

Domácí paliativní péče v Jihomoravském kraji

Anežka Němcová

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Anežka Němcová
Osobní číslo: H21388
Studijní program: B0913P360015 Všeobecné ošetrovatelství
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Domácí paliativní péče v Jihomoravském kraji

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti domácí a paliativní péče.
Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.
Formulace kritérií pro výběr participantů.
Realizace kvalitativního výzkumu technikou analýzy dokumentů a rozhovorů.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.
Prezentace výsledků, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tisková/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BROOK, J., C. MCGRAW & Y. THURTELL. *Oxford Handbook of Primary Care and Community Nursing*. 3rd edition. New York, NY: Oxford University Press, 2021. 880 p. ISBN 9780198831822.
- KABELKA, L. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2018. 344 s. ISBN 978-80-204-5049-4.
- KISVETROVÁ, H. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf, 2018. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
- MARKOVÁ, A. a kol. *Hospic do kapsy*. 4. vyd. Praha: Cesta domů, 2023. 183 s. ISBN 978-80-88455-09-7.
- MAZZO, M. & D. W. SHERMAN. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 5th edition. New York: Springer, 2019. 727 p. ISBN 978-0-8261-2712-9.
- STIBOROVÁ, D. a J. FREI. *Paliativní péče a umění v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa, 2018. 66 s. ISBN 978-80-270-3779-3.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**


Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan




Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby⁽¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3⁽²⁾;
- podle § 60⁽³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60⁽³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

⁽¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejnění autorových prací

⁽²⁾ Účastí díla nezákonného zveřejnění diplomové, bakalářské a rigorózní práce, a kterých proběhla obhajoba, včetně poskytlé opozornění a výslovně obhajoby prostřednictvím databáze bakalářských prací, kterou spravuje Způsob poskytnutí stavací materiálů pro výzkum školy.

⁽³⁾ Diplomová, diplomová, bakalářská a rigorózní práce sdělování ochrannou k obhajobě musí být při výměně při pracovních dle před konání obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určení umístění předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracovníků vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Písní, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ač je-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vztáhnout dírova, mohou se tyto osoby domáhat nabrzení chybyjícího projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li shodnó jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z vjádřku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši vjádřku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku domácí paliativní péče. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První vymezuje paliativní péči, druhá charakterizuje pacienty indikované k paliativní péči a jejich rodinu a třetí kapitola popisuje roli sestry v paliativní péči, včetně vzdělání a kompetencí.

Cílem praktické části práce je zjistit, která pracoviště v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu.

Klíčová slova: paliativní péče, umírající, rodina, komunikace, multidisciplinární tým, pečující osoba

ABSTRACT

The bachelor thesis is focused on the issue of home palliative care. The theoretical part contains three chapters. The first defines palliative care, the second characterizes patients referred for palliative care and their family, and the third chapter describes the role of the nurse in palliative care, including education and competencies.

The aim of the practical part of the thesis is to find out which workplaces in the South Moravian Region provide home palliative care for patients in the terminal stage.

Keywords: palliative care, dying, family, communication, multidisciplinary team, caregiver

PODĚKOVÁNÍ

Nejprve bych ráda poděkovala vedoucí práce PhDr. Anně Krátké, Ph.D za její ochotu, trpělivost, vstřícnost a cenné rady při vedení mé bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala participantkám výzkumu, se kterými jsem se měla možnost setkat a vyslechnout si spoustu zajímavých informací, a také za jejich ochotu udělat si na mě čas. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat mé rodině za podporu a trpělivost během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE	12
1.1 VYMEZENÍ POJMU.....	12
1.1.2 Druhy paliativní péče	13
1.2 HISTORIE PALIATIVNÍ PÉČE.....	15
1.3 BUDOUCNOST PALIATIVNÍ PÉČE	17
2 PACIENT V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ A JEHO RODINA.....	22
2.1 KRITÉRIA PRO INDIKACI PACIENTA	22
2.2 POTŘEBY PACIENTA	23
2.3 ROLE RODINY V PÉČI O PACIENTA	26
3 VŠEOBECNÁ SESTRA V DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČI.....	28
3.1 ÚLOHA SESTRY V DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČI	28
3.2 ODBORNÁ ZPŮSOBILOST SESTRY K VÝKONU DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE	30
3.3 KOMPETENCE SESTER V OBLASTI DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE	31
3.4 MOTIVACE SESTER K PRÁCI V OBLASTI DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE	33
3.5 KOMUNIKACE SESTRY S RODINOU.....	34
II PRAKTICKÁ ČÁST	36
4 METODIKA PRÁCE	37
4.1 CÍL VÝZKUMU	37
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
4.3 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU.....	37
4.4 CHARAKTERISTIKA PRO VÝBĚR ZDROJŮ	38
4.5 VÝBĚR PRACOVIŠŤ A PARTICIPANTŮ	38
4.5. CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ A PRACOVIŠŤ	38
4.6 REALIZACE VÝZKUMU.....	41
4.7 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ.....	42
5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A JEJICH INTERPRETACE.....	43
5.1 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT Z ÚZIS	43
5.2 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT Z VZP	43
5.3 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT Z JMK.....	44
5.4 ANALÝZA A INTERPRETACE ROZHOVORŮ	45
ROZHOVORY K VÝZKUMNÉ OTÁZCE Č. 1	46

5.5	ROZHOVORY K VÝZKUMNÉ OTÁZCE Č. 2	48
5.6	ROZHOVORY K VÝZKUMNÉ OTÁZCE Č. 3	51
	DISKUZE	55
	ZÁVĚR	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	58
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	62
	SEZNAM TABULEK.....	64
	SEZNAM PŘÍLOH	65

ÚVOD

Výběr tématu bakalářské práce byl ovlivněn událostí z mé rodiny, kdy jsem byla svědkem postupného odcházení dědečka. Bylo to složité období pro celou rodinu, které všem dalo dar času, který jsme společně prožili. Čas, který byl důležitý i pro upevnění vztahů v rodině. Měla jsem možnost si ujasnit svůj postoj ke stáří a smrti. Na základě této zkušenosti a také osobní touhy dozvědět se o paliativní péči více, jsem se rozhodla toto téma zpracovat formou bakalářské práce. Abych měla možnost se lépe seznámit se s prací zařízení poskytujícími domácí paliativní péči, ukázat nelehkou práci s klienty v konečném stádiu onemocnění. Umírání je proces, který nejde jen tak vytěsnit, prostě patří k životu každého z nás. Pro nikoho není příjemné mluvit na toto téma, protože v nás vyvolává nepříjemný pocit úzkosti a strach ze smrti. V dnešní době je paliativní péče důležitým oborem, který se zaměřuje právě na umírající osoby.

Hlavním cílem práce bylo zjistit jaká zařízení v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienta v terminálním stavu. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se dělí na tři kapitoly. První kapitola obsahuje základní terminologii paliativní péče, historii, rozdělení a budoucnost paliativní péče. Druhá kapitola je zaměřena na osobu pacienta v domácí péči. Třetí kapitola zahrnuje informace, týkající se role a motivace všeobecné sestry, její vzdělání a kompetence s akcentem na péči o pacienty v paliativní péči.

Praktická část bakalářské prezentuje výsledky výzkumu, jehož výstupem je přehled zařízení, která poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu v rámci Jihomoravského kraje.

V závěru práce lze najít shrnutí výzkumu. Bakalářská práce je ukázkou teorie a praxe v péči o umírající v domácím prostředí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je přístup, který je pro pacienty a jejich rodiny vyjádřením oddanosti a úcty. Je příležitostí, aby umírající od svých blízkých dostal v poskytované péči svůj poslední dar. Péče o potřeby nemocného může pomoci překonat členům rodiny jejich žal. Přijetí péče a lásky pomáhá zmírnit bolest a také napravit vztahy v rodině (Byock, 2015).

V legislativním prostředí České republiky je paliativní péče primárně zdravotní službou poskytovanou dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (Česko, 2011a).

1.1 Vymezení pojmu

„Paliativní péči se rozumí cílevědomá, ucelená kvalifikovaná podpora lidí se závažným, příčinně neléčitelným a život zkracujícím onemocněním a také rodin těchto lidí. Obvykle jde o pokročilá stadia onemocnění, spějících ke smrti, tedy jde o podporu a péči poskytovanou v délce několika týdnů až měsíců.“ (Kalvach, 2019, s. 12).

Paliativní péče a paliativní medicína jsou společnou součástí určitého celku, proto je nelze dělit a musíme o nich mluvit současně. Oba obory se snaží se vnímat samotného pacienta se všemi jeho problémy. Symptomy a zdravotní potíže řeší právě paliativní medicína. Ostatní problémy, které se netýkají výhradně jen zdravotních, řeší paliativní péče (Svoboda a Herle, 2019). Zavedení co nejvhodnějších intervencí závisí na zdravotním a psychosociálním stavu pacienta a také na celkovém vyhodnocení bolesti, cílech péče, dále na porozumění klinické farmakologii analgetických léčiv a volbě vhodných nefarmakologických intervencí. Péče o pacienty je holistická a zahrnuje fyzickou, psychickou nebo i duchovní péči. Ovlivňuje nejen pacienta, ale i jeho blízké okolí a zdravotnický personál, který právě tuto péči poskytuje. Zdravotníci nesou odpovědnost především za to, aby co nejlépe zvládli všechny symptomy, se kterými se pacient v paliativní péči potýká (Matzo a Sherman, 2018).

1.1.1 Teoretická východiska

Výraz „paliativní“ vychází z latinského slova „pallium“, které v překladu znamená rouška nebo plášť. Anglické slovo „palliate“ překládáme jako „mírnit, tišit.“ Spojením těchto dvou překladů nabízí vysvětlení, co by měla paliativní péče splňovat, tj.: *„zakrýt hojivou rouškou účinky nevléčitelných nemocí“* (Bužgová, 2015, s. 16).

Paliativní péče je definována různě. Dá se říci, že využívá celistvý přístup k nemocnému, umožňuje mu neomezený kontakt s jeho rodinou a přáteli. Klade důraz na kvalitu života jedince, řeší obtížné symptomy a také konkrétně určuje skupiny pacientů, kterým je paliativní péče poskytována (Marková, 2023). Pro práci byly zvoleny dvě definice. První cituje Bydžovského: „*Paliativní péče je komplexnější, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.*“ (Bydžovský, Kabát a kol., 2015, s. 11). Druhá definice od World Health Organization (Světová zdravotnická organizace, dále WHO), paliativní péči charakterizuje jako: „*obor poskytovaný formou specializované lékařské péče, jejímž cílem je optimalizace kvality života a zmírnění utrpení pacientů souvisejícího se zdravím fyzickým, psychologickým, sociálním nebo duchovním. Bez ohledu na to, zda jde o kardiovaskulární nemoci, rakoviny, selhání orgánů a chronické nemoci v konečném stádiu.*“ (World Health Organization, © 2022).

Dnešní moderní paliativní péče je komplexní, multidisciplinární a směřuje na čtyři hlavní rozměry pacienta: biologický, psychologický, sociální a spirituální. Na této péči se podílí multidisciplinární tým, který se skládá z lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů, duchovních a dalších specialistů z různých oborů. V mobilní paliativní péči, poskytovanou pacientům v jejich přirozeném prostředí, hraje nezastupitelnou roli rodina a blízcí pacienta (Bydžovský, Kabát a kol., 2015).

Paliativní péče umožňuje pacientovi zůstat co nejdéle se svými nejbližšími a zachovávat tak s nimi přirozené vazby. Tím napomáhá rodině a přátelům zvládat lépe zármutek a je jim pomocníkem i v období po smrti nemocného. Snižuje utrpení nevléčitelně nemocným pacientům a dokáže některým prodloužit délku dožití až o několik měsíců. Díky ní dochází ke citelnému snížení výdajů na zdravotní péči, a to především v případech opakujících se návštěv pohotovostí a hospitalizací v nemocničních zařízeních, nebo snížením poskytované intenzivní agresivní léčby (Marková, 2023).

1.1.2 Druhy paliativní péče

Potřeby pacientů v pokročilých stádiích nevléčitelných nemocí a z nich plynoucí nutnost paliativní péče, závisí na základním onemocnění, stupni jeho pokročilosti (pokročilá, ale relativně kompenzovaná stadia, preterminální a terminální stadia onemocnění), přítomnosti více závažných onemocnění současně, pacientově věku a sociální situaci (míra sociální podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace apod.)

a v neposlední řadě na psychickém stavu (kognitivní a emoční stav, míra informovanosti, duchovní orientace apod.) pacienta. Podle komplexnosti péče nutné k udržení dobré kvality života, je účelné dělit paliativní péči na obecnou a specializovanou (Byock, 2015). Přechod mezi oběma formami by však měl být plynulý, protože pacienti se již mohou nacházet v pokročilém stádiu nemoci, což vyžaduje rychlé jednání (Sláma, Kabelka a kol., 2022).

Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v rámci jejich jednotlivých odborností. Rozhodně by měla být dostupná v každém zdravotnickém zařízení, kde umírají lidé (Kabelka, 2018). „Zahrnuje především samotné rozpoznání, sledování a ovlivňování toho, co je důležité pro kvalitu života pacienta.“ (Bužgová, 2015, s. 18.).

Obecnou paliativní péči dobře vystihuje přístup, který definuje O'Connor, et al. (2005, s. 15): „Paliativní přístup představuje sadu základních znalostí a dovedností, které mohou použít všichni zdravotničtí pracovníci, pečující o pacienty s život ohrožujícím či terminálním onemocněním.“

K nejběžnějším poskytovatelům obecné paliativní péče patří praktičtí lékaři, agentury domácí péče, rezidenční zařízení, domovy pro seniory či následná a dlouhodobá péče (Bužgová, 2015).

Specializovaná paliativní péče je aktivní péče, kterou poskytuje tým odborníků, kteří mají paliativní péči jako svou hlavní činnost. Je žádoucí, aby tuto péči prováděl vyškolený personál, který má vzdělání v oblasti paliativní péče (Marková, 2023). Vhodné je její uplatnění u nemocných, kde již obecná paliativní péče není dostačující na řešení problémů nemocných. K jejímu poskytování jsou určena zařízení specializovaná na zabezpečení paliativní péče. Specializovaná paliativní péče je u nás vymezena zákonem o zdravotních službách, kde je uvedeno, že se jedná o samostatný druh zdravotní péče, jejímž cílem je mírnit utrpení a zachovat kvalitu života nemocného, který strádá nevyléčitelnou nemocí. Tuto péče poskytují nejčastěji lůžkové a mobilní hospice (Bužgová, 2015). Specializovanou formu paliativní péče poskytují: domácí paliativní péče, lůžkové hospice, oddělení specializované paliativní péče, ambulance paliativní medicíny, konziliární týmy paliativní péče, denní stacionář.

- **Domácí paliativní péče** – zabezpečuje specializovanou péči multidisciplinárních týmů nemocným přímo v jejich domácím prostředí. Kromě zdravotních služeb poskytuje i služby sociálního charakteru, psychologické a duchovní. Členové těchto týmů, lékaři, zdravotní sestry, sociální a pastorační pracovníci, dobrovolníci, psychologové plně poskytují všestrannou péči a pomoc rodinám, které pečují o svého umírajícího člena

rodiny, pomáhají řešit situace spojené s koncem života pacienta, a to při zachování vysokého standardu medicínské a ošetrovatelské praxe (Marková, 2023).

Lůžkové hospice jsou pobytová zařízení poskytující komplexní péči s důrazem na individuální potřeby a přání nemocného. Zachovává důstojnost člověka, vytváří a udržuje přátelský vztah ošetrujícího personálu k pacientovi. Návštěvy rodiny a příbuzných nejsou nijak omezovány, pacient je až do konce svého života v intenzivním vztahu se svými blízkými (Sláma, Kabelka a kol., 2022).

- **Oddělení specializované paliativní péče** fungují v rámci jiných lůžkových zařízení. Pro pacienty, kteří jsou schopni docházet do zdravotnického zařízení, jsou určeny ambulance paliativní medicíny.
- **Konziliární tým paliativní péče** tvoří odborníci, kteří externě poskytují odborná konzilia – pacient zůstává na oddělení, kde je mu poskytována léčba (Kala a Dorková, 2017).
- **Denní stacionář** umožňuje poskytnout krátkodobou péči v řádu několika hodin až jeden den. Jde především o to, aby se oddálila hospitalizace pacienta a snáze ho vrátila do domácího prostředí (Haškovcová, 2007). Pacient je do stacionáře přijat většinou ráno a odpoledne nebo večer je propuštěn domů. Tato forma péče se hodí pro pacienty v místě nebo z blízkého okolí. Dopravu nemocného řeší rodina se stacionářem a vždy záleží na jejich domluvě a konkrétních podmínkách (Svatošová a Palán, 2019) (Příloha P I).

1.2 Historie paliativní péče

Výraz „hospice“ jako místo, které sloužilo nemocným na konci života, jako první použila Jeanne Garnierová. Díky její iniciativě vzniklo v roce 1842 v Lyonu společenství žen, jejichž posláním bylo pečovat o nevléčitelně nemocné a umírající. První hospicový dům, kam byli přijímáni umírající, byl v průběhu roku 1847 otevřen v Paříži. Později, v roce 1878 založila Marie Aikenheadová v irském Dublinu kongregaci Sester lásky, jejichž hlavním úkolem bylo pečovat o nevléčitelně nemocné. Následně vzniklo několik hospiců, zaměřených na doprovázení umírajících v Irsku a Anglii. Jedním z nich byl Hospic sv. Josefa v Londýně, kde pracovala jedna z nejvýznamnějších osobností hospicové péče, a to Cicely Saundersová. Cicely Saundersová zde pracovala po druhé světové válce jako zdravotní sestra, po ukončení studia na oxfordské univerzitě pokračovala na pozici lékařky. Jejím životním posláním bylo, postarat se o potřeby nemocných a umírajících. Její koncept „celkové bolesti“ se stal základním pilířem hospicové péče. V roce 1967 zakládá Saundersová na předměstí Londýna

Hospic sv. Kryštofa (St. Christopher's hospice). Zde velmi aktivně realizuje péči o nemocné a umírající se saturací potřeb ve všech oblastech. Hospic sv. Kryštofa byl průkopníkem cesty ke kvalifikovanému doprovázení nevléčitelně nemocných, za pomoci lékařsko-sesterského týmu (Vorlíček, Adam a kol., 2005). V Česku má domácí péče historické kořeny. Služba potřebným v rodinách i špitálech byla výsadou řeholních řádů. V roce 1919 byl za aktivní pomoci Alice Masarykové založen Československý červený kříž. V období první republiky, z důvodu velmi vysokých nákladů na ošetřování v nemocnicích a snaha zlepšit úroveň zdravotnictví, daly vzniknout myšlenky odborné ošetrovatelské pomoci v domácím prostředí. Od roku 1952 garance za poskytování domácí zdravotní péče přechází na stát. Služby postupně přebírají obvodní ambulance a sestry pracují jako sestry geriatrické (Hanzlíková a kol., 2007; Kutnohorská, 2010). Po sametové revoluci v roce 1989, se začínáme vracet k demokratickým principům. Vznikají první agentury domácí péče jako součást České katolické charity. Ministerstvo zdravotnictví ČR v roce 1991 legálně zaštiťuje provoz domácí péče, je spuštěn dvouletý pilotní program (Kisvertová, 2018). Na konci roku 1991 poskytovalo v České republice domácí péči celkem 26 agentur. V roce 1993 byla založena Asociace domácí péče České republiky, která dodnes nepovinně sdružuje poskytovatele domácí péče. Počátkem roku 1994 již bylo registrováno celkem 353 agentur poskytujících domácí péči. V několika centrech se začal využívat nový model hospicové péče o pacienty v terminálním stádiu života. Do povědomí obyvatelstva se dostává domácí péče rovněž díky projektu Hippokrates. Postupně došlo k nasycení poptávky péče v domácím prostředí, takže nárůst již nebyl tak velký. V roce 1992 vzniká v nemocnici v Babicích nad Svitavou, oddělení paliativní péče, které vznikalo současně s prvním hospicem. Postupně začalo fungovat jako LDN (Hanzlíková a kol., 2007). Prvním fungujícím lůžkovým hospicem v České republice, byl v roce 1995 Hospic Anežky České v Černém Kostelci. Od roku 2001 provozuje svou činnost specializovaná ambulance paliativní medicíny, v rámci Oddělení léčby bolesti ve Fakultní nemocnici Brno (Kisvertová, 2018).

O rozvoj hospicového hnutí u nás se výrazně zasloužila MUDr. Marie Svatošová. Jejím důležitým počinem bylo, že v roce 1993 založila občanské sdružení Ecce homo zaměřené na podporu tohoto hnutí a domácí péče. Tématem umírání a smrti, které úzce souvisí s poskytováním paliativní péče, se jako první začala po roce 1989 aktivně zabývat prof. Helena Haškovcová. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Ta vydala v roce 2007 Standardy hospicové paliativní péče, definující požadavky určující kvalitu péče (Bužgová, 2015). Velmi důležitou oblastí pro rozvoj

paliativní péče je vzdělávání. Hlubší zájem lékařů o paliativní péči v této době stále nebyl, proto došlo k inicializaci založení České společnosti paliativní medicíny ČLSJEP. Významnými osobnostmi, které se o její vznik přičinily, byli prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., a MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D. Díky nim se také objevuje samostatný specializační lékařský obor paliativní medicíny (Bydžovský, Kabát a kol., 2015).

Během posledního desetiletí prošla paliativní péče v České republice velkým vývojem. V první řadě přibylo více mobilních hospiců, a to v souvislosti s připravovaným pilotním projektem. Ukázalo se, že přání umírat doma, není nereálné – naopak bezpečné, poněvadž mobilní týmy poskytující domácí paliativní péči, se zvládnou postarat i o velmi těžce nemocné lidi. Tento pilotní projekt změny v přístupu se chystal několik let. Zcela pochopitelně se mu nevyhnuly různé komplikace, nicméně šlo o velmi výraznou a zásadní změnu. Do projektu se postupně zapojilo sedm poskytovatelů mobilní hospicové péče v Praze, Jihomoravském, Zlínském a Moravskoslezském kraji. Partnerem ve financování se stala jako jediná Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). Ostatní pojišťovny se chtěly s výsledky nejdříve dopodrobna seznámit a poté zvážit svou účast v dalším pokračování programu. Velmi významnou se stala skutečnost, že projekt získal podporu u Ministerstva zdravotnictví ČR (Peřina, 2016).

1.3 Budoucnost paliativní péče

Obor paliativní medicíny, zabývající se léčbou nevléčitelně nemocných různých diagnóz, se začal v posledních letech rozvíjet. Vznikají organizace sdružující lidi s podobnými prognózami a pořádají se různé konference, které mají o této možnosti léčby zvýšit povědomí. Kisvertová při vývoji konceptu paliativní péče uvedla zkratku **POFČOSR**:

Plánování – plánujme, co bude, pokud nastanou nepříjemnosti.

Otevřenost – hovořme o všem a veďme k tomu i pacienta.

Férovost – prezentujme férově vyhlídky a možnosti pacienta.

Čas – mějme vždy čas na rozhovor, na koordinaci a management případu.

Otázky – dotazy pacienta jsou nezbytné, on je klíčem k rozhodování.

Symptomy – snažme se o komfort pacienta.

Rodina – podporujme možnost provázení osobami blízkými u umírajícího pacienta a umožněme jim jejich nepřetržitou přítomnost (Kisvertová, 2018).

„Kvalitní paliativní péči považujeme za nezbytnou součást systému zdravotní péče v České republice a dlouhodobě této oblasti poskytujeme finanční i systémovou podporu. Aktivně jednáme s Českou společností paliativní medicíny. Od roku 1994 ministerstvo zdravotnictví ze státního rozpočtu podpořilo výstavbu lůžkových hospicových zařízení ve třinácti krajích. Kromě nákupu vybavení u poskytovatelů paliativní péče finančně podporujeme vzdělávací a osvětové aktivity vůči veřejnosti i vzdělávání samotných zdravotníků,“ řekl ministr zdravotnictví Vlastimil Válek (MZČR, © 2023). Paliativní péče je významně podporována i díky prostředkům Evropské unie nebo Programu švýcarsko-české spolupráce. Díky projektům podpořeným v rámci Operačního programu Zaměstnanost, jejichž realizaci ministerstvo zdravotnictví úspěšně ukončilo v minulém roce, se podařilo zvýšit dostupnost specializované paliativní péče, a to jak v nemocnicích, tak v domácím prostředí. V nemocnicích spustily svou činnost konziliární paliativní týmy, které působí napříč nemocničními odděleními, řeší komunikaci obtížných témat s pacienty a jejich rodinami, zjišťují jejich potřeby a snaží se je naplnit. V rámci projektu byly rovněž vytvořeny nástroje na podporu rozvoje mobilních hospiců, umožňujících více pacientům dožít v jejich domovech. Ministerstvo zdravotnictví rovněž spolupracuje na investiční podpoře paliativní péče formou Integrovaného regionálního operačního programu Ministerstva pro místní rozvoj. Prostředky mohou využít jednotlivé konziliární paliativní týmy v nemocnicích, mobilní a lůžkové hospice na stavební projekty nebo na nákup vybavení. „V podpoře budeme pokračovat i nadále. Přímo paliativní péči se bude věnovat projekt na vytvoření národní strategie paliativní péče do roku 2035, který navíc podpoří i rozšíření obecné paliativní péče především směrem k praktickým lékařům,“ uvedla zastupující vrchní ředitelka sekce zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví Venuše Škampová (MZČR, © 2023). Měl by být spuštěn v roce 2024 a finančně podporován z Operačního programu Zaměstnanost plus. O tom, že je rozvoj paliativní péče v České republice jednou z priorit, svědčí i to, že v posledních třech letech došlo k masivní úhradové podpoře paliativní péče ve všech jejích podobách. Do vyhlášky se dostala úhrada konziliárních paliativních týmů v nemocnicích, které postupně vznikly a dále vznikají. Domácí paliativní péče má významně vyšší růst úhrad než ostatní poskytovatelé zdravotních služeb. Pro další léta se počítá například s kompletní aktualizací výkonů ambulantní paliativní péče, která dosud byla trochu opomíjena, ale do budoucna představuje jednu ze zásadních komponent paliativní medicíny (MZČR, © 2023).

