příliš narušovat svůj pracovní život. Nutno podotknout, že mnohdy tomu nejsou nakloněni ani zaměstnavatelé či kolegové takových osob.

Velmi důležitým aspektem péče o dlouhodobě nemocné se sníženou pohyblivostí či demencí anebo o terminální pacienty je návštěvní služba. Jde o 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 odmítána

s ohledem na kapacitu. Důležitá je však i proto, že psychologa či psychiatra do terénu se podaří dostat opravdu výjimečně, což je velký limit.

Během léčby zejména pokročilejší nemoci je častým vedlejším efektem bolest. Centra léčby bolesti jsou místy, kam nemocného odkázat pro pomoc. Kontakty a mapa pracovišť je přehledně zpracována na stránkách Linkos: www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/mapa-pracovist-pro-lecbu-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, který lze využít při různých komplikovaných stavech v ambulantní péči. Kontakty a více zde: www.zahojime.cz/pacient-a-rodina/kde-se-rany-hoji/

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. 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? Spolupracuje se sociálními službami pro svou optimalizaci? Zvláštní je otázka dostupnosti služeb v odlehlejších lokalitách. Někde tyto služby suplují zdravotní sestry, které žijí poblíž, nebo přímo ty od praktického lékaře. 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, více v kapitole 5.7.

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 zasluží 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 úzkostí 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. Více o této problematice najdete v kapitole č. 6.

Vyhledávač zdravotních služeb naleznete zde: nrpzs.uzis.cz

4.3 Sociální služby

Sociální služby jsou jedním z pilířů pomoci, 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 tohoto zákona formalizované do dvou hlavních skupin: registrované sociální služby a služba registrovaných fyzických osob – asistenti sociální péče (www.mpsv.cz/asistent-socialni-pece). Zákon o sociálních službách neupravuje péči blízkých, což je neformalizovaná péče, která má nezastupitelnou roli v pomoci nemocnému člověku.

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.

Zde jsou všechny služby rozdělené dle specifík jako typ služby, lokalita, cílová skupina apod. 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).

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 cíleně 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. 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 kterých se člověk v souvislosti s onemocněním může dostat. Nejedná se jen o krizové momenty při zjištění diagnózy či při recidivě, častou situací je i dekompenzace v důsledku dlouhodobého stresu, rozpad vztahů či další zátěžové situace. Krizová centra nabízejí zpravidla služby ambulantní, ale často k nim připojují i služby on-line – po telefonu, e-mailu či chat. 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, popřípadně terénní služby a obsahují 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 prostředek 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 zvládnutí 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. 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).

Připravovaný zákon o sociálních službách resp. jeho novela počítá s tím, že pečovatelské a asistenční služby budou sloučeny do jedné služby.

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 pomůcky do domácností pacientů. Jedná se například o polohovací postele, gramofony, sedačky do vany, ale mnohdy i o vozíky, antidekubitní matrace či podložky, plošiny či 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. Kapacita je však nízká, zejména u lidí s nízkou pohyblivostí nebo demecí.

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.

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). 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 či několik oddělení, a tak se nemůže věnovat například pacientům z ambulancí či mimo zdravotnické zařízení. Pokud za nimi někdo přijde, věnují se mu. Jejich seznam, relevantní k onkologické problematice, naleznete v adresáři KOC a HOC.

Druhou důležitou službou pro nemocné jsou pacientské organizace. Jedná se většinou o zapsané spolky, 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). Této poslední skupině se však věnovat nebudeme, přestože je velmi vyhledávaná jak nemocnými, tak jejich blízkými. V ČR neexistuje jednotný přístup v této oblasti.

Privátní služby v oblasti poradenství mají jisté lokální odlišnosti, hodinové sazby jsou však běžně okolo 1000 korun za hodinu setkání. Pro rozhodování neexistuje kromě odbornosti či osobního doporučení žádné vodítko pro rozhodování za kým a s čím jít. V oblasti psychoterapie je však často klíčová časová dostupnost služby a ta je u privátních služeb mnohdy snazší a nenarází 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 aktivity. 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 Dobrý anděl (www.dobryandel.cz), Pink Bubble (www.pinkbubble.cz/cz/uvod/) a Úsměv nejen pro Kryštofa (www.usmevnejenprokrystofa.cz)

Nadační fondy pomáhají jednotlivcům nebo rodinám, které se vlivem nemoci dostaly do tíživé situace. Onemocnění, při kterých pomáhají a další podmínky jsou vždy uvedena na jejich webu.

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. Nově ji může předepsat také odborný lékař, tedy například onkolog nebo pohotovostní služba.

