



Igor Tomeš
Eva Dragomirecká
Katarina Sedlářová
Daniela Vodáčková

**Rozvoj hospicové péče
a její bariéry**

Rozvoj hospicové péče a její bariéry

Igor Tomeš
Eva Dragomirecká
Katarína Sedlářová
Daniela Vodáčková

Recenzovaly:

doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc.

doc. JUDr. Kristina Koldinská, Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova v Praze

Nakladatelství Karolinum

www.cupress.cuni.cz

Redakce Alena Jirsová

Grafická úprava Jan Šerých

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

Vydání první

© Univerzita Karlova v Praze, 2015

© Igor Tomeš a kolektiv, 2015

Tato práce vznikla v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově (PRVOUK) č. 7 *Psychosociální aspekty kvality lidského života*, podprogram *Sociální aspekty stárnutí obyvatelstva*.

ISBN 978-80-246-2941-4

ISBN 978-80-246-2972-8 (online : pdf)



Univerzita Karlova v Praze
Nakladatelství Karolinum 2015

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

Obsah

Úvodem	8
1. Vývoj pojmů a pojetí / Igor Tomeš	11
1.1 Pojem	12
1.2 Geneze moderního evropského pojetí hospicové péče	14
1.3 Soudobé pojetí v ČR	16
1.4 Výběr z relevantní literatury	17
1.5 Moderní trendy v evropské hospicové péči	18
1.6 Sekundární analýza dosavadních výzkumů	20
2. Současné uspořádání podpory a pomoci umírajícím / Igor Tomeš	22
2.1 Rozsah potřeby	22
2.2 Uspokojování potřeby nemocnicemi a jinými zdravotnickými a sociálně zdravotnickými ústavy	24
2.3 Domácí ošetrovatelská péče (Home care)	30
3. Právní rámec / Igor Tomeš	34
3.1 Lidská práva	34
3.2 Zdravotnické předpisy	35
3.3 Předpisy sociální ochrany	36
4. Hospicová péče v ČR / Katarina Sedlářová	38
4.1 Obecně o hospicové péči v ČR	39
4.2 Výkony a vybavení hospiců v ČR	41
4.3 Poskytované služby	42
4.4 Financování hospiců	44
5. Rozhovory s řediteli hospiců / Katarina Sedlářová	45
5.1 K otázkám řízení	48
5.1.1 Jaké nejčastější problémy mají ředitelé při řízení hospice?	48

5.1.2 Jaké mají představy o optimálním fungování ve vztahu k identifikovaným problémům, které by přispěly k rozvoji paliativní péči?	54
5.2 K problému náplně sociální práce	56
5.3 Jaké jsou nejčastější problémy zaměstnanců a péče o ně?	58
5.4 Jaké jsou zkušenosti s dobrovolníky?	60
5.5 Jak jsou hospice podporovány veřejnou správou a veřejností?	61
6. Postoje zaměstnanců / Daniela Vodáčková	64
6.1 Optimální hospicové služby	66
6.1.1 Problematika návaznosti služeb	68
6.1.2 Problematika financování	72
6.1.3 Hospic v povědomí veřejnosti	74
6.1.4 Problematika personálního zabezpečení	76
6.2 Optimální péče o pracovníky	78
6.2.1 Problematika regenerace pracovníků	79
6.2.2 Problematika podpory týmu	82
6.3 Problematika přijímání supervize	84
6.4 K problémům etiky v profesi	86
6.4.1 Problematika příbuzných pacienta	86
6.4.2 Problematika rozhodování v kontextu přání pacienta	90
6.4.3 Problematika léčby bolesti a kompetence sester	93
6.4.4 Problematika záchranné služby	94
6.4.5 Syndrom vyhoření vs. regenerace	95
6.4.6 Problematika zachování dobrého místa pro umírajícího	96
6.5 Překážky při dodržování optimálních etických představ pracovníků hospice	96
7. Postoje veřejnosti / Eva Dragomirecká	100
7.1 Současné výzkumy postojů veřejnosti ke smrti a umírání	101
7.1.1 Metasyntézy a přehledy	101
7.1.2 Výzkum Domos – Sue Ryder, Anglie	102
7.1.3 Irsko	104
7.1.4 Srovnání evropských zemí	105
7.1.5 Hlavní zjištění výzkumů postojů veřejnosti – souhrn	107
7.2 Analýzy údajů místa úmrtí	108
7.3 Výzkum postojů veřejnosti v České republice	110
7.3.1 Výzkumy agentury STEM pro hospicové sdružení Cesta domů	110
7.3.2 Shrnutí vybraných výsledků	112
7.4 Srovnání postojů dvou generací k péči o umírající – vlastní empirická data	112