Bakalářská práce se orientuje na zařízení, která poskytují domácí paliativní péči v Jihomoravském kraji. Kraj chce především do budoucna vytvořit vhodné podmínky

a pobídky, které povedou k zajištění a poskytování širokého spektra kvalitních a dostupných služeb na profesionální úrovni, směřujících ke zmírnění bolesti, duševního a tělesného strádání, k zachování důstojnosti nevy léčitelně nemocných a poskytování podpory jejich blízkým. Naplnění této vize povede ke kvalitnímu a efektivnímu poskytování paliativní péče v kraji. Vybudování sítě poskytovatelů paliativní péče, možnost volby prostředí pro život s nevy léčitelnou chorobou i závěr života, dostupnost sociální a psychologické podpory pro rodiny a blízké nebo vznik funkce krajského koordinátora rozvoje paliativní péče, to jsou jen některé z cílů, které si před sebe klade koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji. Koncepční materiál na období 2022 až 2025 schválili zastupitelé kraje na svém zasedání 17. února 2022. *„To, jaké jsou hodnoty společnosti, ve které žijeme, poznáme podle toho, jak se chováme k těm nejzranitelnějším. I to je důvod, proč Jihomoravský kraj potřebuje kvalitní koncepci rozvoje paliativní péče. Je naší povinností co nejlépe zvládat specifické potřeby lidí, kteří z tohoto světa odcházejí – a to nejen ty fyzické, ale i psychické a duchovní. A jsou zde i potřeby jejich nejbližších a všech, kteří o ně pečují. Jednou ze součástí kvalitní péče v této oblasti je i domácí hospicová péče, na její podporu schválil kraj nedávno 14,5 milionu korun. Každý lidský život si zaslouží úctu a nic na tom nemění skutečnost, že se chýlí k závěru,“* uvedl ke vzniku koncepce hejtman Jan Grolich. Koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji je zpracována tak, aby se paliativní péče stala nedílnou součástí jihomoravského zdravotnictví. Začlenění paliativní péče do systému zdravotních a sociálních služeb je nezbytnou podmínkou k efektivnímu nastavení péče o nevy léčitelně nemocné, jak z hlediska kvality života nemocných, jejich blízkých a kvality péče, tak i z ekonomického pohledu. *„Chceme lidem umožnit, aby mohli poslední dny života strávit doma, ve svém prostředí, které je jim nejmilejší a je pro ně také psychosociálně nejvhodnější. Proto klademe důraz jak na podporu paliativní péče v domácím prostředí, tak i na podporu paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. S tím souvisí vzdělávání a podpora pro personál i pro neformálně pečující rodiny, které dochovávají své příbuzné doma,“* uvedla radní pro sociální a rodinnou politiku pro oblast sociální a rodinné politiky Jana Leitnerová. Jak následně doplnila, narůstající význam má i terénní hospicová péče. V koncepci je tak myšleno například i na mobilní hospice, které jezdí do domácností umírajících (JMK, © 2022a).

Strategickým cílem JMK je zajištění dostupnosti obecné i specializované paliativní péče. K naplnění strategického cíle v oblasti paliativní péče jsou stanoveny následující specifické cíle:

1. Implementace paliativní péče do nemocnic, které poskytují akutní, následnou a dlouhodobou lůžkovou péči.
2. Zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní péče.
3. Zajištění dostupnosti paliativní péče ve vybraných pobytových sociálních službách.
4. Rozvoj paliativní péče poskytované dětem.
5. Vytvoření pozice koordinátora a Pracovní skupiny pro paliativní péči v JMK.
6. Zajištění dostupnosti kvalitní lůžkové paliativní péče v JMK.
7. Zvýšení informovanosti veřejnosti o paliativní péči v JMK.
8. Zajištění dostupnosti mobilní specializované paliativní péče.

V každém okrese JMK funguje alespoň jeden poskytovatel mobilní specializované paliativní péče (MSPP), který splňuje personální požadavky této zdravotní služby v souladu s metodickým pokynem MZČR a má smlouvy o poskytování a úhradě péče se všemi zdravotními pojišťovnami. V optimálním případě má každý poskytovatel MSPP (odbornost 926) možnost poskytovat také výkony odbornosti domácí péče (odbornost 925) a specializovanou ambulanci paliativní medicíny (odbornost 720). Za cílový stav je aktuálně považována minimálně jeden poskytovatel MSPP na 75 000-150 000 obyvatel (JMK, © 2022b).

Kroky, jimiž JMK mimo jiné podpoří tvorbu sítě poskytovatelů MSPP:

- Požadováním a kontrolou kvality poskytovaných zdravotních služeb v rámci výběrových řízení.
- Podporou poskytovatelů MSPP při jednání se zdravotními pojišťovnami na uzavření logického komplexu zdravotních služeb odbornosti 926 + 925 + 720 (viz výše).
- Podporou edukačních akcí zaměřených na zdravotní a sociální služby ve vztahu k paliativní péči a podporou vzdělávání pracovníků – lékařů, nelékařských zdravotnických pracovníků, sociálních pracovníků a dalších členů multidisciplinárního týmu, kteří poskytují MSPP ve vlastním sociálním prostředí pacienta, v zařízení sociálních služeb, v hospici nebo paliativní péči u poskytovatelů zdravotních služeb v rámci ambulantní péče i lůžkové péče.
- Provozními dotacemi pro poskytovatele MSPP, které budou založeny na objemu a kvalitě poskytnuté domácí péče.
- Podporou poskytovatelů vypracováním řídicího materiálu o zacházení s návykovými léčivými. Řídicí materiál upravuje otázku zacházení a evidence návykových látek.

- Rozšíření terénních sociálních služeb pro paliativní pacienty, které by pracovaly v režimu schopném se adaptovat na MSPP. Zvyšování kompetencí pečovateli, plná náhrada péče rodiny (JMK, © 2022b).

2 PACIENT V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ A JEHO RODINA

Laskavá péče osob je pro umírajícího důležitá pro navození pocitu klidu a snížení obav ze smrti. Je důležitá pro snížení pocitu opuštěnosti, prázdnoty a nejistoty. Umožnit paliativnímu pacientovi, aby byl v úzkém kontaktu se svou rodinou a blízkými, zásadně ovlivňuje prožívání závěru života a samotný proces umírání. Pokud má rodinný příslušník zájem, lze najít oblasti péče, kde se může aktivně pomáhat. Jde především o pomoc s příjmem potravy, péče o dutinu ústní nebo pasivní pohyby končetinami. Tyto aktivity přinášejí rodině dobrý pocit a naplnění z toho, že se může zapojit do procesu péče o blízkého člověka.

Naopak pro nemocného je vnímání rodiny velmi důležité pro psychický stav (Kisvertová, 2018).

2.1 Kritéria pro indikaci pacienta

Domácí paliativní péče je z hlediska sociálního i psychického pro většinu pacientů tou nejlepší možností péče. Tým, který poskytuje paliativní péči, by měl udělat maximum pro to, aby mohli být spolu. Pro tento typ péče ale musí být splněny tři podmínky:

- rodina (alespoň jeden její člen) musí být schopna a ochotna převzít celodenní péči o blízkého,
- nemocný musí s touto formou péče souhlasit,
- je nezbytné, aby rodina měla k dispozici tým odborníků v rozsahu 24/7 (Marková, 2023).

Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) je indikována u pacientů, kteří si přejí prožít závěr života ve vlastním sociálním prostředí. Míra jejich symptomové zátěže, klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem péče však neumožňují registrujícímu lékaři s odbornou způsobilostí ani ve spolupráci s agenturou domácí péče převzít odpovědnost za zajištění trvale dostupné péče ve vlastním sociálním prostředí až do úmrtí pacienta. MSPP indikuje lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Nemocný nebo jeho blízcí se mohou s žádostí o přijetí do MSPP obrátit přímo na poskytovatele MSPP. Pokud nemocný splní níže uvedená klinická indikační kritéria a bude přijat do MSPP, poskytovatel MSPP jeho přijetí registrujícímu lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství a relevantním ambulantním specialistům oznámí. Z klinického hlediska je MSPP určena nemocným, jejichž zdravotní stav již nedovoluje ambulantní kontroly, a jejichž symptomová zátěž je natolik komplexní či natolik obtížně řešitelná, že vyžaduje nepřetržitou dostupnost návštěvní služby lékaře –

specialisty a zpravidla i akutní skokové navyšování ošetrovatelské péče bez ohledu na denní dobu. Podmínkou pro zařazení pacienta do MSPP je informovaný souhlas pacienta a jeho rodiny s poskytováním, podmínkami a cíli MSPP. Doporučuje se písemná forma tohoto informovaného souhlasu (MZČR, © 2019).

Přijetí pacienta do domácí paliativní péče je založeno na projevu vzájemné důvěry. Vždy by mělo jít o oboustranný a dobrovolný akt. Pacient i jeho rodina projevuje svou důvěru a zdravotník přijímá zodpovědnost, Pacient má právo očekávat kvalitní provedení odborných úkonů, kterým ne vždy rozumí, a také lidský zájem o sebe jako člověka. Domácí hospic je poprvé kontaktován obvykle telefonicky, kdy žadatel zjistí kapacitu a možnosti poskytování hospicové péče. S rodinou se domluví termín prvního vyšetření nemocného lékařem hospicového zařízení. Rodina poskytne zdravotní dokumentaci o zdravotním stavu pacienta a představí svá přání a představy o péči i své možnosti se na ní podílet. Obeznamení s diagnózou i anamnézou dokáže velmi usnadnit počáteční komunikaci. První kontakt s pacientem zajistí lékař společně se všeobecnou sestrou. Lékař pacientovi nabídne pomoc při řešení problémů, souvisejících s jeho chorobou. Po rozhovoru s nemocným a jeho rodinou, je provedeno základní fyzikální vyšetření lékařem s vyhodnocením škál, které indikují přijetí do mobilní hospicové péče (Kalvach, 2019). Na personál, který poskytuje domácí paliativní péči, jsou kladeny opravdu vysoké nároky. Je to dáno tím, že vstupuje do prostoru, který je osobní. Stává se nedílnou součástí života celé rodiny. Proto je nezbytné, aby se uměl rychle rozhodnout a zasáhnout ve složitých situacích. Musí zvládnout smutek a bolest rodiny (Marková, 2023).

2.2 Potřeby pacienta

Člověk je jedinečnou bytostí, která disponuje určitými vlastnostmi, nějak se chová, myslí, prožívá. To z něho činí individuální osobnost, lišící se od ostatních. Z toho plyne základní potřeba „*zůstat sám sebou*“. Aby byla tato potřeba naplněna, musí okolí pacienta přijímat projevy i důsledky jeho nemoci, nezjednodušovat pocity a strachy, vážit si ho a respektovat. A to vždy a za všech situací (Marková, 2023). „*S postupující nemocí a s blížící se smrtí se mění pořadí potřeb umírajícího člověka, stále je nezbytná péče o všechny stránky života umírajícího člověka.*“ (Svatošová, 2011, s.19). Paliativní péče si klade za cíl zlepšit kvalitu života pacientů a jejich nejbližších. Standardy paliativní péče přímo klasifikují, že se jedná o zaměření se na potřeby a přání pacienta včetně jeho rodiny (Sláma, Kabelka a kol., 2022). Potřeby umírajícího člověka jsou variabilní, liší se podle jednotlivých

lidí a situací. Některé potřeby jsou velmi časté a uvádí je většina klientů v paliativní péči (Kalvach, 2019).

Potřeby umírajících podle naléhavosti:

1. Pro člověka v terminálním stádiu života je nejdůležitější nezůstat sám v nejtěžší chvíli svého života, být obklopen blízkými lidmi.
2. Umírat bez bolesti.
3. Mít dostatek času na urovnání některých záležitostí.
4. Nalézt smysl života, jak v utrpení, tak v umírání. A co bude následovat po životě (Student, Mühlum a Student, 2007).

Potřeby pacienta lze rozdělit také na:

Biologické potřeby

Patří mezi vývojově nejstarší a patří mezi ně vše, co potřebuje lidský organismus, aby mohl fungovat na bazální úrovni. Biologické potřeby zahrnují: potřebu dýchání, příjmu potravy a tekutin, vyprazdňování, tepla. Biologické potřeby je nezbytné naplňovat co nepřirozenějším a nejšetrnějším způsobem. Nemocný člověk musí mít pocit pohodlí (Svatošová, 2011). Hlavním symptomem u pacientů v závěrečné fázi života je bolest. Bolesti se umírající pacienti bojí asi nejvíce. Pokud se bolest neléčí, tak je pro ně velkým utrpením. Ovlivňuje kvalitu života ve všech jeho oblastech, fyzické, psychické, sociální a duchovní. Je nezbytné pomoci naplnit potřebu utišení bolesti. Dnešní medicína umí zvládnout téměř všechny typy a stupně bolesti, proto je většinou velká chyba na straně zdravotníka, pokud pacient trpí bolestí, a to z důvodu jeho nepozornosti, někdy až ignorace nebo deficitu znalostí. Je proto důležité naslouchat pacientovi, správně vyhodnotit a naplánovat jeho konkrétní léčbu (Gulášová, 2009).

Psychické potřeby

Emoce pacienta v paliativní péči nelze podceňovat, neboť se emoční a citový stav pacienta odráží na kvalitě jeho života. Pomocníkem při zvládnání emocí může i laik. Mnohdy může pomoci prostý lidský rozhovor kohokoliv, zdravotníka i nezdravotníka s pacientem, vhodně zvolenými slovy v pravou chvíli (Dostálová, 2018).

Hierarchie psychických potřeb je dána následovně:

- potřeby potřeba jistoty a bezpečí,
- potřeba sounáležitosti a lásky,
- potřeba uznání a sebeúcty,
- potřeba seberealizace (Bužgová, 2015).

Sociální potřeby

Sociální potřeby charakterizují člověka jako tvora společenského, který žije v určitém sociálním prostředí, má svou rodinu, své starosti, práci, záliby, závazky, sny a přání. Najednou je od tohoto prostředí kvůli nemoci odtržený. Jestliže není pro člověka přirozené osamoceně žít, neměl by sám stonat, natož umírat. Nemocný většinou stojí o blízkost druhých (Svatošová, 2011).

Zdravotnický i nezdravotnický personál by měl umožnit umírajícímu a jeho rodině se spolu stýkat a podporovat je ve vzájemném kontaktu. Umírající a jeho rodina si nutně potřebují sdělit hodně věcí a potřebují společně prožívat poslední chvíle času, který jim ještě zbývá. Člověk je přirozenou součástí rodiny i v čase nemoci a umírání. Lidé umírající v institucionálních zařízeních jsou odděleni od svých blízkých (Marková, 2023).

Je to především o komunikaci. Špatná komunikace může zapříčinit zhoršení pacientova psychosomatického stavu. Někdy nejsou komunikace a vztahy v rodině zcela v pořádku, a pacient v terminálním stádiu nemoci tuto situaci opravdu těžce nese. Potom je na místě vhodně zvolená terapie v rámci rodiny. Proto hrají důležitou roli také duchovní potřeby. Potřeba uzavřít svůj život, souvisí především s touhou usmířit se, většinou s někým z blízkých, sám se sebou. V hodně případech jde o spory, hádky se svými blízkými. Neusmířený člověk pak cítí velkou emocionální bolest. Proto si umírající člověk, který cítí blízkost smrti, uvědomuje potřebu odejít z tohoto světa v klidu a smířený, jinak nebude jeho odchod pokojný (Callanan a Kelley, 2005).

Duchovní potřeby

Když nejsou problémy, tak se většina lidí v běžném životě nezabývá duchovními věcmi. Otázkami, co se děje po smrti, či jaký má náš život a jednotlivé události v něm smysl, se zabýváme většinou až v kritických situacích. Na sklonku života vystupují záležitosti tohoto typu u většiny lidí do popředí. Mnozí se domnívají, že mluvíme-li o duchovních potřebách člověka, jde o uspokojování potřeb věřících. Psycho-spirituální témata jsou však pro terminálně nemocného stejně důležitá, jako řešení tělesných obtíží. Nezodpovězené otázky z duchovní oblasti mohou zaměstnávat umírajícího, ať už se v životě projevoval jako věřící, nebo ne. Jen způsob vyjadřování, jak o těchto věcech hovoří, se liší podle toho, z jakého byl prostředí, jaké měl představy, náboženské zvyklosti, případně jak hluboce žil svoji vírou. „Každý člověk potřebuje vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl.“ (Svatošová, 2011, s. 24).

2.3 Role rodiny v péči o pacienta

Rodinou se v kontextu paliativní péče rozumí všichni neprofesionální účastníci péče o pacienta, kteří se podle svých možností starají, na základě existujících citových vazeb.

V paliativní péči se reálně stává, že příjemcem pomoci od odborníků, je celá rodina. Vždy však zůstává středem pozornosti pacient. Rodina v procesu opatrování zaujímá jedinečné postavení, tím, že poskytuje náročnou péči, a jestli ji má plnit správně, potřebuje podporu (Špinková a Špinko, 2004). V oblasti paliativní péče nejde o to, jestli jsou nebo nejsou členové „rodiny“ spojeni pokrevně, či právně, ale hlavně, jak kvalitní jsou jejich vzájemné vztahy. Jde o to, že se cítí svázáni citově a mají společnou minulost. Rodina umírajícího člověka musí zvládat velké nároky. Očekává se od ní především to, že se zvládne vyrovnat s novou rolí. Jde o to, že se ze dne na den změni životní hodnoty, mohou se měnit i samotné vztahy v celé rodině. Rodina či jiná sociální skupina je pro paliativního pacienta hlavním prvkem v poskytování domácí paliativní péče. Je rovnocenným a nepostradatelným článkem paliativního týmu, který zajišťuje významnou část péče. Je samozřejmostí, že s touto péčí musí být řádně obeznámena a podporována. Především je nezbytné, aby rodina opravdu chtěla tento závazek převzít (Kalvach, 2010). Je žádoucí poznat důkladně pacientovu rodinu, zajímat se o to, s kým nemocný bydlí, jaké jsou jejich vzájemné vztahy, kde pracují příbuzní v rodině a jaké jsou jejich možnosti starat se o nemocného. Důležité jsou rovněž zvyklosti v rodině apod. Je nutností získat co nejvíce informací a poskládat si tak obrázek o rodině nemocného a následně zvolit správný způsob péče, jak o nemocného, tak o jeho rodinu (Marková, 2023). Rodina je svazek lidí, kteří mezi sebou mají biologické, sociální, právní pouto a také emocionální a sociální vazby. Je dynamickou sociální strukturou, měnící se v čase. Uprostřed rodiny plníme určité role, závazky a odpovědnosti (Payne, 2005). Pacient a jeho rodina v boji s nevléčitelnou nemocí přijímá konkrétní požadavky na péči o blízkého člověka. Člověk, který se ocitne v situaci, kdy stojí velmi blízko smrti, má strach, že požadavky, které na své blízké klade, jsou nesplnitelné. Naopak rodina má obavy, zda bude mít dostatek potřebných dovedností, a hlavně vytrvalost k tak těžkému úkolu. Péče o umírajícího není snadná; je velmi náročná. Ale toto období může být pro rodinu i přes těžkosti časem, kdy si mohou při pečování navzájem vyjádřit lásku a odpustit i staré křivdy. Chování nejbližšího okolí má výrazný vliv na nemocného, a proto, pokud je to v souladu s výslovným přáním nemocného, by rodině měly být podávány informace o stavu jejich blízkého velmi citlivě, ale pravdivě. Především by zdravotníci měli umět naslouchat potřebám rodiny, protože komunikace je základem dobrého vztahu

mezi zdravotníkem, nemocným a rodinou (Brook, McGraw a Thurtle, 2021). Důležitým prvkem v komunikaci je ujištění, že nemocný ani pečující nezůstanou na péči sami. V souvislosti s paliativní péčí dostává rodina další, zcela konkrétní, význam a rozměr. Rodina a domov jsou pro každého z nás hlavními zdroji bezpečí. V paliativní péči lze proto rodinu definovat jako ty osoby, které jsou pro umírajícího významné bez ohledu na příbuzenský vztah, a které pacient za rodinu považuje. „*Umírající člověk by neměl zůstat sám, měl by být obklopen lidmi z rodiny nebo lidmi, kteří mají blízko k pastorační službě.*“ (Dolista, 2012, s. 66). Rodina, která se stará o nevléčitelně nemocného doma, vyžaduje určité potřeby, které při jejich uspokojení zmírní zátěž v péči na minimum.

Mezi potřeby rodiny patří:

- pocit, že je pacient v klidu,
- dostatek informací o nemoci, způsobu léčby, možnostech léčby a v neposlední řadě i příznacích blížícího se konce,
- umět si říci o pomoc,
- emocionální podpora uvnitř rodiny, kdy jde o to, najít způsob, jak se vyrovnat s vážnou situací,
- pomoc členům rodiny, aby uměli najít způsob, jak mohou pečovat sami o sebe a zabránit vyčerpání (O'Connor a Aranda, 2005).

3 VŠEOBECNÁ SESTRA V DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČI

Sestra při výkonu profese provádí činnosti v souladu s platnou legislativou v ČR, zakotvenou ve vyhlášce č. 158/2022 Sb., ze dne 10. června 2022, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v platném znění (Česko, 2011b).

3.1 Úloha sestry v domácí paliativní péči

Jak se oblast ošetrovatelství neustále vyvíjí, tak se mění i postavení sestry. Při péči by sestra měla pacienta především podporovat a pomáhat mu vyrovnat se s novou situací, do které se díky nemoci dostal. Důležité je, aby se sestra zaměřila především na psychiku člověka. Obor ošetrovatelství úzce spolupracuje i s ostatními obory, jako jsou např.: společenské vědy, psychologie, pedagogika, sociologie, etika nebo zdravotnická technika. S tím souvisí také zvyšující se kompetence sester. U sestry je důležitým prvkem zručnost, ale rozhodně to není jediný předpoklad, který sestra musí mít, aby byla dobrá. Sestra by měla mít dostatečný prostor k odpočinku, mít možnost čerpat dovolenou, být motivovaná (nejen finančně), spokojená (sestru by měla práce naplňovat, těšit), vzdělaná (pomocí kurzů, specializace), v neposlední řadě je potřeba, aby byla spolehlivá (Marková, 2010).

Ošetřující by měl ve vztahu k pacientovi především:

1. zajistit co nejkvalitnější poskytovanou péče, aby se pacient stal aktivním účastníkem péče o vlastní zdraví,
2. poskytnout komplexní ošetrovatelskou péči s ohledem na jejich kulturní a etnický původ, jeho fyzické nebo duševní schopnosti a hodnoty nebo přesvědčení,
3. provádět kvalitní edukaci pacienta a jeho blízkých,
4. pracovat na zvýšení zdravotní gramotnosti a prevenci negativních dopadů rizikových faktorů a onemocnění,
5. informovat pacienta o dostupných zdravotnických programech (MZČR, © 2021).

Péče o umírající je jednou z nejtěžších činností v ošetrovatelství. Je náročná, jak po fyzické stránce, tak i psychické. Proto by neměla být směřována pouze na pacienta, ale také na zdravotnický personál (např. supervize, semináře, diskuze) (Burda a Šolcová, 2015).

Sestra je v péči o nevléčitelně nemocné v domácích podmínkách hlavním koordinátorem činností v rámci multidisciplinárního týmu. Je také garantem ošetrovatelského a edukačního procesu. Monitoruje všechny pacientovy potřeby a rozhoduje, jak těmto potřebám vyhovět

a tím zkvalitnit pacientovi zbytek života. Nejdůležitější je komunikace s pacientem a jeho rodinou. Sestra si hlavně musí uvědomit, že vstupuje do pacientova soukromí. Musí umět využít otevřenosti nemocného, (někdy se pacienti v terminálním stádiu onemocnění ani nechtějí svěřit někomu jinému), pro zjištění co nejvíce informací o tom, jak se nemocný cítí, co by chtěl změnit, co ho opravdu trápí. Někdy se pacient nesvěří, nemá dobrou náladu, nestojí o její návštěvu. V tomto případě se sestra zachová naprosto adekvátně, nesnaží se pacienta do ničeho nutit, jen se ujistí, že jinak je vše v pořádku a nechá ho v klidu. Potřebné informace si zjistí během dalších návštěv. V domácích hospicích roli sestry zaujímají všeobecné sestry. Musí být naprosto samostatné a výkonné. Denně zajišťují činnosti spojené s telefonickými konzultacemi nebo návštěvami u pacienta. Společně s lékařem rozhodují podle subjektivních a objektivních nálezů o nutnosti návštěvy a intervencích. Pokud jsou potřeba další činnosti, náležitosti jiné odbornosti (nelékařské), předává informace a intervence ostatním členům multidisciplinárního týmu. Všeobecná sestra musí být erudovaná. Musí znát ošetrovatelský proces, je schopna fyzikálního vyšetření a má znalost farmakologie. Edukuje pacienta i pečující o ošetrovatelském procesu, vysvětluje léčebný proces, stanovený lékařem. Během své péče poskytuje podpůrnou psychoterapii a v neposlední řadě zná postupy při úmrtí pacienta a dodržuje přitom legislativní normy – zákon o zdravotních službách (Česko, 2011a).

Sestra sdílí s nemocným daleko více času, než další členové zdravotnického týmu a má většinou jednodušší cestu k navázání vztahu s pacientem, který se vyrovnává se závažnou diagnózou a přicházejícím koncem života. Jedná se o velmi náročný proces, ve kterém sehrávají roli nejen příbuzní, ale i profesionálové (Stiborová a Frei, 2018). Povolání všeobecné sestry vyžaduje stále nové dovednosti, které jsou nezbytné při poskytování péče o nevládně nemocného pacienta. Ona sama musí znát vlastní postavení a toto poznání promítnout do celé své osobnosti. Základní znaky role sestry se dají rozdělit do čtyř oblastí. Tou první je **funkční specifikace** – tím se myslí odborná kompetence pro výkon povolání, včetně snahy a ochoty komunikovat se spolupracovníky. Druhou oblastí je **emocionální neutralita** – kdy lze hovořit o jednání bez emocí. Jde především o vyjádření sympatií a porozumění. Třetí oblast – **univerzalizmus** – příjemcem péče může být kdokoliv, proto se očekává poskytnutí rovnocenné ošetrovatelské péče. Čtvrtá oblast – **kolektivní orientace**, kdy sestra při svém jednání upřednostňuje zájmy pacienta nad svými. Charakteristika úlohy sestry není jednoduchá, protože v tomto povolání je rolí více. Kromě ošetrovatelské péče, zastává i funkci výchovnou, poradenskou, preventivní a v neposlední řadě i organizační a administrativní (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011).

O problematice umírání a smrti se nehovoří lehce, a proto by mělo být klíčovým úkolem sestry v paliativní péči tyto dovednosti rozvíjet. Sestra současně posuzuje a sleduje pacientovy symptomy a zároveň vysvětluje pacientovi i jeho rodině, jak je zmírňovat. Společně s pacientem nastavuje přijatelnou úroveň jeho komfortu, a pokud je to možné, přizpůsobuje prostředí podle přání jeho i rodiny. S ostatními členy multidisciplinárního týmu a s pacientovou rodinou vytváří plán péče o pacienta, který se následně realizuje. Role sestry je při péči o umírajícího pacienta i jeho rodinu nesmírně důležitá, musí věnovat čas naslouchání obavám a očekávání pacienta i rodiny a poskytovat podporu (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012).

3.2 Odborná způsobilost sestry k výkonu domácí paliativní péče

Mezi obecné vlastnosti osobnosti všeobecné sestry patří ty předpoklady, které správným směrem ovlivňují vztah pacienta a sestry, a podporují především lidskou komunikaci. Mezi tyto vlastnosti patří autenticita, což znamená otevřenost, souhlas, jak projevu, tak i prožívání člověka, úcta, důvěra a sympatie vůči nemocnému a také empatie-vcítění se a porozumění druhému člověku. Pro osobnost sestry je naprosto nezbytná osobní zralost, vnitřní stabilita a pokud možno vyšší frustrační tolerance (Plevová a kol., 2018). Podle zákona č. 96/2004 Sb. a jeho novely o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním souhrnu činností, ke kterým se řadí i paliativní péče (Česko, 2004).