Kontakty na agentury domácí zdravotní péče (tzv. Home Care) najdete na stránkách Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb: nrpzs.uzis.cz. Po zadání lokality, formy péče a oboru péče (v tomto případě domácí a všeobecná sestra) se vám zobrazí organizace domácí zdravotní péče.

Seznam kódů pro předpis domácí zdravotní péče:

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování stanoví vyhláškou MZ ČR, a to na základě zmocnění z § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Dnem 1. ledna 2022 nabyla účinnosti vyhláška č. 482/2021 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

Seznam zdravotnických úkonů zde: www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/vykazovani-a-uh rady/seznam-zdravotnich-vykonu-s-bodovymi-hodnotami

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 žádance 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.



Role praktického lékaře

Pomoci dlouhodobě nemocným domácí péčí k lepšímu komfortu při náročné terapii, případně eliminovat v průběhu léčby riziko infekce ve velkých zdravotních 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 lázeňské 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. Amelie, z.s. pro tuto oblast natočila instruktážní videa: www.amelie-zs.cz/pro-nemocne-a-blizke/diagnozy/rakovina-plic-prudusek/.

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



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 péče najdete v zákoně č. 1/2015 Sb. a ve Vyhlášce č. 2/2015 Sb. nebo zde:

www.mzcr.cz/platny-indikacni-seznam-pro-lazenskou-peci/.



Role praktického lékaře

Informovat pacienta o možnosti lázeňské péče a potřebném doporučení od onkologa a lhůtách, 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 stejné. 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 zde:

- www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/lecba-bolesti-1/informace-pro-nemocne-trpici-dlouhodobou-bolesti/
- 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, má pocit, 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 presem na přetížených ambulancích je zapomene.

Jiní onkologičtí pacienti mají obavy z vysoké míry toxicity, a tudíž pocit, že si analgetickou terapii při chemoterapii již nemohou dovolit. U řady nemocných působí s dobrým efektem doplnění analgetické terapie psychoterapií nebo nácvikem relaxačních technik.

Amelie, z.s. nácvik relaxačních technik poskytuje on-line nebo má na webu dostupná videa: www.amelie-zs.cz/relaxace-on-line/

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



Role praktického lékaře

Cíleně zjišťovat, zda pacient netrpí velkou bolestí, vysvětlit mu možnosti 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 pacient přechází od jednotlivých odborností a není kontinuálně sledován 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 vykolejen z běžných stravovacích zvyklostí. Hraje zde roli také psychický stav pacienta. 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. Měl by se však této problematice 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).

Amelie, z.s poskytuje nutriční poradenství osobně v Praze nebo on-line pro onkologicky nemocné a jejich blízké z celé ČR: www.amelie-zs.cz/on-line-nabidka-center-amelie/



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 (vyřazeno z pomůcek, pojišťovny přispívají pouze v rámci benefičních programů)
- Pooperační epitéza
- Trvalá epitéza
- Kompresivní podprsenka
- Kompresivní návleky na paži
- Stomické pomůcky

Kompenzační pomůcky jsou nově evidované jako zdravotnické prostředky na Státním ústavu pro kontrolu léčiv v novém kategorizačním stromu. Ne všechny firmy pomůcky registrovaly podle nových pravidel pro předpis pro jednotlivé pacienty a soustředily se na dodávky pro zdravotnický zařízení. Více zde: www.sukl.cz/sukl/seznamy-zdravotnickych-prostredku-hrazenych-na-poukaz

Novinkou od ledna 2022 je, že některé zdravotnické prostředky může předepsat zdravotní sestra. Jedná se zejména o obvazový materiál a pomůcky při inkontinenci. A od počátku května je v provozu také E-poukaz na předpis pomůcek. Předepisující vystaví ePoukaz obdobně jako tomu je u eReceptu.



Role praktického lékaře

Informovat pacienta o existenci potřebných pomůcek, doporučit, kdo z odborností, ke kterým dochází, by mu je mohl předepsat, případně 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, protože chce názor od nejlepšího odborníka. Problém bývá časová náročnost druhý názor získat, protože tím může dojít k prodloužení rozhodnout o postupu léčby. Zároveň nejistota a zdravotnické kapacity na pacienty vytváří zvýšený psychický tlak.

K získání druhého názoru je cíleně určena ambulance v Masarykově onkologickém ústavu v Brně, kde je nutné se objednat se. Více informací naleznete zde: www.mou.cz/druhy-nazor/t1519



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 – ty, odkazují k průběhu adaptace na změnu;
- dění uvnitř sebe – emoce, které vystupují, vyrovnávání se s nemocí a léčbou, případně následky léčby;
- dění vně – ve vztazích (vyrovnávání 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. Neznamena 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 tedy je 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 různě 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 pocity obav až paniky. Obavy z budoucnosti, strach o život spojený často 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 licitováním 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 rodinách 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 ochranně 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 nenaplnění.

