



Sborník z konference

I slova léčí II.

***aneb komplexní péče
o onkologicky nemocné a jejich blízké***

5. 11. 2015, Praha

***+ Adresář sociálních pracovníků a psychologů
pro onkologicky nemocné***

Obsah

I. Úvodní slovo členky odborné rady konference MUDr. Alexandry Aschermannové	5
II. Program konference	6
III. Výběr z příspěvků	7
IV. Evaluace konference	23
IV. Adresář sociálních pracovníků a psychologů pro onkologicky nemocné	24



I. Úvodní slovo

členky odborné rady konference

MUDr. Alexandry Aschermannové

Druhý ročník konference na téma podpůrné péče jako součásti komplexní onkologické léčby uspořádala společně Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Amelie, o.s. Ta se pod názvem „I slova léčí II.“ aneb komplexní péče o onkologicky nemocné a jejich blízké konala 5. 11. 2015 v Charvátově sále III. interní kliniky VFN a 1. LF UK. V rámci programu konference se o své zkušenosti z psychosociální péče podělili přednášející z ČR i zahraniční hosté z Polska a Velké Británie. Klíčem k moderní léčbě, která reaguje na potřeby nemocných, jsou multidisciplinární týmy, kde kromě lékařů mají svá místa i psychologové a sociální pracovníci.

Konference se zúčastnilo 71 pracovníků onkologických klinik, dalších oddělení a organizací, které se zaměřují na onkologickou problematiku v ČR. Přednášející byli z celého multidisciplinárního týmu – lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, duchovní a další. Příspěvky se nesly v duchu několika hlavních témat jako například kapacita pracovníků a možnost pomoci onkologicky nemocným, potřeby samotných nemocných a jejich blízkých, komunikace v rámci týmu pracovníků a s nemocným, důkazy potřebnosti psychosociální péče a popis nabízených možností pomoci a služeb ve zdravotnictví i mimo něj.

Onkologické onemocnění se týká stále vyššího počtu lidí, ať již přímo nebo v rodině, mezi přáteli či v zaměstnání. Léčba je stále modernější a cílenější, ale také dlouhodobější a náročnější na nemocné i odborný personál. Světové, mezinárodní i národní společnosti, které pracují s onkologicky nemocnými, usilují o komplexní přístup v léčbě tohoto onemocnění. Psychosociální péče je nejen efektivní, ale i ekonomická. Snižuje například náklady na léčbu bolesti či nespavosti a napomáhá rychlejšímu návratu nemocných na pracovní trh. V ČR je však dostupná jen okrajově.

Konference je výzvou pro vyšší pozornost odborníků v onkologii do této problematiky. Doufáme, že tyto informace budou prezentovány na výboru České onkologické společnosti prostřednictvím moderátora a přednášejícího Doc. Marka Svobody, Ph.D z Masarykova onkologického ústavu v Brně.

MUDr. Alexandra Aschermannová
Členka odborné rady konference

II. Program konference

- 9.30–9.40 **Zahájení a úvodní slovo pořadatelů**
Mgr. Dana Jurásková, Ph.D., MBAředitelka VFN v Praze a MUDr. Michaela Chrdlová předsedkyně Amelie, o.s.
- 9.40–10.00 **Pohled lékaře na psychosociální problematiku**
Doc. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D. MOU Brno, člen výboru ČOS ČLS JEP
- 10.00–10.20 **Situace v psychosociální problematice onkologicky nemocných v ČR**
Mgr. Šárka Slavíková a Bc. Michaela Čadková Svejkovská soc. pracovnice Amelie, o.s.
- 10.20–10.40 **Vývoj psychologické péče**
PhDr. Marta Romaňáková, Ph.D. Klinický psycholog MOU Brno
- 11.00–11.40 **Vývoj a systém psycho-onkologické péče v Polsku**
Malgorzata – Monika Stanczyk, MA, PhD Music Therapist, Psycho-Oncologist – Greater Poland Cancer Centre in Poznan
- 11.40–12.20 **Systém psycho-sociální péče ve Velké Británii**
Lesley Howells Maggie's Research Lead and Consultant Clinical Psychologist Edinburgh UK
- 13.00–13.20 **Psychosociální potřeby onkologicky nemocných a jejich blízkých**
MUDr. Michaela Chrdlová Lékař a psychoterapeut Amelie, o.s.
- 13.20–13.40 **Sociální práce v týmu ambulance paliativní onkologické péče**
Mgr. Michaela Šimková Zdravotně sociální pracovnice FN Hradec Králové
- 13.40–14.00 **Spirituální péče jako součást komplexní péče o onkologicky nemocné**
Mgr. Tereza Cimrmanová, Ph.D. odborná asistentka katedry psychosociálních věd a etiky HTF UK v Praze a Mgr. Sylvie Stretti nemocniční kaplanka FN v Motole, asistentka katedry psychosociálních věd a etiky HTF UK v Praze
- 14.00–14.20 **Máme funkční poradnu pro nemocné a jejich blízké**
Mgr. Simona Šípová, PhDr. vrchní sestra Onkologické a radioterapeutické kliniky FN Plzeň a Mgr. Květoslava Vachudová koordinátorka Psychosociálního centra Onkologické a radioterapeutické kliniky FN Plzeň
- 14.20–14.40 **Potřeby žen s onkologickým onemocněním prsu**
Ing. Nikol Samková Koordinátorka projektu Aliance žen s rakovinou prsu
- 14.40–15.00 **Klub mnohočetný myelom – Jednoduchá nebo složitá nabídka?**
Mgr. Alice Onderková Koordinátorka Klubu pacientů mnohočetný myelom
- 15.00–15.30 Závěrečná diskuse a závěrečné slovo

III. Výběr z příspěvků

Pohled lékaře na psychosociální problematiku

Doc. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D.

Současná realita

- Víme s jakými psychickými a sociálními problémy se lékař setkává v průběhu onkologické léčby a sledování pacienta po léčbě (?)
- Víme, jak s těmito problémy pracuje (?)
- Víme, jak využívá služeb psychologů a sociálních pracovníků (?)
- Má daný lékař dostatečné komunikační dovednosti a průpravu k řešení problémů (?)
- Je daný lékař motivován k zaujetí do těchto problémů (?)
- Je v pre- a postgraduální přípravě onkologů přítomen komunikační trénink (?)
- Je ve všech KOC a na periferních pracovištích reálná dostupnost psychologické a sociální podpory a péče (?)
- Zohledňuje systém poskytování zdravotní péče psychosociální potřeby onkologicky nemocných (?)

Ověřeno praxí, potvrzeno studii

- Zkrácení doby od vzniku podezření na nádor do zahájení léčby významně snižuje stres a úzkost pacientů.
- Empaticky podávané pravdivé informace o nemoci, možnostech léčby a její toxicitě a o možnostech podpory vedou ke snížení stresu a úzkosti jak u pacientů, kteří se ptají, tak těch co jsou v komunikaci pasivní.
- Protichůdné informace od zdravotníků naopak zvyšují pocity beznaděje, úzkost a stres.
- Pohovor lékaře s pacientem o jeho situaci po ukončení akutní onkologické léčby významně snižuje obavy z budoucnosti.
- Lékař musí usilovat/pomáhat zapojení partnerů/příbuzných do péče o nemocného

Situace v psychosociální problematice onkologicky nemocných

Mgr. Šárka Slavíková a Bc. Michaela Čadková Svejková

Cílem příspěvku bylo zmapovat situaci dostupnosti sociální práce a psychologické péče onkologicky nemocným v KOC a HOC a dalších pracovištích v ČR, dále vymezit limity psychosociální péče v ČR a v neposlední řadě hledat možnosti do budoucnosti. K tomu přispěly zkušenosti organizace a malé dotazníkové šetření, které

bylo realizované před konferencí. Byly osloveny všechny KOC a HOC a 33 menších nemocnic. V obou skupinách byla návratnost dotazníků přibližně 1/3.