7.4.1 Základní informace o šetření	112
7.4.2 Soubor	113
7.4.3 Výsledky	114
7.4.4 Shrnutí a závěr	125
8. Závěry a návrhy	128
Příloha 1. Otevřený dopis paní Jiřiny Haškové	132
Příloha 2. Kapacity a služby oddělení LDN a podobných zdravotních zařízení (lůžka a personál, 2012) / Sestavila Mgr. Renata Grofová	136
1. LDN v nemocnicích	136
2. Útvary sociální péče při zdravotních zařízeních	141
Příloha 3. Lůžkové hospice (2012)	143
Seznam používaných zkratk	147
Použitá literatura	148
O autorech	157
Summary	161
Rejstřík jmenný	162
Rejstřík věcný	163

Úvodem

Dne 20. února 2012 Ing. Juraj Kizák uveřejnil otevřený dopis paní Jiřiny Haškové s výzvou, adresovanou zdravotnímu výboru Poslanecké sněmovny, o pomoc nevléčitelně nemocným občanům. Paní Hašková se sama dlouhá léta starala o nevléčitelně nemocného manžela. Dopis je otřesným svědectvím o netečnosti veřejné správy k problémům lidí, kteří se starají – a chtějí se starat – o své těžce nemocné a umírající členy rodiny (viz příloha 1). Dopis inspiroval členy katedry sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy k vytvoření výzkumného záměru¹ s cílem zjistit, zda a jak veřejná správa umožňuje občanům důstojně umírat v ČR, a vyvodit z toho příslušné návrhy pro státní (veřejnou) správu.

Výzkumníci vycházeli ze současné filozofie a teoretického konceptu paliativní a hospicové péče v dostupné relevantní literatuře, ze současné legislativy a z dosavadních poznatků předchozích výzkumů². Přitom měli na paměti relevantní mezinárodní úmluvy, které ČR ratifikovala, a doporučení evropských struktur týkajících se paliativní péče (viz kapitola 1).

Společným rysem většiny dostupných publikací je, že se vztahují k práci s umírajícím, k profesionalitě této práce a jejímu významu, tedy ke vztahu poskytovatel–klient. Jsou psány převážně zdravotníky (lékaři a zdravotními sestrami) a soustřeďují se na otázky, jak zachovat člověku kvalitu života a důstojnost i v procesu jeho umírání (Vorlíček a kol., 2004; Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011; Haškovcová, 1975, 2000; Student a kol., 2006; O'Connor a kol., 2005).

1 Tato práce je jedním z výstupů výzkumu *Sociální souvislosti stárnutí obyvatelstva* prováděného katedrou sociální práce Filozofické fakulty v rámci Programu rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově (PRVOUK) č. 7 *Psychosociální aspekty kvality lidského života*.

2 Viz seznam použité literatury.

Ve starších výzkumech se zdůrazňuje, že paliativní péče má pozitivní vliv na kvalitu života umírajícího (Brumley et al., 2007; Addington-Hall et al., 1992; Kane et al., 1984 apod.). Gourdji (2009) též zjistil, že existuje pozitivní a dobrý vztah pacientů a zaměstnanců v hospicích. Currow (2008) potvrdil, že u pacientů, kterým nebyly poskytnuty služby specializované paliativní péče, existuje víc nenaplněných potřeb.

Navázali jsme na výzkum provedený agenturou STEM/MARK pro hospicové občanské sdružení Cesta domů *Neumíráme tam, kde chceme*³ (STEM/MARK 2011). Podkladem byly i různé další výzkumy, jako např. výzkumy zaměřené na zvyšování kvality života umírajících a jejich rodin (Cohen, 1998, 2006, Geiss, 2008, Ferrell, Grant, Funk 1998), analýza historických materiálů, která zachycovaly v posledním tisíciletí střídání modelů smrti (Áries, 2000a, 2000b), výzkumy zaměřené na hospicové hnutí (Nakashima & Canda, 2005, Qaseem et al., 2007).