Cílem je vrátit pacienta do běžného života, pomoci mu překlenout období nejistoty, najít nové možnosti, nový smysl, vrátit jej k osvědčenému, 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 vlastní selhání, ztrátou důvěry ve své schopnosti, rezignace, ale i přechodu do některých obranných mechanismů, jako je únik, útok, popření. Začínají se také projevovat 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 snoubí 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.

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 ordinace 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 1000 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 nejruznějších 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.
- **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:

Amelie, z.s. – konzultace psychologa nebo podpůrná skupina www.amelie-zs.cz/on-line-nabidka-center-amelie/

Linka Amelie, tel: 739 004 333, 9-15 hod všední den, poradna@amelie-zs.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/

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

Psychologický portál: psychoportal.cz

Asociace manželských a rodinných poradců: www.amrp.cz

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

Adresář členů Českomoravské psychologické společnosti:
cmps.ecn.cz/?page=adresar

Vyhledávání služeb krizové pomoci: iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1553690795964_1&zak=&zaok=&sd=krizova+pomoc



Role praktického lékaře

Nemocní, ale i jejich blízcí se během léčby a rekonvalescence dostávají do mnoha psychicky náročných situací. Distresem, který již vykazuje míru potřeby odborné pomoci, trpí pravděpodobně až polovina nemocných či jejich blízkých. Psychologická intervence může být důležitým krokem k podpoře zlepšení kvality života nemocných i jejich blízkých a prevencí dalších zdravotních obtíží.

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 pacientských organizacích se členové pravidelně setkávají a mají možnost vzájemného sdílení, předávání zkušeností, pocitů a informací z průběhu léčby i následujících období. 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 dle typu 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 pacientských organizací zabývá i ministerstvo zdravotnictví. Zřídilo Pacientskou radu, kde je zastoupena řada organizací, včetně organizací zabývajících se onkologicky nemocnými. Pacientská 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:

pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientska-rada

Ministerstvo zdravotnictví také zřídilo portál pacientských organizací – více na pacientskeorganizace.mzcr.cz.

Obdobně jako ministerstvo zareagovala i největší česká pojišťovna. VZP realizuje dlouhodobě Pacientskou radu VZP, kde jednají zástupci pacientských a zastřešujících organizací. Jakýmsi správcem rady je Koalice pro zdraví, která je velkou zastřešující organizací pro mnoho pacientských organizací napříč diagnózami. Zápis z jednání rady jsou pak zveřejňovány na stránkách Koalice pro zdraví.

Další velkou organizací, která spolupracuje s pacientskými 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.

Pacientské 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 pacientských zájmů je lékařská posudková služba a její současný vývoj.

Protějškem pro jednání je pacientským 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 Pacientské radě však MPSV nemá.

Odkazy na seznamy pacientských organizací:

pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=database-organizaci
www.sukl.cz/sukl/pacientske-organizace

Kontakty v oblasti rakoviny:

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

Hlas onkologických pacientů (zastřešující organizace) – hlaspacientu.cz

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

Amelie, z.s. (pro onkologicky nemocné a jejich blízké) – www.amelie-zs.cz/pro-nemocne-a-blizke/

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

Klub pacientů Mnohočetný myelom – www.mnohocetnymyelom.cz

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

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

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

Prostak (onemocnění prostaty) – www.prostak.cz

Asociace mužů sobě (onemocnění prostaty) – www.asmuso.cz

Diagnóza leukémie – diagnoza-leukemie.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. Některé informační portály jsou zároveň komunikačními projekty zájmových organizací. Což neříká primárně nic o kvalitě informací, které je třeba vždy velmi pečlivě zvažovat. Proto je dobré odkazovat nemocné přímo na ověřené zdroje.

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:

Deník raka – www.terezaschillerova.cz

Rakovina plic – www.amelie-zs.cz/rakovina-plic

Uzavřené skupiny:

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

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

Rakovina prsu – www.facebook.com/groups/493182907961878/



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 je, o nich jen říci.

8. Důchody a dávky pro dlouhodobě nemocné

8.1 Pracovní neschopnost

Pracovní neschopnost (dále PN) 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 PN 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 (dále OSVČ), pokud si na ni přispívala (její účast na nemocenském pojištění je dobrovolná).

U zaměstnanců, od 1. do 14. kalendářního dne PN vyplácí náhradu mzdy zaměstnavatel. Okresní správa sociálního zabezpečení (dále OSSZ) vyplácí nemocenskou od 15. kalendářního dne trvání PN do jejího konce, maximálně však 380 kalendářních dnů počítaných od vzniku 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 podpůrní 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, např. při žádosti o prodloužení PN.