Sociální práce v komplexních onkologických a hemato-onkologických centrech:

- Všechna KOC a HOC mají sociální pracovníci
- Sociální pracovníci až na výjimky (MOU Brno) nemá na starost pouze onkologickou kliniku, ale další oddělení v nemocnici
- Počet lůžek, která musí sociální pracovníci obhospodařit, se pohybuje mezi 100–250
- Zároveň onkologicky nemocní jsou i na dalších klinikách (chirurgie, plicní, gynekologie, ORL)
- Dochází obvykle na lůžka, ambulanci spíše zřídká (výjimka MOU, FN Hradec Králové)
- Sociální pracovníci nejčastěji kontaktuje lékař a příbuzní (ostatní personál či sám nemocný méně často)

Sociální práce v menších zdravotnických zařízeních:

- Ne všechna zařízení mají sociální pracovníci
- Pokud ano, obvykle je 1–2 na celé zařízení
- Ambulantním pacientům se nelze věnovat
- Samostatné ambulance (např. Mama Centra) nemají sociální pracovníci

Nejčastěji je v rámci sociální práce požadováno zajištění:

- Hospicové péče – lůžkové i domácí
- Domácí zdravotní péče
- Sociální poradenství o dávkách, důchodech a příspěvcích
- Kompenzačních pomůckách
- Sociální služby – pečovatelské, asistenční a a další služby

Registrované sociální služby cíleně pro onkologicky nemocné má maximálně 5 organizací v ČR (Amelie – Praha a Olomouc, Kapka 97 – Most). Pacientské organizace obvykle nemají sociálního pracovníka nebo pouze krátkodobě z určitého projektu. Poradenství poskytují laičtí pracovníci, dle svých vlastních zkušeností.

Financování sociální práce je komplikované. Sociální pracovník ve zdravotnictví nevykazuje body na zdravotní pojišťovnu. KOC a HOC i ostatní zdravotnická zařízení musí žádat MZ o dotaci na sociální pracovníky, která není dostačující na pokrytí stávajících nákladů (mzdy, provozní náklady) a rozhodně nedovoluje navýšení počtu sociálních pracovníků. Nemocnice tedy sami rozhodují o počtu sociálních pracovníků. Zároveň neexistuje platný a závazný standard o počtu sociálních pracovníků na počet lůžek, navíc se specifickem onkologicky nemocných či pro ambulantní péči. Také není dostupný výzkum, který by ukazoval, kolik finančních prostředků ve zdra-

votnictví ušetří kvalitní sociální práce a to ani v jiných oborech než je onkologie. Sociální práce v sociálních službách je financovaná z dotací a grantů v návaznosti na komunitní plány sociálních služeb v jednotlivých regionech. Bohužel vždy na 1 rok s podpisem smlouvy obvykle někdy mezi březnem a červnem, což neumožňuje kvalitní plánování a rozšiřování kapacity. A ani obhajoba potřebnosti sociální práce pro onkologicky nemocné není snadná, protože onkologicky nemocný jen částečně zapadá do nejvíce podporovaných kategorií jako jsou: zdravotně postižený, senior, osoba v krizi atd. Dotace pro sociální služby nepracuje s pojmem dlouhodobě či chronicky nemocný. Pacientské organizace o dotace na sociální služby vůbec nemohou požádat, protože nemají odborníka na danou profesi.

Psychologická péče u onkologicky nemocných:

- Ne všechna pracoviště KOC a HOC mají klinického psychologa a menší zařízení spíše zřídka
- Výše úvazku se pohybuje od menších než 0,5 až po 1,0 (mimo MOU Brno – 3,0)
- Psychologické péče je různě vedená
 - a) Psycholog je volán pouze na konzilia (a to nejen na onkologii)
 - b) Psycholog pečuje o dané oddělení na daný úvazek

Dotazníkové šetření ukázalo, že mezi nejčastější potřeby v psychologické péči patří:

- a) Práce s emocemi
- b) Akceptace diagnózy
- c) Práce s úzkostí
- d) Strach ze smrti
- e) Komunikace se zdravotníky

Psycholog je nejčastěji kontaktován pacientem či rodinou. Počet psychologů, kterým je možno předat nemocného a vykazují práci na zdravotní pojišťovnu je nízký. Kliničtí psychologové pracující na onkologických pracovištích se sdružují v rámci Psychoonkologické sekce České onkologické společnosti. Sekce vznikla v roce 2006 a má 10 členů včetně psychologů pracujících s dětmi.

Komunikace o psychosociální péči:

- Pokud si nemocný cíleně neřekne o pomoc, není součástí běžné nabídky komplexní péče
- V multidisciplinárním týmu onkologických klinik se o nabídce odborné pomoci nehovoří
- Jsou striktně oddělená ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí i jejich kompetence, což brání propojení péče
- Velkým tématem v komunikaci je sdělování diagnózy nemocnému. A to zejména na komu, kdy, jak a jak srozumitelně, jsou informace podávány.

Závěrem lze říci, že je zde řada oblastí, které vyžadují změnu. Je třeba vytvořit koncepci poskytování psychologické a sociální péče u onkologicky nemocných. Zajistit vyšší počet sociálních pracovníků a psychologů ve zdravotnictví i v návazných službách. Vyčíslit úspory finančních prostředků díky podpurné psychosociální péči s onkologicky nemocnými. A zlepšit komunikaci mezi zdravotnickou a sociální oblastí a to od ministerstev až po samotné pracovníky v kontaktu s nemocnými.

Vývoj psychoonkologické péče

PhDr. Marta Romaňáková, Ph.D.

Popis změny situace v MOU Brno o uspořádání psychologické péče v týmu – od neohraničené součásti týmu na samostatnou část týmu. A s tím související změny ve vnímání psychologa v týmu od „povídání“ k jeho odbornosti. Identifikace změny také směrem k nemocným – přenesení aktivity na pacienta či jeho blízké.

Vývoj a systém psycho-onkologické péče v Polsku

Malgorzata - Monika Stanczyk, MA, Ph.D.

Psychoonkoložka a muzikoterapeutka Velkého Poznaňského Onkologického Centra popsala situaci v Polsku. Včetně popisu působnosti jednotlivých aktérů psychosociální péče. V Polsku je silný tlak na realizaci komplexní péče a ta se v rámci možností systému daří.

Ministerstvo zdravotnictví realizuje specializované projekty: „Psychoonkologický výcvik pro pracovníky ve zdravotnictví“ (lékaři, zdravotní sestry a psychologové).

Polská psycho-onkologická asociace vydává publikace (odborné knihy a časopis Psychoonkologie), také zajišťuje vzdělávání odborníků (dvouletý postgraduální obor klinická psychoonkologie, certifikované studium atd.).

Péče v onkologických Centrech – Multidisciplinární v týmu kde jsou dostupní mimo lékaře: psycholog, psychoonkolog, psychiatr, dietolog, arteterapeut, sociální pracovník.

Systém psycho-sociální péče ve Velké Británii

Lesley Howells

Systém zdravotní a související péče je ve Velké Británii velmi odlišný. Představitelka Meggies jej představila a popsala jejich působnost. Klíčovým rozdílem je koncepce péče o zdraví řízena jedním Národním zdravotnickým systémem a s tím související systémová podpora spolupráce s neziskovými organizacemi.

Národní zdravotnický systém (NHS) tak kromě péče zajišťuje i vzdělávání v komunikační specializaci pro pracovníky v onkologii v návaznosti na standardy péče.

Komunitní péče a spolupráce – komunity plánují i s kapacitami neziskových organizací, neaspírají na to pokrýt celou péči ze státních institucí.