Výzkumníci se soustředili na potřeby a očekávání pracovníků hospiců, na vztahy mezi nimi a jejich zaměstnavateli a na optimální fungování hospiců ve vztahu k identifikovaným problémům. Přitom práce těchto zaměstnanců je velmi odlišná od práce zaměstnanců v jiných oblastech. Jsou více ohroženi vyhořením, protože jsou vystaveni značným emočním, lékařským a logistickým výzvám (Qaseem et al., 2007). Bylo proto důležité zkoumat podmínky práce hospicových zaměstnanců, jejich potřeby a představy o optimálním fungování, a jak jejich zaměstnavatelé vnímají jejich potřeby, protože práce těchto zaměstnanců je odlišná od práce zaměstnanců v jiných oblastech pomocných profesí. Hospice mají velmi specifické pracovní prostředí a z toho plynoucí specifické potřeby, kterým jsme se ve výzkumu věnovali.

V současné době není zcela jasné, který ústřední orgán státní správy je kompetentní v otázkách úpravy, organizace a financování hospicové péče. Kompetenční rozhraní mezi Ministerstvem zdravotnictví, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a Ministerstvem práce a sociálních věcí je legislativně nezřetelné.

Výzkum byl zaměřen i na vztah státu k umírání, k jejich rodinám a péči institucí o umírající. Vycházel z představy, že stát a jeho veřejné soustavy nedostatečně podporují a zajišťují péči o umírající. Proto se zájem výzkumníků soustředil především na následující okruhy:

3 V tiskové zprávě k výzkumu veřejného mínění o umírání a péči o nevléčitelně nemocné se uvádí: „Přestože tři čtvrtiny z nás by chtěly zemřít v domácím prostředí, jen málokdo svůj život doma skutečně končí a naprostá většina lidí umírá v LDN, domovech důchodců, nemocnicích a dalších podobných institucích“.

- problémy řízení, správy a financování hospicové péče,
- problémy spojené s veřejnou podporou hospicové péče,
- podmínky a problémy zaměstnanců poskytovatelů, tedy problémy spojené s náročností práce a opatření proti vyhoštění,
- identifikaci role sociálních pracovníků v hospicové péči a z toho plynoucí legislativní návrhy,
- postoje veřejnosti k hospicové péči.

Péče o umírající je komplexní problém; jinak jej vnímají klienti, jinak jejich rodiny, jinak řídící pracovníci a jinak zaměstnanci a dobrovolníci, a úplně jinak veřejnost. Výzkumníci se rozhodli orientovat se na ředitele a zaměstnance hospiců a na vnímání veřejností. Informace byly získány analýzou dostupných dokumentů, zejména zpráv hospiců a statistik, polostrukturovanými rozhovory s řediteli hospiců a řízenými skupinovými rozhovory (metodou *focus group*) s pracovníky hospiců a dotazníkovým šetřením postojů a preferencí veřejnosti, které se vztahují k péči o umírající.

Základním výstupem výzkumu je identifikace provozních potřeb lůžkových a mobilních hospiců v ČR. Tato monografie čtenáře seznamuje se zjištěnými výsledky a s návrhy pro veřejnou sféru.

Při této příležitosti děkujeme ředitelům a vedoucím pracovníkům hospiců, kteří nás vlídně přijali a spolupracovali s námi, dále všem zaměstnancům, kteří se účastnili diskusí, a Mgr. Renátě Grófové za přípravu statistických podkladů pro kapitulu 2.

*Za kolektiv autorů
Igor Tomeš*

1. Vývoj pojmů a pojetí

Igor Tomeš

Volání po důstojném umírání a důstojné smrti je přiměřenou reakcí na neutěšenou situaci umírajících lidí. Důstojné umírání je podporované evropskými strategiemi zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí a jejich doporučeními, které by měly všechny státy plnit. Mezi tyto dokumenty patří např. Charta práv nevyléčitelně nemocných a umírajících⁴, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči⁵, Doporučení Výboru ministrů členských států Rady Evropy o organizaci paliativní péče⁶, Evropská sociální charta Rady Evropy⁷, Listina základních práv EU⁸ a další. Podle Listiny základních práv EU, která se ratifikací Lisabonské smlouvy (2009) stala součástí primárního práva EU, je lidská důstojnost nedotknutelná a musí být respektována a chráněna (Článek 1), a to od narození až do smrti, tedy i v době terminální fáze života.