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.

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.

Nemocenské dávky náleží osobě rovněž ve stanovených případech, a to došlo-li ke vzniku PN 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 (např. PN) dříve, než nastoupí do dalšího zaměstnání. Ochranná lhůta v případě uplatňování nároku na nemocenské 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, např. v obdobích operačních výkonů a podávání jednotlivých cyklů chemoterapie či ozařování, a vždy ji ukončit a jít do zaměstnání. Nevýhodou je, že celkový příjem v dlouhodobé nemoci je pak výrazně nižší, protože se nemocný nedostane na vyšší procento výpočtu výše nemocenské při trvání dlouhodobé pracovní neschopnosti.

Od 1. 1. 2020 je v provozu E-neschopenka. I přes řadu odpůrců a chyb na počátku sehrála svoji nezastupitelnou roli v pandemii COVID-19 a usnadňuje život i onkologicky nemocným, kteří při dlouhodobé neschopnosti nemusí chodit pro lístky na peníze.

Ošetřující lékař v průběhu pracovní neschopnosti pacienta hlásí OSSZ různé změny např.:

- a) povolení rozsahu a doby vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti,
- b) změnu rozsahu nebo doby vycházek v době dočasné pracovní neschopnosti,
- c) povolení změny místa pobytu v době dočasné pracovní neschopnosti,

Veškeré tiskopisy jsou ke stažení na stránkách ČSSZ

www.cssz.cz/web/cz/zakladni-informace-tiskopisy.

Onkologicky i jinak dlouhodobě nemocní nejvíce využívají potřebu neomezených vycházek a změnu místa pobytu při PN 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 neo-
mezených vycházek musejí podávat každé tři měsíce, což je u dlouhodobých
PN onkologicky nemocných zbytečné.

Prodloužení výplaty pracovní neschopnosti

V případě, že nemocný vyčerpá své nemocenské dávky, tedy jeden rok PN, může v odůvodněných případech žádat o prodloužení podpůrčí doby, tj. PN. 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 PN 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: www.cssz.cz/web/cz/zakladni-informace-tiskopisy.

U onkologicky nemocných je ovšem tato žádost trochu diskutabilní. Odůvodněným případem by měl být předpoklad, že se nemocný po ukončení prodloužené PN bude plně schopen do pracovního procesu vrátit na svou pracovní pozici.

Ovšem při nejasné prognóze onkologického onemocnění a míře dopadů nežádoucích účinků léčby je tato skutečnost vždy velmi nejistá. V praxi se děje to, že nemocný nestihne onkologickou léčbu a odpovídající rekonvalescenci, která se doporučuje minimálně 3–6 měsíců po léčbě, do jednoho roku PN. Požádá o invalidní důchod (dále ID), který mu je schválen ve 3. stupni, je propuštěn ze zaměstnání. Následně po roce mu je ID sniženo na 1. stupeň nebo zcela odejmut a on se nemá kam vracet. Alternativou zde může být prodloužení PN s následným návratem do práce, případně s nižším stupněm ID.

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 pak vrací 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 (dále i jako OČR) má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat, protože:

- a) ošetřuje dítě mladší 10 let nebo jinou fyzickou osobu, jejíž zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje nezbytně ošetřování jinou fyzickou osobou.
- b) když musí pečovat o zdravé dítě mladší 10 let proto, že školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno (z důvodu havárie, epidemie, jiné nepředvídané události), dítěti byla nařízena karanténa,
- c) v případě kdy osoba, která jinak o dítě pečuje sama, onemocněla.

Další podmínkou nároku na ošetřovné je, že ošetřovaná osoba žije se zaměstnancem v domácnosti. To neplatí v případě ošetřování nebo péče o příbuzného v linii přímé a sourozence zaměstnance nebo ošetřování manžela (manželky) zaměstnance, registrovaného partnera (registrované partnerky) zaměstnance, rodičů manžela (manželky) nebo registrovaného partnera (registrované partnerky) zaměstnance.

OČR vystavuje obvykle praktický lékař nebo zdravotnické zařízení, např. onkologická klinika, kde je matka dítěte hospitalizovaná. 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 ošetrovného činí 60 % denního vyměřovacího základu.

Někteří lidé nemají na ošetrovné nárok, např. lidé pracující na dohody o provedení práce a OSVČ. Zaměstnanec nemůže uplatnit nárok na ošetrovné 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.

Změna druhu onemocnění (diagnózy) se nepovažuje za nový případ ošetrování. 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 ošetrovné ve vhodných případech, i když si o něj rodina nežádá.