Národní institut pro zdraví a péči (NICE) vydává guidelines pro péči a postupy provázané s praxí i vzděláváním. To vytváří informační pole, které zprostředkovává kvalitní postupy i mimo zdravotnický systém. V takové situaci je však sledování kvality klíčové a musí být přístupné všem aktérům.

Psychosociální potřeby onkologicky nemocných a jejich blízkých

MUDr. Michaela Chrdlová

Příspěvek vychází z dlouholetých zkušeností psychoterapeutické a poradenské činnosti Center Amelie, které realizuje Amelie, o.s. od roku 2007.

Onkologické onemocnění představuje pro pacienta i jeho rodinu značnou psychickou zátěž, která může ovlivnit řadu oblastí v osobním, partnerském i rodinném životě. Může ovlivnit nastavení ke zvládnutí léčby, přijetí omezení v důsledku rozvoje nemoci, ale i využití daných možností a nových zkušeností. Proto je dobré především v rovině psychosociální poskytnout kvalitní podporu jak nemocnému tak i jeho rodině. Nabídnout bezpečný prostor pro sdílení a utřídění informací, mírnit strach z léčby a osamocení, zprostředkovat vážnou komunikaci s rodinou a také pomoci s ujasňováním kompetencí, které se v onemocnění mění.

Cílem těchto intervencí je pacient, který je nejenom informovaný, ale i samostatný ve svém rozhodování, lépe komunikující o svých potřebách s lékařem a zdravotníkem, ale i se svými blízkými. Je ochotný spolupracovat a podílet se na léčbě, uvědomuje si a přijímá i omezení, která jsou s nemocí spojena, lépe se orientuje v dané situaci a nereaguje pod vlivem šoku či velké emoční tísně. Ideálně je to tedy takový pacient, který je informovaný, napřesný ke spolupráci a vědomý si své cesty v léčbě i onemocnění.

Specifické potřeby onkologicky nemocných a jejich blízkých z oblastí:

1. Podání informací:

- a) ze zdravotnictví: o nemoci, léčbě a jejím postupu, možných následcích,
- b) ze sociální oblasti: zejména průchod zdravotním a sociálním systémem při dlouhodobé či život zkracující nemoci, možnosti podpory mimo zdravotní systém, dávky a příspěvky
- c) o souvislostech nemocnosti: dění uvnitř sebe – vyrovnávání se s nemocí a léčbou, případně následky, ale i dění vně, ve vztazích (vyrovnávání se blízkých, jejich kapacity podpory, limity), v práci a u přátel – vše de facto o schopnosti komunikace a možnosti sdílení.

2. Sociální či zdravotně sociální:

Zejména informační činnost, ale také reálná podpora v jednotlivých krocích jako je například podání žádostí či odvolání, oddlužování, plán splátek apod.

3. Specifické podpory a sdílení:

- a) individuální – jde zejména o podporu v doprovázení celou situací, kde psychoterapeut či psycholog nejčastěji formou rozhovoru nabízí prostor pro hledání osobní cesty nemocnému nebo jeho blízkému. Patří sem samozřejmě i párové či rodinné poradenství.
- b) skupinou – oproti individuálnímu hledání je zde využívána skupinová dynamika osob, které procházejí podobnou zkušeností a mohou se sdílet, jedná se jak o formální, tak informální aktivity

4. Aktivizace:

Jedná se zpravidla o skupinové aktivity, které nabízejí účast na aktivitách, které jsou buď nedostupné nebo sniženě dostupné díky onemocnění či jeho souvislostem (cvičení je celkem dostupné, někdo v paruce či s epitézou se však v běžné skupině nemusí cítit volný) a nebo učí specifické dovednosti potřebné pro lepší zvládání života s onemocněním (např. práce se stresem, cvičení paměti), cílem je nabídnout odborně vedenou aktivitu, která nabízí dovednosti ke zdravému a aktivnímu životu – a to ve všech fázích onemocnění, včetně reality blížícího se konce života.

Cílem intervence je vždy reagovat na zakázku klienta (nemocného či blízkého) a práce s jeho potřebami. Poměrně zásadní je práce s vinou, na zklidnění či ujištění. Zakázka se nejčastěji objevuje přes vztahy nebo emoce.

Identifikujeme však i období zvýšené zranitelnosti z hlediska fází onemocnění, kdy je zvýšená potřeba péče. V následujících stavech nemocní statisticky častěji přicházejí a nebo se vrací a využívají nabídky služeb.

1. Období diagnostiky a krátce po zahájení léčby

Různě dlouhé období před či po zahájení léčby, ve chvíli, kdy je již jasné o jakou nemoc se jedná. Pro nemocného i rodinu je to často první jasná konfrontace s nemocí a omezeními, které s sebou přináší. Může přinést jistotu úlevu typu „vím, co mi je, mohu začít pracovat na nápravě“. Často se však objevují pocity obav až chaosu. Obavy z budoucnosti, strach o život spojený často i s ekonomickou a sociální nejistotou mohou vést k rozvoji úzkosti a napětí, které ovlivňuje proces adaptace a může vést až k tomu, že pacient není schopen reálného náhledu na svoji situaci, což v důsledku může znamenat nepřizpůsobení se doporučeným léčebným procesům a nepřijetím nemoci jako takové. Může se rozvinout řada obranných mechanismů, přes únik, popření, útok či vytěsnění. Také se můžeme setkat s licitováním ze strany pacienta v otázkách nastavené a doporučené léčby. Léčba také přináší 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 nepřispívá. V rodinách a 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, ti pociťují velký strach a obavy z toho, jak vše zvládnou, mohou být vyčerpaní vysokou kumulací povinností a také se často přidává socioekonomická nejistota a mnohdy faktické zhoršení momentální životní úrovně celé rodiny. Nemocný může prožívat silné pocity viny a strachu.

Intervence je zaměřena hlavně na zklidnění, naslouchání, sdílení, třídění důležitých informací, motivaci pro léčbu a změnu, práci s riziky. Nemocní i jejich blízcí se učí přijmout svůj strach a obavy jako součást adaptačního mechanismu a intervence se zaměřuje na posílení vlastní jistoty, zdravou komunikaci a otevřené sdělování potřeb.

Cílem je nemocný, který je aktivní a spolupracující, dokáže komunikovat o svých potřebách a prochází přiměřeně procesem adaptace a rodina, která nemocného podporuje a vytváří mu zázemí pro bezpečnou a klidnou léčbu a zároveň pečuje i o sebe.

2. 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, ale i v profesním životě. Nemocní mohou prožívat veliký strach a úzkost 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 nerozumí, 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 si některý z členů najde svoje místo v ochraně a pečování a nebo pokud vyvíjí velký tlak na návrat k normálu, hlavně ve výdělečné oblasti. Nemocný se zpravidla snaží silou vše překonat, zlobí se na sebe, že vše nejde tak hladce a rychle a rozvíjí se pomalu kruh deprese a úzkosti – očekávání a jeho nenaplnění.

Zde je potřeba nastavit do souladu očekávání a reálné možnosti, pracovat s emocemi, postupně sbírat jistotu a více sil a tento mechanismus posilovat. Hledat nové možnosti a motivace, více naslouchat svému tělu, zdravě komunikovat o svých potřebách v rodině i v zaměstnání. Skupinové trénování dovedností a informační podpora v chráněném prostředí je v období rekonvalescence důležitou součástí péče.