Otázkám souvisejícím s narozením člověka je věnována velká pozornost státu, veřejné správy i občanské společnosti. Totéž nelze říci o životě lidí s nevyléčitelnými nemocemi a v terminálním stadiu života. Svědectví řady pacientů nemocničních oddělení lůžek dlouhodobě nemocných často připomínají zkazky o utrpení spíše než o důstojném „odchodu ze života“. Rodiny s umírajícím v domácí péči podobné historky často vyprávějí i o ošetřovatelkách *Home care*. Domovy pro seniory nejsou ve většině případů vybaveny pro poskytování služeb dlouhodobě nevyléčitelně nemocným. Ukazuje se, že v systému péče o potřebné občany chybí služby, které by poskytovaly náležitou důstojnou péči umírajícím. Takovou péči posky-

4 Doporučení Rady Evropy č.1418/1999, o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelných nemocných a umírajících.

5 www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf.

6 www.cestadomu.cz/res/data/027/003297.

7 www.mpsv.cz/cs/1132.

8 www.mzv.cz > viz Právo Evropské unie > Lisabonská smlouva.

tují hospice, a to jak doma (mobilní hospice), tak v ústavech („kamenných“ zařízeních). Je jich málo a podle dostupných informací poskytují služby jen asi 3 % umírajících občanů. O hospicích se nedočteme ani v nedávno vydané Encyklopedii sociální práce (Matoušek a kol., 2013).

Péče veřejného sektoru o nevléčitelně nemocné a umírající lidi v ČR a jeho podpora hospicům není na žádoucí úrovni. Paliativní a hospicová péče není všeobecně dostupná. Nabízejí ji především církevní a občanské společnosti s entusiasmem. Potřebná je však i širší veřejná podpora, aby se zásadně zlepšila péče o nevléčitelně nemocné a umírající občany a o jejich rodiny. Je nutné prosazovat principy kvalitní paliativní péče v soustavě zdravotních a sociálních služeb a zlepšovat informovanost odborné i laické veřejnosti o možnostech paliativní a hospicové péče (Sedlářová, 2012).

1.1 Pojem

Slovo hospic pochází z latinského slova *hospitium* (útulek). Má se za to, že první takový útulek byl popsán již v **biblickém** podobenství o milosrdném **Samaritánovi** (Lk 10,30–35, blíže viz Munzarová, 2008).

Pojem hospicová péče se používá ve spojení s paliativní péčí. Pojem paliativní péče je novější. V roce 1975 kanadský lékař Balfour Mount si hledal označení pro svou novou nemocniční jednotku v Montrealu, a uvědomil si, že výraz *hospic* („hospice“) se v Québecu⁹ používal v jiném kontextu. To jej vedlo k zavedení pojmu *paliativní péče*¹⁰. Je to pojem lékařský.

Podle Matouška (2003) je paliativní péče formou komplexní péče založené na paliativním lékařství, navíc zohledňující psychické, duchovní i vztahové potřeby pacienta a klade důraz na kvalitu života pacienta a zohledňuje i péči o jeho blízké.

Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání. Rozlišuje se obecná paliativní péče, která zmírňuje bolest, a speciální paliativní péče, která má i sociální náboj – snahu zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým v těžké době, kterou spolu s umírajícím prožívají¹¹. Za speciální paliativní péči se považují (i)

9 Označení pro největší kanadskou provincii s asi 8 miliony francouzsky mluvících obyvatel (asi 25 % kanadského obyvatelstva) a s hlavním městem stejného jména, největším po Montrealu (hlavním městem Kanady).

10 <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004542.pdf>.

11 Podrobně o paliativní péči viz Doporučení č. 24/2003 Výboru ministrů Rady Evropy *O organizaci paliativní péče* (2003). Jde jen o doporučení, nikoliv o právně závaznou úmluvu.

zařízení domácí paliativní péče, tj. mobilní hospic, (ii) samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči, tj. hospic, (iii) oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení (tj. především v rámci nemocnic a léčeben), (iv) konziliární tým paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení (nemocnice nebo léčebny), (v) denní stacionář paliativní péče („denní hospicový stacionář“). Ve většině zařízení speciálně paliativní péče s pacientem pracují i sociální pracovníci, psychologové a mnohdy i kněží různých vyznání. Proto se dnes pro spojení zdravotní a sociální péče a podpory používá označení hospicová paliativní péče.