8.3 Dlouhodobé ošetrovné

Dávka umožňuje zůstat doma v situaci, kdy je třeba pečovat o člena rodiny, u kterého ošetroující lékař rozhodl, že jeho zdravotní stav potřebuje po propuštění z hospitalizace domácí celodenní péči. Dlouhodobé ošetrovné poskytuje prostor pro případné následné rozhodnutí rodiny, jak se o blízkého postarat v případě, kdy lze očekávat, že bude nadále vyžadovat péči. Jednou z možností by byla žádost o příspěvek na péči.

U dlouhodobého ošetrovného jsou stanoveny podmínky jednak pro ošetrovanou osobu a jednak pro osobu ošetroující. Ošetrovaná osoba musí dát písemný souhlas k ošetrování konkrétní osobě.

Okruh osob, kterým může za splnění podmínek vzniknout nárok na dlouhodobé ošetrovné z důvodu poskytování dlouhodobé péče je poměrně široký.

Mohou jimi být příbuzní (např. manželka, dospělý potomek, tchyně, švagr, neť nebo snacha apod.) osoby vyžadující dlouhodobou péči. Dále to také může být druh nebo družka ošetřované osoby anebo osoba žijící s ošetřovanou osobou v domácnosti. U osob bez přímého příbuzenského vztahu je zákonem stanovena podmínka společného místa trvalého pobytu s osobou, které je poskytována celodenní péče.

Aby mohla být dávka ošetřující osobě vyplácena, je základní podmínkou její účast na nemocenském pojištění, která trvala alespoň po dobu 90 kalendářních dnů v posledních čtyřech měsících. U OSVČ musí být pro nárok na dávku splněna podmínka dobrovolné účasti na nemocenském pojištění, alespoň po dobu tří měsíců bezprostředně předcházejících dni nástupu na dlouhodobé ošetřovné. OSVČ nesmí v době pobírání této dávky vykonávat osobně samostatnou výdělečnou činnost.

Současně také musí být u ošetřované osoby splněna podmínka hospitalizace, která trvala minimálně čtyři po sobě jdoucí kalendářní dny. A zároveň předpoklad, že zdravotní stav ošetřované osoby po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí bude nezbytně vyžadovat poskytování dlouhodobé péče po dobu dalších alespoň 30 kalendářních dnů. Při splnění podmínek vystaví ošetřující lékař rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče, a to v den propuštění z hospitalizace nebo nejpozději do tří pracovních dnů ode dne podání žádosti. Žádost o dávku lze podat do osmi dnů po dni propuštění z hospitalizace.

Hospitalizace není vyžadována u osoby v inkurabilním stavu, který vyžaduje poskytování paliativní péče a dlouhodobé péče v domácím prostředí. U osoby v inkurabilním stavu rozhodne o potřebě dlouhodobé péče jeho ošetřující lékař.

U dlouhodobého ošetřovného neplatí ochranná lhůta. Nárok na dávku proto nevznikne, jestliže k nástupu na ni dojde až po zániku pojištění. Výše dlouhodobého ošetřovného činí od prvního kalendářního dne 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den.

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.

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.

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/zakladni-informace-tiskopisy.



Role praktického lékaře

Informovat blízké pacienta o možnosti získání této dávky, případně pomoci odhadnout vhodný čas zahájení dlouhodobého ošetrového 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: www.mpsv.cz/-/zadost-o-priznani-prukazu-osoby-se-zdravotnim-postizenim.

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: (www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388#prilohy).

1. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni středně těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace pro schválení TP se využívá pro onkologicky nemocné bod:
 - i) omezení pohyblivosti a celkové výkonnosti při běžném zatížení při interních a onkologických postiženích,
2. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace pro schválení ZTP se využívá pro onkologicky nemocné bod:

- i) těžké postižení pohyblivosti a celkové výkonnosti již při lehkém zatížení při interních a onkologických postiženích,
3. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni zvláště těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení pohyblivosti a orientace pro schválení ZTP/P nemá onkologické onemocnění zvláštní bod.

Onkologicky nemocným je obvykle přiznán průkaz TP. 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 sezení 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 úřadu města na základě předložení průkazu ZTP nebo ZTP/P.



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

Dle zákona č. 329/2011 Sb. a vyhlášky č. 388/2011 Sb. je opakující se dávkou, která je měsíčně vyplácena osobě starší jednoho roku, která/é:

- je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P,
- se opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována,
- 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 příspěvek na mobilitu spolu se žádostí o průkaz 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 invalidního důchodu (dále ID):

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

Důchody vyplácí ČSSZ, 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 3 měsíce před koncem podpůrní doby.