Dle tohoto zákona (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) se odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry získává absolvováním:

- a)* nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,
- b)* nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,
- c)* studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšší zdravotnické škole v délce trvání nejméně jeden rok, pokud jde o zdravotnického pracovníka, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání praktické sestry, zdravotnického záchranáře, porodní asistentky nebo dětské sestry podle § 5a odst. 1 písm. a) nebo b), byl-li přijat do vyššího než prvního ročníku vzdělávání,
- d)* vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie – péče o nemocné, pedagogika – ošetřovatelství, pedagogika – péče o nemocné, péče

o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,

e) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

f) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

g) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo

h) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004 (Česko, 2004).

3.3 Kompetence sester v oblasti domácí paliativní péče

„Pojem kompetence můžeme definovat jako jedinečnou schopnost člověka úspěšně jednat a rozvíjet svůj potenciál na základě integrovaného souboru vlastních zdrojů, a to v konkrétním kontextu různých úkolů a životních situací, spojenou s možností a ochotou rozhodovat a nést za svá rozhodnutí odpovědnost.“ (Veteška a Tureckiová, 2008, s. 27).

Komunita paliativní péče se rozrůstá, daří se rozvíjet odbornost paliativní medicíny, rozšiřuje se komunita odborníků, kteří se k této odbornosti připojují, a tato specializace se rozšiřuje v lékařské profesi i v profesi sestry. Ta se stává nejen partnerem, ale i samostatným důležitým článkem v jejím poskytování. Sestra se stává významnou nositelkou odbornosti paliativní péče a rovnocenný partnerem, ale i samostatným jedincem v poskytování péče, což je v tomto oboru patrné více než jinde. Dobře vedená ošetrovatelská péče u pacientů s nevy léčitelným onemocněním může významně ovlivnit kvalitu jejich života. Přestože má sestra ve specializované paliativní péči nezastupitelnou úlohu a plní řadu úkolů, v Česku zatím není její role v rámci konziliárního paliativního týmu normativně ukotvena. *„Jsem ráda, že sestry dostávají právě v paliativní péči velký prostor a že ti, kteří paliativní péči vedou a řídí, si uvědomují, že sestra je opravdu samostatná a potřebuje mít kompetence k tomu, aby mohla samostatně tuto práci vykonávat. Proto je do nejbližší budoucnosti potřeba pozměnit systém vzdělávání, zavést více vzdělávání, které bude sestrám umožňovat větší kompetence, a samozřejmě v neposlední řadě to, aby sestry byly nositelkami*

výkonů. *Nadále budeme pokračovat v posílení kompetence sester, což je v paliaci hodně potřeba. Také musíme zlegalizovat činnosti, které již nyní sestra v paliativní péči vykonává,*“ uvedla na loňské 14. celostátní konferenci paliativní medicíny PhDr. Martina Šochmanová, prezidentka České asociace sester a členka Paliativního týmu IKEM (Kolářová, © 2023). Mezi hlavní kompetence všeobecné sestry patří ošetrovatelská péče, která se zaměřuje na poskytování základní ošetrovatelské péče, dále pak specializované ošetrovatelské péče a v neposlední řadě i vysoce specializované ošetrovatelské péče. Je poskytována k udržování, podporování či navrácení zdraví jedince. V neposlední řadě vede také k upokojování biologických, psychických a sociálních potřeb, které jsou narušeny vlivem změněného zdravotního stavu pacienta. Při poskytování komplexní ošetrovatelské péče o pacienta se všeobecná sestra zaměřuje i na celkovou koncepci práce. Měla by mít předem stanovený průběh ošetrovatelských činností a určit si tak následný postup k dosahování cílů v konkrétních oblastech. V rámci výkonu své profese musí mít schopnosti řešit vzniklé problémy, vytvářet strategický postup, být členem týmu a umět spolupracovat na společných činnostech. Musí zvládnout používání různých komunikačních strategií, být kreativní při používání inovativních postupů. Zároveň by měla mít odvalu zkoušet nové věci a také mít schopnost sebereflexe (MZČR, © 2023).

V červenci roku 2022 vstoupila v účinnost novela vyhlášky č. 158/2022 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Novela byla potřebná především z důvodu vzniku nových oborů specializačního vzdělávání, jejichž činnosti nebyly dosud upraveny. Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle § 54 při poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče pacientovi ve vlastním sociálním prostředí nebo ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče. Popis všech činností najdeme v § 66 b) výše zmíněné novelizované vyhlášky. Zde jsou vyjmenované činnosti, které může sestra pro domácí a hospicovou péči vykonávat.

Bez odborného dohledu a bez indikace lékaře může například:

- zjišťovat zdravotní a sociální situaci pacienta,
- plánovat náplň, rozsah a časovou náročnost ošetrovatelské péče,
- vyhotovovat plán ošetrovatelské paliativní péče v koordinaci s pacientem,
- pečovat o dýchací cesty pacienta při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
- provádět výměnu močového katetru mužů a chlapců starších 15 let věku,

- doporučovat pacienty do péče jiných poskytovatelů zdravotních služeb (Příloha P II).
- Bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče. Přitom zejména může:
- zavádět a ukončovat domácí péči, včetně její administrace,
 - provádět dialýzu u pacienta s chronickým selháváním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
 - provádět katetrizaci močového měchýře mužů a chlapců starších 15 let věku (Česko, 2011b).

3.4 Motivace sester k práci v oblasti domácí paliativní péče

Pokud potřebujeme poznat, jak se lidé chovají, jak budou jednat, je nutné zjistit, co přesně chtějí. Podstatou procesu motivování je vhodné směřování a aktivace jedince. V samotné motivaci se odráží jak psychický stav, tak vnější vlivy z prostředí okolo nás. Zdrojem motivace je potřeba, která může být psychická nebo fyzická. Z vnějšího okolí přichází pobídka, která je impulsem k jednání. Člověk se stále snaží naplňovat své potřeby. To, že se objeví potřeba, znamená, že existuje nějaký nedostatek. Aby bylo možné motivovat, tak musí vzniknout nezbytnost uspokojení (Zacharová a Šimíčková–Čížková, 2011). Potřeba motivace je hnací silou všech pomáhajících profesí. Je to soubor různých faktorů, které je možné nebo spíše nezbytné ovlivňovat správnými manažerskými postupy. Když není pracovník dostatečně motivován, tak se to v oblasti paliativní péče dříve nebo později projeví možným zhoršením kvality vykonávané pracovní činnosti. Ztráta motivace je pro sestru spouštěcím mechanismem, který může vést až k syndromu vyhoření. To pak ohrožuje nejen pracovníka samotného, ale hlavně pacienty a jejich nejbližší, v důsledku toho také kvalitu práce celého týmu. Definice motivace od Bedrnové uvádí: *„Skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy zcela vědomé vnitřní hybné síly (motivy), které člověka a jeho činnost určitým směrem orientují, v daném směru ho aktivizují a vzbuzenou aktivitu udržují. Navenek se pak působení těchto sil projevuje v podobě motivované činnosti, motivovaného jednání.“* (Bedrnová a Nový, 2004, s. 241).

Každý má v týmu své místo a své hodnoty. Proto je nutné, aby byly tyto hodnoty správným směrem rozvíjeny. Osobní motivátory jsou:

- peníze, jsou důležitou motivací pro většinu lidí. Pro manažera jsou snadným objektem řízení. Jsou-li k dispozici finance, tak je možné dostat z pracovníka maximum,
- osobní postavení, pro hodně lidí je to důležitá hodnota. Tito lidé ale mohou mít sklon k intrikaření,

- pracovní výsledky a výkon jsou faktory, které působí především na soutěživé jedince, jsou motorem každé firmy,
- přátelství, pro některé jedince znamená víc než pracovní výsledek a peníze. Tito lidé preferují klidnou atmosféru na pracovišti. Nemají rádi konflikty,
- jistota, ta je důležitá pro ty, kteří netouží po mimořádných příjmech ani postavení. Spokojí se s tím, co mají, neradi riskují,
- odbornost, profesní růst a rozvoj je hlavní motivací pro ty, kteří se snaží ve své profesi vyniknout a nedovedou si představit, že by dělali něco jiného,
- samostatnost je významným motivem pro lidi, kteří nad sebou nesnesou někoho nadřízeného.
- kreativita, důležitá pro ty, kteří mají velkou potřebu něco tvořit, přinášet nová řešení a poznatky (Marková, 2023).

Každá z těchto možností se dá využít při správné motivaci všeobecné sestry pro práci v oblasti paliativní péče. Každá všeobecná sestra je zodpovědná především sama za sebe, má vlastní priority pro motivaci. Především potřebuje, aby pro ni byla práce smysluplná, tj. aby věděla, jak pomáhá její činnost ke zkvalitnění života pacienta. Jak může dosáhnout toho, aby se cítil lépe, co by se stalo, kdyby do rodiny nedocházela a také, jak je potřebná její pomoc rodině při zvládání obtížné situace. Pokud sestra potřebuje ohodnocení svého výkonu, tak by i ona sama měla umět ohodnotit tým, kterého je nedílnou součástí. A jestli je jejím motivátorem kreativita, tak se snaží hledat stále vhodnější přístup k nemocnému, jeho rodině. Důležitá je také zpětná vazba. Každá sestra potřebuje znát informaci o tom, jak pracuje, jaká je kvalita jejího odvedeného výkonu. Co patří k jejím slabým, ale především silným stránkám. Hodnocení a následné ocenění práce je důležitým faktorem prevence vzniku syndromu vyhoření. Ve zdravotnictví je velmi obtížné hodnotit kvalitu odvedené práce. A v paliativním ošetřovatelství o to víc. Protože v tomto oboru už není možné zakusit úspěch v podobě uzdravení (Marková, 2023).

3.5 Komunikace sestry s rodinou

Následující kapitola se zabývá důležitým tématem komunikace sestry s rodinou pacienta. Pozornost je věnována kontaktu sestry s rodinou pacienta a všeobecným zásadám komunikace s rodinnými příslušníky.

Komunikace je pro lidskou společnost hlavní podmínkou její existence. Bez ní by nemohla správně fungovat žádná sociální skupina. Napomáhá k začlenění jednotlivce do skupiny. V profesionálním chování sestry má velmi důležitou roli navázání a udržování slovního

kontaktu s pacientem. Prostřednictvím slovního kontaktu sestra vysvětluje, přesvědčuje, motivuje, povzbuzuje a informuje o léčebném postupu (Zacharová a Šimíčková–Čížková, 2011). Komunikace patří mezi nejdůležitější nástroje k utváření dobrých vztahů. Otevřená a empatická komunikace mezi zdravotníkem, pacientem a jeho rodinou je cestou k pomoci umírajícímu udržet dobrou kvalitu života i v tak těžké situaci, kterou je závažné onemocnění. Aby byla ze strany sestry účinná, je nezbytná především úcta k nemocnému, jeho blízkým, dále také schopnost naslouchat a překonat své vlastní obavy. Sestra by měla být otevřená a sebevědomá, být empatická a v neposlední řadě také schopná pracovat v týmu. Je nezbytné, aby se vždy chovala profesionálně. Předpokladem dobré komunikace s pacientem a jeho rodinou je především jejich důvěra v práci sestry, dobré vztahy v rodině a také, aby rodina byla schopná hovořit spolu navzájem. Paliativní péče, kterou sestra poskytuje, se neobejde bez zvládnutí možných konfliktních situací. V této oblasti mohou být vyhrocené emoce, někdy jsou velmi obtížně přijímány situace, ke kterým může docházet. Ke konfliktu může dojít mezi:

- sestrou a pacientem,
- sestrou a rodinou,
- uvnitř zdravotnického týmu,
- pacientem a jeho rodinou.

K řešení těchto náročných situací je potřeba, aby sestra rozpoznala počátek konfliktní situace a její příčinu. Za všech okolností by měla zachovat citlivý přístup, zvládnout emoce typu hněvu. Je potřeba, aby vhodným způsobem konflikt zvládla a vyřešila. K tomu je nutné komunikovat a společnými silami najít původ problému a vyřešit jej. Prostředkem komunikace je správné vedení rozhovoru, kdy se nastolí možnost řešení problému, nastavit postupy řešení. Na kvalitní komunikaci závisí léčba a spokojenost obou stran. Pokud si pacienti stěžují, tak se to především týká toho, že nebyli vhodně nebo dostatečně informováni (Kabelka, 2018).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA PRÁCE

Pro praktickou část bakalářské práce byla vybrána kvalitativní metoda. Dle Hendla (2016, s. 46) je kvalitativní výzkum „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.*“ Na samotném začátku výzkumu bylo zvoleno téma a následně zpracovány základní výzkumné otázky. Sběr dat a jejich analýza probíhal v delším časovém intervalu.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem práce bylo zjistit, která pracoviště v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu.

4.2 Výzkumné otázky

- 1) Která pracoviště v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči s odborností 926?
- 2) Jaké jsou podmínky pro zařazení pacienta v terminálním stádiu do domácí paliativní péče?
- 3) Kdo indikuje pacienty do domácí paliativní péče?

4.3 Metoda a technika výzkumu

Jako nejvhodnější metoda pro bakalářskou práci byl zvolen kvalitativní výzkum. Dle Hendla (2016, s. 46) je kvalitativní výzkum: „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.*“ Témata zkoumaného textu či textů jsou definována před samotným zahájením výzkumu a jsou také zpracovány základní výzkumné otázky. „*Kvalitativní výzkum uvádí zjištění ve slovní podobě. Jde o popis, který je výstižný, plastický a podrobný. Výzkumník se v kvalitativním výzkumu snaží o sblížení se zkoumanými osobami a o proniknutí do situací. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku.*“ (Gavora, 2000, s. 31-32).

Pro kvalitativní výzkum byla vybrána technika sběru dat v podobě analýzy dokumentů. Tato technika slouží jako velmi významný zdroj informací pro samotný výzkum. „*Dokumenty mohou být primární, tzn., že jsou to doklady, které byly primárně vytvořeny za nějakým účelem.*“ (Hendl, 2005, s. 173). Na základě schválené žádosti pro ÚZIS a emailové komunikace s VZP ČR a odborem zdravotnictví Jihomoravského kraje, byly získány potřebné úřední dokumenty. Kritériem pro výběr kompetentních úřadů byla skutečnost, že se ve své činnosti zabývají oblastí poskytování domácí paliativní péče. Dále

byla zvolena technika analýzy polostrukturovaných rozhovorů. Tato technika je standardní metodou pro analýzu textů. Podle Hendla (2005, s. 174): „*Polostrukturovaný rozhovor umožňuje připravit si seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci rozhovoru probrat. Dává také určitou volnost tazateli, co se týká způsobu získávání informací a pomáhá udržet zaměření rozhovoru.*“ Polostrukturovaný rozhovor je možné také definovat jako rozhovor částečně řízený nebo rozhovor pomocí návodu. Tazatel si připravil soubor otázek, na které chce získat odpovědi. Pořadí otázek není striktně stanoveno, tazatel proto může pokládat doplňující otázky nebo také vynechat připravenou otázku, pokud na ni bylo v průběhu rozhovoru odpovězeno. Je žádoucí, aby byly všechny otázky položeny. Reichel (2009, s. 112) dodává, že: „*polostrukturovaná varianta interview v zásadě kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody*“ strukturovaného a narativního rozhovoru. Tím dochází ke zpětné vazbě mezi informantem a tazatelem.

4.4 Charakteristika pro výběr zdrojů

Zdrojem pro získání potřebných dat o zařízeních s odborností 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu, která působí v Jihomoravském kraji, byly úřady, které mají ve své úřední agendě kromě jiného i zpracování statistických přehledů v oblasti zdravotnictví. Jednalo se tyto tři úřady: ÚZIS, VZP ČR a Krajský úřad Jihomoravského kraje.

Kritéria pro výběr těchto úřadů

- Agenda v oblasti poskytování domácí paliativní péče
- Ochota spolupracovat

4.5 Výběr pracovišť a participantů

Pracoviště byla vybrána na základě zaslaných úředních dokumentů od ÚZIS, VZP ČR a Krajského úřadu Jihomoravského kraje, odboru zdravotnictví. Každý z těchto tří úřadů zaslal zpracovaný seznam požadovaných zařízení. Celkem tedy byly zaslány tři seznamy, které zahrnovaly jedenáct zařízení, ze kterých bylo k samotnému výzkumu vybráno pět zařízení s odborností 926, která působí v rámci Jihomoravského kraje. Na základě tohoto výběru bylo osloveno pět participantek.

4.5. Charakteristika participantů a pracovišť

Participantkami (všechny byly ženy) byly vedoucí zařízení v odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu, které se nachází v Jihomoravském kraji.

Pro výzkum bylo vybráno pět participantek. Z důvodů anonymity jsou označeny jako P1, P2, P3, P4 a P5. Informovaný souhlas a otázky byly předem participantkám zaslány, aby měly možnost se na rozhovor předem připravit. Participantky zastávají pracovní pozice jako staniční nebo vrchní sestry daného zařízení.

Kritéria pro výběr participantů

- Vedoucí péče v odbornosti 926
- Ochota a důvěra svěřit potřebné informace

Tabulka 1: Označení participantek

Participant	Délka praxe v paliativní péči	Délka praxe ve zdravotnictví	Délka trvání rozhovoru
P1	2 roky	28 let	27:18
P2	8 let	22 let	11:23
P3	2 roky	35 let	23:09
P4	24 let	27 let	14:09
P5	8 let	43 let	13:59

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Charakteristika a průběh rozhovoru s participantkou P1

Participantka je vrchní sestrou. Je jí 47 let, jako vrchní sestra pracuje 2 roky. Praxi ve zdravotnictví má již 28 let a praxi v paliativní péči má 2 roky.

Setkání se uskutečnilo v pracovně vrchní sestry. Rozhovor se konal v dostatečném soukromí a klidu. Čas rozhovoru byl stanovený maximálně na jednu hodinu, a to bylo i dodrženo.

Charakteristika a průběh rozhovoru s participantkou P2

Participantka je vrchní sestrou. Je jí 44 let, na pozici vrchní sestry pracuje 1,5 roku. Praxi ve zdravotnictví má od roku 2002 a v paliativní péči osm let.

Setkání se uskutečnilo na místě, které si zvolila sama participantka. Rozhovor se tedy konal v kavárně. V kavárně jsme byly skoro samy, tudíž jsme měly klid a čas na rozhovor. Po dobu rozhovoru jsme nebyly ničím a nikým vyrušeny. Časové rozmezí rozhovoru bylo stanovené maximálně do jedné hodiny, a to bylo i dodrženo.

Charakteristika a průběh rozhovoru s participantkou P3

Participantka je staniční sestrou. Je jí 53 let, jako staniční sestra pracuje od roku 2023. Praxi ve zdravotnictví má 35 let a praxi v paliativní péči má 2 roky.

Rozhovor byl uskutečněn v pracovně staniční sestry. Během rozhovoru jsme nebyly nikým a ničím rušeny. Čas rozhovoru byl stanoven na maximálně jednu hodinu a byl dodržen.

Charakteristika a průběh rozhovoru s participantkou P4

Participantka je vrchní sestrou. Je jí 49 let, jako vrchní sestra pracuje od počátku zaměstnání na poliklinice, tudíž 4 roky. Praxi ve zdravotnictví má již 27 let. V paliativní péči má praxi 24 let. Byla u založení Cesty domů v Praze.

Setkání se uskutečnilo v pracovně vrchní sestry. Na rozhovor jsme měly dostatečný klid a soukromí. Čas rozhovoru byl stanovený maximálně na jednu hodinu, a to bylo i dodrženo.

Charakteristika a průběh rozhovoru s participantkou P5

Participantka je vrchní sestrou. Je jí 63 let, jako vrchní sestra pracuje 2 roky. Praxi ve zdravotnictví má již 43 let a praxi v paliativní péči 8 let. Rozhovor se uskutečnil na místě, které bylo zvoleno participantkou. Jednalo se o její pracovnu. Rozhovor nebyl ničím a nikým přerušen. Čas rozhovoru byl stanovený maximálně na jednu hodinu, a to bylo i dodrženo.

Charakteristika pracovišť

Pracoviště se nacházejí v Jihomoravském kraji. Jedná se o pracoviště, která poskytují péči v odbornosti 926 – domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu. Byly vybrány z okresů Hodonín, Břeclav a Brno-město. Odbornost 926 v zařízeních vznikla v období od roku 2020 do roku 2022. Dvě zařízení byla z Hodonína, jedno z Hustopečí a zbylé dvě z Brna. Zařízení byla v tabulce označena jako 1,2,3,4,5.

Kritéria pro výběr pracovišť

- Zařízení v Jihomoravském kraji
- Zařízení s odborností 926
- Zařízení s aktivní činností od 1. 1. 2020 do 31. 12. 2023

Tabulka 2: Údaje o zařízeních

Zařízení	Vznik zařízení	Vznik odbornosti 926
1	2004	2020
2	1992	2020
3	2022	2022
4	1991	2020
5	2002	2020

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

4.6 Realizace výzkumu

Pro sběr dat byly využity podklady, především od ÚZIS ČR, který poskytl požadovaná data na základě oficiální žádosti, schválenou vedoucí bakalářské práce (Příloha P III). Jako další, doplňující zdroj pro získání potřebných podkladů pro bakalářskou práci byly zvoleny databáze zařízení od Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, pracoviště Hodonín a Krajského úřadu Jihomoravského kraje, odbor zdravotnictví. Krajský úřad Jihomoravského kraje, odbor zdravotnictví, neměl doposud zpracován seznam s požadovanými daty. Na mou žádost data zpracoval. Data byla získána po vzájemné mailové komunikaci se zástupci těchto úřadů. Všechny zaslané podklady posloužily pro výzkum jako důležitý zdroj pro výběr zařízení, která poskytují domácí paliativní péči. Na základě všech zaslaných dat k jedenácti zařízením, bylo zvoleno pět zařízení. Z webových stránek jednotlivých zařízení bylo možné čerpat veřejné informace ohledně osob, kontaktů a poskytovaných služeb. Vlastní šetření probíhalo formou otevřených rozhovorů, které obsahovaly deset otázek (Příloha P IV). Otevřené rozhovory byly se souhlasem participantek nahrávány na diktafon a následně byl pořízen písemný přepis zaznamenaných rozhovorů, který byl upraven tak, aby nedošlo ke změně obsahu (Příloha P V, P VI, P VII, P VIII, P IX). Po přepisu rozhovorů došlo k jejich analýze. Základní analytickou technikou zakotvené teorie je metoda kódování dat. Švaříček tuto metodu definuje jako: „*Proces, při kterém jsou získaná data rozložena a poté znovu složena do jiných celků. Text se rozdělí na jednotky, ke kterým se přiřadí kódy podle jednotlivého významu a tyto kódy se přiřadí do příslušné kategorie.*“ Jde o proces, kdy se text rozdělil na jednotky a těmto jednotkám se přidělily názvy a s těmito částmi textu se následovně pracovalo (Švaříček a kol., 2014, s. 55). Rozhovory se uskutečnily s vedoucími dané péče na pozicích staničních či vrchních sester. Participantka je označena písmenem P. Badatelka je označena písmenem B. Participantky (P1-P5) obdržely od badatelky informovaný souhlas, který obsahoval základní informace o výzkumu (Příloha P X). Originální souhlasy má autorka práce u sebe. Dva týdny před samotným rozhovorem participantky obdržely od badatelky přesné znění otázek, aby se na rozhovor mohly připravit (Příloha P IV). Rozhovory se konaly v období od 26. 2. – 18. 3. 2024. Délka rozhovoru byla stanovena maximálně na jednu hodinu. Po realizaci rozhovorů došlo k jejich přepisu, který byl následně upraven tak, aby nedošlo ke změně obsahu.

4.7 Zpracování a vyhodnocení výsledků

Získaná data z ÚZIS, VZP ČR a JMK posloužila jako zdroj dat pro zpracování analýzy dokumentů. Na základě této analýzy byly získány potřebné údaje, a ty následně posloužily k výběru pěti zařízení, se kterými byly realizovány rozhovory. Seznam všech zařízení byl zpracován do tabulek. Získané informace z uskutečněných rozhovorů byly upraveny tak, aby se nezměnil význam obsahu a následně přepsány do počítače. Potom byly důkladně přečteny a zpracovány použitím metody otevřeného kódování Definice dle Kutnohorské (2009, s. 66) zní: „*Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.*“ V praxi šlo o vyhledávání podobných výroků-kódů, které se vztahovaly k jednotlivým výzkumným otázkám. Kódy byly následně zařazeny do kategorií a přepsány do tabulek. Celé přepsané rozhovory lze nalézt v přílohách (Příloha P V, VI, VII, VIII, IX).

5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A JEJICH INTERPRETACE

Tato kapitola je věnována analýze a interpretaci dat získaných od ÚZIS, VZP ČR a Krajského úřadu Jihomoravského kraje. Data byla zpracována do seznamů, které zahrnovaly údaje o jedenácti zařízeních. Data z ÚZIS a krajského úřadu se ve výčtu zařízení shodovala. VZP uvedla o jedno zařízení méně. S tímto zařízením nemá pojišťovna uzavřenou smlouvu. Z těchto zařízení bylo následně vybráno pět, se kterými se uskutečnily rozhovory. V rozhovorech s participantkami, bylo použito deset otázek, souvisejících s výzkumnými otázkami.

