



**UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Intenzivní péče

Bc. Kateřina Nová

Paliativní péče na lůžkách intenzivní medicíny z pohledu ošetřujícího personálu

Palliative care in the intensive care from the perspective of treating staff

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Kulířová

Praha, 2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 13. 12. 2019.

KATEŘINA NOVÁ

.....

Podpis

Identifikační záznam

NOVÁ, Kateřina. Paliativní péče na lůžkách intenzivní medicíny z pohledu ošetřujícího personálu. [Palliative care in the intensive care from the perspective of treating staff]. Praha, 2019. 77 s., 1 příl. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Kulířová, Veronika.

ABSTRAKT (v ČJ)

Úvod: I přesto, že by se na první pohled mohlo zdát, že paliativní péče není součástí intenzivního prostředí, opak je pravdou. Paliativní přístup k nemocným, kteří se nacházejí na resuscitačních odděleních či jednotkách intenzivní péče, patří do celku komplexního přístupu v ošetřování těžce nemocných. Zahrnuje individuální a citlivý přístup k pacientovi, který se nachází ve stavu, kdy jsou vyčerpány všechny dostupné možnosti léčby, a další proaktivní kroky v léčení by znamenaly utrpení pacienta, strádání jeho rodiny a v neposlední řadě by přístup léčby bez paliativního konceptu měl i negativní dopad na celý ošetřující personál. Paliativní péče tedy zahrnuje nejen individuální přístup k potřebám pacienta, ale také jeho rodiny a blízkých. Nejedná se o koncept péče založený na přístupu jednotlivce k nemocnému, ale naopak na spolupráci celého ošetřujícího týmu, tedy lékařů, zdravotních sester a zdravotnických záchranářů. Paliativní tým působící v nemocnici, je k dispozici pracovníkům nejen intenzivního oddělení, ale i celé nemocnice, a tvoří ho interdisciplinární odborníci. Funkční paliativní koncept na intenzivním oddělení, znamená přínos pro pacienta a jeho rodinu. Ačkoliv je péče úzce spjatá s negativní součástí životní cesty pacienta. Paliativní péče saturuje potřeby jednotlivce, jeho rodiny a zdravotnického personálu. Do konceptu paliativního přístupu patří i v odborných kruzích hojně diskutovaný výkon, terminální extubace, tedy konečné vyústění terminálního weaningu.

Metodologie: Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního výzkumu. Komparativně jsem porovnávala dvě velké kliniky. Výzkum byl realizován na pracovištích, kde je vykonávána vysoce specializovaná intenzivní péče, a to jak na lékařské, tak ošetrovatelské úrovni. První komparovaná klinika je všeobecné anesteziologicko-resuscitační oddělení, specifické o část urgentního příjmu, druhé oddělení je také anesteziologicko – resuscitačního typu, specifické o kardiochirurgické spektrum pacientů. Obě pracoviště, i přes mírné odlišnosti ve skladbě pacientů, mají velmi shodné portfolio poskytované péče.

Cíl práce: V této diplomové práci bylo mým cílem zjistit, jak jsou nastavena pravidla paliativního přístupu na lůžkách intenzivní péče. Zda na těchto odděleních funguje týmová spolupráce při rozhodování v přístupu změny léčby nemocného a jak probíhá komunikace s rodinou nemocného. Dále cílím na zdravotní pracovníky, zkoumám paliativní péči z pohledu zdravotních sester, zdravotnických záchranářů, ale i lékařů a zkoumám, zda je zapotřebí mít v prostředí intenzivní péče jasný koncept péče v paliativním přístupu k nemocným a zda v podmínkách, kde je již koncept paliativní péče nastavený a kde je možnost kontaktovat paliativní tým, jsou zaměstnanci spokojenější a efektivněji pracují s pacienty v paliativní péči. V neposlední řadě analyzuji názory, které zaujímají zaměstnanci kliniky k výkonu terminální extubace, jak na tento výkon nahlíží a zda tento výkon vnímají pozitivně.

Výzkumné otázky: Na základě stanovených cílů diplomové práce, jsem stanovila následující otázky: Je více funkční princip paliativní péče na lůžkách intenzivní péče v podmínkách, kde je již nastavený koncept paliativního přístupu, tedy v prostředí, kde jsou stanovena pravidla v přístupu léčby k nemocnému a v komunikaci s jeho rodinou? Jsou srovnatelné podmínky na klinikách v oblasti

komunikace mezi personálem a rodinou nemocného? Jak vnímají lékaři i nelékaři výkon – terminální extubace, který spadá do konceptu paliativní péče?