V určitých případech lze žádat o invalidní důchod hned zpočátku závažného onemocnění, respektive od počátku zahájení náročné léčby (u některých onemocnění není sdělení diagnózy ještě stavem invalidity), a to proto, že nevznikl nárok na pracovní neschopnost (student, osoba v evidenci ÚP). Zvláštní skupinu tvoří OSVČ, které 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 ID 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-pro-pojistence

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. To znamená, že dva jedinci se stejným onemocněním a potížemi mohou dostat různý stupeň důchodu na základě profesního dotazníku.

Praktickému lékaři je zaslán tiskopis T400 „Lékařský nález 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. Údaje by také měly být co nejkonkrétnější. Pouhé konstatování, že únava je velká, nepodává věrný náhled situace. Zato údaj, že pacient musí v poledne ulehnout a dvě hodiny odpočívat i po běžných, fyzicky nenáročných úkonech, je již dostatečně konkrétní. 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 prognózu, případně schopnost 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, pokud k nim pacient dochází.

Následně může být 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. O posouzení dostává pacient vyznění, kde je uveden stupeň invalidity.

Na závěr se ID 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, lymfédém, 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:

Novotvary – míra poklesu pracovní schopnosti 0 %:

- 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.

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.

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, partiální 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.

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.

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,
- resekcční 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.

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 multio-
gánové 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 nesouhlasu s posouzením uvedeném 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 stejná, jen podrobně zdůvodněná.

Pro pomoc s přípravou odvolání je dobré nemocnému doporučit nějakou poradnu, která se tím zabývá. Často se na to specializují neziskové pacientské organizace.

Pro pomoc onkologicky nemocným má prakticky jako jedná registrované odborné sociální poradenství Amelie, z.s.

Kontakty: e-mail – socialni@amelie-zs.cz, tel.: 739 004 222

Lze využít i poradny NRZP, které se zaměřují na zdravotně postižené obecně a kde pracují sociální pracovníci a právníci. Stránky: nrzp.cz

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 ID. Pacient, u něhož se změnil zdravotní stav, má právo žádat nové posouzení.



Role praktického lékaře

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

8.6 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči (dále PNP) je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí 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 zvládnutí 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 PNP se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky úřadu práce (dále ÚP), 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: www.mpsv.cz/-/zadost-o-prispevek-na-peci

ÚP 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 PNP při akutní léčbě vůbec přiznán, protože v souvislosti s terapií se jedná o stav přechodný. 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.

- **Mobilita**

Aby byl tento bod uznán, nesmí být nemocný schopen ujít více než 200 metrů. Přerušování 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 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 pomocí 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 nezvládají, 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 dvou kritérií, a tedy žádného příspěvku na péči. Samotné řízení o schválení PNP trvá obvykle 3–6 měsíců a v případě, že se nemocný proti rozhodnutí odvolá, čeká často více než šest měsíců. Řada onkologicky nemocných si ve chvíli rychle se horšícího zdravotního stavu v závěru léčby nestihne 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	3 300 Kč	3 nebo 4	880 Kč
II. (středně těžká závislost)	4 nebo 5	6 600 Kč	5 nebo 6	4 400 Kč
III. (těžká závislost)	6 nebo 7	13 900 Kč	7 nebo 8	12 800 Kč
IV. (úplná závislost)	8 nebo 9	19 200 Kč	9 nebo 10	19 200 Kč

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

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

PNP 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, pracovní neschopnosti nebo určitém stupni ID 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 dávám pokrývajícím tyto náklady. V některých případech, kdy nemocnému nevznikne nárok na uznání PN 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 (dále PNB) 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 hlášený k trvalému pobytu; podmínka, aby spolu trvale žily a společně uhrzovaly 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 PNB se žádá na úřadu práce, oddělení státní sociální podpory, dle trvalého bydliště.

Žádost je ke stažení zde: www.mpsv.cz/web/cz/-/zadost-o-prispevek-na-bydleni.

Doplatek na bydlení

Pokud žadatel nespĺňuje kritéria na PNB, může žádat o doplatek na bydlení na oddělení hmotné nouze na úřadu práce.

Žádost je ke stažení zde: www.mpsv.cz/-/zadost-o-doplatek-na-bydleni

Doplatek je dávka pomoci v hmotné nouzi, která společně s vlastními příjmy občana a PNB 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 žívobytí.

Příspěvek na žívobytí

Příspěvek na žívobytí 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 žívobytí 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 ÚP a efektivní hledání pracovního místa. Částka na žívobytí osoby se zvyšuje, pokud její zdravotní stav vyžaduje podle doporučení odborného lékaře zvýšené náklady na dietní stravování. Výše příspěvku na žívobytí se stanovuje jako rozdíl mezi žívobytím 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 zblížit.