5.1 Analýza získaných dat z ÚZIS

Tabulka 3: Data z ÚZIS

Rok od začátku poskytování v péči v odbornosti 926	Zařízení
2020	paliativní péče odb. 926 – Diecézní charita Brno – OCH Blansko
2020	Domácí paliativní péče – Sdružení zdrav. zařízení II Brno, p.o.
2020	mobilní specializovaná paliativní péče – Fakultní nemocnice Brno
2020	Domácí paliativní péče Brno – DCHB – Správa DCHB a Služby Brno
2020	Paliativní péče (MSPP) – Hospic sv. Alžběty o.p.s.
2020	Paliativní péče – DCHB – Oblastní charita Rajhrad
2020	Domácí paliativní péče Porta Vitae – DCHB – Oblastní charita Tišnov
2020	Pracoviště paliativní péče – Girasole, sdruž. pro pomoc a rozvoj z. s
2020	Mobilní hospic sv. Filipa Neri – DCHB – Oblastní charita Hodonín
2020	paliativní péče odb. 926 – DCHB – Oblastní charita Znojmo
2022	domácí paliativní péče – PAHOP, Zdr. ústav pal. a hosp. péče, z.ú.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

5.2 Analýza získaných dat z VZP

Tabulka 4: Data z VZP

Oblast, ve které se zařízení nachází	Zařízení
Hodonín	PAHOP, Zdr. Ústav pal. a hosp. péče, z. ú.
Hodonín	DCHB – Oblastní charita Hodonín
Břeclav	Girasole, sdruž. pro pomoc a rozvoj z. s

Znojmo	DCHB – Oblastní charita Znojmo
Blansko	Diecézní charita Brno – OCHN Blansko
Brno město	Sdružení zdrav. zařízení II Brno, p.o.
Brno město	Fakultní nemocnice Brno
Brno město	Hospic sv. Alžběty o.p.s.
Brno venkov	DCHB – Oblastní charita Rajhrad
Brno venkov	DCHB – Oblastní charita Tišnov

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

5.3 Analýza získaných dat z JMK

Tabulka 5: Data z JMK

Zařízení
Diecézní charita Brno – OCH Blansko
Sdružení zdrav. zařízení II Brno, p.o.
Fakultní nemocnice Brno
Hospic sv. Alžběty o.p.s.
DCHB - Oblastní charita Rajhrad
DCHB - Oblastní charita Tišnov
Girasole, sdruž. pro pomoc a rozvoj z. s
PAHOP, Zdr. ústav pal. a hosp. péče, z. ú
DCHB – Oblastní charita Hodonín
Diecézní charita Brno
DCHB – Oblastní charita Znojmo

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Shrnutí: Z analýzy dokumentů vyplývá, že zaslané seznamy dvou institucí (ÚZIS a JMK) obsahují údaje o celkem jedenácti zařízeních, s odborností 926, která aktivně působí v Jihomoravském kraji. Pouze VZP ČR uvedla v zaslaném seznamu deset zařízení. Na základě poskytnutých dat bylo k vlastnímu výzkumu vybráno těchto pět zařízení:

DCHB – Oblastní charita Hodonín

Girasole, sdruž. pro pomoc a rozvoj z. s

Hospic sv. Alžběty o.p.s.

PAHOP, Zdr. ústav pal. a hosp. péče, z. ú

Sdružení zdrav. zařízení II Brno, p. o.

Ostatní zařízení nebyla do výzkumu zahrnuta.

5.4 Analýza a interpretace rozhovorů

Tabulka 6: Přehled kódování

Otázky	Kategorie	Kódy
Výzkumná otázka 1: Která pracoviště v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči s odborností 926? Otázky č. 1-4		
1	Lokalita působení	Nasmlouváno, okres, okolí
2	Poptávka péče	Zájem, žadatel, počet žádostí
3,4	Vymezení činností	Základní vyšetření, komunikace, anamnéza, péče, dokumentace, psychická podpora, výkony, edukační činnost, tým
Otázky	Kategorie	Kódy
Výzkumná otázka 2: Jaké jsou podmínky pro zařazení klienta v terminálním stádiu do domácí paliativní péče? Otázky č. 5-7		
5,6	Kritéria a omezení	Ukončená léčba, souhlas, jiné zařízení, vyčerpány možnosti, pečující osoba, podmínky
7	Komunikace s rodinou	Domluva, informování, kvalita komunikace, vděčnost, spolupráce, seznámení
Otázky	Kategorie	Kódy
Výzkumná otázka 3: Kdo indikuje klienty do domácí paliativní péče? Otázky č. 8-10		
8,9,10	Schvalovací proces	Žádost, lékař, oslovení, poradenská služba, paliatr, indikace, naplněná kapacita, příjem, dny, je to individuální

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Rozhovory k výzkumné otázce č. 1

Výzkumná otázka: Která pracoviště v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči s odborností 926?

Otázka č. 1: Ve které oblasti působí Vaše zařízení?

Tabulka 7: Lokalita působení

Participanti	Odpověď
P1	My máme nasmlouváno vlastně celý břeclavský okres.
P2	No oblast Hodonínsko, Slavkosko a Bučovsko.
P3	Jihomoravský kraj, v podstatě okres Hodonín.
P4	Tak my působíme Brno a okolí nebo přesněji řečeno Brno a do třicet kilometrů od kanceláře. Což vychází celý Brno plus Brno-venkov a tam je to na domluvě.
P5	Brno, třicet kilometrů od toho našeho sídla.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Otázka č. 2: Kolik pacientů má průměrně ročně zájem o poskytované služby?

Tabulka 8: Poptávka péče

Participanti	Odpověď
P1	Zájem má dejme tomu sto dvacet žadatelů nebo prostě lidí, kteří se dotazují.
P2	Tak 80.
P3	Je to strašně individuální, fakt se to nedá odhadnout.
P4	To je trošku složitější, ale počet žádostí za rok jsme měli tři sta sedmdesát osm.
P5	Určitě tak jedenkrát tolik, než jich máme jako v tom, který můžeme obsloužit. Tři sta.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Otázka č. 3: Jaké činnosti vykonává všeobecná sestra?

Tabulka 9: Výkony všeobecné sestry

Participanti	Odpověď
P1	Dělá takovéto základní orientační vyšetření to znamená fyziologické funkce. Měří tlak, pulz, saturaci, teplotu, glykémii, poslouchá peristaltiku, prohlíží pacienta, jestli má někde nějaké defekty, otoky nebo jiné problémy. Vlastně dělá takovou anamnézu s tím pacientem vyptává se ho na jeho obtíže, převazujeme rány, pečujeme o stomie a různé drény, asistujeme při zavádění tady těchto vstupů, sestry některé mají oprávnění pro zavádění permanentního katetru u mužů, jinak samozřejmě u žen,

	<p>zaučujeme nebo edukujeme rodinu ve všech činnostech, které mají, takže je učíme aplikovat subkutánní injekce do venofixu, edukujeme je o podávání medikace i tabletové a velká součástí toho všeho je komunikace. Provést zápis dokumentace a musí předat informace ostatním kolegyním, lékařce. Každý týden míváme tým, probíráme všechny pacienty a domlouváme, co bysme pro ně mohli udělat, co je dobré, co ne a tato péče vlastně to přehodnocování probíhá každý den.</p>
P2	<p>Péče o všechny vstupy možný jako centrální vstupy, hrudní drény, břišní drény, aplikace infuzní terapie, subkutánní injekce, iv injekce, intramuskulární injekce, nevím, co ještě. Převezky ran, dekubitů, ošetřování těch vstupů žejo, protože břišní drény, odpouštění ascitu, dokumentaci píšeme, zavádění permanentních katetrů.</p>
P3	<p>Je to prostě od injekcí, infuzí, převazů, komunikace a psychická podpora. Fakt všechno, co si vzpomenete či to je od krve. My každé ráno voláme, telefonujem tady těmto šestkovým. Vidím, že chce napít, dám mu napít nebo ho nakrmím. Měří se tlak, pulz, saturace to je úplně to nejzákladnější. Kontrola celého stavu, predilekčních míst. Záleží no, či teda to je ležící, napolohujete, prostě pomasírujem zádá. Poradíme po telefoně, zkonzultujeme to s doktorem.</p>
P4	<p>Tak jsou to veškerý ošetrovatelský výkony. Péče o katetry, péče o stomie, péče o žilní vstupy, péče o chronické nezhojitelné rány, specializovaná ošetrovatelská péče, potom třeba s rozsáhlými dekubity, takže tam třeba děláme i hygienu nebo pomáháme rodině s hygienou. Všechny vstupy což, jo výměny močových katetrů, drény veškerý hrudní, břišní, PT drény, co ještě máme PICCY, porty vlastně ty žilní vstupy občas se nám dostane i člověk s centrálním katetrem jako buď subklávií nebo jugulárním vstupem. No, takže vlastně ošetrovatelskou péči komplexní plus rozhovory.</p>
P5	<p>Hodnocení bolesti, podávání medikace, sledování účinnosti léčby, převazy ať už se to týká dekubitů nebo jiných defektů, aplikace s.c. medikace nebo intramuskulární medikace podle toho, co je potřeba, dokážeme využít PICC, dokážeme využít Port, péče o PEG, o tracheostomii, permanentní močový katetr, epicystodren. Pokud máme pacienta žejo tracheostomie, odsávání, výměna tracheostomické kanyly. A samozřejmě do toho taky patří edukační činnost.</p>

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Otázka č. 4: Jaké profese tvoří multidisciplinární tým?

Tabulka 10: Vymezení činností

Participant	Odpověď
P1	Samozřejmě jsou to lékařky pod vedením vedoucí lékařky – paliatra a potom jsou to zdravotní sestry a máme i teďka vlastně ošetrovatelky. takže máme ty osobní asistentky, pečovatelky a máme psychosociální pracovníci, máme sociální pracovníci, která je současně koordinátorka a potom je to psycholog. A potom teda, taková teďka, by měla být duchovní, ale tady protože jsme na Jižní Moravě, tak ten, kdo má potřebu, tak svého duchovního většinou má a kdo nechce, tak prostě nemá zájem o nikoho.
P2	No lékaři, sestry, sociální pracovnice, psycholog a duchovní.
P3	Takže sú pečovatelky, pak jsou teda sestry, pak sú staniční sestry, vrchnů máme jednu, pak paní ředitelku, pak je tam psycholog, je tam sociální pracovnice, pan farář máme svojeho.
P4	Tak my máme v týmu zdravotní sestry, lékaře, sociálního pracovníka, teďka máme zahájenou spolupráci i s pracovníkem v sociálních službách, takže vlastně pečovatele, dále pak máme psychoterapeuta, administrativního pracovníka a pak máme duchovní.
P5	Lékaři, psychologka, duchovní, zdravotní sestry, sociální pracovník, máme i dobrovolníky v indikovaných případech a máme pečovatele, který vlastně jsou součástí týmu.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Shrnutí: Výzkumná otázka č. 1 se zabývala lokalitou působení, poptávkou péče a vymezení činností. Participantky uvedly, že mají vždy nasmlouvanou konkrétní oblast. Ale P1 uvedla, že zařízení je ochotno poskytnout péči i mimo nasmlouvaný okres, pokud je to výslovné přání pacienta či jeho rodiny. K poptávce péče se P2 vyjádřila, že zájem o jejich služby je velký, ale čím dál tím častěji se jim stává, že pacient není indikovaný, proto nelze vyhovět žádosti. A P1 uvedla, že je rozdíl kolik pacientů má zájem a poté kolik se uzavře reálných smluv. Ke kategorii vymezení činností se všechny participantky shodly na činnostech všeobecné sestry a multidisciplinárního týmu.

5.5 Rozhovory k výzkumné otázce č. 2

Výzkumná otázka 2: Jaké jsou podmínky pro zařazení pacienta v terminálním stádiu do domácí paliativní péče?

Otázka č. 5: Jaká kritéria musí pacient splňovat pro zařazení do péče?

Tabulka 11: Podmínky

Participantí	Odpověď
P1	Je ukončená léčba žádají jenom paliativní, symptomatologickou, pacient s tím musí souhlasit, teda že by tady toto proběhlo a měl by dosáhnout PPS padesát a méně bodů. Potom je to třeba pacient, který má dva a více symptomů.
P2	Pacienti v terminálním stádiu, kdy mají už ukončenou léčbu.
P3	Musí být ukončena veškerá léčba a s tím musí souhlasit, jak pacient, tak ta rodina. A nesmí ho navštěvovat ještě jiná firma to je další taková důležitá věc. nesmí volat erzetu, nesmí už prostě žádné ty kontroly. Náš pan doktor paliativní musí odsouhlasit, jestli to prostě splňuje ty podmínky.
P4	Jo, do péče může referovat pouze ošetřující lékař. Potřebujem mít opravdu referenci od lékaře ošetřujícího s tím, že musí být ukončena onkologická léčba, v té zprávě musí být vyjádření toho ošetřujícího lékaře, že je ukončena kurativní léčba a z další léčby ten pacient nebude profitovat v nemocničním prostředí. potřebujeme vyjádření toho ošetřujícího lékaře, že byly vyčerpány všechny možnosti, který moderní medicína nabízí. Pak potřebujeme, aby rodina byla, aby se rodina zaručila, že bude mít pečující osobu ten pacient.
P5	Klasicky musí být ukončena léčba, pokud je to pacient s jinými chronickými onemocněními, tak taková ta záchranná léčba. No musí tam být prostě pečující osoba, která ta je dvacet čtyři hodin. Pacienti musí být seznámeni s tou svojí léčbou, musí vědět, co je cílem.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Otázka č. 6: Jsou nějaká omezení, kdy nemůže být pacient indikován?

Tabulka 12: Kritéria a omezení

Participantí	Odpověď
P1	Když není ještě uzavřena ta léčba nebo nesouhlasí, on se chce ještě léčit sám. Takže jakmile se z toho nějak vymyká, anebo fakt nesouhlasí nebo nejsou splněny podmínky ohledně pečujících nebo zjistíme, že tam nejsou vhodné sociální podmínky, že nemají pomalu kde bydlet, tak se snažíme zařídit něco jiného. Může být sebevíc indikovaný pacient sebelepší hospic, ale když není pečující, tak to prostě nejde.
P2	No máme pravidla, podle kterých jedeme a chceme, aby to byly splněny. Že je informovanej a je tam ta pečující osoba.

P3	No tak to je hlavně to, že teda ještě chce něco. Nevím, co by mohlo být, nic a jako musí s tím souhlasit rodina a tady ten pacient.
P4	Tak omezení je, že jako nemůže být indikován člověk pro kterýho opravdu nemocnice ještě může něco udělat a z tý jako léčby v nemocnici bude ještě profitovat. Jo a pak dalším limitem je opravdu, že nemá pečující osobu, že ten pacient žije sám a nemá kdo by se o něj postaral.
P5	Dilema jsou, není to omezení, ale dilema jsou třeba pacient, kterej je dialyzovaný. Samozřejmě někdy jsou dilemata u těch geriatrických pacientů v těch konečných stádiích třeba ty Alzheimerovy demence nebo i třeba srdečního selhání, protože tam ta prognóza je taková hodně, jak bych to řekla nejistá. když to je osamělý člověk a nemá tam pečující osobu. Nebo není ukončena ta léčba.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Otázka č. 7: Jak probíhá spolupráce s rodinou pacienta?

Tabulka 13: Komunikace s rodinou

Participant	Odpověď
P1	Vlastně přijde žádost a naše paní sociální koordinátorka je okamžitě kontaktuje, ptá se, když to jde, tak mluvíme s pacientem, když to nejde, tak prostě s tím pečujícím. tak se domluvíme na příjmu a vlastně informujeme je, že jedeme ten den na tu hodinu. Mluvíme s tím pečujícím, jestli ví ty podmínky, znova se ujistíme, zjišťujeme, jestli jsou informovaní. A potom vlastně se uzavírá smlouva. Samozřejmě kvalita té komunikace záleží od toho, jací ti lidi jsou. Ta komunikace s něma bývá úplně perfektní.
P2	My máme výhodu. Ty mobilní hospice, většinou fakt dostanou pacienty, který jsou už informovaný, vijou, co jsme za tým, co děláme za práci, takže jako většinou fakt je to v pohodě ta komunikace. Myslím si, neměli jsme nikdy problém s rodinou. Jeden jedinej případ jsme myslím měli, ale jako jinak většinou se domluvíme.
P3	Jako neskutečně jsou ty rodiny vděčné a musím klepat nestalo se nám, že by někdo nebyl spokojen, že spíš by nás nosili na rukách a spíš nás oslovují, že jsme andělé, že prostě, že fakt tam někdo dojde a fakt jako. Ty lidi jsou neskutečně vděční. Neskutečná vděčnost.
P4	Máme úplně luxusní rodiny, musím říct, že s rodinama je úplně skvělá spolupráce, plní pochopení, plní jako nadšení pro to spoustu věcí se naučit a jako rozhodně

	nemáme konfliktní rodiny. Opravdu máme motivovaný rodiny pečujících, který vědí proč to dělají, vědí, že je to na omezenou dobu, že je to nějak ohraničený, nějak jim to přijde důležitý a smysluplný.
P5	Samozřejmě se navazuje už před přijetím, protože ta rodina musí být seznámená s tím, co nabízíme, jak to nabízíme, jaký jsou naše limity, aby si nepředstavovali, že tam, často si to ty lidi představují, že tam budeme s pacientem třeba dvanáct hodin.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Shrnutí: Cílem výzkumné otázky č. 2 bylo zjistit co vše je nutné splnit pro zařazení pacienta v terminálním stádiu do domácí paliativní péče? Všechny participantky se v rozhovorech shodují jak na podmínkách přijetí a také omezeních, kdy nemůže pacient indikován. Výzkumná otázka č. se také ještě zabývala kategorií komunikace s rodinou. Participantky P1, P2, P3 a P4 se shodují na tom, že komunikace a spolupráce s rodinou je ve většině případů skvělá.

5.6 Rozhovory k výzkumné otázce č. 3

Výzkumná otázka: Kdo indikuje pacienty do domácí paliativní péče?

Otázka č. 8: Kdo může zažádat o poskytování péče?

Tabulka 14: Schvalovací proces

Participant	Odpověď
P1	Zažádat může každý, jo opravdu podat žádost nebo obrátit se na nás může každý, žádost jako takovou posílá lékař, paliativní ambulance, odborní lékaři, nemocnice to je v podstatě jedno, jakýkoliv lékař, ale nejde jako, že by přišel jako pacient nebo jeho rodinný příslušník a přinesl nám žádost. Takže žádat může každý, ale žádost musí poslat lékař a musí tam být prostě ty náležitosti.
P2	Samotná rodina nebo ten pacient, praktičej lékař nás může oslovit, a oslovují nás vlastně všechny ty paliativní týmy v těch nemocnicích.
P3	Kdo má nějaké vážné, většinou jsou to ty onkologické z devadesáti procent diagnózy, ale jsou tam srdeční zlyhávání. Jako zažádat si může v podstatě ten kdo si neví rady nebo jak bych to. Buď je to teda z nemocnice, nebo obvodní nebo samostatný ten klient, ale většinou teda jeho blízký nebo příbuzní, on sám určitě ne.

P4	Tak žádá rodina přes teda ošetřujícího lékaře, my to máme udělaný tak, že v rámci našeho centra paliativní péče je poradna, poradenská služba telefonická, takže tam můžou rodiny zavolat, jakým způsobem požádat o tu službu a my je navigujeme, že mají kontaktovat svého ošetřujícího lékaře ať už je to praktický lékař nebo onkolog nebo ošetřující lékař v nemocnici, který pak přes naše webové stránky může vyplnit žádost.
P5	My to máme postavený na lékařské žádosti, u nás to funguje vlastně na základě žádosti, která se podává online, prostě na našich webových stránkách máme odkaz pro praktiky nebo pro lékaře. takže online se podává žádost.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Otázka č. 9: Kdo indikuje rozsah poskytované péče, praktický lékař nebo paliatr?

Tabulka 15: Indikace

Participant	Odpověď
P1	Paliatr.
P2	Když už ho máme přijatého, tak náš paliatr. Akorát toho praktika informujeme a on s tím teda musí souhlasit, že ta péče tam bude poskytována.
P3	Nene u těchto hospicových devět dva šest už náš paliatr. Jak ho vezmeme do naší péče, tak voláme obvodnímu, že je přijatý do naší péče a tam už potom nic. Všecko poskytujeme my.
P4	Indikuje to paliatr. Vlastně náš paliatr.
P5	Paliatr. My to máme nastavené na paliatra, samozřejmě tomu praktickému lékaři voláme a vysvětlujem, co po něm budeme chtít.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Otázka č. 10: Jak dlouho po indikaci od lékaře je pacient zařazen do péče?

Tabulka 16: Doba přijetí

Participant	Odpověď
P1	To je hrozně různé, podle toho, jak máme naplněnou kapacitu. Prostě do jednoho týdne se určitě snažíme. Většinou je to jeden, dva, tři dny maximálně týden. V tom ideálním případě je to den a maximálně týden, ale jak říkám, je to individuální a nedá se to úplně říct.
P2	Určitě během dvou tří dní ho přijmem. Když je to akutní anebo potřebují hned, tak hned.

P3	Snažíme se co nejdřív. Do tří, jeden dva, fakt jako snažíme se to v ten den fakt jako mělo by to být co nejdřív.
P4	Pokud je to nutný, tak většinou druhý den. Jsme schopni hnedka následující den, pokud je to opravdu akutní nebo vidíme, že ty symptomy jsou špatně řešený nebo nedostatečně. Takže víceméně jeden nebo dva dny po přijetí žádosti.
P5	Je to individuální, ale v poslední době se jakoby pohybujeme v řádu dní.

(Zdroj: Vlastní zpracování, 2024)

Shrnutí: Cílem výzkumné otázky č. 3 bylo popsat proces indikace pacienta do domácí paliativní péče. P1, P4 a P5 uvedly, že o podání žádosti se může informovat rodina, ale žádost musí být podána vždy lékařem. Všechny participantky se shodly na tom, že rozsah poskytované péče indikuje paliatr. V poslední otázce participantky P1, P2 P3, P4 a P5 odpověděly, že všechny zařízení se snaží pacienta přijmout co nejdříve, a to znamená maximálně do jednoho týdne.

Shrnutí činnosti zařízení a jejich význam pro poskytování domácí paliativní péče v rámci Jihomoravského kraje.

Činnosti zařízení

Hlavním cílem šetření bylo zjistit, která zařízení v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu. V práci jsou popsány konkrétní činnosti pěti vybraných zařízení, jak probíhá proces rozhodování, koho lze přijmout do péče, jak je zajištěn první kontakt s pacientem a jeho rodinou. Jak jsou poskytovány všechny formy péče, ať už je to samotná zdravotní péče, tak poradenská, psychická podpora a v neposlední řadě také komunikace. Dotazované vedoucí zařízení popsaly práci s pacienty v jejich domácím prostředí.

Hlavní činnosti lze shrnout následovně:

- informační a poradenská – terénní, osobní, telefonická,
- přijetí do péče,
- poskytování péče v domácím prostředí,
- komunikace.

Význam zařízení

Důležitost zařízení poskytujících domácí paliativní péči spočívá především ve zlepšení života s těžkou nemocí, aby pacient nemusel pociťovat trápení, aby s ním v tomto období mohla být rodina a důstojně dožil život v prostředí, které je mu blízké. Spolupráce s pacientem je založena na jeho důvěře k celému týmu. Když není možnost člověka vyléčit,

tak aspoň jde tlumit symptomy, především ulevit od bolesti. Pracovníci zařízení při své práci aktivně komunikují a poskytují podporu s respektem ke nemocnému i jeho rodině.

Shrnutí

Z výsledků šetření vyplývá, že služby, které vybraná zařízení v Jihomoravském kraji poskytují jsou velmi potřebné. V kraji poskytuje domácí paliativní péči celkem jedenáct zařízení s odborností 926. Pro samotné šetření bylo zvoleno pět zařízení, která pokrývají svou činností oblasti: Hodonín, Břeclav, Blansko, Hustopeče, Brno. Zajišťují pro pacienty poradenskou i léčebnou činnost. Úkolem zařízení je zajistit potřebný rozsah služeb v rámci odbornosti 926. Jde především o vyhodnocení situace pacienta, pomoc s přijetím do péče a následné naplánování konkrétní péči a v neposlední řadě také aktivní komunikace s rodinou při zajištění samotné péče. Vzhledem k tomu, že kapacita těchto zařízení není v současné době dostačující a zájem ze strany veřejnosti je opravdu velký, tak do budoucna je zapotřebí domácí paliativní péči rozvíjet a podporovat.

DISKUZE

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká zařízení v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu. Na základě hlavního cíle byly zformulovány výzkumné otázky. Následně byla provedena analýza dokumentů, která přinesla potřebné údaje pro výběr zařízení. Po přepisu rozhovorů došlo k analýze dat, která byla získána během rozhovorů. Tak bylo možné najít odpovědi na výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 - Která pracoviště v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči s odborností 926?

Všichni informanti pracují v oblasti péče o terminálně nemocného v domácím prostředí. Z jejich odpovědí vyplývá, pro jakou konkrétní oblast zajišťují tuto péči a také potřebné informace, zda určitá vzdálenost není překážkou pro poskytování služby tohoto typu. Tato zařízení mají samozřejmě určitou hranici při poskytování služeb v domácím prostředí, ta je dána počtem pacientů, o které je schopno zařízení, v co nejlepší kvalitě, se postarat. Samotná péče o nemocného zahrnuje velké množství zdravotních výkonů, které všeobecná sestra v domácím prostředí musí zvládnout, dokázat správně vyhodnotit stav a konkrétní situaci. Lékař a všeobecná sestra jsou velmi důležitým článkem multidisciplinárního týmu, ve kterém kromě nich spolupracuje psycholog, sociální pracovník a také duchovní. Činnost tohoto týmu je pro pacienta velkým přínosem. Dle Markové (2023) multidisciplinární tým své síly soustředí k jednomu cíli: zmírnit celkové utrpení a napomoci kvalitnějšímu životu nemocného a jeho rodiny (Příloha P XI).

Výzkumná otázka č. 2 - Jaké jsou podmínky pro zařazení pacienta v terminálním stádiu do domácí paliativní péče?

Z odpovědí participantek jasně vyplývá kdo může být zařazen do domácí paliativní péče. Musí být zakončená léčba a je nezbytné, aby souhlasil jak pacient, tak jeho rodina, která přebírá velkou část péče. „*Při péči o pacienta hraje významnou roli rodina a jeho přátelé.*“ (Vorlíček a Adam, 1998, s. 506). Blízkost rodiny je nesmírně důležitá pro vyrovnání se s tíživou situací pacienta. Komunikace týmu s rodinou je v domácím prostředí klidnější, bez obav a dají se zvládnout i obtížnější situace. Proto spolupráci s příbuznými hodnotily participantky jako skvělou. Existují však omezení, která neumožní přijetí do domácí paliativní péče. Do jejich výčtu patří situace, kdy není ukončena léčba a také případy, kdy přijetí brání nevhodná sociální situace nebo nesouhlasí sama rodina.

Výzkumná otázka č. 3 - Kdo indikuje pacienty do domácí paliativní péče?

V odpovědích participantek je shoda na tom, že žádost vypíše ošetřující lékař, přihlíží se rovněž k přání rodiny a nemocného. Informace o jednotlivých zařízeních jsou dostupná na jejich webových stránkách. O možnostech zařízení informují také poradny, ambulance bolesti, praktičtí lékaři. Následně paliatr stanoví rozsah péče. Poté nejpozději do jednoho týdne zařízení zkontaktuje rodinu a domluví se na přijetí.

Šetření přineslo zjištění, jak pracují zařízení, poskytující domácí paliativní péči v rámci Jihomoravského kraje. Jak se zařízení snaží vyhovět pacientům a jestli je pokrytí tímto typem služby dostatečné. Poskytovaná péče je nastavena především tak, aby nemocným a jejich rodinám umožnila co nejlépe spolu strávit čas, který ještě zbývá. Cílem bylo zjistit, která zařízení v Jihomoravském kraji aktivně pracují a jaký konkrétní rozsah péče zajišťují. Rovněž bylo přínosné zjistit, že je jejich práce hodnocena velmi pozitivně ze strany samotných pacientů. Na téma domácí paliativní péče bylo zpracováno několik závěrečných prací. Autorka Herdová se ve své práci Domácí hospicová péče z pohledu sestry, snaží zjistit, jaký je pohled všeobecné zdravotní sestry na poskytování domácí paliativní péče (Herdová, 2022). Dále Provazníková řeší téma Paliativní péče a pečující osoby, které se zabývá problematikou poskytování paliativní péče v domácím prostředí. Smyslem je pochopit, jak vnímají poskytování paliativní péče právě osoby pečující (Provazníková, 2021). Autorka Siudová v práci Domácí paliativní péče v České republice věnuje pozornost možným rizikům či nečekaným situacím, které rodina nemusí zvládnout (Siudová, 2016). Uvedené práce se zabývají podobnými tématy, ale cíle prací jsou odlišné, proto není možné je porovnávat s výsledky našeho zkoumání. Ze získaných dat byl vytvořen informační materiál, který může být zdrojem poznatků o pěti zařízeních, která byla součástí výzkumu (Příloha P XII).