Výsledky výzkumu: Výzkumného šetření se zúčastnilo 93 respondentů, výzkum probíhal současně na dvou velkých klinikách poskytující anesteziologicko-resuscitační péči. Respondenti byli nelékaři, do výzkumného šetření jsem zahrnula i získané názory a odpovědi od lékařů. Výzkumný celek tedy tvořili ženy i muži, všech věkových kategorií, pracující na intenzivním oddělení a poskytující paliativní péči. Respondenti z jedné komparované kliniky pak vytvořili celek, který odpovídal na specifickou oblast paliativní péče, a to na terminální extubaci. Výsledky z výzkumného šetření potvrdily skutečnost, že pokud je na intenzivním oddělení již nastavený koncept proaktivního přístupu k paliativní péči, jsou dodržována a respektována doporučení odborných společností, tak personál, poskytující paliativní péči je vyrovnanější, nahlíží pozitivně na poskytování paliativní péče, a má pozitivní zpětnou vazbu od rodin. Nelékařský personál je také spokojenější s úrovní komunikace s kolegy lékaři. Na specifickou oblast terminálního weaningu, konkrétně výkonu terminální extubace, nahlízejí zaměstnanci pozitivně. Na klinice, kde funguje paliativní tým jsou výsledky pozitivnější než na klinice, kde koncept paliativní péče není nastavený, nebo je na začátku svého působení.

Přínos pro praxi: Intenzivní oddělení jsou nejvíce exponována pacienti v nejtěžších stavech a je zde velké procento mortality a morbidit nemocných. Z výzkumů vyplývá, že zavedení paliativních týmů vysoce zvyšuje kvalitu nejen poskytované péče a komunikace s pacientem a s jeho rodinou, ale také významně přispívá ke spokojenosti s vykonávanou prací personálu intenzivního oddělení. Vybudování kompletního paliativního týmu složeného z více odborníků, ale může být pro zdravotnické zařízení personální a časovou překážkou. V těchto případech doporučuji alespoň přítomnost krizového intervenanta, který svojí odborností, zkušeností a profesionalitou dokáže pomoci rodině ale i personálu v oblasti specificky náročné komunikace která se pojí jak s doprovázením pacienta na poslední cestě, tak také s odběrem orgánů od potencionálního dárce, či s terminální extubací. Nemusí se jednat o specialistu paliatra, profesi krizového intervenanta může vykonávat na klinice vykonávat i nelékařský pracovník. Dále bych doporučovala pracovištím zaměřit se na podporu vzdělání zaměstnanců v této specifické oblasti poskytování péče. Velmi dobře se osvědčil již zmiňovaný kurz krizové intervence v Brně. Výzkumné šetření také zjistilo, že na klinice, kde je dostupný kompletní paliativní tým, si přesto jeho přítomností nebylo jisto 21 % respondentů kteří netušili, zda ho mohou kontaktovat. Nabízí se tedy otázka na způsob prezentace tohoto týmu a také o možnostech, jak rozšířit informace o jeho možnostech a účelu mezi zaměstnance. K tomu, aby zdravotnický personál mohl mít ze své práce dobrý pocit a mohl poskytovat vysoce kvalitní péči i v tak náročných situacích, jako je doprovázení pacienta na sklonku jeho života, je důležité, aby měl nejen dostatečné vzdělání v ošetrovatelské péči či komunikaci, ale také aby se nezapomínalo na jeho potřeby. Tomu dle výzkumů velmi napomáhá například vybudování specializovaných paliativních týmů, jejichž úkolem je, aby potřeby zdravotníků i pacientů byly saturovány.

klíčová slova:

zdravotnický tým intenzivní péče, paliativní péče, terminální extubace, komunikace v paliativní péči, přechod z plné terapie na paliativní péči.