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:

1. Jsem schopen pracovat ve své původní profesi?
2. Je pro mě moje profese vhodná?
3. Potřebuji nějaké zvláštní podmínky v práci?
4. Chci se vůbec vracet do svého původního zaměstnání?
5. Jak velký pracovní úvazek zvládnu?

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 zajít 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 vylepsit, 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 (ID) nebo je možnost zvážit prodloužení pracovní neschopnosti (viz kapitola č. 8.1.). Je třeba uvážit, co je

pro nemocného 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 ID bez ohledu na jeho stupeň je dnes možné pracovat. Pokud zaměstnanec ukončí dlouhodobou pracovní neschopnost, je obvykle poslán na vstupní prohlídku u závodního lékaře zaměstnavatele, kde je rozhodnuto, zda je schopen pracovní pozici vykonávat.

Nastoupí-li zpět do zaměstnání s přiznaným stupněm ID 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 je různé. Někteří zaměstnanci jsou propuštěni, protože zaměstnavatel trvá na dané pozici v daném rozsahu a jinou nechce nebo nemůže nabídnout. Nebo je důvodem obava z neovládání 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 ID. 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 ID 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 ID 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 ID 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 uchazečů o zaměstnání a podpoře v nezaměstnanosti najdete zde: www.mpsv.cz/-/evidence-uchazecu-o-zamestnani-a-podpora-v-nezamestnanosti.

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.

Podpůrná 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 přívýdělek. 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 přívýdělku do výše poloviny minimální mzdy, která od ledna 2019 činí 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 změně podmínek 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 zde:

www.uradprace.cz/rekvalifikace-1

www.rekvalifikace.com

Pro řadu lidí po dlouhodobé nemoci není snadné zvládnout i samotnou rekvalifikaci. Rekvalifikace bývá 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 12 hodinové směny, noční práci, nepravidelnou pracovní dobu dle aktuálních potřeb zaměstnavatele atd.

Více o zaměstnává OZP zde:

www.uradprace.cz/zamestnavani-ozp

www.mpsv.cz/-/prispevky-na-podporu-zamestnavani-ozp



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.

10. 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 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 souhrě určitých okolností může být úsudek jednotlivce 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.

Etické kodexy ve zdravotnictví a sociální oblasti: (www.mpsv.cz/web/cz/eticke-kodexy)

- a) práva pacientů
- b) práva hospitalizovaných dětí
- c) práva duševně postižených
- d) práva tělesně postižených

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 najdou více informací? Vhodné je obracet se na tyto instituce:

- a) Ombudsman – veřejný ochránce práv (www.ochrance.cz),
- b) Nemocniční ombudsman nebo etická komise v dané nemocnici,
- c) Česká lékařská komora (www.lkcr.cz/aktuality-322.html),
- d) Státní úřad inspekce práce (www.suip.cz),
- e) Inspekce sociálních služeb (www.mpsv.cz/inspekce-socialnich-sluzeb),
- f) Národní rada osob se zdravotním postižením ČR (www.nrzp.cz),
- g) Česká advokátní komora (www.cak.cz),
- h) Liga lidských práv (llp.cz).

Hájení práv a zájmů u onkologicky nemocných se děje obvykle aktivitami patientských organizací, které řeší nejčastější témata – dostupnost léčby ze všech aspektů, rovný přístup, komunikace s pacientem, informovanost pacienta a cesta systémem, dostupná podpora pacienta a podobně.

11. 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 nerovнала pouze hospicové péči, ale byla zahajována dříve, kdy může využít své možnosti.

Různá dotazníková šetření ukazují, že většina nevléčitelně nemocných by chtěla zemřít doma, ale opak je realitou, v domácím prostředí umírá méně než 20 % lidí.

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. Tam, kde tato ambulance chybí, se nemocní stále pohybují na onkologické ambulanci nebo docházejí ke svému praktickému lékaři. Řadu informací a praktických návodů mohou najít na webu Cesty domů: www.cestadomu.cz.

Pokrytí ČR 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 v Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče zde: asociacehospicu.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.

Nejnovější poznatky a standardy péče najdete pod odbornou společností, tedy Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP (www.paliativnimedicina.cz) a Fórem mobilních hospiců (www.mobilnihospice.cz).

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 němu dostavit sám.

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.