Doporučení pro praxi

Paliativní péče v domácím prostředí vyžaduje pro účel, který plní především dostatek zařízení, která mají odbornost 926 a dále také kvalifikovaný personál, který by se mohl dostatečně věnovat pacientovi, plnit jeho potřeby a napomáhat mu v těžkých chvílích. Z rozhovorů vyplynula tato doporučení:

- zvýšit počet personálu, který zajišťuje přímou zdravotnickou péči,
- lepší pokrytí tímto typem služby v Jihomoravském kraji,
- pracovat i nadále na udržení velmi dobré komunikace s rodinami pacientů,
- dodržovat dobře nastavená a srozumitelná kritéria pro přijetí do péče,
- zkrátit proces přijetí pacienta do péče.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaká zařízení v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část vymezuje pojem paliativní péče. Jednotlivé kapitoly se zabývají postavením pacienta v domácí péči a jeho rodiny. Jaká jsou potřeba splnit kritéria, aby mohl využívat tento druh služby. Péče o terminálně nemocného pacienta v prostředí, které zná, a které je mu nejbližší je obrovským přínosem jak pro něj, tak pro jeho blízké. Společný čas, který mají možnost spolu prožít, napomáhá naplnit potřeby nemocného, ke kterým patří např. nezůstat sám, vyřešit problémy ve vztazích a dojít k odpuštění. Kromě toho je důležitou potřebou prožít konec života bez bolesti. Další kapitola popisuje, jakou roli zastává všeobecná sestra, její odbornou způsobilost, kompetence a také jaká je motivace pro práci v oblasti přímé péče.

V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvalitativního výzkumného šetření, jehož výsledkem je přehled zařízení, která poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu v rámci Jihomoravského kraje a také činností, které zařízení zajišťují. Z uskutečněných rozhovorů plyne, že tato zařízení jsou důležitá a služby, které zajišťují nenahraditelné. Pracovníci musí být odborně erudovaní se zkušenostmi a nezbytnou praxí ve zdravotnictví. Jsou velkou oporou pro nemocného a jeho rodinu. Z výsledku výzkumu plyne zjištění, že v rámci Jihomoravského kraje je tato služba důležitou prioritou. Zpracovaná koncepce kraje slibuje do budoucna velkou podporu těmto zařízením i rodinám, které pečují. Podle ní budou zařízení domácí paliativní péče získávat na stále větším významu a budou mít lepší podmínky pro zajištění personálního a materiálního zabezpečení, aby mohla poskytovat pomoc těm, kteří ji budou potřebovat. Zpracováním této práce jsem splnila svá očekávání. Přínosem pro mne byly nově získané vědomosti v oblasti zajištění domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu. Práce by mohla v praxi sloužit jako zdroj informací pro zájemce o služby zařízení, poskytujících paliativní péči o terminálně nemocného pacienta v Jihomoravském kraji.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BEDRNOVÁ, E. a NOVÝ, I., 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3., rozšíř. a dopl. vyd. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-169-0.
- BROOK, J.; MCGRAW, C. a THURTLÉ, V., 2021. *Oxford Handbook of Primary Care and Community Nursing*. 3rd edition. New York, NY: Oxford University Press. ISBN 978-019883-182-2.
- BURDA, P. a ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5333-1.
- BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, potřeba, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
- BYDŽOVSKÝ, J.; KABÁT, J. a kol., 2015. *Ošetrovatelství sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú. ISBN 978-80-905-9732-7.
- BYOCK, I., 2015. *Čtyři klíče k životu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0777-1.
- CALLANAN, M. a KELLEY, P., 2005. *Poslední dary – Jak porozumět zvláštnímu vnímání a potřebám umírajících*. Praha: Vyšehrad. ISBN 80-7021–819-3.
- ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- ČESKO, 2011a. Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- ČESKO, 2011b. Vyhláška 158/2022 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2022-158>
- DOLISTA, J., 2012. *Úvod do bioetického myšlení*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. ISBN 978-80-261-0192-5.
- DOSTÁLOVÁ, O., 2018. *Nemoc jako křižovatka*. Praha: Triton. ISBN 978-80-755-3454-5.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- GULÁŠOVÁ, I., 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-059.

- HANZLÍKOVÁ, A. a kol., 2007. *Komunitní ošetřovatelství*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-257-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H., 2007. *Thanatologie, Nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2471-3.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-040-2.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 978-80262-0982-9.
- HERDOVÁ, E., 2022. *Domácí hospicová péče z pohledu sestry*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Dostupné z: <https://theses.cz/id/z1odv1/>. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- JMK, © 2022a. Online. *Jihomoravský kraj má koncepci paliativní péče na příští čtyři roky*. Brno: Jihomoravský kraj. Dostupné z: <https://www.listyjm.cz/zdravotnictvi/jihomoravsky-kraj-ma-koncepci-paliativni-pece-na-pristi-ctyri-roky.html>. [cit. 2024-01-30].
- JMK, © 2022b. Online. *Koncepce rozvoje paliativní péče v Jihomoravském kraji 2022-2025*. Brno: Jihomoravský kraj. Dostupné z: <https://www.jmk.cz/content/25043>. [cit. 2024-01-30].
- KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-5049-4.
- KALA, M. a DORKOVÁ, Z., 2017. *Paliativní a hospicová péče*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7454-668-6.
- KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty*. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-904516-4-3.
- KISVERTOVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-496-8.
- KOLÁŘOVÁ, Z., © 2023. *Sestry řeší kompetence a ohodnocení v paliativní péči*. *Medical Tribune*. Online. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/sestry-resi-kompetence-a-ohodnoceni-v-paliativni-peci/>. [cit. 2024-01-30].
- KÜBLER-ROSSOVÁ, E., 2015. *O smrti a umírání*. 2. vyd. Turnov: Arica. ISBN 80-900134-6-5.
- KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4650-0.

- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-6654-6.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4.
- MARKOVÁ, A. a kol., 2023. *Hospic do kapsy*. 4. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-88455-09-7.
- MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3171-1.
- MATZO, M. a SHERMAN, D. W., 2018. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*. 5th edition. New York: Springer. ISBN 978-0-8261-2712-9.
- MZČR, © 2019. Online. *Metodický pokyn k poskytování mobilní specializované paliativní péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.mzd.gov.cz/metodiky-pro-poskytovatele-mobilni-specializovane-paliativni-pece-k-projektu-podpora-paliativni-pece-zvyseni-dostupnosti-domaci-specializovane-paliativni-pece/>. [cit. 2024-01-30].
- MZČR, © 2021. Online. *Koncepce ošetrovatelství*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.mzd.gov.cz/vestnik-c-6-2021/>. [cit. 2024-01-30].
- MZČR, © 2023. Online. *Ministerstvo zdravotnictví kontinuálně podporuje paliativní péči*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-kontinualne-podporuje-paliativni-peci/>. [cit. 2024-01-31].
- O' CONOR, M. a ARANDA, S., 2005. *Paliativní péče*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.
- PAYNE, J., 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 8072546570.
- PEŘINA, J., 2016. *Historie a současnost paliativní péče v Česku*. Umírání.cz. Online. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>. [cit. 2024-01-30].
- PLEVOVÁ, I. a kol., 2018. *Ošetrovatelství*. 2. vyd., Praha: Grada. ISBN 978-247-3557-3.
- PROVAZNÍKOVÁ, M., 2021. *Paliativní péče a pečující osoby*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Dostupné z: <https://theses.cz/id/51cyzm/>. Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Fakulta sociálně ekonomická.

- REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- SIUDOVÁ, V., 2016. *Domácí paliativní péče v České republice*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Dostupné z: <https://theses.cz/id/0stsaw/>. Ostravská univerzita v Ostravě. Fakulta sociálních studií.
- SLÁMA, O.; KABELKA, L. a kol., 2022. *Paliativní medicína pro praxi*. 3., rozšíř. a aktual. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-627-3.
- STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-368-6.
- STIBOROVÁ, D. a FREI, J., 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. ISBN 978-80-270-3719-3.
- STUDENT, J.; MÜHLUM A. a STUDENT, U., 2007. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. Jinočany: H&H. ISBN 8073190591.
- SVATOŠOVÁ, M. a PALÁN, A., 2018. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich. ISBN 978-80-7017-249-0.
- SVATOŠOVÁ, M., 2011. *Hospice a umění doprovázet*. 7., dopl. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-580-1.
- SVOBODA, P. a HERLE, P., 2019. *Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-448-0.
- ŠPINKOVÁ, M. a ŠPINKA, Š., 2004. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4329-4.
- ŠVARŤÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- VETEŠKA, J. a TURECKIOVÁ, M., 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6871-7.
- VORLÍČEK, J.; ABRAHÁMOVÁ J. a VORLÍČKOVÁ, H., 2012. *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přepr. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-247-3742-3.
- VORLÍČEK, J.; ADAM, Z. a kol., 1998. *Paliativní medicína*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-437-1.
- World Health Organization, © 2022. Online. *Palliative care*. Geneva: World health organization. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>. [cit. 2024-01-31].
- ZACHAROVÁ, E. a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd.	a tak dále
cit.	citace
CSc.	Kandidát věd
č.	číslo
ČLSJEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
DCHB	Diecézní charita Brno
DOI	Digital Object Identifier
dopl.	doplněné
et al.	Et alii
hosp.	hospicové
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
ISBN	International Standard Book Numer
JMK	Jihomoravský kraj
kol.	kolektiv
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MUDr.	Doktor medicíny
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
OCH	Oblastní charita
o.p.s.	obecně prospěšná společnost
pal.	paliativní
Ph.D.	Doktor filozofie
p.o.	Příspěvková organizace
pp.	pages
PPS	Paliative performance scale
Prof.	Profesor
přepr.	přepracované
rozš.	rozšířené
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
vyd.	vydání

VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
s.	stránka
Sb.	Sbírky
Sdruž.	Sdružení
Sv.	Svaté, svatého
tj.	to je
WHO	World Health Organization
zdr.	Zdravotní
Zdrav.	Zdravotnických
z. s	zapsaný spolek
z.ú.	zapsaný ústav

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Označení participantek	39
Tabulka 2: Údaje o zařízeních	40
Tabulka 3: Data z ÚZIS	43
Tabulka 4: Data z VZP	43
Tabulka 5: Data z JMK	44
Tabulka 6: Přehled kódování	45
Tabulka 7: Lokalita působení	46
Tabulka 8: Poptávka péče	46
Tabulka 9: Výkony všeobecné sestry	46
Tabulka 10: Vymezení činností	47
Tabulka 11: Podmínky	49
Tabulka 12: Kritéria a omezení	49
Tabulka 13: Komunikace s rodinou	50
Tabulka 14: Schvalovací proces	51
Tabulka 15: Indikace	52
Tabulka 16: Doba přijetí	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Schéma léčby

Příloha P II: Činnosti sestry pro domácí a hospicovou péči dle novely vyhlášky č. 55/2011 Sb.

Příloha P III: Žádost o získání dat z ÚZIS

Příloha P IV: Soubor otázek pro participantky

Příloha P V: Přepis rozhovoru č. 1

Příloha P VI: Přepis rozhovoru č. 2

Příloha P VII: Přepis rozhovoru č. 3

Příloha P VIII: Přepis rozhovoru č. 4

Příloha P IX: Přepis rozhovoru č. 5

Příloha P X: Vzor informovaného souhlasu účastníka výzkumu

Příloha P XI: Seznam všech zařízení s odborností 926 v Jihomoravském kraji

Příloha P XII: Výstup pro praxi

Příloha P I: SCHÉMA LÉČBY

	Obecná paliativní péče	Specializovaná paliativní péče
Akutní péče	Nemocnice	Oddělení specializované paliativní péče, Konziliární tým
Dlouhodobá	LDN, Domovy pro seniory	Lůžkové hospice
Krátkodobá		Denní stacionář
Domácí péče	Agentury domácí péče	Domácí paliativní péče

PŘÍLOHA P II: ČINNOSTI SESTRY PRO DOMÁCÍ A HOSPICOVOU PÉČI DLE NOVELY VYHLÁŠKY Č. 55/2011 SB.

V § 66b této vyhlášky se lze seznámit se specializovanými činnostmi sestry pro domácí a paliativní péči. Sestra pro domácí a hospicovou péči vykonává činnosti podle § 54 při poskytování specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče pacientovi ve vlastním sociálním prostředí nebo ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve zdravotnických zařízeních dlouhodobé lůžkové péče, kde je poskytována paliativní péče. Dále může:

a) bez odborného dohledu a bez indikace lékaře

- 1.** zjišťovat zdravotní a sociální situaci pacienta a osob blízkých ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům a následnému zajištění zdravotní a sociální péče,
- 2.** plánovat obsah, rozsah a časovou náročnost ošetrovatelské péče a vykonávat činnosti specializované a vysoce specializované ošetrovatelské péče a paliativní péče,
- 3.** edukovat pacienta a jeho osoby blízké v oblastech prevence onemocnění, přitom zejména spolupracovat s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, nutričním terapeutem, zdravotně-sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem,
- 4.** vyhotovovat plán ošetrovatelské paliativní péče ve spolupráci s pacientem a osobami jemu blízkými,
- 5.** pečovat o dýchací cesty pacienta i při umělé plicní ventilaci, včetně odsávání z dolních cest dýchacích,
- 6.** pečovat o pacienta na domácí plicní ventilaci, včetně obsluhy zdravotnických prostředků, vyhodnocení ventilačních parametrů, výměny tracheostomické kanyly při komplikacích, provádět poučení pacienta a jím určených osob o používání pomůcek a obsluze zdravotnických prostředků,
- 7.** hodnotit a ošetřovat nehojící se rány,
- 8.** zavádět a udržovat kyslíkovou terapii,
- 9.** podávat očistné klyzma nebo provádět manuální vybavení stolice u pacienta staršího 15 let věku,
- 10.** aplikovat krystaloidní roztoky a provádět nitrožilní aplikaci 20% glukózy u pacienta s ověřenou hypoglykemií, včetně zavedení periferního žilního katetru,
- 11.** provádět výměnu močového katetru mužů a chlapců starších 15 let věku,
- 12.** doporučovat pacienty do péče jiných poskytovatelů zdravotních služeb;

b) bez odborného dohledu na základě indikace lékaře provádět činnosti při poskytování preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační a paliativní péče. Přitom zejména může:

- 1.** zavádět a ukončovat domácí péči, včetně její administrace,
- 2.** podávat léčivé přípravky do epidurálního katetru,
- 3.** zavádět Huberovu jehlu do implantovaného portového katetru a provádět její odstranění,
- 4.** vykonávat činnosti spojené s přípravou, průběhem a ukončením aplikace metod léčby bolesti,
- 5.** provádět dialýzu u pacienta s chronickým selháváním ledvin, který vyžaduje léčbu dostupnými očišťovacími metodami krve,
- 6.** provádět tracheobronchiální laváže u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami,
- 7.** nastavovat ventilační parametry při poskytování domácí umělé plicní ventilace,
- 8.** provádět katetrizaci močového měchýře mužů a chlapců starších 15 let věku.

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O ZÍSKÁNÍ DAT Z ÚZIS

Požadavek na export dat z Národního zdravotnického informačního systému (NZIS)		
Žadatel – vyplňte pouze zvýrazněnou část		
Příjmení, jméno, titul (v případě žádosti studenta vyplňuje školitel): Němcová Anežka	Název NZIS: Jiné	
Název firmy/subjektu a adresa: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Štefánikova 5670, 760 01 Zlín 1	E-mail: a2_nemcova@utb.cz Telefon: +420 731 781 482	
Zpracovávané období: 2020 - 2023	Území: ČR	Datum zadání: 15.11.2023
<p>Specifikace požadavku: Žádám Vás o dostupná data od 1.1.2020 - 31.12.2023 týkající se provozování domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stádiu (dle platných legislativních ustanovení) v Jihomoravském kraji. Účelem mé bakalářské práce je získat aktuální přehled pracovišť poskytující domácí paliativní péči o pacienta v terminálním stádiu v Jihomoravském kraji s cílem provést jejich analýzu.</p> <p>Stručný popis dat a účel - projektový záměr: Data poskytnutá NZIS budou podrobena analýze a bude prověřováno současné fungování individuálních pracovišť domácí paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu v Jihomoravském kraji. Funkční pracoviště domácí paliativní péče pro pacienty v terminálním stádiu budou uspořádána podle okresů, aby získaný přehled mohl sloužit odborné veřejnosti, včetně nemocnic a praktických lékařů, k poskytnutí doporučení klientům.</p> <p>Popis předpokládaného, zejména publikačního využití dat: Data budou použita jako klíčový prvek pro výzkumnou část mé bakalářské práce, která bude v plné komplexnosti veřejně dostupná v souladu s platnými legislativními normami na stránkách Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně.</p> <p>Cíle práce: Cílem práce je zjistit, která pracoviště v Jihomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienta v terminálním stádiu.</p> <p>Pokud jsou data využita pro plnění grantu, pak uveďte jeho oficiální název, sponzora a řešitele:</p> <p>Specifikace likvidace předaných dat (popis): Po provedení zpracování budou data zlikvidována ze všech úložných zařízení, kde byla data uložena, a tak budou ochráněna proti jejich zneužití.</p> <p>Data adresná <input type="checkbox"/> / anonymizovaná <input checked="" type="checkbox"/> agregovaná <input checked="" type="checkbox"/> / individuální <input type="checkbox"/></p> <p>(Požadovaná data nebudou použita pro komerční účely).</p>		

<p>Pole vpravo (identifikační údaje oprávněného pracovníka) vyplňte <u>pouze v případě žádosti o osobní údaje pacientů statutárním zástupcem poskytovatele zdravotních služeb</u>. Osobní údaje a údaje vedené ve zdravotnických registrech budou zpřístupněny jen oprávněnému zdravotnickému pracovníkovi poskytovatele zdravotnických služeb poskytovaných pacientovi dle § 73 odst. 2, písm. b z. č. 372/2011 Sb., v pl. zn.; případně dalším oprávněným pracovníkům dle § 73 odst. 2, písm. c, d, e cit. zákona. Statutární zástupce tímto výslovně prohlašuje, že požadované údaje se týkají pacientů vedených v NZIS dle § 72 odst. 1 písm. b).</p>	<p>Identifikační údaje oprávněného zdravotnického nebo jiného pracovníka a kontaktní údaje: Jméno a příjmení, titul: Bydliště: Státní příslušnost: Pracovní pozice: Telefon: Email: ÚZIS neověřuje a neručí za bezpečnost kontaktů.</p>
---	---

Způsob předání dat: e-mailem

Kontakt:
a2_nemcova@utb.cz

Podpis žadatele nebo
statutárního zástupce:

Zpracovatel

Datum převzetí:	Příjmení a jméno:	Forma: vyberte
Předáno komu:	Datum předání:	
Číslo předávacího protokolu:		
Evidenční číslo žádosti / rok	Evidenční číslo pošty	

Vyjádření metodika ÚZIS

Garant	Příjmení a jméno:	
Vyjádření:	Datum vyjádření:	

Příloha P IV: SOUBOR OTÁZEK PRO PARTICIPANTKY

1. Ve které oblasti působí vaše zařízení?
2. Kolik pacientů má průměrně ročně zájem o poskytované služby?
3. Jaké činnosti vykonává všeobecná sestra?
4. Jaké profese tvoří multidisciplinární tým?
5. Jaká kritéria musí pacient splňovat pro zařazení do péče?
6. Jsou nějaká omezení, kdy nemůže být pacient indikován?
7. Jak probíhá spolupráce s rodinou pacienta?
8. Kdo může požádat o poskytování péče?
9. Kdo indikuje rozsah poskytované péče, praktický lékař nebo paliatr?
10. Jak dlouho po indikaci od lékaře je pacient zařazen do péče?

Příloha P V: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 1

B: Moje první otázka na Vás by byla, ve které oblasti působí Vaše zařízení?

P1: My máme nasmlouváno vlastně celý břeclavský okres a plus, pokud mají naplněnou kapacitu hospice v sousedních okresech, tak po domluvě můžeme i v těch příhraničních obcích jo anebo když je to vyloženě výslovné přání té rodiny nebo toho pacienta, že chce vyloženě nás. Ale jinak je to celý břeclavský okres.

B: A kolik vlastně pacientů máte průměrně, kteří mají vlastně ročně zájem o poskytované služby?

P1: Něco jiného je kolik lidí má zájem a něco jiného je, potom kolik se uzavře smluv a o kolik lidí se staráme. Takže třeba tady když se podíváte na tu výzdobu tak to jsou pacienti, u kterých jsme uzavírali smlouvu v minulém roce je jich osmdesát tři, ale nějakí pacienti vlastně přesahovali z toho předchozího roku. Takže [zamyšlení]: „Přibližně se staráme za ten rok o dejme tomu pětadesát lidí, ale zájem má dejme tomu sto dvacet žadatelů“ nebo prostě lidí, kteří se dotazují, ale někdy prostě se zjistí, že nejsou indikovaní, nejsou vhodné podmínky, pečující nejsou ochotni se starat, podle toho jaké jsou požadavky vlastně na ně a někdy se nestihne ten pacient přijmout, protože si vzpomenu na poslední chvíli a než proběhne jenom to malé kolečko třeba těch dvou dnů, kdy musíme prostě vzít nějaké věci, tak prostě pacient zemře nebo se rozhodnou, že radši využijí dejme tomu potom kamenný hospic. Takže něco jiného je reálné uzavření smluv a něco jiného kolik je žadatelů.

B: Dobře a vlastně jaké činnosti vykonává všeobecná sestra, která pracuje u Vás?

P1: Tak je to samozřejmě klasika. Dělá takovéto základní orientační vyšetření to znamená: „Fyziologické funkce měří tlak, pulz, saturaci, teplotu, glykémii, poslouchá peristaltiku, prohlíží pacienta, jestli má někde nějaké defekty, otoky nebo jiné problémy. Vlastně dělá takovou anamnézu s tím pacientem vyptává se ho na jeho obtíže, převazujeme rány, pečujeme o stomie a různé drény, asistujeme při zavádění tady těchto vstupů, sestry některé mají oprávnění pro zavádění permanentního katetru u mužů, takže to jinak samozřejmě u žen, zaučujeme nebo edukujeme rodinu ve všech činnostech, které mají, takže je učíme aplikovat subkutánní injekce do venofixu, edukujeme je o podávání medikace i tabletové, jo ta šíře je obrovská je toho hrozně moc.“ V podstatě všechno, co dělají zdravotní sestry v rámci lůžkových oddělení, tak děláme my nicméně ne pod odborným dohledem.

Někdo má nějaké kompetence jako specifické, ale jinak prostě běžné a velká součást toho všeho je komunikace. Polovina naší práce je, že s těma lidma mluvíme.

B: A s tou rodinou i, že?

P1: Samozřejmě [úsměv], jo to je prostě my přijímáme jako pacienta i s rodinou. Polovina naší práce je, že s nima musíme mluvit, nemusíme i chceme mluvit.

B: To je opravdu super tady tohle, protože mně se to velmi líbí, protože já jsem byla i v Homedice v Hodoníně v prvním ročníku na praxi, a právě se mi ta práce tady tímto fakt líbila, že to bylo úplně něco jináčího než v té nemocnici, že jsem viděla, jak je ten čas na ty pacienty a na tu rodinu, že ta komunikace je úplně jiná než v té nemocnici na tom lůžkovém oddělení.

P1: K nám nastupovala kolegyňka, a právě se ptala, kolik budem mít lidí za ten den těch návštěv a tak, a já říkám: „*Tak jednu, dvě jo říkám to už by muselo být opravdu něco, kdyby jako tři a ona říká, a co děláte celý den? Říkám musíš přijet, nachystat si věci, jedeš k pacientovi, my jezdíváme až tak po deváté hodině, protože musíme brát ohled na to, že musí vstát, umýt se, musí si třeba nakoupit, najíst se a dají nějaké léky.*“ Ono s těma lidma už potom to není tak jako rychlé s těmi pacienty, jak se zhoršuje ten stav, takže prostě jim nemůžeme zvonit v sedm hodin ráno na dveře. Tam pak přijdeš uděláš tu klasickou návštěvu, ale s těma lidma musíme mluvit jo, to je to, není, jakože uděláš výkon jo [pousmáním]: „*Jakože prostě jak domácí péče, která tam hlavně udělají výkon a jenom prohodí pár slov, ale prostě nemusí se jim jako věnovat nějak hloubkově.*“ Takže prostě to je to. Je hodně práce, pak odjedeš zase máš nějakou cestu, jdeš ještě někomu vlastně se to opakuje a pak děláš zápisy všechno musíme zase zapsat jo, to je nedílná součást naší práce takže provést jako zápis dokumentace a v tom jsme jako trošku benevolentní, že to nemusí být, že se nemusí vrátit sem, ale můžou ten zápis udělat z domu jo, to je zase takové, že ta pracovní doba je taková flexibilní a prostě ten zápis ten den musí být, musí předat informace ostatním kolegyním, sloužící lékařce, aby prostě pořád informace byly aktuální.

B: Super a vlastně jaké profese tvoří multidisciplinární tým?

P1: „*Samozřejmě jsou to lékařky pod vedením vedoucí lékařky – paliatra a potom jsou to zdravotní sestry a máme i teďka vlastně ošetřovatelky, které podle nové vyhlášky nebo úpravy můžou vlastně být i pro hospic, protože Girasole má nasmlouvanou tísňovou linku, červené tlačítko má nasmlouvanou osobní asistenci, a právě i ten hospic.*“ Dřív prostě nemohly ty pečovatelky působit jinde než na oblasti

Hustopečska a teďka už je tam právě změna, že pokud je to paliativní pacient, tak si ji můžeme stáhnout klidně i do Břeclavi i dál, takže máme [zamyšlení]: „Ty osobní asistentky, pečovatelky a máme psychosociální pracovníci, máme sociální pracovníci, která je současně koordinátorka, takže vlastně jí chodí ty žádosti ať ten první kontakt a je to výhodné, protože ona vlastně zjišťuje ty sociální poměry v té rodině, pomáhá zajišťovat příspěvky, pomůcky, co je všechno potřeba, takže to je nezbytný člověk v týmu. Možná jsem ji měla říct úplně na prvním místě a potom je to psycholog.“ Toho nemáme na plný úvazek, toho máme na dohodu. Takže tam je možnost, prostě když bude mít problém jak pacient, což není tak časté, tak většinou když jsou to děti v té rodině, tak hlavně pro ty děti a někdy teda i ti pečující a u těch pečujících je problém, že oni nemají moc prostor jako někam jezdit jo, a většinou jako si to tak nějak řeší, ale prostě když je to vygradované, tak psychologa máme a potom teda, taková tečka, by měla být duchovní, ale tady protože jsme na Jižní Moravě, tak ten kdo má potřebu, tak svého duchovního většinou má a kdo nechce, tak prostě nemá zájem o nikoho, ale pokud by někdo chtěl, tak jsme schopni mu ho zprostředkovat. Ale nebylo jako nikdy, že by byl přímo požadavek, že máme zajistit duchovního.