Abstract (Aj)

Introduction: Although palliative care may not seem to be part of an intense environment, it is true. Palliative approach to patients who are in resuscitation wards or intensive care units is part of a comprehensive approach in the treatment of seriously ill patients. It includes an individual and sensitive approach to a patient in a state where all available treatment options are exhausted, and further proactive steps in treatment would entail patient suffering, family hardship and, last but not least, a non-palliative treatment approach would have a negative impact to the entire nursing staff. Palliative care therefore involves not only an individual approach to the needs of the patient but also of the patient's family and loved ones. It is not a concept of care based on an individual's approach to the patient, but rather on the cooperation of the entire nursing team, ie doctors, nurses and paramedics. The palliative team working in the hospital is available to staff not only in the intensive department but also in the entire hospital, and is made up of interdisciplinary experts. A functional palliative concept in an intensive ward means benefits for the patient and his family. Although care is closely related to the negative part of the patient's life path. Palliative care saturates the needs of the individual, his family, and the medical staff. The concept of a palliative approach also includes the widely discussed performance, terminal extubation, ie the final outcome of terminal weaning.

Methodology: The research was carried out in the form of quantitative research. I compared two large clinics comparatively. The research was carried out at workplaces where highly specialized intensive care is performed, both at the medical and nursing level. The first comparative clinic is a general anesthesiology and resuscitation ward, specific for a part of urgent intake, the second ward is also an anesthesiology - resuscitation type, specific for the cardiac surgery spectrum of patients. Both workplaces, despite slight differences in patient composition, have very similar portfolio of provided care.

Objective: In this thesis, my goal was to find out how the rules of palliative approach in intensive care beds are set. Whether teamwork in decision-making in the approach of changing the patient's treatment and how to communicate with the patient's family works in these departments. Furthermore, I target health care workers, examine palliative care from the point of view of nurses, paramedics, but also doctors and examine whether it is necessary in the intensive care environment to have a clear concept of c

are in palliative approach to patients and whether under palliative care set up and where there is a possibility to contact the palliative team, employees are happier and work more effectively with palliative care patients. Last but not least, I analyze the opinions that the clinic staff take to perform

terminal extubation, how they perceive it and whether they perceive it positively.

Research questions: Based on the objectives of the thesis, I set the following questions: Is there a more functional principle of palliative care in intensive care beds in conditions where the concept of palliative approach is already set, ie in an environment where rules are set in communicating with his family? Are there comparable conditions in clinics in the area of communication between the staff and the patient's family? How do doctors and non-doctors perceive performance - terminal extubation, which falls within the concept of palliative care?

Research results: 93 respondents took part in the research. The research was conducted simultaneously in two large clinics providing anesthesia-resuscitation care. The respondents were non-doctors, I included the opinions and answers from doctors in the research. The research group consisted of women and men of all ages working in intensive care and providing palliative care. Respondents from one comparing clinic then formed a unit that responded to a specific area of palliative care, namely terminal extubation. The results of the research confirmed the fact that if the concept of proactive approach to palliative care has already been set up in the intensive ward, the recommendations of professional societies are respected and respected, the palliative care staff is more balanced, has a positive view of palliative care and has positive feedback from families. Non-medical staff is also more satisfied with the level of communication with fellow physicians. The specific area of terminal weaning, namely the performance of terminal extubation, is viewed positively by employees. In a clinic where the palliative team operates, the results are more positive than in a clinic where the palliative care concept is not set or is at the beginning of its operation.

Benefit for practice: Intensive wards are most exposed to patients in the most severe conditions and there is a large percentage of mortality and morbidity in patients. Research shows that the introduction of palliative teams greatly enhances the quality of not only the care and communication with the patient and his family, but also contributes significantly to the satisfaction of the intensive department staff. Building a complete palliative team made up of multiple experts, but it can be a personal and time constraint for the healthcare facility. In these cases, I recommend at least the presence of a crisis intervener who, with his expertise, experience and professionalism, can help the family and staff in the area of specifically demanding communication associated with accompanying the patient on the last journey, organ harvesting from a potential donor or terminal extubation. It does not have to be a specialist paliatra, the profession of emergency intervention can be performed at the clinic also by a non-medical worker. Furthermore, I would recommend workplaces to focus on supporting the education of employees in this specific area of care provision. The already mentioned crisis intervention course in Brno proved to be very successful. The survey also found that at a clinic where a complete palliative team is available, 21% of respondents who were unsure whether they could contact him were still unsure. This raises the question of how the team is presented and how to disseminate information about its capabilities and purpose among employees. In order for health professionals to feel good about their work and to provide high quality care even in difficult situations such as accompanying a patient at the end

of their lives, it is important that they not only have sufficient education in nursing or communication, but also not to forget his needs. According to research, this is greatly helped, for example, by the establishment of specialized palliative teams whose task is to ensure that the needs of both health professionals and patients are met.