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

3. Období návratu onemocnění

Období, které je vysoce zátěžové jak pro nemocné a jejich blízké, ale i pro zdravotníky, protože se potřeby a očekávání často nemusí potkávat. Pro pacienta je období recidivy jasným signálem vlastního selhání, ztrátou důvěry ve schopnosti léčby, ale i své vlastní, propadu do rezignace, ale i návratu některých obranných mechanismů, jako je únik, útok, popření. Začínají se také projevat myšlenky na

smrt, pacient je velmi znejistěný ve svých základních a často pracně nabytých jistotách. Dochází doslova ke zhroucení celého systému. Rodina může reagovat obdobně, také pocity strachu a opětovné nejistoty, nechce často přijmout fakt, že se nemocný už neuzdraví, začnou více vyhledávat různé alternativní možnosti, někdy selže i důvěra v medicínu jako takovou. Někdy ale rodina problémy bagatelizuje, má pocit, že vše je pod kontrolou a není žádný důvod si připouštět nějaké starosti. Nemocného pak spíše vnímá jako někoho příliš ustrašeného, pasivního a někdy dokonce i vzdávajícího se. Nemohou pochopit, že nemocný ztratil důvěru v léčbu, když se to již jednou povedlo.

Pomoc je zaměřena hlavně na orientaci v nové situaci, její přijetí a postupnou adaptaci na ni. Pracuje se strachem ze smrti, se samotou a beznadějí, pocity viny. Zaměřuje se na prožití vlastních emocí. Podporuje se opět zdravá komunikace mezi nemocným, rodinou a lékaři, snaha o opětovné nastavení vzájemného respektu.

Cílem je umožnit pacientovi zorientovat se ve svých možnostech a najít cestu pro co nejvyšší život s nemocí. Rodině pak pomoci se zpracováním vlastních pocitů strachu, viny a obav a zaměřit se na vzájemnou podporu a přijetí nové situace. Z výše uvedeného vyplývá, že pokud je nemocný člověk sám dostatečně vnitřně pevný a flexibilní, má dobré rodinné zázemí a je schopen kvalitní komunikace, de facto zvládne celou situaci buď sám a nebo jen s jednou či párem konzultací. Ty použije spíše pro orientaci a ventilaci emocí. Pokud však takový není a nebo nemá rodinu či mu není k dispozici, co pak?

Onkologická nemoc, která vnikne do života člověka jako krizová situace svou naléhavostí a komplexní změnou, tlačí na jakékoli latentní patologie jak v člověku tak v jeho vztazích. Často se v tomto období začne projevovat potřeba řešit množství situací, které přímo s onemocněním nesouvisí. Proto se dají identifikovat určité rizikové faktory, které poukážou na člověka, který může být v období onemocnění v ohrožení násobném.

Rizikové faktory, které mohou poukazovat na potřebnost psychosociální podpory:

- člověk se souběžnou jinou vážnou nemocí (např. psychiatrický pacient, RS nebo diabetes)
- osamělý člověk (bez rodiny či s rodinou nějak konfliktní či v konfliktu)
- rozvedená matka/otec s dětmi v péči
- s nižším příjmem (bez práce, důchodce) či vysokými závazky (hypotéka, dluhová problematika)

Jeden či dva faktory nemusí na nic poukazovat, pokud však nemocný spadá do více kategorií, pak se násobí pravděpodobnost potřeby intervence. Ptejme se.

Co se děje pokud se neptáme a intervence není včasná? Potřebný člověk není rozpoznán, není kapacita pro včasnou intervenci, nastává oddalování pomoci? Včasné rozpoznání potřebnosti napomůže předcházet mnoha dalším obtížím. Z výzkumů

jasně vyplývá efektivnost včasné psychosociální pomoci nemocným. Měřitelné dopady jsou zejména ve zdravotnickém systému, kde se například prokazatelně snižují výdaje na léčbu bolesti a nespavosti. Prevence v oblasti snižování stresu napomáhá předcházení mnoha dalším zdravotním obtížím, ale například i snižuje zánětlivost, proto je efektivní v léčbě samotné. V ČR doposud podobný výzkum nebyl realizován a ani nejsou jasné výdaje na léčbu onkologických onemocnění (zveřejnila jen VZP a to před třemi lety).

Co dále? Jak najít pojiťko mezi našimi možnostmi a ideály, mezi nemocí a nemocnými, prospěchem všem a volností individuálního rozhodování? Pevně věříme, že zastřešující pomoc koncepce v této oblasti by byla vekou úlevou jak pro nemocné, tak pro systém. Než se ale toto stane, můžeme všichni v rámci našich profesních a lidských možností napomoci pochopením specifických potřeb (nejen) onkologicky nemocných a jejich blízkých. A to nabídkou buď odborné pomoci či alespoň pochopením a vyslechnutím. Práce na poli onkologického onemocnění totiž v každém naráží na jeho nastavení v oblasti smrti a smrtelnosti, práce s bezmocí a schopností nechat věci jít jejich vlastním tempem a také nechat každého dělat jeho osobní zkušenost, třeba i špatnou. A to vše při zachování důstojnosti jak toho, koho se to týká, tak nás, kdo s ním pracujeme.

Sociální práce v týmu ambulance paliativní onkologické péče

Mgr. Michaela Šimková

Ambulance paliativní onkologické péče (APOP) vznikla v rámci onkologické kliniky FN Hradec Králové v roce 2007. Tým pracovníků tvoří lékař – paliatr, sociální pracovnice, zdravotní sestra a po domluvě anesteziolog i psycholog. Ambulance ročně pečuje o 350 pacientů. Pacient přichází průměrně 5x a 97 % pacientů přichází v doprovodu rodiny.

Sociální práce v APOP:

Jedná se o zjištění situace pacienta, posouzení možnosti intervence do této situace v souvislosti se ztrátami a porušením rovnováhy, které nevy léčitelně nemocného a jeho rodinu potkaly, potkávají a potkají. Cílem je pomoci adaptovat se na život s nemocí, umíráním a smrtí, najít možnosti fungování v nové situaci a hlavně citlivě vyvážit intervenci-aktivizaci a doprovázení pacienta a jeho blízkých.

Přínos APOP:

- návaznost péče
- komplexnost péče
- týmovost práce
- zpětná vazba o pacientovi
- rozvoj služeb v regionu, spolupráce
- vzdělávání

Obtíže APOP:

- je to jiný způsob myšlení
- zbavení se těžkých pacientů
- špatné, odbyté informování pacientů
- spolupráce – služby, PL
- jak na psychologickou péči
- 3 dny v týdnu

Proč se bát práce s umírajícími?

- krizová vyhocená situace
- stálá konfrontace s konečností
- nebývá čas k nápravě pochybení
- nevýdělečnost
- psychická náročnost

Proč se nebát práce s umírajícími?

- Protože strach ochromuje a brání v účinné pomoci pacientům, kteří již jiné možnosti nemají, nebo z nich neprofitují
- Protože paliativní péče obohacuje všechny zúčastněné profesně i lidsky

Spirituální péče jako součást komplexní péče o onkologicky nemocné

Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D. a Mgr. Sylvie Stretti

„Neexistuje žádná situace, kterou by člověk nemohl zušlechtit tím, co dělá, nebo jak ji snáší.“

J. W. Goethe

Úvod

Onkologicky nemocný pacient prožívá zlomové momenty svého života a často se dostává do existenciální krize. Bilancuje, ptá se po smyslu prožívané bolesti, přehodnocuje mezilidské vztahy a životní priority.

- Jak vypadají spirituální potřeby v době, kdy velká část populace odmítá tradiční víru vázanou na církve?
- Jak lze pečovat o spirituální potřeby, které se během vážné nemoci projevují?
- Co vlastně jsou spirituální potřeby?
- V čem spočívají naděje nemocného a jak s nimi lze konkrétně pracovat?

Cílem textu je vysvětlit úlohu spirituální péče o onkologicky nemocné nejen ve zdravotnických zařízeních, pojmenovat nejčastější duchovní potřeby této cílové skupiny a uvést konkrétní možnosti pomoci.