B: Protože vlastně většinou mají svého.

P1: Jo, že to není ten kamenný hospic, kde by to bylo uzavřené, kde ho opravdu mají, ale tady prostě ty lidi mají ten kontakt trochu jiný.

B: Takže další ta oblast je vlastně jaká kritéria musí pacient splňovat pro zařazení do dané péče?

P1: Musí mět [zamyšlení]: „Nevyléčitelné onemocnění v konečném stádiu, ať už je to onkologické nebo nějaké jiné chronické, neurologické a tak dále a musí teda přijít žádost, kde je napsáno, že ukončena kauzální léčba a požaduje se jenom paliativa a symptomatologická léčba.“ Takže to je prostě základní klauzule, je ukončená léčba žádají jenom paliativní, symptomatologickou, pacient s tím musí souhlasit, teda že by tady toto proběhlo a měl by dosáhnout PPS padesát a méně bodů. Nevím, jestli znáte tu škálu?

B: Ne.

P1: Paliativní funkční schopnost. Já Vám ji klidně dám.

B: To budete moc hodná. To můžu poté zařadit i do té práce třeba.

P1: Kdyžtak já Vám pošlu materiály, nevádí, že je takto propíchnutá?

B: Ne, vůbec to nevádí.

P1: Čím méně, tím lépe jo, tady se to láme. Tam je to prostě, jak je ten pacient soběstačný. Takže jako: „Pacient, který běhá po obchodech, i když má prostě nevléčitelné onemocnění ještě není hospicový jo, takže i v té žádosti, pokud je napsaná prognóza rok dejme tomu je tam napsané, že pacient je chodící a soběstačný, tak prostě to není náš pacient. Právě proto navazuje sociální šetření, kdy se ptáme, jestli je to opravdu tak, protože někdy ti doktoři řekneme nejsou úplně objektivní, takže opravdu tady toto se zjišťuje a vlastně když je to těch čtyřicet a méně, tak je to ideální pacient pro hospic.“ Délka prognózy je tam vlastně šest měsíců maximálně, ale jako, jak to dokážete jako úplně určit, protože kolikrát přijímáme pacienta, který vypadá, že prostě vypadá, tak na týden, ale jakmile se mu třeba upraví léčba, která je individuální fakt na každého pacienta, tak ti pacienti kolikrát jako rozkvetou a z takového toho skoro ležáka s obrovskými problémy prostě je člověk, který ještě fakt může jako nějaký čas fungovat. Samozřejmě nemoc nezmizí postupně si ho bere, ale můžou jako se významně zlepšit, a tak samozřejmě pro nás je lepší nebo pojišťovna počítá s tou prognózou přežití, tak měsíc jo, všude je psané šest, ale potom s těma úhradama bývají problémy jo, takže to je jeden z takových jako prvků. Potom je to třeba pacient, který má dva a více symptomů. Ty symptomy se hodnotí podle ESAS škály, to asi znáte, takže ta bolest, únava, zvracení, nevolnosti a tak. Takže když má dva a více těchto symptomů, tak už ho můžeme brát, jakože paliativního. Může jako být hospicový samozřejmě se to skládá dohromady a každou žádost, která přijde, tak posuzuje vlastně vedoucí lékař – paliatr a pokud se vyjádří, že prostě tento pacient ještě není vhodný, tak prostě mluvíme s rodinou, říkáme: „Víme o Vás, jakmile se něco změní, zhorší, okamžitě volejte, přijímáme, ale prostě v tuto dobu není ještě indikovaný úplně no. Takže je to hodně o té komunikaci.“

B: Super a vlastně jsou nějaká omezení, kdy pacient nemůže být indikován? Což jsme i tak trochu...

P1: V podstatě ano, když není ještě uzavřena ta léčba nebo nesouhlasí, on se chce ještě léčit sám, protože kolikrát řekne třeba paliativní ambulance v Brně, tak jako už končíme, nebude prostě žádné chemo, žádná radioterapie, žádná operace, žádné další vyšetření a pacient řekne ne, já to chci ještě zkusit, takže i když by ta paliativní ambulance poslala žádost, ale pacient by trval na tom, že chce dál pokračovat prostě v nějakém léčení, vyšetřování, tak to nemůže být jako uzavřeno, pokud nesplňuje ty kritéria jo takže to taky. Prostě opravdu ta paliativa je specializovaná a má ty kritéria poměrně jako jasně dané [pauza]: „Takže jakmile se

z toho nějak vymyká, a nebo fakt nesouhlasí nebo nejsou splněny podmínky ohledně pečujících, že někdo řekne, ale já se o něho jako nemůžu starat nebo zjistíme, že tam nejsou vhodné sociální podmínky, že nemají pomalu kde bydlet, tak se snažíme zařídit něco jiného, protože nemůžeme přijmout pacienta a jako dělat, že se o něj staráme a v podstatě někdy leží prostě na bednách od banánů, jo to taky jako nejde, protože musíme zajišťovat nějakou kvalitu,“ takže potom se snažíme to domluvit a řešit jiným způsobem. Takže jedna strana je rodina, druhá strana je pacient a třetí strana je prostě jestli vůbec je indikovaný.

B: Dobře a jak vlastně probíhá spolupráce s rodinou pacienta?

P1: Vlastně přijde žádost a naše paní sociální koordinátorka je okamžitě kontaktuje, ptá se, když to jde, tak mluvíme s pacientem, když to nejde, tak prostě s tím pečujícím, kdo je uvedený kontakt, který je uvedený na té žádosti a vlastně vyptává se na ty poměry a když je všechno v pořádku a projde to, tak se domluvíme na příjmu a vlastně informujeme je [zamyšlení]: *„Že jedeme ten a ten den na tu hodinu a snažíme se s nimi jako domluvit logisticky. Přijdeme tam, a kromě toho, že vyšetříme pacienta, tak mluvíme s tím pečujícím právě jestli ví ty podmínky, znova se ujistíme, zjišťujeme, jestli jsou informovaní“*..., jako jestli, protože kolikrát mají před sebou takové jako tabu, že jeden druhému neřekne, protože se obává, aby nikoho nezranil, a tak, takže kolikrát musíme trošku pročistit vzduch a potom vlastně se uzavírá smlouva. Takže v té smlouvě jsou dané opravdu ty základní věci, které musí všichni vědět, aby prostě to mohlo nějak probíhat, takže to jako stvrzují svým podpisem a vlastně potom při těch návštěvách, jak jsem říkala prostě pořád s nima mluvíme o všem, co oni potřebují i osobní věci, jo i čím umývají nádoby, jakože fakt to není jenom o té zdravotní stránce a potom vlastně když není ten den návštěva, tak voláváme takzvané konzultace. Dneska tu mám já ten den, kdy prostě všichni pacienti, kteří nemají návštěvu, tak tu konzultaci mají, takže já volám: *„Bud' pacientovi, pokud je schopný nebo jeho pečujícím a ptám se, co nového, jak prožili noc, jestli byl nějaký problém, jestli jim chybí nějaké léky, co potřebují a musíme se někdy i vyptávat, protože kolikrát ti pečující nedokážou vyhodnotit ten stav, že se něco děje, že je potřeba něco změnit nebo nějak zasáhnout,“*... takže tady tímto způsobem. A naopak když mají ti pečující nějaký problém nebo pacient, tak volají nám na pohotovostní číslo kdykoli ten režim dvacet čtyři sedm, takže ta komunikace je ze všech stran a bez té komunikace prostě by to nešlo, protože ta rodina, ten pečující je náš styčný důstojník. Takže, jak třeba v nemocnici je ta rodina

taková opomíjená někdy je až takový jako nepřítel, tak pro nás jako může být sebevíc indikovaný pacient sebelepší hospic, ale když není pečující, tak to prostě nejde a samozřejmě kvalita té komunikace záleží od toho jací ti lidi jsou.

B: Ano samozřejmě a další teda oblast je, kdo může zažádat o poskytování péče?

P1: Zažádat může každý, jo opravdu podat žádost nebo obrátit se na nás může každý, žádost jako takovou posílá lékař, ideálně by to byl praktik, ale s těma je mizerná spolupráce, je jenom pár osvěcených. Paliativní ambulance, odborní lékaři, nemocnice to je v podstatě jedno, jakýkoliv lékař a potom ta žádost se právě vyhodnocuje, ale nejde jako, že by přišel jako pacient nebo jeho rodinný příslušník a přinesl nám žádost. My máme žádost elektronickou nebo na žádance K, ale vždycky musí odeslat lékař.

B: Jo, takže nikdy to nejde, že by si rodina řekla, tak teďka by se nám to hodilo nebo tak?

P1: Oni ne, oni můžou jako zavolat říct [pousmáním]: „*Že o to mají zájem, ale my můžeme říct dobře, zajděte si za tím praktikem, jo zase jim doporučíme, co mají dělat jo, protože tam musí být štempl a musí tam být napsané, že prostě je ukončená léčba,*“ je to jako vyloženě symptomatologický přístup. (tohle by se mohlo hodit do podmínek). Někdo to musí jako uzavřít a posvětit a my potom to, jak jsem říkala: „*potom jako hodnotíme jestli jo nebo ne,*“ protože jít do hospice je poměrně bych řekla jako takový radikální krok a někdo si to plete, řeknou my máme babičku staráme se o ní už tady deset let, ale ještě řeknu je to chronický ležák, který tady může ještě deset let být, ale chce chodit na tu internu nebo chce mít prostě na interně nějaký kontakt, chce to vyšetření, ale prostě ta léčba není uzavřená jo, a doktor řekne s tím se ještě něco dá dělat, jo to ještě není jako konečná, ale rodina to vidí prostě, že tam bude někdo chodit a bude se o ni starat, ale prostě nějak si neuvědomuje ty konsekvence, co jsou kolem toho. Takže žádat může každý, ale žádost musí poslat lékař a musí tam být prostě ty náležitosti.

B: A kdo indikuje rozsah poskytované péče, buďto praktický lékař nebo paliatr?

P1: Vlastně ten praktik, jenom když jako dejme tomu praktik zjistí, že tam má pacienta, který by mohl prostě z té péče hospicové nějak těžit, takže on napíše tu žádost a třeba při tom kontaktu s tou sociální řekne [zamyšlení]: „*No tam jako je takový, makový problém, takže je tam nějaká jenom taková zběžná komunikace,*“ ale vlastně až my při tom příjmu, paliatr schválí tu žádost a my až při tom příjmu opravdu pacienta vidíme, protože kolikrát se stane, že ten praktik toho pacienta několik let neviděl,

posílá jenom prostě recepty, na návštěvy nechodí, kapitační platba mu jde, ale toho člověka neviděl x měsíců, let, kolikrát se nám stane, že řeknou: „*Jé to jsem ráda, že se o mně bude někdo konečně starat, protože já už jsem ho neviděla, nebyla jsem u něho jenom mně posílal recepty.*“ Jo, takže oni jsou rádi, že jdou do hospice, což je hrozné. Takže určuje vlastně paliatr a teďka existuje nějaký plán péče, který teďka od nového roku je takový jako vyžadovaný pro vyšší úhradu a my to vidíme, protože přijímáme člověka. Takže jasně musí se vyšetřit, musí se nasadit prostě medikace, která prostě bude funkční hlavně na ty bolesti. Vidíme, jaký symptom tam převažuje, někdo nemá bolesti, ale má nauzeu nebo jsou zmatení ti pacienti, takže při té první návštěvě vidíme, co bude potřeba i při tom vyšetření, když má třeba nějaké ty vstupy a tak dále. Takže od toho se to odvíjí a potom vlastně to přehodnocujeme podle toho, jak je potřeba. Každý týden míváme tým, třeba včera jsme ho měli. Takže probíráme všechny pacienty, a ještě všichni se vlastně domlouváme na tom, co bysme pro ně mohli udělat, co je dobré, co ne a tato péče vlastně to přehodnocování probíhá každý den. Buď ten člověk, který dělá ty konzilia nebo ty návštěvy nebo mluví s lékařem jo, protože to je furt neustálá komunikace, takže takové ty věci, které se vyskytnou se řeší průběžně pořád, ale takový jako náhled celkový nebo porada se všema bývá teda minimálně jednou týdně na tom týmu.

B: **To je skvělé, že si teda můžete i třeba poradit, kdyby třeba někoho napadlo ještě nějaké řešení nebo tak.**

P1: Jo, my prostě fakt ten hospic on je o tom, že vlastně, jak teďka odcházela kolegyňka. Jede sama prostě k pacientovi, v telefonu má přístupnou jeho kartu, takže má tam veškerou jeho dokumentaci, má tam přístup vlastně na naši takovou komunikační síť, kde prostě spolu pořád mluvíme, jsou tam informace, může kdykoliv zavolat sloužící doktorce, ta jí poradí nebo pokud si neví jedna sestra rady, tak se obrátí na druhou. Takhle za ní klidně buď jí pomůže po telefonu nebo za ní přijede. Jo, že to pořád jede, že to není, protože my víme, že i když je to i o tom, že ta sestra musí být samostatná a současně musí být týmový hráč, protože když neudělá něco jedna, tak tím utrpí, jak ten pacient, tak potom i ta, která to má potom následně řešit. Samozřejmě někdy se něco nemusí úplně podařit nebo si řekne [pousmáním]: „*Ježiš toho jsem si nevšimla nebo to jsem podcenila nebo tak, ale to se stát může, to prostě nejsme všichni bezchybní,*“ ale prostě základem je opravdu, takto musíme fungovat na všechny strany a v tom je ten multidisciplinární tým fakt jako úžasný,

že když něco zjistí doktorka, tak okamžitě informuje ostatní. Když něco zjistí sociální pracovnice, zrovna tak, sestry jo i psychosociální řekne jo, já jsem mluvila a zjistila jsem jo, takže fakt to jede tady těmato všema směrama, že si nikdo nehraje na vlastním písečku, protože pak by to zkolabovalo, to by nefungovalo aspoň tady u nás, a tak to máme nastavené. Jako musím říct: „*Že po této stránce je to moc dobře, jako udělané a tady jako ten kolektiv je ted'ka tak dobrý, že se úplně hrozím toho, když se něco pokazí ne, že by se to mělo pokazit*“ a je to i vidět na spokojenosti těch lidí, protože někdo řekne, jak můžeš dělat v hospicu jo, vždyť všichni umřou, ale tady je vidět, jak ti lidi jsou spokojení, že třeba bankovní úředníci, ženské, co dělají v zemědělství, prostě prodavačky řeknou já o tom nic nevím, to já nezvládnou a pak jsou úplně šťastní, že to dokázali, že to prostě dodrželi a pomohli tomu tatínkovi jako umřít doma, že se o něj postarali a říkají bez Vás bysme to nezvládli. Takže nás potom berou jako členy rodiny. Teď třeba jako ne dojeďte na oběd, musíme se sejít v kavárně nebo se potkáme v Tesco za regálem a už mávají jako, takže to v nich nevzbuzuje nějaký jako smutek nebo jako špatný pocit, že vidí někoho, kdo byl prostě u toho, když umíral tatínek, ale naopak. Takže to jsou ty odměny.

B: To je fakt úplně skvělé, tady tohle, že ti lidi to neberou, tak že ted'ka už jsme skončili a konec.

P1: Samozřejmě někdo už chce mít potom pokoj, že to udělá, že je to prostě pro něj těžké. My právě potom nabízíme naši psychosociální i se sestřičkami jezdíváme na pozůstalostní návštěvy, kdy nabízíme, že vlastně to nekončí smrtí toho pacienta, ale řekneme[chvilě zamyšlení]: „*Tak ted'ka si zaříd'te všechno, co potřebujete, a když budete mít zájem, tak dva týdny třeba po pohřbu se Vám ozveme, jestli budete chtít přijedeme nebo když budete chtít, tak kdykoliv se ozvěte i když třeba odmítnou tu návštěvu ted'ka, že oni to zvládnou nebo, že potřebují nějak klid, tak třeba se ozvou za rok jo,*“ a že třeba potřebují ještě to rozebrat nebo říct, jak žijí, jak fungují a kolikrát my třeba ještě v průběhu několika měsíců něco řešíme, potřebujeme ještě něco se zeptat a ta komunikace s něma bývá úplně perfektní. Jakože nám nikdo nepoloží telefon a řeknou Vás nechci nikdy slyšet.

B: To je fakt super, že tady i takhle možnost tady je, že i když se po roce ozvou, tak je neodmítnete a neřeknete jim, no už je to dlouho.

P1: Nene, vlastně si budou dělat nebo měli si dělat setkání s pozůstalými, ale vždycky jim do toho vleze něco nějaká jiná aktivita nebo počasí, ale prostě chceme,

aby se mohli sejít a vidět, že v tom nejsou sami a povykládat si. Otázka je, jaká bude účast, jaký bude zájem a prostě ta možnost tady je.

B: A moje poslední otázka je teda, jak dlouho po indikaci od lékaře je pacient zařazen do péče?

P1: To je hrozně různé, podle toho, jak máme naplněnou kapacitu. Teďka třeba chodilo poměrně málo žádostí, protože bylo málo pečujících, ne že by nebyli pacienti, ale jsou plné hospice kamenné, tam je čekací lhůta teďka měsíc, jsou plné paliativní ambulance i oddělení, ale prostě jak jsem říkala, u nás to závisí na těch pečujících. Takže jak je ta krize, tak lidi přemýšlí, jestli mají zůstat doma z práce nebo ne, jestli to zvládnou nebo nezvládnou, takže když máme volnou kapacitu je to o něčem jiném. Někdy přijímáme, že zavolají prostě teďka máme pacienta, který se hrozně zhoršuje, posílám žádost, kdy ho můžete přijmout a my řekneme pošlete žádost paní primářka to zkontroluje třeba do hodiny a my ještě ten den jedeme nebo volá nemocnice, říká třeba zítra budeme propouštět pána v devět hodin by měl odjíždět, chtěli bysme, abyste ho přijali ten samý den, tak zítra ho budeme přijímat, ale z toho prostě když je naplněná kapacita nebo ten pacient ještě úplně nespňuje ta kritéria, tak můžeme říct máme vás v patrnosti, kontrolujeme si ho nebo ho předáme té paliativní ambulanci. Takže: „*Když je to pacient opravdu hospicový, tak je to v řádu dne až třeba jako týdne,*“ protože záleží opravdu třeba se to nehodí těm pečujícím nebo musí zůstat doma[pousmání]: „*a bla, bla, bla, takže prostě do jednoho týdne se určitě snažíme.*“ Většinou je to jeden, dva, tři dny maximálně týden, když je ten pacient jako indikovaný a pokud indikovaný není, tak je to prostě o tom, že si ho hlídáme a čekáme anebo rodina řekne, no ale my to ještě zvládneme, my ještě ten příjem jako teďka nechceme, takže je to třeba až za měsíc a někdy přemýšlí tak dlouho, že než zavolají, tak jim umře. Na tuto otázku v tom ideálním případě je to den a maximálně týden, ale zase záleží. Jsou fakt výjimky, kdy nás zavolají teďka mně došla žádost, volají, říkají, že je to špatné máš prostor, tak řeknu jo, za dvě hodiny jsme tam, ale jak říkám, je to individuální a nedá se to úplně říct.

B: Dobře, já Vám teda mockrát děkuji za Váš čas.

P1: Rádo se stalo.

Příloha P VI: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 2

B: Moje první otázka v rámci první výzkumné otázky je, ve které oblasti působí Vaše zařízení?

P2: No oblast Hodonínsko, Slavkosko a Bučovsko.

B: A kolik pacientů má průměrně ročně zájem o poskytované služby?

P2: Tak 80.

B: Jaké činnosti vykonává všeobecná sestra?

P2: Všeobecná sestra u nás vykonává odbornou práci [zamyšlení]: *„Péče o všechny vstupy možný jako centrální vstupy, hrudní drény, břišní drény, aplikace infuzní terapie, subkutánní injekce, iv injekce, intramuskulární injekce, nevím, co ještě, převazy ran, dekubitů, ošetřování těch vstupů žejo, protože břišní drény, odpouštění ascitu. To všechno v domácím prostředí může dělat zdravotní sestra.“*

Takže co ještě bych si vzpomněla, co ještě děláme. Dokumentaci píšeme, ale tak jakože z toho zdravotního ty odborný věci. Zavádění permanentních katetrů, teďka se vzdělávají sestry mají certifikovanéj kurz na tu katetrizaci i u mužů, takže tím se teďka hodně zabýváme.

B: Takže také máte všeobecné sestry, které mají tuto specializaci?

P2: U nás jsou jenom všeobecný sestry, u nás nemůžou pracovat jako jiný, ten nižší, ty praktický sestry, to ne.

B: Jaké profese tvoří multidisciplinární tým?

P2: No lékaři, sestry, sociální pracovnice, psycholog a duchovní.

B: Další oblast té výzkumné otázky je, jaká kritéria musí pacient splňovat pro zařazení do péče?

P2: Tak většinou mám pacienty onkologický, ale můžou tam spadat i geriatrictí pacienti nebo těžce nemocní pacienti. Prostě pacienti v terminálním stádiu, kdy mají už ukončenou léčbu. Není to omezený věkem, ale děti teda neděláme. Mohli bysme dělat, ale nemáme tu poptávku.

B: Takže jenom dospělí a jsou nějaká omezení, kdy nemůže být pacient indikován?

P2: No máme pravidla, podle kterejch jedeme a chceme, aby to byly splněný. Takže ten pacient má pečující osobu, schopnou pečující osobu, která s ním bude, že ten pacient je informován o své diagnóze, že ví [úsměv]: *„Prostě proč tam jsme my, a to je asi všechno. Že je informovanéj a je tam ta pečující osoba. Jako bez pečující osoby to nejde.“*

B: Ano, tak to je samozřejmé a jak probíhá spolupráce s rodinou pacienta?

P2: Tak je to o komunikaci. Já vesměs se domluvíím s každým, ale jako my máme výhodu. Ty mobilní hospice, většinou fakt dostanou pacienty, kteří jsou už informovaní a už jsou prostě ze Žlutáku nebo z jiné nemocnice, už prostě my tam přijdeme, kdy oni už na nás čekají, ví, co jsme za tým, co děláme za práci, takže jako většinou fakt je to v pohodě ta komunikace.

B: Právě, protože i vlastně, jak už jsem se sešla se sestrou jiného zařízení, tak taky říkala, že vlastně nezažily, že by měly nějaký problém. Takže asi když už je to takhle ten pacient, že se ta rodina...

P2: Jako jsou třeba, ale výjimečně, ale to třeba není jako problém, to je to fakt jenom o té komunikaci. Jako pořád mluvíte, pořád to opakujete, pořád znova a znova ty lidi prostě vedete, nepoučujete je, nijak jim neříkáte teď to musí být tak, ale tak vedete je prostě říkáte jim a jako jde to. Myslím si: „*Neměli jsme nikdy problém s rodinou. Jeden jedinej případ jsme myslím měli, ale tam nějak jako i ty dcery toho nemocnýho, takže to jsme tak nějak tu péči ukončili,*“ že jako už to dál nebudeme, ale jako jinak většinou se domluvíme. Jo někdy se stane, že ten pečující je vyčerpanej, takže třeba výjimečně je překládáme do kamennýho hospice, ale většinou to zvládnou.

B: Další oblast je kdo může zažádat o poskytování péče?

P2: O poskytování naší péče?

B: Ano.

P2: Samotná rodina nebo ten pacient, praktickej lékař nás může oslovit, a oslovují nás vlastně všechny ty paliativní týmy v těch nemocnicích, když prostě ten klient už nedojíždí k nim, nemůže a potřebujou ho prostě předat někam dál, tak ho předají vlastně k nám jakoby do těch mobilních hospiců.

B: Dobře a kdo indikuje rozsah poskytované péče, praktický lékař nebo paliatr?

P2: Když už ho máme přijatýho, tak náš paliatr. Ale pokud, ono ta hospicová péče jde dělat i v té odbornosti 925, ale tam potom indikuje si praktit jenom, ale v 926 indikuje náš paliatr. My prostě si toho pacienta přeberem celýho a my si ho dáme, on je doma v takové naší nemocnici, jak bych řekla [přemýšlení]: „*Jo tam indikuje medikaci a všechno už náš lékař a ten praktik už tam jako do té medikace nijak nezasahuje ani vlastně po něm nic nechceme psát a akorát toho praktika informujeme a on s tím teda musí souhlasit, že ta péče tam bude poskytovaná.*“

B: Takže vlastně pacient už k němu ani nikam nedojíždí?

P2: Nikam on už je doma v nemocnici, jakmile by někam chtěl jet nebo by potřeboval něco a trval na tom, tak v tom případě nám to, ale půjde do nákladů. Každýkoliv jiný vyšetření někde jinde, tam je vyjmutý akorát zubní ošetření a byl tam vyjmutý převoz sanitkou do kamenného hospice, a ještě tam byla jedna věc, ale to nevím.

B: Ano, ale prostě to jsou jenom takové výjimky teda.

P2: Jo, ale ono s těma pojišťovny se vždycky nějak domluvíte, ale on se s něma nikdo nechce hádat. Samozřejmě, kdyby já nevím, [zamyšlení]: „*Jsmo měli pacienta, ta perspektiva toho přežití tam ještě nějaká byla a vypadla by mu třeba nefrostomie, tak tu v domácím prostředí prostě nelze zavést.*“ Takže bysme ho museli prostě dát do nemocnice pak bysme si ho zase vzali, ale ten den nebo dva v té nemocnici bysme museli s tou pojišťovnou vysmlouvat, aby nám nešlo to do nákladů. Nebo jakýkoliv zavolání rychlé, když si zavolají, tak to všechno pak jde do nákladů nám.

B: Ale ti pacienti jsou tedy o tom poučení, že toto nesmí.

P2: Jsou, ale to neovlivníte. Jsme měli pacientku mladou ženskou a všechno bylo vykomunikovaný, chodili jsme tam dlouho třeba měsíc a půl. Maminka já už jsem jí říkala, jestli chceš, tak běž jo, protože už byla ležavá, v bezvědomí a bylo to všechno prostě vykomunikovaný, věděli: „*kam mají volat, měli naše číslo jo samozřejmě všechno*“, no a paní maminka jí dávala napít a přišel manžel tady té nemocné a že jí to tam jaksi chrčí v těch dýchacích cestách, a tak babičko vy jste jí dávala napít a ona jo, no ona nemůže asi dechat a zavolali rychlou.

B: Takže to tedy šlo do Vašich nákladů?