Keywords:

Medical intensive care team, palliative care, terminal extubation, palliative care communication, transition from full therapy to palliative care.

Poděkování

Velmi děkuji paní Mgr. Veronice Kulířové za cenné rady, pozitivní přístup a trpělivost při psaní této diplomové práce. Ing. MUDr. Dušanovi Mertovi za pomoc při statistickém zpracování dat. Lékařům, sestřám za práci, kterou odvádějí na svých pracovištích a za spolupráci a čas, který mi věnovali.

Obsah

1. ÚVOD	11
2. SOUČASNÝ STAV POZNÁNÍ	13
2.1. OBECNÁ PALIATIVNÍ PÉČE	13
2.2. SPECIALIZOVANÁ PALIATIVNÍ PÉČE	15
2.2.1. <i>Vzdělávání v oblasti paliativní medicíny</i>	16
2.2.2. <i>Paliativní medicína – postavení v dnešní době</i>	17
2.2.3. <i>Lékař – paliatr</i>	18
2.2.4. <i>Ekonomická stránka paliativní péče</i>	18
2.2.5. <i>Etické a právní aspekty paliativní péče</i>	18
2.2.6. <i>Euthanasie</i>	18
2.2.7. <i>Paliativní péče ve specifických oborech</i>	20
2.3. PALIATIVNÍ PÉČE NA LŮŽKÁCH INTENZIVNÍ MEDICÍNY	20
2.3.1. <i>Kriticky nemocný pacient na intenzivním oddělení</i>	21
2.3.2. <i>Přechod z intenzivní terapie na paliativní péči</i>	21
2.3.3. <i>End of Life Decision</i>	22
2.3.4. <i>Kategorizace léčby při přechodu z intenzivní péče na péči paliativní</i>	24
2.3.5. <i>Orgánové transplantace, problematika DCD dárcovství v souvislosti s přechodem na paliativní péči</i>	25
2.3.6. <i>Terminální weaning</i>	28
2.3.7. <i>Zdravotnický tým poskytující paliativní péči</i>	28
2.4. KOMUNIKACE	29
2.4.1. <i>Komunikace s rodinou u pacientů v paliativní péči</i>	30
3. METODOLOGIE VÝZKUMNÉ ČÁSTI, CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	33
3.1. CÍLE VÝZKUMNÉ PRÁCE	33
3.2. DÍLČÍ CÍLE PRÁCE	33
3.3. STRATEGIE VYHLEDÁVÁNÍ ZDROJŮ	33
3.3.1. METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	34
3.3.2. <i>Organizace výzkumného šetření</i>	34
3.4. <i>Analýza dat</i>	35
4. VÝSLEDKY	36
4.1. VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKŮ, KOMPARACE KLINIK	36
5. DISKUSE	57
6. ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM ZKRATEK	67
SEZNAM GRAFŮ	69
SEZNAM TABULEK	70
SEZNAM OBRÁZKŮ	71

1. Úvod

„Když léčíš, usiluj o dvojí:

pomáhej, nebo alespoň neškod“.