Vycházíme z publikací na uvedené téma a z vlastní praxe (spirituální péče v nemocnici, mezioborová komunikace v kurzech o paliativní péči, krizové intervenci a práci s nadějí).

1. Co dnes rozumíme spiritualitou?

Člověk byl odpradáva bio-psycho-socio-spirituální bytostí. Ve zdraví a zvláště v nemoci se obvykle prolínají všechny tyto dimenze. Potřeba nemít bolest a fyzicky netrpět, dostatečně spát, mít možnost odpoutat se z lůžka a léčit se v kruhu svých blízkých souvisí s biologickými (fyzickými) i psychosociálními potřebami. Bylo by velmi naivní tvrdit, že také spirituální, tedy duchovní potřeby se hlásí o slovo v době, kdy pacient nemá uspokojeny základní potřeby fyzické. Navzdory některým teoretikům zde uvedme převládající zkušenost praxe:

- V nesnesitelné fyzické bolesti nemá pacient náladu přemýšlet, plánovat, klást si existenciální otázky.
- Z šoku a paniky vzniká spíše akutní psychická krize, kterou je třeba vydržet a doslova přežít s pomocí rodiny nebo odborníků. Ptát se po spiritualitě člověka v akutní bolesti může být hrubě neetické.

Teprve po překonání šokové fáze a během delší léčby se objevují otázky, které je těžké vyslovit a přiznat. A zde už jsme v oblasti spirituality, ducha, duchovnosti a těchto otázek:

- Jaký má můj život smysl?
- Kdo opravdu jsem?
- Proč jsem zrovna já nemocný (á)?
- Co jsem komu udělal (a)? Provinil (a) jsem se?
- Jak se mám smířit se svou diagnózou?
- Měl (a) bych něco napravit, usmířit se s někým, odpustit?
- V co mohu věřit? Mám naději?

Helena Haškovcová ve své knize *Spoutaný život* (1991) uvádí a komentuje mnoho příběhů onkologicky nemocných. Zvláštní kapitolu věnuje naději vyléčitelně nemocných i naději umírajících. Fenomén naděje vysvětluje v různých rovinách. „Každý člověk, který se ocitne v nouzi, ať už jakéhokoli druhu, doufá a věří v příznivý obrat situace, ve změnu, která bude znamenat: úlevu, popřípadě návrat klidu a osobního štěstí ... Je-li však nemoc nevyléčitelná a nemocný pochopí nebo zná časovou limitaci svého spoutaného života, pak naděje jako fenomén, dostává zcela jiný ráz.“ (s. 296–297). I ve chvíli, kdy zdraví nepřichází a život spěje ke konci, lze hovořit o naději. Vedle naděje ve zcela konkrétní věci (tišení bolesti, důstojnost, zabezpečení rodiny, majetku aj.) jde o naději nadčasovou a věci tohoto světa přesahující, a to i u pacientů bez náboženské víry:

- Naděje jako průnik časem, přesahující limity života (podrobněji útlá knížka G. Marcela *K filosofii naděje*)

- Naděje bez ohledu na to, jak to dopadne (podrobněji dílo V. Havla nebo knížka T. Halíka I stromu zbývá naděje)
- Naděje jako postojová hodnota (více v knížce ... A přesto říci životu ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor od V. E. Frankla)

Onkologické onemocnění však v mnoha případech a ve stavu současné medicíny není orтеlem smrti a bylo by velkou chybou směšovat léčbu onkologicky nemocných s paliativní péčí.

Z dnešního pohledu je tedy spiritualita, nezávisle na náboženství, péčí o ducha, péčí člověka o sebe samého a mezilidské vztahy. Jde o hledání vlastní opravdovosti v plné nahotě, hledání cesty k sobě, práci s pocity bezmoci a viny, práci s nadějí.

2. Role nemocničního kaplana

V praxi často dochází k situaci, kdy se onkologicky nemocný vyhýbá otevřeným rozhovorům se svými blízkými. Na podobné rozhovory nemusí být zvyklý, nechce přidělavat starosti, ostýchá se prolomit témata, která jej napadají. Přitom se vůbec nemusí jednat o špatně fungující rodinné vztahy, spíše jde o dočasnou nepřipravenost tyto rozhovory vést a obavu ze ztráty vlastní role.

Vážná situace onkologicky nemocného však ve většině příběhů podobné rozhovory vyžaduje, jinak hrozí emocionální izolace, hromadění přirozeného hněvu a strachu. Zdravotnický personál a sociální pracovníci v nemocnicích však nemají kapacitu tyto rozhovory vést a nelze jim to vyčítat. Také proto byla pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR a dalších organizací ustavena pozice nemocničního kaplana, který je obvykle komunikačně vybaven zvládat téma bolesti, strachu, viny. Ačkoli jde o členy různých církví, jejich úkolem v roli kaplana není šíření víry ani práce s Biblií, pokud jej k tomu pacient sám nevyzve. Vesměs jde o rozhovory, zprvu na zdánlivě banální témata, později na témata hluboce existenciální, jimž jsme se věnovali v předchozích řádcích.

Úkolem nemocničního kaplana je tedy lidsky provázet pacienta a jeho blízké v nemocnici v době hospitalizace. Kaplani také pracují se zdravotníky, kteří také potřebují reflektovat tato enormně zátěžová témata. Pro úplnost dodejme, že profesní (vzdělávací) zázemí mají nemocniční kaplani v Asociaci nemocničních kaplanů a Katolické asociaci nemocničních kaplanů.

3. Kazuistika z praxe

Pacient (46 let, strojný inženýr, onkologické onemocnění tlustého střeva) byl hospitalizován v pražské nemocnici. Podstupoval mnohá vyšetření a obával se, co ho čeká v budoucnu. Navštěvovala jej manželka s dospělými dětmi, nechtěl jim však přitěžovat svými problémy, čímž se vnitřně dostával do krizové situace.

První setkání s nemocničním kaplanem skončilo odmítnutím. Přišel se na pokoj představit a nabídnout setkání. Reakce pacienta byla dosti obvyklá: „Hlavně na mě

nechodte s náboženstvím, do mých problémů nikomu nic není.“ Kaplan stihl odpovědět, že se nepřišel bavit o Bohu, ale na téma, o které si muž sám řekne. Během druhého setkání pacient kaplana sám pozdravil a dal se s ním do řeči. Podařilo se domluvit rozhovor, v němž pacient vyjádřil svou životní nejistotu, obavy o rodinu, hořkost z případné ztráty profesní role a strach ze závislosti na druhých. Kaplan naslouchal, nic nevymlouval. Věděl, že pacienti jsou zvláště citliví na planá utěšování. Na druhou stranu měl dostatek informací o obvyklém průběhu léčby a možnostech pomoci. Právě dostatek srozumitelných informací v kombinaci s nasloucháním a otevřeností dává pacientovi naději, že ve své nemoci nezůstane osamocen a že má právo ventilovat své obavy, hněv, emoce. Nejsilnější je ovšem naděje pramenící z vlastních zdrojů pacienta, např. odhodlání bojovat s nemocí, vědomí sociální opory a prožití svobody ve smyslu: „Mohu se sám rozhodnout, jaký budu mít postoj ke své nemoci a jaké zdroje pomoci vyhledám.“ Právě zajištění co možná nejvyšší autonomie v rozhodování a zdůraznění možnosti alespoň zčásti ovládat svůj život, patří k základním zdrojům naděje a povzbuzení.