P2: No nešlo, my si to vždycky děláme tak, že vlastně tu péči jsme nuceni buď ukončit den předtím anebo to necháme, ale jde nám to do těch nákladů, ale to už jsou zase takové věci, které oni počítají jako extramurální péči a nesmíme přesáhnout deset procent na té pojišťovně a tak.

B: A ta pojišťovna má vlastně jenom ten měsíc na zaplacení, ale to se asi nedá odhadnout, jestli tady ten pacient bude jenom měsíc nebo...

P2: Ta pojišťovna nám vlastně zaplatí třicet dní na rodný číslo a jim to je jedno, oni to prostě zaplatí, i když ten pacient umře, tak oni to neví, třeba že tam jede těch třicet dní, že to jde jakoby takhle ty dny počítat a šetřit si to třeba pro ty jiné.

B: Aha, tak to jsem nevěděla, že to jde takhle vzít takhle ty dny od někoho jiného.

P2: No, takhle to nějak jakoby jde, my prostě, jim tam dojde rodný číslo na pojišťovnu a oni nám automaticky zaplatí těch třicet dní.

B: Ano chápu, nezajímají se vlastně o to, jestli ten pacient umře třeba další den?

- P2: Ne, já s něma můžu počítat, ale jenom jeden rok. Od novýho roku je všechno na nule a jedeme znovu.
- B: Aha, tak to jsem netušila, to je velmi zajímavé a moje poslední otázka je, jak dlouho po indikaci od lékaře je pacient zařazen do péče?**
- P2: Tak tím, že my máme ty kapacity, jako máme, že těch klientů zase není to úplně prostě, že jsme narvaný, my vlastně děláme 926 i 925 zdravotní a tu kapacitu tam máme, takže určitě během dvou tří dní ho přijmem. Když je to akutní anebo potřebují hned, tak hned. Minulý týden pouštěli pacienta z nemocnice na morphinech po čtyřech hodinách, tak dojel v poledne domů a my jsme ve dvě tam byli ho přijmout. Takže když to není akutní, ten stav je stabilní, tak řeknu [pauza]: „*Prostě do týdne at' ho přijmem.*“ Většinou, jak mně dojde žádost, jsem domluvená se Žluťákem nebo odkud ten pacient jde nebo s tou rodinou, tak je kontaktuju tu rodinu a domluvím se. Ale musím se zeptat ještě doktora, kdy může. Sociální pracovník nám nechodí jako první nebo někdy jo a někdy zase jdeme první jako zdravotní sestra s lékařem, a tak si to nějak rozdělíme. Sociální pracovník tam jde potom, podepsat souhlasy a tak.
- B: To jsou tedy všechny moje otázky v tomto rozhovoru, takže bych Vám chtěla moc poděkovat za Váš čas a ochotu.**
- P2: Nemáte vůbec za co.

Příloha P VII: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 3

B: První otázka je, ve které oblasti působí Vaše zařízení?

P3: Jihomoravský kraj, tady tento Jihomoravský kraj v podstatě okres Hodonín. V Jihomoravském kraji jsme dvě. Jsme my, a ještě Veselí nad Moravou. My si to už podle mapy, vždycky si to mrknem [pousmání]: „*Ted' jsme měli, že Uhřice a Uhřice jsou od nás třicet dva kilometrů a z Veselí to bylo třicet šest.*“ Bylo to tak na půl cesty, tak jsme si to prostě úplně že, kdo to bude mít blíž, tak jsme tam nakonec jezdili my. Vždycky, aby to bylo prostě co nejbliž, aby se co nejmíň projezdilo.

B: Má další otázka je kolik pacientů má průměrně ročně zájem o poskytované služby?

P3: No to přesně jako...

B: Víím, že je to individuální, ale tak v rozmezí aspoň?

P3: Jako ročně za rok?

B: Ano.

P3: Jak bych to spočítala nevím, to se těžko odhadne. To vám fakt nepovím.

B: Nevadí, já klidně můžu říct, že to je individuální.

P3: Je to strašně individuální, fakt se to nedá odhadnout asi bych musela někde vyhledat nějakou statistiku a někde to prostě pospočítávat, ale to je tak strašně, že oni nám to, jak se to vyúčtuje, tak to zmizne. Prostě nedá se to nějak spočítat: „*bych musela z Hradiště někde do nějakých statistik.*“

B: Nevadí, úplně v pořádku. Jaké činnosti vykonává všeobecná sestra?

P3: Jaké činnosti Takže my máme pečovatelky, máme zdravotní sestry, pak je teda staniční sestra na každé té, tak vám to povím zeširoka, pak je staniční sestra, která teda má pod sebou ty sestry, pak je vrchní sestra ta je na základně v Hradišti, pak je paní ředitelka to je celý ten multimediální tým, jak to tady máte, to je to všechno, co do toho zapadá, ale vy jste se ptala, jaké činnosti, [přemýšlení]: „*Velice široký záběr. Musí být neskutečně improvizovat, musí si vědět poradit, musí být neskutečně rozhodná, musí prostě je to něco jiného než v nemocnici.*“ V nemocnici máte za sebou prostě kolektiv, který když něco vám pomůže. Ted' vy jedete do terénu, dojedete do rodiny úplně k cizím lidem a musíte si vědět se vším rady. Hlavně nesmíte dát znát nějakou prostě nejistotu, a že nevím co mám, radši vyjdu ven, radši zavolám doktorovi, že se poradit nebo něco a je to prostě od injekcí,

infuzí, převazů. Hlavně co nejdůležitější tam je, tak je tam prostě komunikace a psychická podpora. Mluvit s těma ludma, oni prostě ich pust'á z nemocnice, nikdo jim nic neřekne, zůstanou doma sami a ted' nevěďá, co a nějakým zázrakem se dověďá o nás a jsou neskutečně šťastní, že mají takto kam zavolat a prostě základ tady této paliativy této hospicové je to, prostě my nezachraňujeme, my jenom, jak bych to pěkně pověděla [povzdech]: „*Zajišťujeme důstojný odchod, aby to bylo bez bolesti, aby to bylo doma v tem příjemném prostředí, prostě že to je fakt pro ty lidi tak strašně... ted' jsem byla u jednoho pána v Miloticích a když vidíte jak leží prostě doma a kolem něho ty vnúčátka a děti a televize a obrázky a fotečky,*“ to je prostě něco, když vidíte ty lidi v té nemocnici když tam prostě sú, a nikdo si jich nevšimne v tom studeném bílém, čekají, kdo jim dá napít, jako to je tak strašný rozdíl, toto je strašně fajn. Je to hrozné, je to jako, ale patří to k životu, ale bohužel to tak je.

B: Ale je super, že takovéto agentury jsou, protože...

P3: Tak nebylo to. A na Slovensku trebas, to tak ani není. Co jsem zjišťovala, tam vůbec takáto hospicová péče je někde myslím v Bratislavě.

B: Aha, tak to jsem vůbec netušila.

P3: Ale po takovýchto, jakože menších to není. Takže co mám známých, tak prostě keď sú takýto nějaký, že onkologický a sú doma a majú bolesti, tak si volajú rychlú. A to strašně potom zahlcuje. V podstatě sestra moje jezdí rychlú ve Skalici a oni jezd'á prostě k takovým nějakým céáčkám, rakovinám a v podstatě jim pichajú morfia, a to jich strašně a potom sú infarkty a kde jaké havárky a prostě to strašně. Takže toto je strašně, mně se to strašně líbí, že to hrozně pomáhá, takže to je taková velice fajn.

B: Vlastně jaké profese tvoří multidisciplinární tým?

P3: Koho zahrnuje všechno? Takže pojďme odspoda [pousmání]: „*To jsou teda ty pečovatelky, my tady nemáme pečovatelky to jsou v Hradišti, takže jsou pečovatelky, pak jsou teda sestry, pak staniční sestry, vrchní máme jednu, pak paní ředitelku, pak je tam psycholog, je tam sociální pracovnice,*“ to zase také různé papírovačky kdejaké, když prostě zůstane ten pacient doma ted' ta rodina musí zůstat doma s ním někdo. To je podmínka další tady této paliativy, že musí mět někoho doma, nesmí být sám ten člověk, musí tam prostě u něho to je další podmínka, takže tak, dále je tam paní ředitelka, pan farář máme svojeho, to hodně jako se využívá furt jako když, to byste nevěřila, kolik lidí keď kdejakých neznabohů už je v takovémto stavu, tak prostě hledá, kde co, čeho by se chytil, takže máme i pana faráře,

a to by bylo asi tak všechno. Ještě něco k té práci té sestry nevím či jsem to ukončila, takže všechno, fakt všechno, co si vzpomenete či to je od krve. Veliký rozdíl je, jestli ten člověk je v domácím prostředí v domě nebo v nějakém penzionu. Máme penziony, kde máme tady tykýchto terminální stavy.

B: No jasně, protože pro ně je to pořád domov.

P3: Tak, takže je to veliký rozdíl podle toho i ta péče té naší sestry je. Když je to v tem nějakém penzionku, tak tam se prostě o něho postarajů trošičku. Ano my každé ráno voláme, telefonujem tady těmto šestkovým, to sú tady ti na té nástěnce. Tady jsou pětkový a na pravé straně jsou šestkový. Teď jsme vymazali pět. Měli jsme osm, a to bylo šílené. Teď nám tento víkend, během tohoto týdne v podstatě nám odešlo pět. Měli jsme osm, a to bylo něco. To bylo fakt, takže tak ta práce je všechno, fakt jako když tam člověk dojde a vidí, že je pokaděný s prominutím, tak prostě nenechám ho tak.

B: No samozřejmě.

P3: Nenechám ho tak, pomůžu buď té pečovatelce, byť teda doma nebo prostě vidím, že chce napít, dám mu napít nebo ho nakrmím nebo co, prostě vidím, co kde má, musím ho celkový ten stav. První, co je se dělá [pauza]: „*Měří se tlak, pulz, saturace to je úplně to nejzákladnější. Kontrola celého stavu, predilekčních míst, či není někde přeležený, když je to fakt úplný ležák.*“ Zás je rozdíl některý chodí, některý byste řekli, že jim nic není v podstatě, že si zajdou na wécko a prostě ještě normálně fungují. Potom se to zlomí úplně v jeden moment. Takže na tom záleží no, či teda to je ležící, napolohujete, prostě pomasírujem záda, když vidím, že celý den chudák leží a všechno otlačené, oležané. Takže tak. Dobře. Co ještě? [úsmev]: „*Já nejsem rodilý mluvčí.*“

B: Nevadí, je to super úplně. Takže pod další výzkumnou otázku spadají další tři. Vlastně jaká kritéria musí pacient splnit pro zařazení do péče?

P3: No tak to je ono. Úplný základ je, musí být ukončena veškerá léčba a s tím musí souhlasit, jak pacient, tak ta rodina. To je jedna úplně z nejzákladnějších podmínek. Nemůže se stát, že my ho přijmeme do naší péče a on poví [smích]: „*Jejda víte já jsem slyšel ještě o nějakém léčitelovi, já bych to ještě zkusil nějakou alternativu nebo ještě sem čul, že v Praze něco je, klidně, ale my musíme odstoupit.*“ Všeckým aj doporučím, kde, koho prostě toto, ale pojišťovna by nám to nezaplatila, kdyby on někde ještě chodil. Jde o to, já jim povím, ano zkoušejte, co chcete, stébélka se chyťte, já každému to, jakože přeju ještě, ale prostě nemůže být pod naší péčí.

To je úplně ta základní podmínka. A nesmí ho navštěvovat ještě jiná firma to je další taková důležitá věc. Můžou k vám chodit pečovatelky, které dělají hygienu, které nakrmíjí a takto, ale nesmí zdravotnická služba k vám chodit druhá. To by zas pojišťovna neplatila dvě. Vždycky k tomu hospicovému pacientovi jenom jedna. Teď co, nesmí volat erzetu, nesmí už prostě žádné ty kontroly, obvodní doktor už prostě, tam se to nahlásí: „že je v naší péči a my už potom zabezpečujeme všechno. Pomůcky, léky, prostě všechno.“ A co mě ještě napadá [zamyšlení]: „Poskytujeme tu službu dvacet čtyři lomeno sedm. Můžou nám volat, prostě kdykoliv o půlnoci, když se jim něco nezdá, mají prostě nějaké, že nevědí si s něčím rady.“ Bud' poradíme po telefoně, zkonzultujeme to s doktorem, bud' si zavoláme nebo máme tři auta jezdíme nonstop. Proto chceme ten nejbližší okruh, aby to bylo co nejdřív, do třiceti minut bysme měli vyjet. Bohužel někdy to, než člověk dojde z domu sem, tady se musí nahlásit na auto, vzít si všechny věci, teď vyrazit v noci někam takže někdy je to delší, ale snažíme se ať je to do těch třiceti minut. Ale nejsme rychlá.

B: Potom, jsou nějaká omezení kdy pacient nemůže být indikován?

P3: No tak to je hlavně to, že teda ještě chce něco. Kolikrát se nám stalo, že jsme tam, takhle jsme měli inženýra z Kyjova a ten prostě už jsme ho přijali a se vším souhlasil: „Byl prostě nadšený, že všechno mu doneseme, všechny léky, všechny opiáty, všechno, a pak našel nějakého prostě ještě nějakého doktora, ještě chtěl něco zkusit, tak jasné, že mu to nemůže člověk zakázat, ale my jsme museli tím pádem skončit.“

B: Takže prostě nesmí podstupovat žádnou jinou léčbu než vaši.

P3: Tak, tak, přesně tak, to je jedna z takých těch nej a jiné nevím, co by mohlo být, nic a jako musí s tím souhlasit rodina a tady ten pacient.

B: Dobře a vlastně jak probíhá celkově ta spolupráce s tou rodinou?

P3: No to je veliká, to je ta jako neskutečně jsou ty rodiny vděčné a musím klepat nestalo se nám, že by někdo nebyl spokojen, že spíš by nás nosili na rukách a spíš nás oslovují [pousmání]: „Že jsme andělé, že prostě, že fakt tam někdo dojde“ a fakt jako... ještě když jsem nastupovala, tak jsem měla strach, páni to dojde člověk do baráku, co když někdo něco vzal, že jim tam někdo něco poškodil toto [zaťukání].

B: To je skvělé, že jako...

P3: To úplně fakt jako, to bych až nečekala, jak ty lidi jsou neskutečně vděční, že prostě mají tu pomoc, a že dojde ta pomoc až k nim, a že mají komu zavolat. Obvod'ákům se nedovoláte, nikde se nedovoláte všude vás objednájí na nevím

kdy, všude čekáte. Tak tady zdvihne telefon o půlnoci, zavolá: „*Že jejich tatínek zvrací krev nebo nevím co, co máme dělat.*“ Kde si to tak může zavolat. A to jsou lajci úplní, člověk trošku zdravotník si poradí, ale prostě to taká babička nějaká, ti starý lidi oni chud'ata fakt neved'á vůbec, co mají, kde mají, takže...

B: **Takže prostě by se to dalo shrnout, že je velmi dobrá a že jsou vděční.**

P3: Neskutečná vděčnost a prostě člověk až tak strašně, to je na tem to nej, že si zvyknete na ty příbuzný prostě na ty manželé na ty děti na ty vnoučata. Někdy fakt jako až tak si vás, že jste fakt súčasť té rodiny. Ty odchody jsou těžké. Co je teda z té horší stránky nebo jak bych to nazvala [zamyšlení]: „*Od pojišťovny máme ten limit těch třicet dní – měsíc. A to je, že člověk musí rozhodnout jestli, jenže to nikdo neví.*“ Kdo ví, kdo tady jak dlouho bude. Některý stav se zdá, že bude konec, že to bude pár dní a hotovo a my ho tak pozvýcháme, že po měsíci...

B: **Že rozkvete...**

P3: Fakt ta péče je taková, že jenom to, že se má o koho opřít, má kam zavolat, má prostě mu kdo pomoci, tak to je obrovská psychická, ta psychika dělá strašně moc. Úplně devadesát procent to tvrdím u všeho. Takže kolikrát tak tych šestkových vracíme do těch pětkových a chodíme k nim potom jenom tak jakože...

B: **Na takovou tu domácí...**

P3: Musíme jich po tem měsíci v podstatě nemůže být v té šestkové jenom měsíc tam je a když je dlhší dostávají se pokuty. Fakt se dostávají pokuty, že se překročí...

B: **Ten limit jako ten měsíc?**

P3: Ano.

B: **Ale když třeba nevím, tady paní se zlepší tedy, tak vy ji vrátíte sem, ukončíte tu její devět dva šest léčbu...**

P3: Ano a dám ju do té devět dva pět.

B: **A kdyby za dva dny zase začala, tak to jede od znovu?**

P3: Tak ji můžeme vrátit. To nebylo na začátku, ale teďka to máme, tak to jsou strašně ráda...

B: **Tak ale toto je aspoň dobré, když se ten člověk zlepší, tak s ním můžete takhle šachovat...**

P3: Jo, jo, jo, je to všechno nahazování, je kolem toho kopec práce, papírovačky, ale nevádí já su ráda, strašně ráda [pousmání], když se nám vrátí v podstatě a zase s ním budu nějakú dobu prostě, že sú fajn, je jasné, že nikdo tu nebude navěky, že potom třebas sa zase nám vráťá do té šestky, ale je to strašně super. Takže tak.

B: Jo dobře, a vlastně pod tu třetí výzkumnou otázku spadá vlastně kdo může zažádat o poskytování péče?

P3: Kdo může zažádat [přemýšlení]: „*No každý ne, to je špatná otázka prostě no, kdo má nějaké vážné, většinou jsou to ty onkologické z devadesáti procent jsou tam onkologické diagnózy, ale jsou tam srdeční zlyhávání.*“ Měli jsme teď paní z Rohatce a v podstatě neměla žádné onkologické onemocnění ani žádnou nějakou kardiální ani takovou, měla čistě jenom hypertenzi a v podstatě geriatrická paní. Měla devadesát dva roků a prostě byla tak kachektická, už prostě nechtěla jest, nepila, ale v podstatě nic jí nebylo, tlakovo byla dobrá prostě všechno neměla žádný převaznic, akorát už byla poblouzněná, byly tam nějaké psychiatrické takové diagnózy z minula, no tak tam volají, že si s ní nevěď rády, že prostě je v naší péči, že jsme ju vzali, tak jsme ju vzali a my jsme ju tak psychicky poléčili, že jsem ju včera dávala do pětky a babička je úplně v pohodě. Takže tak, není tam, jako zažádat si může v podstatě ten kdo si neví rady nebo jak bych to...

B: Ale vlastně to teda musí asi Vám tu žádost poslat buď to praktik nebo takhle, že to nemůže nebo může se samozřejmě informovat třeba rodina pacienta, že zavolá, ale poté asi musí třeba například jít za svým praktickým lékařem a on musí asi poslat...

P3: Většinou je to tak, že nám ze Žluťáku z Brna nám pošlů žádost, že propouštějí nějaký vážnější stav – onkologický, tak nám pošlů žádost, klidně mailem se vším všudy, to je super. Tam má všechno rodné číslo, to je úplně nejlepší, že už víme, že pře pošlu doktorovi, ten si to všechno v klidu kukne...

B: Jasně a ten, když to teda schválí, tak vlastně můžete převzít toho pacienta.

P3: Tak je tam ta veta, že končí veškerá léčba a dávají do naší péče, tak to je úplně nejlepší. Tedy je to super, ale kolikrát se nám stane, že ti lidi jsou doma a nevědí o nás a teď se to někde doslechnou a zavolá babička [usmání]: „*Že teda, je slyšela jsem o vás, a mám tady manžela nebo dědečka nebo někeho doma a neví si s ním rady, prostě už ho nikde nechcou, na žádné kontrole a prostě mi tady leží a nevíme, co s ním, můžete ho vzít?*“ Tak to se nám tak kolikrát stalo a jsme tam vyjeli, tak jsme jeli do Žarošic a doktor prostě řekl: „*Jejda, ale to není na šestku nebo je to na šestku.*“ No v podstatě ano, buď je to teda z nemocnice, nebo obvodní nebo samostatný ten klient, ale většinou teda jeho blízký nebo příbuzní, on sám určitě ne. Ještě se nestalo, že by si on sám. Většinou je to teda ten spolubývající nebo děti většinou, že mají rodiče doma. Náš pan doktor paliativní musí odsouhlasit, jestli to prostě splňuje ty

podmínky té devět dva šest a když ne, tak potřebuje tu naši péči nebo co, tak ho dáme do té pětkové a chodíme tam, že měříme jenom ten tlak a tu saturaci.

B: **Jasně kdyby se náhodou pacient zhoršil, tak vy vyhodnotíte ty kritéria...**

P3: Tak a je to potencionální vlastně klient do té šestky.

B: **A vlastně teďka jak jste říkala, že jste jeli za pacientem, kde to nepodal ten lékař tady tu žádost, tak to se potom teda jak řešilo, to převzal jako ten váš paliatr, on to teda schválil, že ten pacient teda jako splňuje ty kritéria a vzali jste ho do té péče nebo přijmuli?**

P3: Toto bylo tak, ono ještě obvodňákovi a mám tady tu zprávu a neozvali se nám od té doby. Takže buď šel do nemocnice nebo si ho ten obvodní, netuším.

B: **Ale ten podnět teda musí dojít z nemocnice, od obvodního, že to musí vlastně schválit, aby vůbec se ta žádost mohla...**

P3: Musí to schválit ten náš paliatr nebo oslovit nás může kde kdo, třeba známý z té rodiny, obvodní nebo teda z té nemocnice, ale musí to schválit náš paliatr.

B: **Dobře, další otázka je kdo indikuje rozsah poskytované péče, buď to praktický lékař nebo paliatr?**

P3: Nene u těchto hospicových devět dva šest už náš paliatr. Jak ho vezmeme do naší péče, tak voláme obvodnímu, že je přijatý do naší péče a tam už potom nic. Všecko poskytujeme my.

B: **Jo, takže jenom, aby o tom ten praktický lékař věděl, že rodina třeba kolikrát neřekne tomu obvodnímu lékaři.**

P3: To se nám stalo, že povídali [usmání]: „Ježiš, včera nám došla sestřička pichnout injekci, říkám ona už nemože, vy jste v naší péči, už nemůže ani léky psát obvodní ani injekce nic.“ Prostě všechno už jde přes nás.

B: **A třetí poslední otázka je, jak dlouho po indikaci lékaře je pacient zařazen do péče?**

P3: Snažíme se co nejdřív, záleží jako někdy když ho propouštějí z té nemocnice, někdy volají: „Prosím vás vezmite ho hned, lebo je to prostě vážný stav.“ Záleží aj na tom, jak ten doktor může, třeba že v sobotu ráno, to se málo kdy stává. Pan doktor je vycestovaný a když ten pán potřebuje vzít akutně, kdyby náhodou máme ještě doktora v Hradišti, dojedou všichni dojedou, prostě aby to bylo co nejdřív.

B: **Takže takhle v tom rozmezí maximálně do pěti dnů do týdne se snažíte?**

P3: Ježiš to ne. Do tří max.

B: **Do tří dnů?**

P3: No do tří, jeden dva, fakt jako snažíme se to v ten den fakt jako mělo by to být co nejdřív.

B: Dobře takže maximálně do tří dnů jsou pacienti vždycky přijatí.

P3: Jojo, ale fakt se snažíme co nejdřív. Ti lidi jsou nevěďá co, když tam jenom člověk dojde, tak se jim uleví a prostě vidí tu pomoc a vidí, že někdo se o ně postará. Nejvíce se bojí té bolesti, vždycky máte něco, kdyby něco, chtějí i do zásoby, třeba ty manželky, kdyby v noci dostal bolesti, tak ať jim dávají. To se volá že SOS, kdyby fakt něco, tak že aby něco měli, aby ten člověk netrpěl.

B: Dobře, tak to jsou teda všechny otázky, takže Vám moc děkuji za ochotu a čas.

P3: Nemáte vůbec za co.

Příloha P VIII: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 4

B: Moje první otázka teda je, ve které oblasti působí vaše zařízení?

P4: Tak my působíme Brno a okolí nebo přesněji řečeno: „*Brno a do třicet kilometrů od kanceláře. Kancelář je v centru na poliklinice Zahradníková, takže vlastně nějaký radius třiceti kilometrů kolem.*“ Což vychází celý Brno plus Brno-venkov a tam je to na domluvě. Ten v Brně-venkov se většinou domlouváme zase s hospicema mobilníma, který jsou v Brně-venkov, takže vlastně ten Rajhrad, Tišnov, Blansko nevím, kde ještě je další. Jo, takže tam vlastně je to potom na domluvě podle toho, kdo má kapacitu a kdo to má blíž.

B: Super, chápu a kolik pacientů má průměrně ročně zájem o poskytované služby?

P4: To je trochu složitější, ale počet žádostí za rok jsme měli tři sta sedmdesát osm.

B: Ty brd' o tak to je to je fakt dost no.

P4: Za loňský rok to bylo tři sta dvacet jedna. Takže je to kolem těch tří stovek přes dvě stovky s tím, že ne všichni jsou, ale indikovaní. Čím dál tím častěji se nám stává [pauza]: „*Že se nám dostane žádost na neindikovaný pacienty už z nemocnice, že mají lékaři pocit nebo buď neznají indikaci anebo mají pocit při takových složitějších řešeních, že když nás odkáže, když odkážou na nás tak prostě domácí hospic to vyřeší.*“ Takže potom reálných pacientů, který jsme měli v péči domácího hospice bylo sto sedmdesát šest za ten rok.

B: Ale i to je teda velmi velké číslo.

P4: To je, potom ty domácí hospice rozdělený do takový intenzivní péče a v rámci ještě paliativní ambulance v takovém jako sledování, byť ne úplně v režimu devět dva šest bylo dalších sto deset.

B: Jo, takže to bylo něco mezi tou péčí devět dva pět a devět dva šest.

P4: Že to byli vlastně pacienti, kteří by do ambulance už nedošli a tím, že byli v domácím prostředí, tak jsme je navštívili a z nich se pak ale rekontovali pacienti do domácího hospice.

B: Dobře a další moje otázka je, jaké vlastně činnosti vykonává všeobecná sestra?

P4: Tak jsou to veškerý ošetrovatelský výkony. Péče o katetry, péče o stomie, péče o žilní vstupy, péče o chronické nezhojitelné rány, specializovaná ošetrovatelská péče, potom třeba s rozsáhlými dekubity, takže tam třeba děláme i hygienu nebo pomáháme rodině s hygienou, protože tam to může být náročný a nechceme

nebo většinou pečovatelé to pak dělat nechtějí v rámci sociální služby, takže tam si to dělá sestra. No a pak to jsou nevíme, jestli jsem vyjmenovala všechny z těch ošetrovatelských [zamyšlení]: „*Takže všechny vstupy což, jo výměny močových katetrů, drény veškerý hrudní, břišní, PT drény, co ještě máme PICCY, porty vlastně ty žilní vstupy občas se nám dostane i člověk s centrálním katetrem jako buď subklávií nebo jugulárním vstupem. No, takže vlastně ošetrovatelskou péči komplexní plus rozhovory.*“ Tím, že máme v týmu lékaře, takže navazujeme na rozhovory – lékařský rozhovory o prognóze a dalším plánu jo, takže to jsou opravdu rozhovory o zhoršení stavu o symptomech, o očekáváních, co vlastně z ošetrovatelského pohledu ta rodina nebo i ten pacient může očekávat v rámci následujících dnů.