Hippokrates, Epidemica I

Paliativní přístup, paliativní péče o nemocné prochází v současné době proměnami, které se dotýkají všech medicínských oborů. Tento přístup k nemocným již není doménou pouze hospiců a onkologicky nemocných. Paliativní péče dneška zdaleka není výhradně o podávání opioidů pasivním sledování a čekání na nevyhnutelné. Paliativní přístup patří mezi základní kameny v přístupu k nemocným, kteří mají nepříznivou, někdy infaustní prognózu. Paliativní péče bezprostředně souvisí s rozmachem péče intenzivní. Tým, který se stará o tyto pacienty tvoří specialisté paliativní medicíny. Jsou to lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, duchovní pracovníci a jiní. Jde o komplexní přístup k nemocnému, k rodině nemocného, o včasném rozhodnutí, kdy už ofenzivní přístup k nemocnému nepřináší prospěch a pacient z něj nemůže profitovat. Pokrok člověka se ani v medicíně nezastaví, a i když by se mohlo na první pohled zdát, že paliativní medicína přímo nesouvisí anebo nepatří k medicíně intenzivní opak je pravdou. Pokrok v léčbě onemocnění je za posledních 50 let neuvěřitelný. Robotizace, mechanizace, miniaturizace jednotlivých přístrojů, posouvání hranic nejen v neonatologické péči ale i v transplantační medicíně, alternativní řešení jednotlivých onemocnění, neustálé posouvání hranic lidského věku i pro komplikované léčebné metody, výkony. I přes technologické možnosti dnešního zdravotnictví zůstávají základní principy medicíny stejné. Navzdory velkému diagnosticko-terapeutickému pokroku v medicíně, by bylo mylné nabití falešného optimizmu spojeného s nekonečností jakékoliv metody, léčby. Stále bychom měli mít na paměti, nejen jako zdravotničtí profesionálové, ale také jako lidé, základní principy přístupu k léčení nemocných, to znamená konečnost lidského života, zrození a důstojný odchod ze života. Tak jako je důležitá snaha o záchranu života, tak stejně podstatné je po vyčerpání všech dostupných možností humánní medicíny, se důstojně, lidsky, eticky postarat a doprovodit člověka, v tomto případě pacienta, na jeho z posledních životních cest (Pařízková-Černá 2011).

O paliativní péči se v našich podmínkách začalo hovořit koncem 80. let, a to především v souvislosti s onkologicky nemocnými pacienty. V této době se začaly skloňovat pojmy: bazální léčba, symptomatologická léčba, kurativní péče, paliativní péče. Trendy v této oblasti vycházeli především z USA, kde problematiku poskytování intenzivní péče u pacientu v konečných nebo prognosticky nepříznivých případech diskutovali společně s otázkami etického přístupu k takto nemocným. Již v roce 1957 se v Římě konalo mezinárodní sympozium na téma anestézie a lidská osobnost. V českých podmínkách se kongres na podobné téma konal v roce 1982 v rámci anesteziologické konference v Ústí nad Labem (Drábková 2000).

Úzkost a obavy ze smrti, nebo z konečnosti života, jsou pro člověka a jeho psychiku přirozené. Je vyzorováno a z dat vyplývá, že zdrojem největší úzkosti není samotný konec smrt jako taková, ale jsou to obavy spojené s procesem umírání. Fakt, zda si pacienti na konci života zachovají důstojnost,

zda nebudou mít bolest či jiné nepříjemné fyzické projevy, zda o sobě budou schopni rozhodovat (Loučka & Sláma 2018). Tyto obavy spojené s koncem života potvrzuje i zahraniční studie. Lékař Buiting Van Der Heide, ve svém výzkumné šetření popisuje, že žadatelé o euthanasii jsou pacienti, kteří mají obavy ze své budoucnosti, především se obávají ztráty důstojnosti, mají obavy z bolesti, z toho, že budou zátěží pro svoji rodinu a blízké, z očekávání že se jim sníží kvalita života (Buiting et al. 2015).

2. Současný stav poznání

Význam paliativní péče koreluje s vzestupem a postupem medicíny. Koncept paliativní péče prošel zásadním vývojem. V současnosti není paliativní přístup nastaven pouze pro onkologicky nemocné, ale zasahuje do všech oborů a odvětví medicíny. Koncept paliativního přístupu k nemocným je k dnešním době diskutované téma s dynamickým vývojem. Paliativní péče je v obecné rovině celostní přístup k nevléčitelně nemocným (Gřiva 2018).

Světová zdravotnická organizace World Health Organization (WHO) definuje paliativní péči takto:

„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů (a jejich rodin), kteří trpí život ohrožujícím onemocněním. Jejím obsahem je prevence a mírnění utrpení cestou včasného rozpoznání, správného zhodnocení a efektivní léčby bolesti a ostatních obtíží v oblasti tělesné, psychosociální a spirituální“ (WHO 2019).