Závěr

Spirituální potřeby člověka souvisí s hledáním smyslu života, utrpení i smrti a provází je spousta otázek, na které pacient hledá odpovědi. Nezáleží na tom, zda je člověk ateista, věří v organizovanou církev, věří v něco. Podstatné je, aby měl prostor k rozhovoru a někoho, kdo s ním na této nesnadné cestě půjde. Z hlediska odborníků může být přijatelný sociální pracovník nebo poradce, psycholog, psychoterapeut nebo duchovní, vše záleží na individuálních potřebách a konkrétních možnostech zdravotnických a jiných pracovišť. Práce nemocničních kaplanů není misí, ale podporou potřebným v nemocničním prostředí. V případě kontaktu s pacientem, který je nevěřící, či věří v něco neidentifikovatelného, je samozřejmostí plně respektující a nehodnotící přístup.

Máme funkční poradnu pro nemocné a jejich blízké

Mgr. Simona Šířová, PhDr. a Květoslava Vachudová

Paliativní péče je součástí komplexní péče o onkologické pacienty. Jedná se o složitou fázi onemocnění, na kterou není nikdy dostatečně připraven zdravotník ani pacient. Vždy přichází nevhod. Je ale možné se s ní vypořádat profesionálně i lidsky. Jedním s předpokladů je otevřený přístup v komunikaci s pacientem a jeho blízkými. Pravidla komunikace se více než o definice opírají o empatii a vyžadují to, co nám všem chybí – čas! Přes všechna úskalí přísné personální vyhlášky a úhradových mechanismů vznikla na naší klinice poradna, kde se pacientům individuálně věnuje multidisciplinární tým složený z lékaře, sestry, nutriční terapeutky, sociální pracovníce, psychologa, pastorační asistentky a sestry specializované v péči o rány a stomie. Snažíme se o operativní řešení problémů. Věnujeme se také možnostem,

kteře nemusí nastat, ale je uklidňující, znát jejich řešení. Pacienti nejen přichází, ale také se vrací. Právě to je pro nás jedním ze zásadních indikátorů kvality.

Potřeby žen s onkologickým onemocněním prsu

Ing. Nikol Samková

Cílem mého příspěvku bylo poskytnutí pohledu pacientek a pacientů s onemocněním karconimu prsu (všech věkových kategorií) na psychické prožívání v průběhu celým onemocněním. Zároveň se v průběhu léčby i života pacienta mění požadavky ze sociální oblasti, na které je potřeba též při léčbě brát ohled.

Onkologické onemocnění zasáhne život člověka v každém věku, vždy individuálně závisí na životní situaci a etapě, ve které se pacient právě nachází. Každá diagnóza je něčím specifická, právě tak i psychické rozpoložení a osobnost pacienta je jedinečná a vždy individuální. Přístup ke každému z nich se tedy liší.

Psychické prožívání a potřeby pacientů se liší dle různých aspektů, lze rozdělit několik hlavním skupin, kde lze nalézt nejvíce podobného:

Mladé pacientky:

- do cca 45 let věku, ženy v produktivním věku
- Maminky, těhotné pacientky, dívky, které naopak těhotenství nestihly ...
- Ženy, které pracují, studují...
- Ekonomicky aktivní (budují kariéru, návrat po MD, po léčbě do zaměstnání)
- Vyšší finanční závazky (bydlení, malé děti...)
- Vztahy (produktivní věk, partnerské problémy, dívka nemá životního partnera...)
- Sebevědomí (ztráta symbolu ženství, atraktivita, sexualita...)

Ženy po 45 roce věku:

- Obavy ze ztráty zaměstnání
- Většinou potíže v partnerských vztazích
- Děti studující na VŠ, případně starost o vnoučata
- Péče o své rodiče

Muži

- Ekonomické problémy, možná ztráta zaměstnání
- Strach ze ztráty partnerského vztahu
- Ztráta sebevědomí, mužství
- Bariéra ve společenském životě
- Nedostatek informací o léčbě u mužů
- Netypická nemoc u mužů (stud)

Ženy ve stáří: nad 75 let, specifická skupina, která

- stále přibývá a do budoucna těchto žen bude stále více (recidiva po mnoha letech)!
- Ženy jsou velmi často osamělé, životní partner již zemřel
- Odmítnutí léčby, strach
- Nutná zvýšená péče a empatický přístup

Matastatické pacientky (specifický přístup a prožívání)

Psychické prožívání, strach a obavy pacientů a jejich blízkých se proměňují v různých fázích léčby, obecně lze toto období rozdělit na: před sdělením diagnózy, sdělení diagnózy, období onkologické léčby, ukončení léčby a nejzásadnější, nejdelší a v mnoha ohledech nejnáročnější období remise. V těchto obdobích je velmi důležité, aby se pacientům dostalo náležité odborné psychické a sociální péče a pomoci, tak aby onkologická léčba byla co nejefektivnější a také kvalita života pacienta po prodělané léčbě byla, co možná nejvyšší a minimalizovaly se tak trvalé následky, hlavně v psychické oblasti.

Co je z pohledů pacientů nejpodstatnější a co od odborníků potřebují?

- Komunikace
- Trpělivost, empatie
- Pocit důležitosti
- Čas a pozornost pouze pro pacienta
- Důvěra v lékaře
- Podpora
- Osobní zájem
- Zodpovězení dotazů (aby se pacient nebál ptát)
- Hledání a nabízení řešení

Klub mnohočetný myelom – Jednoduchá nebo složitá nabídka?

Mgr. Alice Onderková

Klub pacientů mnohočetný myelom vznikl v roce 2007 a od roku 2014 je veden u krajského soudu v Brně jako zapsaný spolek. Jde o pacientskou organizaci sdružující pacienty s mnohočetným myelomem a jejich blízké. Mnohočetný myelom patří k vzácným hemato-onkologickým onemocněním postihující 4–6 lidí na sto tisíc obyvatel. Nejvíce postihuje věkovou kategorii 60–70 let, ale jeho výskyt je možný i v mladším věku.

Cílem spolku je sdružit nemocné s dg. mnohočetný myelom, jejich příbuzné a blízké, lékaře i nelékařské pracovníky. Dále zajistit pacientům s MM dostupnost informací o onemocnění samotném, o možnostech léčby a následné péče, ale také

zajistit odpovědi na další otázky, kterými se zabývají. V neposlední řadě zviditelnit podstatu onemocnění MM, které není dostatečně známé české veřejnosti.

Tyto cíle naše organizace naplňuje pomocí osobních setkání s odborníky, projekty a distribucí edukačních materiálů. Osobní setkání s lékaři, nelékaři, pacienty a jejich blízkými probíhají v rámci celorepublikových vzdělávacích seminářů a regionálních Informačních odpolední. Projekty připravujeme zejména s ohledem na zvýšení informovanosti pacientů a jejich blízkých a také na možnost sdílení životních zkušeností. V tomto směru pracujeme především s životními příběhy pacientů nebo využíváme neformálních setkávání – např. při společném cvičení jógy. Dle subjektivního sdělení pacientů, kteří se rozhodli těchto aktivit účastnit, jim cvičení pomáhá zvládat životní situace po stránce fyzické i psychické. Pravidelné setkávání jim pomáhá vytvořit pocit sounáležitosti, možnost ventilovat své problémy a také přináší možnost srovnání vlastních potíží s problémy jiných. Rovněž poradenská činnost, zatím jen v elektronické podobě, pomáhá sdílet životní zkušenosti. Do poradenských aktivit v případě potřeby zapojujeme i členy našeho spolku.

Jako organizace se snažíme zajistit komplexní nabídku nejen ve smyslu návaznosti na širokou odbornou veřejnost, kromě hematologů spolupracujeme se stomatology, nefrology, ortopedy, farmakology, ale také s psychology, sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty a samozřejmě sestrami. Komplexnost našich služeb se snažíme zachovat také v rovině nabídky našich aktivit, které jsou primárně zaměřeny na pacienty a jejich blízké, snažíme se však rovněž oslovovat odbornou i laickou veřejnost.