Obecně tedy platí, že všude tam, kde léčba nevede k definitivnímu uzdravení (kurativní léčba), mluvíme o léčbě a péči paliativní. Světová zdravotnická organizace v roce 2002 definovala paliativní péče takto: „Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“¹² I když se v dokumentu Světové zdravotnické organizace píše o paliativní péči, v podstatě se jedná o definici hospicové péče. Zatímco paliativní péče jako zdravotnické úsilí je především soustředěna na pacienta, na jeho bolesti a útlum zdravotního znevýhodnění, hospicová péče silně podporuje rodinu, resp. sociální prostředí, ve kterém člověk umírá, a jeho kvalitu života, která není definovaná jen zmírněním bolesti. Většina ředitelů zdůrazňovala právě sociální a duchovní souvislosti umírání v přirozeném nebo virtuálním (v „kamenném“ hospicovém zařízení) sociálním prostředí, které respektuje kvalitu života umírajícího i jeho rodiny do posledních dnů.

Další důležitý rozlišující znak mezi paliativní a hospicovou péčí je, že paliativní péče se zabývá všemi zdravotními aspekty dlouhodobé péče o nevléčitelné pacienty, zatímco hospic se soustřeďuje na terminální stadium nevléčitelné nemoci. Hospicová péče klade stejný důraz jak na odstranění fyzického strádání, tak na zmírnění duchovních strastí, souvisejících s blížící se smrtí. Lidé zpravidla nejsou připraveni na smrt a zpráva, že se jich to bude brzy také týkat, je demoralizuje nebo skličuje. O jaké těžkosti se jedná, mluvíme-li o duševních potížích? Umíme je rozeznat? A kdo by je měl vyhodnocovat a řešit, resp. kdo by měl pomáhat pacientům a jejich blízkým je řešit? Dokáží pacienti pojmenovat potřeby, týkající

12 Doporučení č.24/2003 Výboru ministrů Rady Evropy členským státům *O organizaci paliativní péče* a Příloha k Doporučení, s. 22, vydala Cesta domů (2004), (<http://www.cestadomu.cz>).

se jejich psychické dimenze? Jak bude uvedeno dále, tyto otázky si položíla jako jedna z prvních MUDr. Marie Opatrná¹³. Úzce souvisejí s lidskou důstojností, smyslem lidského života a života s nemocí, s právy pacientů, s právy umírajících, s pravdou na nemocničním lůžku a s problematikou interdisciplinárních týmů – tedy s tematickými okruhy, které jsou předmětem nejen lékařské etiky, ale dalších významných nelékařských oborů, jako je psychologie, sociální práce a další.

Hospic je tedy převážně zařízení speciální paliativní péče, které na rozdíl od obdobných nemocničních zařízení poskytuje i výraznou sociální podporu pacientovi a jeho rodině, což podstatně zvyšuje kvalitu života občanů v terminálním stadiu života. Hospicové hnutí vzniklo v Anglii. Založila jej MUDr. Cecilie Saundersová v Londýně v roce 1967 pod jménem Hospic sv. Kryštofa (*St. Christopher's Hospice*)¹⁴.

Shrneme-li, speciální paliativní péče a hospicová péče se výrazně překrývají i liší. V hospicové péči se výrazněji uplatňuje péče o sociální a duchovní složky života umírajícího. Ředitelé nám vyprávěli, jak po příchodu pacienta do hospicové péče a stabilizaci jeho zdravotního stavu lidé dostávají nový elán, psychicky ožívají, chtějí si aktivně užít poslední dny života a umírají usmíření se svým osudem.

1.2 Geneze moderního evropského pojetí hospicové péče

Jak bylo již napsáno, původ slova hospic je z raného středověku a označoval útulek pro unavené poutníky. Hospicovou péči začaly poskytovat kláštery¹⁵ poutníkům do Jeruzaléma již od dob Konstantina Velkého (4. století). V hospici se poutníkům dostalo odpočinku, jídla, byly jim ošetřeny putováním unavené nohy, dostali léky, dostalo se jim i pomoci duchovní. Později kláštery pečovaly i o nemocné v přilehlých vesnicích i z náboženských obcí¹⁶. Za předchůdce současných hospiců bývají považovány domy pro umírající, které v Irsku a Londýně zřizovaly křesťanské řády od 19. století. Později vznikaly i laické hospice. V českém království se o to starala šlechta, obce a města; stavěly špitály¹⁷.