12. Adresář sociálních pracovníků a psychologů pro onkologicky nemocné

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

a) KOC a HOC – Čechy

Nemocnice Na Bulovce

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

Ústav radiační 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

V 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	Renáta Limaxová tel.: 224 434 705; e-mail: klara.frydrychova@fnmotol.cz
Sociální pracovnice	Vladimíra Králová, DiS. tel.: 224 431 172, 727 812 219; e-mail: vladimira.kralova@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

Radioterapeutická a 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 pracovnice	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 pracovnice	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 pracovnice	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	prof.MUDr.Karel Odrážka,Ph.D. tel.: 466 016 436, e-mail: karel.odrazka@nempk.cz
Vrchní bratr	Mgr. Oldřich Hošek tel.: 466 016 402, e-mail: oldrich.hosek@nempk.cz
Sociální pracovnice	Mgr. Marcela Chvojková (vedoucí oddělení) tel.: 725 626 533; e-mail: marcela.chvojkova@nempk.cz
Psycholog	Mgr. Nina Soosová, MSc tel.: 466 014 745; e-mail: nina.soosova@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.: 377 105 501; 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	Mgr. Barbora Kasalová e-mail: kasalovab@fnplzen.cz

Hematoonkologické oddělení

Primář	MUDr. Pavel Jindra, Ph.D. e-mail: jindra@fnplzen.cz
Vrchní sestra	Mgr. Klára Kabátová-Maxová e-mail: kabatovak@fnplzen.cz
Sociální pracovnice	Hana Rejdová tel.: 377 103 253; 702 153 614 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	Mgr. Dana Hrstková tel.: 485 312 226; e-mail: dana.hrstkova@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	Bc. Hana Kuchařová tel.: 477 117 824; e-mail: hana.kucharova@kzcr.eu
Sociální pracovnice	Jana Podhorská (vedoucí oddělení) tel.: 477 112 036; e-mail: jana.podhorska@kzcr.eu
Psycholog	Mgr. Justýna Kvapilová tel.: 477 113 277; e-mail: justyna.kvapilova@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	Kateřina Švejdová tel.: 387 875 001; 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	Mgr. Marta Doskočilová tel.: 567 157 412, 731 628 858; e-mail: doskočilovam@nemji.cz
Sociální pracovník	Mgr. Zdeněk Hružá 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. Marek Svoboda, Ph.D. tel.: 543 134 101; e-mail: msvoboda@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. Martina Michalcová tel.: 543 132 803; e-mail: martina.michalцова@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. Leoš Ševčík tel.: 543 135 285; e-mail: leos.sevcik@mou.cz
Psycholog a psychoterapeut	Mgr. Anna Putnová tel.: 543 136 218; e-mail: anna.putnova@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.: 532 238 292; e-mail: buckova.petra@fnbrno.cz
Psycholog	PhDr. Věra Čoupková tel.: 532 232 757, 532 232 371 ; e-mail: coupkova.vera@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

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. Markéta Pospíšková, Ph.D tel.: 577 552 344; e-mail: pospiskova@bnzlin.cz
Vrchní sestra	Bc. Bohumila Vojtová tel.: 577 552 349; e-mail: vojtova@bnzlin.cz
Sociální pracovnice	Mgr. Michaela Mlčková, DiS., tel.: 577 552 056, 736 510 623; e-mail: michaela.mlckova@bnzlin.cz

Nemocnice Nový Jičín a. s.

Purkyňova 2138/16, 741 01 Nový Jičín;
tel.: 556 773 111; nemocniconovyjicin.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	Bc. Libuše Tomášková Genzerová, DiS.,
Sociální pracovnice (pro celou nemocnici)	tel.: 556 773 259
Psycholog	PhDr. Mgr. Ivana Křížáková tel.: 601 342 565, 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. Petra Karbanová tel.: 735 740 130

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	Bc. Jaroslava Jonášová 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 Křížová tel.: 720 511 461; e-mail: marie.krizova@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/pobocky

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 pracovníce	Mgr. Šárka Slavíková a Bc. Martina Hráská tel.: 739 004 222; e-mail: socialni@amelie-zs.cz
Psycholog	Monika Večeřová, MSc, MBPsS
Psychoterapeut	Mgr. Monika Sedláčková e-mail: amelie@amelie-zs.cz

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

Sociální pracovníce	Mgr. Eva Davidová e-mail: olomouc@amelie-zs.cz
Psycholog	Mgr. Michaela Krejčí

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 pracovníce	Mgr. Petra Kuntošová e-mail: liberec@amelie-zs.cz
Psycholog	Mgr. Klára Háková

Lymfom Help, z.s.

**Arménská 1373/12 101 00 Praha 10; tel.: 724 370 065;
e-mail: info@lymfomhelp.cz; www.lymfomhelp.cz**

Kapka 97

**Pražská 988/5, 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.

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