IV. Evaluace konference

Hodnocení konference proběhlo formou evaluace. Po konferenci byl všem účastníkům rozeslán evaluační dotazník e-mailem s určitým odstupem, aby bylo možné na otázky odpovědět. Do evaluace nebyli zahrnuti přednášející.

Z 57 účastníků konference zaslalo vyplněný dotazník zpět 29 účastníků. Ze zasláných dotazníků bylo 41,5 % zdravotnických pracovníků, 24 % sociálních pracovníků, 17 % zástupců patientských organizací, 14 % jiná profese, 3,5 % psychologů. Jako výborný ohodnotilo v dotazníku program 96 % účastníků a 93% považuje za velmi potřebné komunikovat téma komplexní péče o onkologicky nemocné a jejich blízké.

Příklady odpovědí na otázku „Jak hodnotíte přínos pro vaši praxi“:

1. „Obohacení o nové poznatky i ze zahraničí.“
2. „Využiji vše jako začínající pracovník v patientské organizaci.“
3. „S cílovou skupinou se setkávám denně, mnoho poznatků mohu implementovat rovnou do praxe.“
4. „Postřehy z přednášek využiji pro práci na svém pracovišti.“
5. „Až nyní si uvědomuji, jak je psychosociální problematika zanedbaná a nedoceněná.“
6. „Situace v psychologické péči a sociální práci u onkologicky nemocných je nedobrá, ale hned tak se asi nezmění.“

Na otázku „Co vás na konferenci nejvíce zaujalo“, padly tři nejčastější odpovědi:

1. Zahraniční hosté
2. Program a výběr témat
3. Odbornost přednášejících



V. Adresář sociálních pracovníků a psychologů pro onkologicky nemocné

- a) Komplexní onkologická centra a Komplexní hemato-onkologická centra (KOC a HOC)
- b) Další onkologická pracoviště
- c) Pacientské organizace

Adresář vznikl na základě dotazníkového šetření před konferencí a na podkladě následného obvolávání pracovišť či z informací dostupných na webových stránkách. V některých KOC či HOC u sociálních pracovníků či psychologů není kontakt přímo na toho, kdo pečuje o onkologickou kliniku, ale na vedoucí oddělení.

KOC a HOC

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 pracovníce	Věra Fořtová, DiS.
	tel.: 266 082 227; e-mail: vera.fortova@bulovka.cz
Psycholog	PhDr. Jiří Los (vedoucí oddělení klinické psychologie)
	tel.: 266 082 385; e-mail: jiri.los@bulovka.cz

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

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

Onkologická klinika

Přednosta	prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.
	tel.: 224 962 219; e-mail: lubos.petruzelka@vfn.cz
Primář	MUDr. Eva Sedláčková, MBA
	tel.: 224 962 498; e-mail: eva.sedlackova@vfn.cz
Vrchní sestra	Zdeňka Dlouhá
	tel.: 224 966 755; e-mail: zdenka.dlouha@vfn.cz

I. Interní klinika – klinika hematonekologie

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 pracovníce	Alena Makarová (vedoucí sociálního oddělení)
	tel.: 224 964 112; e-mail: alena.makarova@vfn.cz
Psycholog	doc. PhDr. Laura Janáčková, CSc. (pro sexuologický ústav VFN)
	tel.: 224 964 172; e-mail: laura.janackova@vfn.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.: 261 082 637; e-mail: tomas.buchler@ftn.cz
Primář	Prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc.
	tel.: 261 083 492; e-mail: jitka.abrahamova@ftn.cz ,
Vrchní sestra	Jana Havlíková
	tel.: 261 082 454; e-mail: jana.havlikova@ftn.cz
Sociální pracovníce	Helena Šlenkrtová (zároveň 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

Fakultní nemocnice v Motole

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

Onkologická klinika

Přednosta	MUDr. Jana Prausová, PhD., MBA
	tel.: 224 434 700; e-mail: jana.prausova@fnmotol.cz
Primář	MUDr. Zdeněk Linke
	tel.: 224 434 794; e-mail: zdenek.linke@fnmotol.cz
Vrchní sestra	Mgr. Drahomíra Nikodémová
	tel.: 224 434 705; e-mail: Drahomira.Nikodemova@fnmotol.cz
Sociální pracovnice	Mgr. Veronika Talášková
	tel.: 224 431 172, 727 812 219; e-mail: veronika.talaskova@fnmotol.cz
Psycholog	Mgr. Zuzana Kocábová (vedoucí oddělení klinické psychologie)
	tel.: 224 433 481, 224 432 063; 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	Doc. 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	Bc. Jana Bodláková,
	tel.: 267 162 253; e-mail: jana.bodlakova@fnkv.cz

Onkologická klinika

Přednosta	Doc MUDr. Martina Kubecová, Ph.D.
	tel.: 267 162 333; e-mail: martina.kubecova@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, PhD. (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.: +420 495 834 620; e-mail: dagmar.svecova@fnhk.cz
Sociální pracovníce	Mgr. Michaela Šimková (ambulace paliativní onkologické péče)
	tel.: 495 834 731; e-mail: michaela.simkova@fnhk.cz

Masarykův onkologický ústav

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

Ředitel	prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.
	tel.: 543 134 102-3; e-mail: jan.zaloudik@mou.cz
Náměstkyně pro nelékařské zdravotnické pracovníky	PhDr. Jana Kocourková, MBA
	tel.: 543 134 104; e-mail: jkocourkova@mou.cz
Sociální pracovníce	Veronika Judasová, DiS.
	tel.: 543 132 803; e-mail: veronika.judasova@mou.cz
Sociální pracovníce	Jana Svánovská, DiS.
	tel.: 543 132 801; e-mail: svanovska@mou.cz
Sociální pracovníce	Marie Tomšíková
	tel.: 543 132 802, 543 132 421; e-mail: tomsikova@mou.cz
Psycholog	Mgr. Radka Alexandrová (vedoucí úseku klinické psychologie)
	tel.: 543 135 802; e-mail: radka.alexandrova@mou.cz
Psycholog	PhDr. Veronika Šutorová
	tel.: 543 136 218; e-mail: veronika.sutorova@mou.cz
Psycholog	Mgr. Lucie Kryšková
	tel.: 543 135 285; e-mail: lucie.kryskova@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: jmayer@fnbrno.cz
Primář	MUDr. Zdeněk Král, CSc.
	tel.: 532 233 643; e-mail: zkral@fnbrno.cz
Vrchní sestra	Mgr. Petra Kouřilová
	tel.: 532 233 645; e-mail: petra.kourilova@fnbrno.cz
Psycholog	Mgr. Petra Bučková
	tel.: 532 23 3391; e-mail: petra.buckova@fnbrno.cz
Sociální pracovnice	Vilma Dejlová (vedoucí oddělení)
	tel.: 532 232 082; e-mail: vdejlova@fnbrno.cz

Fakultní nemocnice U sv. Anny

Berkova 34/38, 612 00 Brno; tel.: 541 582 111; www.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

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	Bc. Dana Hrstková
	tel.: 485 312 226
Sociální pracovnice	Mgr. Eva Weinfurterová
	tel.: 485 312 675; e-mail: eva.weinfurterova@nemlib.cz
Psycholog	Mgr. Hana Kynkorová
	tel.: 485 312 251; e-mail: Hana.Kynkorova@seznam.cz

Fakultní nemocnice Olomouc

I. P. Pavlova 6, 775 20 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	Bc. Šárka Ročková tel.: 588 444 289; e-mail: sarka.rockova@fnol.cz
Sociální pracovníce	Mgr. Dana Balutová (vedoucí oddělení) tel.: 588 443 132, 602 717 527; e-mail: balutova@fnol.cz
Psycholog	Mgr. Denisa Otipková, Ph.D. tel.: 588 444 252, 588 443 662; e-mail: denisa.otipkova@fnol.cz

Hemato-onkologická 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 pracovníce	Mgr. Dana Balutová (vedoucí oddělení) tel.: 588 443 132, 602 717 527; e-mail: balutova@fnol.cz
Psycholog	Mgr. Alexandra Škrobánková tel.: 588 444 224, 588 444 221; e-mail: alexandra.skrobankova@fnol.cz

Krajská nemocnice T. Bati, a.s.