13 www.ekumenickarada.cz/wpimages/other/2_Marie_Opatrna.ppt.

14 Internetové stránky Hospice sv. Kryštofa v Londýně www.stchristophers.org.uk.

15 V Čechách tuto službu chudým poskytovaly např. kláštery Sázavský, Břevnovský, na Františku a Strahovský viz Tomeš (2010).

16 Mezi prvními řády byl řád sv. Františka, který ve svých kláštrech poskytoval pomoc a přístřeší chudým (Matoušek, 2001).

17 První zmínky jsou z rané doby přemyslovského knížectví. Lze se zmínit o Boleslavu I., který založil první laický „špitál“ v Praze před Týnem (929), nebo Soběslava I., který daroval

V moderní době, s důrazem na industrializaci, tyto neorganizované filantropické služby ustoupily do pozadí. Hospice postupem doby zanikaly, ale myšlenka jistého útočiště pro potřebné nikoliv. Jejich služby nahrazovaly obecné domy azylového typu (*Hôtel de Dieu* ve Francii, *Homes for the Poor* v Anglii, špitály ve střední Evropě). Nejznámější špitál v Praze postavila na Františku v roce 1223 Svatá Anežka Přemyslovna, dcera českého krále Přemysla Otakara I. Bylo založeno Laické bratrstvo špitální, z kterého vznikl řád Křížovníků s červenou hvězdou; za vlády Karla IV. (1316–1378) bratrstvo spravovalo v českých zemích šedesát špitálů. Ve špitálech byli především chudí dlouhodobě nemocní a umírající.

Domácí péče o umírající byla tradičně věcí velké rodiny. Tradice se zachovala v některých venkovských (zejména zemědělských) rodinách a v méně rozvinutých zemích. S urbanizací byly velké rodiny, opírající se o zemědělství, ve městech vystřídány nukleárními rodinami bez zemědělského zázemí; chudé městské rodiny měly problém s péčí o umírající.

Moderní domácí hospicová péče začala v roce 1859 v Liverpoolu. Filantrop William Rathbon přišel s myšlenkou domácí péče v době, kdy jeho žena umírala na zhoubnou chorobu. Ve spolupráci s Florence Nightingale (zakladatelkou a propagátorkou moderního ošetrovatelství) založil první školu pro sestry, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným, potřebným a chudým lidem. Podobně v USA v roce 1885 ve městech New Yorku, Buffalu, Bostonu a Philadelphii byla založena organizace sester poskytující domácí péči chudým a opuštěným lidem se zdravotními problémy. V rámci celé Evropy koncem 19. století dochází k rozvoji domácí péče, zpočátku s důrazem na zdravotní pomoc. Časem se tato služba vyvinula v komplexní mobilní hospicovou péči.

K renesanci hospicového hnutí dochází až ve 20. století, avšak již s poněkud jiným posláním. Poskytuje nevyléčitelně nemocným, zejména v terminálním stadiu jejich života, pomoc s ohledem na zachování důstojnosti života. Podnětem k rozvoji moderních hospiců bylo úsilí Cecily Saundersové, která v r. 1967 založila Hospic sv. Kryštofa (*St. Christopher Hospice*). Počet hospiců se v Anglii a v USA odhaduje na více než dva tisíce. V USA v roce 1995 byla založena *World Homecare and Hospice Organization* (WHHO).

Vyšehradské kapitule špitál (1135), (Tomeš, 2010) Po těchto prvních iniciativách pomoc nemocným chudým se stala obligací šlechty. Soběslav I nařídil, aby každý župní hrad zajistil potřebným osácení a stravu (1138). Ferdinand I. zřídil první zemskou nemocnici s odděleními pro nemocné a pro chudé, jejíž správu svěřil Milosrdným bratřím. Hrabě Buquoy založil chudinský ústav, který nazval Ústav lásky k bližnímu (1620) (Erdinger, 2009).