B: Další otázka je teda, jaké profese tvoří multidisciplinární tým?

P4: Tak my máme v týmu zdravotní sestry, lékaře, sociálního pracovníka, teďka máme zahájenou spolupráci i s pracovníkem v sociálních službách, takže vlastně pečovatele, dále pak máme psychoterapeuta, administrativního pracovníka pro takový zázemí vlastně kancelářský a pak máme duchovní.

B: Další oblast jsou teda další tři otázky a ta první otázka je, jaké kritéria musí pacient splňovat pro zařazení do péče?

P4: Jo, do péče může referovat pouze ošetřující lékař. Nemůžeme nebo nejsme schopní vyhovět rodině, my chceme, aby když volají chceme, aby sem přišel domácí hospic, tak na tohleto nereflaktuju, potřebuju mít opravdu referenci od lékaře ošetřujícího s tím, že musí být ukončena onkologická léčba, v té zprávě musí být vyjádření toho ošetřujícího lékaře [pauza]: „*Že je ukončena kurativní léčba a z další léčby ten pacient nebude profitovat v nemocničním prostředí.*“ Což se týká u těch onkologických pacientů je to jednoduchý, že je ukončena onkologická léčba, ale pak je široká škála geriatrických pacientů, kde je to těžký. Ta hranice většinou lékař neřekne, jo tady už nic nebudeme dělat, ale spíš potřebujeme vyjádření toho ošetřujícího lékaře, že byly vyčerpány všechny možnosti, který moderní medicína nabízí. Pak potřebujeme [přemýšlení]: „*Aby rodina byla, aby se rodina zaručila, že bude mít pečující osobu ten pacient a jestli to bude jedna osoba nebo víc lidí, který se budou střídát to už je celkem jedno, ale potřebujeme mít jednu kontaktní osobu se kterou komunikujeme, telefonujeme a jsme nejvíc v kontaktu.*“

B: Super, tak jestli je to všechno k této otázce nebo jestli si na něco...

P4: Asi jo, pak samozřejmě pokud je to už s tou rodinou i vykomunikovaný z nemocnice od toho ošetřujícího lékaře, že je ukončená léčba, tak je to fajn, ale stává se nám čím dál tím víc, že to je ukončený v dokumentaci a není to vykomunikovaný.

B: A jsou nějaká omezení, kdy nemůže být pacient indikován?

P4: Tak omezení je, že jako nemůže být indikován člověk pro kterýho opravdu nemocnice ještě může něco udělat a z tý jako léčby v nemocnici bude ještě profitovat. Jo, takže pokud před hospitalizací nebo před nějakým problémem ten pacient je, byť křehký, starý, ale soběstačný a hrozilo by nebo vypadalo by, že třeba intravenózní antibiotika mu ještě pomůžou a vrátí ho zpátky do nějakýho jeho standardu, tak určitě jako bude profitovat a není pro paliativní péči. Jo a pak dalším limitem je opravdu [zamyšlení]: „*Že nemá pečující osobu, že ten pacient žije sám a nemá kdo by se o něj postaral.*“

B: Super a vlastně, jak probíhá spolupráce s rodinou pacienta?

P4: Máme úplně luxusní rodiny, musím říct [pousmání]: „*S rodinami je úplně skvělá spolupráce*“, plní pochopení, plní jako nadšení pro to spoustu věcí se naučit a jako rozhodně nemáme konfliktní rodiny.

B: Tak to je super, protože zatím všechny rozhovory, co jsem měla, tak všechny vedoucí řekly to samé, takže to je super úplně.

P4: Myslím si, že to je právě v domácím hospici, že opravdu máme motivovaný rodiny pečujících, který vědí proč to dělaj, vědí, že je to na omezenou dobu, že je to nějak ohraničený, nějak jim to přijde důležitý a smysluplný, vlastně si toho blízkýho v rámci domácího prostředí dohovat.

B: Jasně, to je ale fakt skvělé, že ta spolupráce je tam...

P4: No je určitě úplně skvělá, ty rodiny jsou skvělé, vycházejí vstříc, snaží se zařídit maximum, ale samozřejmě jako od nás to znamená i taky jako vstřícný přístup, velmi všechno vysvětlit jakoby možná k těm výkonům. Přijde mi [pauza]: „*Že v mnoha rodinách ta stěžejní práce sestry je komunikace.*“ To nemusí být ani o výkonech, ale spíš o té komunikaci a podpoře v té nemoci.

B: Ano, to taky právě často říkaly ty vedoucí říkaly, že je to vlastně minimálně polovina té vaší práce.

P4: Ano určitě, polovinu určitě.

B: A další oblast je teda, kdo může zažádat o poskytování péče?

P4: Tak žádá rodina přes teda ošetřujícího lékaře, my to máme udělaný tak, že v rámci našeho centra paliativní péče je poradna, poradenská služba telefonická,

takže tam můžou rodiny zavolat, jakým způsobem požádat o tu službu a my je navigujeme: „*Že mají kontaktovat svého ošetřujícího lékaře ať už je to praktický lékař nebo onkolog nebo ošetřující lékař v nemocnici, který pak přes naše webové stránky může vyplnit žádost, ta je zase rozdělena buď do toho intenzivního domácího hospice do té péče 926*“ a nebo od té ambulance, takže zase podle zvážení lékaře a podle stavu je to ještě takhle diferenciováný a pokud je potřeba předání akutní, že opravdu to spěchá, většinou pátek, kdy se třeba ten stav v nemocnici zhorší a v pondělí by bylo pozdě, tak vyžadujeme, aby ti lékaři volali sami, aby vyloženě kontaktovali našeho primáře a s naší paní primářkou se domluvili na konkrétním postupu a konkrétním předání.

B: A vlastně kdo indikuje pacienta do poskytované péče je to buď to vlastně praktický lékař nebo paliatr?

P4: Indikuje to paliatr. Vlastně náš paliatr.

B: A moje teda poslední otázka je, jak dlouho po indikaci od lékaře je pacient zařazen do péče?

P4: Pokud je to nutný, tak většinou druhý den. Jsme schopni hnedka následující den, pokud je to opravdu akutní nebo vidíme [přemýšlení]: „*Že ty symptomy jsou špatně řešený nebo nedostatečně. Je to zase o tom, jakmile přijde žádost tak buď ten den nebo následující den kontaktujeme rodinu*“ a ptáme se na ten konkrétní stav, jestli je v domácím prostředí, jak tu péči zvládají, co kolem toho pacienta řeší a pokud nám řeknou, že řeší opravdu nějakou služku symptomů tak tam vyjíždíme ještě ten den nebo následující. Takže víceméně jeden nebo dva dny po přijetí žádosti.

B: To je super úplně, tak jo to jsou teda všechny otázky moje na Vás.

Příloha P IX: PŘEPIS ROZHOVORU Č. 5

B: První oblast je, ve které oblasti působí vaše zařízení?

P5: Brno, třicet kilometrů od toho našeho sídla.

B: Super, další otázka je kolik pacientů má průměrně ročně zájem o poskytované služby?

P5: Ježda, tak teď vám to neřeknu přesně úplně, protože ty data, jak jsem se na to nepodívala, tak ty data přesně nevím.

B: Jo, to nemusí být samozřejmě přesně.

P5: Určitě tak jedenkrát tolik, než jich máme jako v tom, který můžeme obsloužit.

B: A zhruba nevíte, kolik jenom tak jakože by to mohlo být?

P5: Tři sta.

B: Super, já, jakože abych zhruba věděla. A Vlastně jaké činnosti vykonává všeobecná sestra?

P5: Myslíte jakoby...

B: U Vás v tom zařízení, u těch pacientů.

P5: Všechno to, co vlastně nám umožňuje náplň práce všeobecné sestry. To znamená [zamyšlení]: „*Prostě, hodnocení bolesti, podávání medikace, sledování účinnosti léčby, převazy ať už se to týká dekubitů nebo jiných defektů, aplikace s.c. medikace nebo intramuskulární medikace podle toho, co je potřeba*“, dokážeme využít PICC, dokážeme využít Port, péče o PEG, o tracheostomii, permanentní močový katetr, epicystodren, jo prostě to, co nám všechno jakoby umožňuje náplň práce zdravotní sestry. Pokud máme pacienta žejo tracheostomie, odsávání, výměna tracheostomické kanyly. Prostě všechno jakoby, co patří k těm základním činnostem zdravotní sestry. A samozřejmě do toho taky patří edukační činnost žejo při všem, co my děláme, tak vlastně edukujeme ty jednak ty pacienty, protože i pacienti musí být seznámeni s tou svojí léčbou, musí vědět, co je cílem a samozřejmě ve spolupráci s lékařem žejo. Lékař je ten hlavní, který vlastně vede ty rozhovory s pacientem. Pak máme k dispozici psychologa, duchovního, ale samozřejmě nedílnou součástí týmu jsou zdravotní sestry, který mají kompetenci k tomu vlastně dál na těch tématech jakoby pokračovat. Ať už se to týká cíle léčby, ať už se to týká psychopomoci, máme vlastně sociální pracovníky pro tu sociální pomoc, no jakoby ve všech stádiích vlastně toho vyrovnávání se s tou smrtelností je tam prostě nepřeborný počet nebo výčet činností, který ten tým celý provádí a jsou jeho nedílnou součástí.

B: Super na to právě teďka navazuje...

P5: No, důležité je vyhodnocení toho týmu [pauza]: „*Jak ten pacient je na tom vlastně v tom prožívání a zároveň, jak je na tom ta rodina, protože oni se kolikrát liší.*“ Jinde je rodina ve stádiu třeba ještě agrese proti zdravotnickému systému a pacient už je vlastně třeba ve fázi nějakýho srovnávání.

B: Super, na to právě teďka navazuje další otázka, jaké profese tvoří multidisciplinární tým?

P5: Jasně, lékaři, psychologka, duchovní, zdravotní sestry, sociální pracovník, máme i dobrovolníky v indikovaných případech a máme pečovatele, který vlastně jsou součástí týmu. Že když třeba klienta, který je prostorově výrazný, jak já říkám [pousmání]: „*Když tam sestřička jede vlastně žejjo a víme, že tam bude převaz a pán má více kilo, tak jede zároveň pečovatel a pomůže rodině s těma nějakýma věcmá.*“

B: Další oblast je teda, jaká kritéria musí pacient splňovat pro zařazení do péče?

P5: Klasicky musí být ukončena, pokud je to onkologický pacient, onkologická léčba, pokud je to pacient s jinými chronickými onemocněními, tak taková ta záchranná léčba jo jako není plánovaná například operace srdce, já to úplně přetáhnu, ale rozumíte mi, jo.

B: Ano, chápu.

P5: Samozřejmě on se léčí, má srdeční selhání, tak bere léky, hlídá se bilance tekutin, všecko jakoby probíhá, ale nejsou tam už takový ty životně zachraňující úkony, vlastně tam by ta prognóza, kterou vlastně stanovuje ošetřující lékař toho pacienta: „*Takže ta prognóza má být v řádu nějakým omezeným časovým úseku, v řádu třeba měsíců nebo někdy to je o dnech o týdnech, když nám jde ten pacient třeba z onkologie a no musí tam být prostě pečující osoba, která ta je dvacet čtyři hodin.*“ Můžou se ti lidi střídat, ale musí tam být zaručeno, že dvacet čtyři hodin s ním někdo je.

B: Další otázka je, jsou nějaká omezení, kdy nemůže být pacient indikován?

P5: Ty omezení, třeba máme dilema, samozřejmě se to řeší v týmu žejjo. Dilema jsou, není to omezení, ale dilema jsou třeba pacient, kterej je dializovaný, protože jako do jaké míry vlastně jo prostě ještě dialýzu ano dialýzu ne. Samozřejmě někdy jsou dilemata u těch geriatrických pacientů v těch konečných stádiích třeba ty Alzheimerovy demence nebo i třeba srdečního selhání, protože tam ta prognóza je taková hodně, jak bych to řekla nejistá, ale není to o tom, že bychom řekli [přemýšlení]: „*Že ho nevezmem spíše jako o tom, že se diskutuje jako přínos té léčby a ten výhled někdy ho třeba toho pacienta vezmeme do paliativní*

ambulance nějakou dobu než ho přijímáme jako klasický hospicový pacient. Ale že bysme řekli toho nevezmem, samozřejmě je tam to kritérium, když to je osamělý člověk a nemá tam pečující osobu.“

B: Ano, nebo není ukončená ta léčba.

P5: Ano nebo není ukončena ta léčba. Tam je to taky takový jakoby jasně jo [úsměv]: *„To je jedna věc je teorie a druhá praxe, že tam ještě něco doblhá,“* pacient je na to prostě já nevím třeba medikamentózně nějaká biologická léčba nebo něco a on je na to fixován, takže prostě nevezmem to v případě přijetí, prostě neřekneme už dost jo, ale nechá se to třeba nějakou dobu dojet a ve spolupráci vlastně třeba s tím onkologem se to dá nějak do ztracena.

B: Dobře a další otázka je, jak probíhá spolupráce s rodinou pacienta?

P5: Samozřejmě se navazuje už před přijetím, protože ta rodina musí být seznámená s tím, co nabízíme, jak to nabízíme, jaký jsou naše limity, aby si nepředstavovali, že tam, často si to ty lidi představují, že tam budeme s pacientem třeba dvanáct hodin. Takže jako už před tím přijetím v tom prvním kontaktu s rodinou jako vysvětlujeme [povzdech]: *„Ty principy, posláni jakoby ty naše limity, možnost tu kombinaci s téma pečovatelskejma službama, že to jako nevylučuje, že tam zároveň docházet i pečovatelé, když budou potřebovat přímo obslužnou péči.“* No a pak vlastně při tom přijetí jim znova vysvětlujeme zase ty všechny ty principy, to že vlastně se můžou na nás obrátit v neočekávaných situacích, mají telefon na pohotovostní číslo, v případě kde ho využít a v drtivé většině případů buď teda jsou návštěvy denně a nebo telefonáty denně, tak zase jim to prostě vysvětlujeme, jak to vlastně je, jak to probíhá a potom vlastně když máme pacienta v péči a plánujeme tu návštěvu třeba ten den, tak jednak ví ta rodina dopředu, že třeba si řekneme [pauza]: *„Ano, tak dneska jsme tady byli a přijedeme zítra zavoláme a přijedeme pozítří, jo nebo prostě ráno té rodině voláme, jestli něco nepotřebuje, jestli něco nedochází, jestli prostě nepotřebují něco přivést.“* Samozřejmě pokud není návštěva, tak se každý den volá se, ptá se, jak to probíhal ten den toho pacienta.

B: Super a vlastně poslední oblastí je, kdo může zažádat o poskytování péče?

P5: My to máme postavený na lékařské žádosti, já vím, že někdy to může být i jinak, u nás to funguje na základě žádosti, která se podává online, prostě na našich webových stránkách máme odkaz pro praktiky nebo pro lékaře, který vlastně v nemocnici, kteří zrovna mají toho pacienta v péči, takže online se podává žádost a na základě té žádosti, někdy si vyžádáme někdy to tam lékaři rovnou přiloží nějakou

propouštěcí, prozatimní nebo z poslední hospitalizace. Někdy si to vyžádáme, někdy se těm lékařům zavoláme, když je vlastně třeba ten pacient hospitalizován a v podstatě samozřejmě to musí být po dohodě s rodinou a s pacientem jo, ale jako ta písemná žádost ta prostě jde od lékaře.

B: Dobře, další otázka je, kdo indikuje rozsah poskytované péče, buďto praktický lékař nebo paliatr?

P5: Paliatr. My to máme nastavené na paliatra, samozřejmě tomu praktickému lékaři voláme a vysvětlujem, co po něm budeme chtít jo, protože samozřejmě ty žádanky jsou ve spolupráci pokud máme devět dva šestkového pacienta, tak samozřejmě tam není potřeba žádanka tam vlastně jenom tomu lékaři říkáme [zamyšlení]: „*Že náš lékař indikuje tak a tak, ale pokud je to pacient, který může být nějakou dobu ještě než jde do té specializované mobilní komplexní péče, tak může být nějakou dobu vlastně v režimu jakoby devět dva pětky, to znamená domácí péče, ale s tím paliativním kódem. Jo, protože tohle je pacient, který nepotřebuje ještě multidisciplinární komplexní, ale jo jako už se vlastně blíží k té době, kdy vlastně ji bude potřebovat.*“ A tam vlastně potřebujeme spolupráci s lékařem.

B: Super, vlastně moje poslední otázka je, jak dlouho po indikaci od lékaře je pacient zařazen do péče?

P5: Je to individuální, někdy je víc záleží na mnoha okolnostech, žejo samozřejmě na tom, kolik máme pacientů zrovna v péči, kolik máme žádostí, tam se zase vyhodnocuje prostě pořadí důležitosti a v jak vlastně kapacitně to lékaři stačí ten příjem udělat ale v poslední době se jakoby pohybujeme v řádu dní. Ono tam ani není možný, když je tam pacient vyloženě onkologickej a je tam prostě rozhodnuto o ukončení léčby, tak jako, jo většinou prostě to spěchá.

B: Ano super, tak to byly teda všechny otázky moje na Vás, tak já vám teda mockrát děkuji za ochotu, že jste si na mě udělala čas.

Příloha P X: VZOR INFORMOVANÉHO SOUHLASU ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

 **Univerzita Tomáše Baťi ve Zlíně**
Fakulta humanitních studií

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Domácí paliativní péče v Jihoomoravském kraji

Ředitel projektu: Anežka Němcová, tel.: +420 731 781 482

Název pracoviště: Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Baťi ve Zlíně.

Vedoucí práce: PhDr. Anna Kašíková, Ph.D., tel.: +420 576 038 162

Cíl výzkumu: Hlavním cílem výzkumu je zjistit, která pracoviště v Jihoomoravském kraji poskytují domácí paliativní péči o pacienty v terminálním stádiu.

Popis výzkumu: Výzkum bude realizován v rámci mé bakalářské práce s názvem *Domácí paliativní péče v Jihoomoravském kraji* a bude probíhat formou rozhovoru. Vaše názory a zkušenosti přispějí k řešení problémů, kterých se výzkum týká. Rozhovor bude obsahovat zhruba 10 otázek na dané téma. Trvání rozhovoru by bylo v rozmezí cca od 30 minut do 1 hodiny. Rozhovor bude uskutečněn v soukromí, dle Vašich časových možností v místnosti, která Vám bude komfortní. Otázky k rozhovoru Vám budou nabídnuty předem, abyste se mohla připravit. Pokud budete souhlasit, bude se rozhovor nahrávat. Na Vaše doplňující otázky, související výzkumem, Vám před provedením rozhovoru ráda odpovím. Rozhovor je dobrovolný, není zatížen žádným rizikem. Pokud by Vám však některá otázka byla nepřijemná, nemusíte na ni odpovídat. Máte také právo, kdykoliv rozhovor přerušit a bez uvedení důvodů v něm nepokračovat. Veškeré informace, které sdělíte budou důvěrné a budou použity pouze pro bakalářskou práci v anonymní podobě. Předem Vám děkuji za spolupráci Anežka Němcová.

.....
datum a podpis ředitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníka s jejich zapojením do výzkumu:

Prohláším a svým níže uvedeným vlastnoručným podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měla možnost si řídně a v dostatečném čase získat všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostala jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byla jsem poučena o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí. Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromážďovala, zpracovávala a uchovávala tímto uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské

práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů a zákona č. 133/2000 Sb., v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka:

Příloha P XI: SEZNAM VŠECH ZAŘÍZENÍ S ODBORNOSTÍ 926 V JIHOMORAVSKÉM KRAJI

Paliativní péče odb. 926 – Diecézní charita Brno – OCH Blansko

Domácí paliativní péče – Sdružení zdrav. zařízení II Brno, p.o.

Mobilní specializovaná paliativní péče – Fakultní nemocnice Brno

Domácí paliativní péče Brno – DCHB – Správa DCHB a Služby Brno

Paliativní péče (MSPP) – Hospic sv. Alžběty o.p.s.

Paliativní péče – DCHB – Oblastní charita Rajhrad

Domácí paliativní péče Porta Vitae – DCHB – Oblastní charita Tišnov

Pracoviště paliativní péče – Girasole, sdruž. pro pomoc a rozvoj z. s

Mobilní hospic sv. Filipa Neri – DCHB – Oblastní charita Hodonín

Paliativní péče odb. 926 – DCHB – Oblastní charita Znojmo

Domácí paliativní péče – PAHOP, Zdr. ústav pal. a hosp. péče, z.ú.

Příloha P XII: VÝSTUP PRO PRAXI

<p>DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE V JIHOMORAVSKÉM KRAJI</p>  <p>ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ PÉČI V ODBORNOSTI 926</p>	<p>PAHOP, Zdr. ústav pal. a hosp. péče, z. ú.</p> <p>Kde se nachází? Kasárenská 4063/4, 695 01 Hodonín</p> <p>Kontakty: Vrchní sestra - Naděžda Balašíková tel.: +420 737 077 376 e-mail: vedoucis@pahop.cz Staniční sestra: Jarmila Slobodová tel.: +420 737 998 826 e-mail: infohod@pahop.cz Vedoucí sociální pracovnice - Mgr. Miroslava Hudečková tel.: +420 605 797 503 e-mail: soc.pracovnik@pahop.cz Vedoucí přímé péče - Jitka Vaculová tel.: +420 605 797 511 e-mail: vedouci.tos@pahop.cz</p> <p>Pro koho je péče vhodná?</p> <ul style="list-style-type: none">• Pro pacienty a pečující, kteří si přejí hospicovou péči v jejich domácím prostředí• Pacient, který je nevléčitelně nemocný, má ukončenou kauzální léčbu, která je nahrazena symptomatickou• Pacientovo domácí zázemí je vybaveno základními prostředky k jeho ošetřování• Pečující jsou schopni zajistit nemocnému jeho základní životní potřeby <p><small>Zdroj: Mobilní hospicová péče Online. PAHOP. Dostupné z: https://www.centrum-pahop.cz/. [cit. 2024-04-16]</small></p>	<p>Mobilní hospic sv. Filipa Neri - DCHB - Oblastní charita Hodonín</p> <p>Kde se nachází? Plučárna 3832/1a, 695 01 Hodonín</p> <p>Kontakty: Hlavní sestra: Sylva Barnetová tel.: +420 608 709 283 e-mail: sylva.barnetova@hodonin.charita.cz Vrchní sestra: Marta Šmerdová tel.: +420 736 529 374 e-mail: chos.bucovice@hodonin.charita.cz Koordinátor mobilní hospicové péče: tel.: +420 735 799 790 e-mail: hospic.hodonin@hodonin.charita.cz Staniční sestra: tel.: +420 704 611 070</p> <p>Pro koho je péče vhodná?</p> <ul style="list-style-type: none">• Nemocní u nichž byly vyčerpány veškeré léčebné možnosti, kdy vážné onemocnění pokračuje a prognóza je v řádu měsíců = paliativní pacienti  <p><small>Zdroj: Mobilní hospicová péče sv. Filipa Neri. Online. Oblastní charita Hodonín. Dostupné z: https://hodonin.charita.cz/co-delame-och-hodonin/potrebuji-pomoc-s-peci-v-nemoci-stari-hendikepu/mobilni-hospic-sv-filipa-neri/. [cit. 2024-04-16]</small></p>
<p>Domácí paliativní péče - Sdružení zdravotnických zařízení II Brno, p.o.</p> <p>Kde se nachází? Zahradníkova 494/2, 602 02 Brno</p> <p>Kontakty: Vrchní sestra - Alžběta Marková, MAS tel.: +420 771 125 902 Staniční sestra - Jana Medová Sociální pracovnice - Kateřina Münzová tel.: +420 771 125 899 Asistentka provozu - Kateřina Špičáková tel.: +420 771 135 450 e-mail: katerina.spicakova@polza.cz</p> <p>Pro koho je péče vhodná?</p> <ul style="list-style-type: none">• Pro pacienty s nevléčitelnými nemocemi, které jim přinášejí těžkost, komplikace a limitují jejich život.• Mohou to být nemoci onkologické, onemocnění srdce, plic, ledvin, neurologické diagnózy, demence, křehké stavy u geriatrických pacientů. <p><small>Zdroj: Městský domácí hospic. Online. Sdružení zdravotnických zařízení II Brno. Dostupné z: https://www.polza.cz/nase-zarizeni/centrum-paliativni-pece/. [cit. 2024-04-16]</small></p>	<p>Paliativní péče (MSPP) - Hospic sv. Alžběty o.p.s.</p> <p>Kde se nachází? Kamenná 207/36, 639 00 Brno</p> <p>Kontakty: Vrchní sestra - Mgr. Květoslava Zapletalová tel.: +420 774 499 094 e-mail: zapletalova@hospicbrno.cz Koordinátor péče tel.: +420 773 559 957 e-mail: tabita@hospicbrno.cz Sociální pracovník - Mgr. Martin Vlkojan tel.: +420 739 125 525 email: vlkojan@hospicbrno.cz</p> <p>Pro koho je péče vhodná?</p> <ul style="list-style-type: none">• Pro pacienty s nevléčitelným onemocněním v preterminálním a terminálním stádiu nemoci a odborné podpory jejich blízkým.  <p><small>Zdroj: Domácí hospic. Online. Hospic sv. Alžběty. Dostupné z: https://www.hospicbrno.cz/domaci-hospic/. [cit. 2024-04-16]</small></p>	<p>Pracoviště paliativní péče - Girasole, sdružení pro pomoc a rozvoj z.s.</p> <p>Kde se nachází? Hybešova 1417/5, 693 01 Hustopeče</p> <p>Kontakty: Vrchní sestra - Ing. Monika Mikulíčková tel.: +420 773 246 198 e-mail: mikulickova@girasole.cz Koordinátorka domácího hospice - Kateřina Štyblová, DiS. tel.: +420 755 099 953 e-mail: styblova@girasole.cz Sociální pracovnice - Mgr. Lucia Hrazdírová tel.: +420 775 480 954 e-mail: hrazdirova@girasole.cz</p> <p>Pro koho je péče vhodná?</p> <ul style="list-style-type: none">• Pro pacienta, u kterého je ukončena kurativní léčba, přechod do symptomatické péče.• Pro pacienta u něhož je odhadovaná délka života týdny až jednotky měsíců. <p><small>Zdroj: Domácí hospic Girasole. Online. Girasole. Dostupné z: https://www.girasole.cz/domaci-hospic/. [cit. 2024-04-16]</small></p> <p><small>Tento informační materiál byl vytvořen jako součást bakalářské práce Domácí paliativní péče v Jihomoravském kraji. Vedoucí práce: PhDr. Anna Krátká, Ph.D. Autor: Anežka Němcová, studentka oboru Všeobecného ošetrovatelství, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2024.</small></p>