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

Onkologická klinika

Primář	MUDr. Milan Kohoutek tel.: 577 552 344; e-mail: kohoutek@bnzlin.cz
Vrchní sestra	Bc. Bohumila Vojtová tel.: 577 552 349; e-mail: vojtova@bnzlin.cz
Sociální pracovníce	(při LDN) tel.: 577 552 090
Psycholog	PhDr. J. Polášková tel.: 577 552 829; e-mail: polaskova@bnzlin.cz

Fakultní nemocnice Plzeň

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

Onkologická klinika

Přednosta	Prof. MUDr. Jindřich Fínek, Ph.D.
	tel.: 377 405 500; e-mail: finek@fnplzen.cz
Primář	MUDr. Marie Votavová
	tel.: 377 405 520; e-mail: votavovam@fnplzen.cz
Vrchní sestra	Mgr. Simona Šípová
	tel.: 377 405 503; e-mail: budovas@fnplzen.cz
Sociální pracovníce	Mgr. Bc. Klára Vyletová, DiS.
	tel.: 377 103 255, 702 153 615; e-mail: vyletovak@fnplzen.cz

Hemato-onkologické oddělení

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

Fakultní nemocnice Ostrava

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

Onkologická klinika

Přednosta	doc. MUDr. David Feltl, Ph.D., MBA
	tel.: 597 373 493; e-mail: david.feltl@fno.cz
Vrchní sestra	Mgr. Erika Hajnová Fukasová
	tel.: 597 374 374; e-mail: erika.hajnova@fno.cz
Sociální pracovníce	Marie Karásková, DiS. (vedoucí úseku)
	tel.: 553 048 730; e-mail: marie.karaskova@fno.cz

Klinika Hemato-onkologická

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 zdravotní a.s. Masarykova nemocnice Ústí nad Labem

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

Onkologické oddělení

V Podhájí 21, Ústí nad Labem

Primář	MUDr. Martina Chodacká
	tel.: 477 113 260; e-mail: martina.chodacka@kzcr.eu
Vrchní sestra	Jana Švandová
	tel.: 477 113 262; e-mail: jana.svandova@kzcr.eu
Sociální pracovníce	Jana Podhorská (vedoucí oddělení)
	tel.: 477 112 036; e-mail: jana.podhorska@kzcr.eu
Psycholog	Mgr. Stanislav Poláček (ambulace na poliklinice)
	tel.: 474 447 406

Nemocnice České Budějovice, a.s.

Boženy Němcové 585/54, 37001 České Budějovice; tel.: 387 871 111; www.nemcb.cz

Onkologické oddělení

Primář	MUDr. Václav Janovský
Vrchní sestra	Eva Wertigová
	tel.: 387 875 114(recepce); e-mail: onkologie@nemcb.cz
Sociální pracovníce	Mgr. Jitka Trachtová
	tel.: 387 875 183; e-mail: trachtova.jitka@nemcb.cz

Nemocnice Jihlava, p.o.

Vrchlického 59, 58633 Jihlava; tel.: 567 157 111; www.nemji.cz

Oddělení onkologie

Primář	MUDr. Lubomír Slaviček
	tel.: 567 157 151, 731 628 882; e-mail: slavicekl@nemji.cz
Vrchní sestra	Barbora Versteegová
	tel.: 567 157 412, 731 628 858; e-mail: versteegovab@nemji.cz
Sociální pracovníce	Bc. Renata Hornáková (pro geriatrici)
	tel.: 567 157 842, 731 430 493; e-mail: hornakovar@nemji.cz
Psycholog	Mgr. Dušan Vítek (ambulace klinické psychologie v nemocnici)
	tel.: 567 157 417, 731 430 490; e-mail: vitek@nemji.cz

Nemocnice Nový Jičín a.s.

K nemocnici 76, 741 11 Nový Jičín; tel.: 556 773 530; www.nspnj.cz

Onkologie a radioterapie

Purkyňova 2138/16, Nový Jičín

Přednosta	doc. MUDr. Renata Soumarová, Ph.D., MBA
	tel.: 556 416 180, 606 637 978; e-mail: renata.soumarova@nnj.agel.cz
Vrchní sestra	Věra Kolderová
Sociální pracovníce	(pro celou nemocnici) tel.: 556 773 259
Psycholog	Prof. PhDr. Mgr. Jiří Musil, CSc.
	tel.: 556 773 238, 556 773 567

DALŠÍ ONKOLOGICKÁ PRACOVNÍŠTĚ

Nemocnice Na Pleši, s.r.o.

Nová Ves pod Pleší 110, 262 04 Nová Ves pod Pleší; tel.: 318 541 500; www.naplesi.cz

Primář	MUDr. Jan Vydra
	tel.: 318 541 501; e-mail: vydra@naplesi.cz
Hlavní sestra	Mgr. Monika Říhová
	tel.: 318 541 400; e-mail: rihovam@naplesi.cz
Sociální pracovníce	Ludmila Petráková
	tel.: 318 541 514; e-mail: socialni@naplesi.cz
Psycholog	Mgr. Pavla Lhotová
	tel.: 318 541 543; e-mail: pavla.lhotova@gmail.com

Klaudíánova nemocnice Mladá Boleslav, a.s.

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

Onkologické oddělení

Primář	MUDr. Tomáš Vlášek
	e-mail: tomas.vlasek@onmb.cz
Vrchní sestra	Renata Počinková
	e-mail: renata.pocinkova@onmb.cz
Sociální pracovníce	Timová Dobroslava
	tel.: 731 542 914, 326 742 830; e-mail: dobroslava.timova@onmb.cz
	Jarošová Jana
	tel.: 731 542 815; e-mail: jana.jarosova@onmb.cz
Psycholog	Mgr. Eva Kónigsmarková
	tel.: 731 542 922; e-mail: eva.konigsmarkova@onmb.cz

Ambulance klinické psychologie, psychosomatiky a psychoonkologie

Libušína třída 19, Brno, 623 00

Klinický psycholog	PhDr. Romaňáková Marta, PhD.
	tel.: 737 657 626; e-mail: marta@romanakova.cz

PACIENTSKÉ ORGANIZACE

Amelie, z.s.

www.amelie-zs.cz

Centrum Praha

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

Sociální pracovníce	Mgr. Šárka Slavíková a Bc. Michaela Čadková Svejková
----------------------------	---

Psychoterapeut	MgA. Olga Fleková
	e-mail: amelie@amelie-zs.cz

Centrum Olomouc

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

Sociální pracovníce	Bc. Tereza Kvapil Pokorná
----------------------------	----------------------------------

Psycholog	Mgr. Majka Pijáčková
	e-mail: amelie.olomoucko@amelie-zs.cz

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

Lymfom Help, z.s.

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

Psycholog	Mgr. Pavla Lhotová
------------------	---------------------------

Kapka 97

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

Psycholog	Mgr. Irina Malinová
------------------	----------------------------

Sociální pracovníce	Bc. Alena A. Petriková
----------------------------	-------------------------------

***Sborník realizován za finanční podpory Úřadu vlády České republiky
a Vládního výboru pro zdravotně postižené***

*Autoři: Mgr. Šárka Slavíková a Bc. Michaela Čadková Svejková
Grafické zpracování: Igor Ondřej*

© Amelie, o.s., Praha 2015