2.1. Obecná paliativní péče

Za obecnou paliativní péči se považuje péče taková, kterou by měl umět poskytovat každý zdravotník, bez ohledu na jeho odbornost. V obecné rovině by se dala považovat paliativní péče jako určitá „filozofie“ nebo úhel pohledu na konec životní cesty nemocného. Jde o komplexní přístup k nemocným, kdy není primárním cílem úplné vyléčení pacienta. Do obecné roviny patří také sociální péče, která je poskytována sociálními pracovníky, ve spolupráci se zdravotníky. Patří jsem také léčba symptomatologická, podpurná komunikace, základní organizační zajištění s přihlédnutím na specifické onemocnění. Základní či hlavní myšlenka obecné paliativní péče je, účinná terapie bolesti, snaha o zachování pacientovi důstojnosti, podpora jeho rodiny a blízkých. V rovině obecné paliativní péče, by měl být každý lékař schopen rozhovoru s pacientem a jeho rodinou. Měl by ovládat rozhovor a komunikaci v oblasti sdělování závažné diagnózy. Měl by být schopen reagovat a léčit základní obtíže nemocného v souvislosti s terminálním onemocněním. Paliativní péče je orientovaná na nevléčitelně nemocné. Diskutabilní však může být pojem „nevléčitelně nemocní“. I přes relativně přesné určení skupiny je obtížnější bližší specifikace, protože každý nemocný má individuální potřeby. Tato skupina pacientů, vzhledem ke svému primárnímu onemocnění má variabilní časové okno od několika dní až po roky (Sláma 2012).

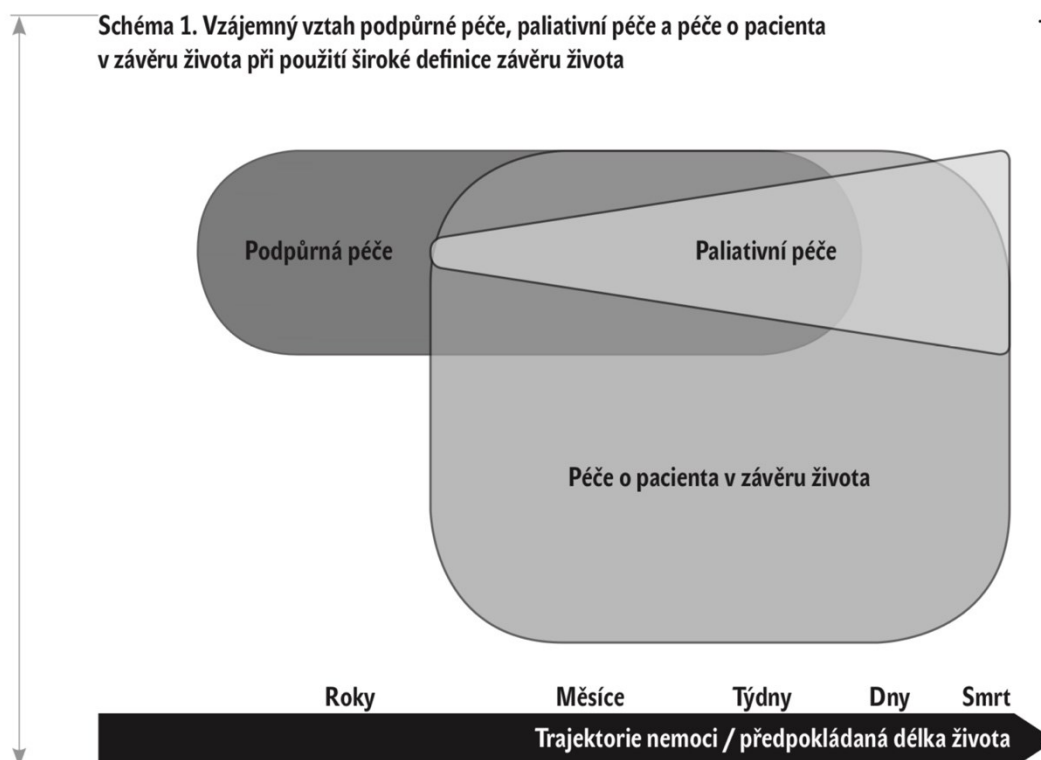
V roce 2015 proběhlo celorepublikové šetření, které provedla agentura Sten/Mark, společně ve spolupráci s neziskovou organizací Cesty Domů. Tento rozsáhlý průzkum se zaměřil na názory nejen odborné společnosti sestávající z lékařů a zdravotních sester, ale také na vnímání paliativní medicíny, konec jedné životní cesty veřejností. Podrobnější analýza toho výzkumu by přesahovala rozsah a směr této práce, ale považuji za zajímavé zmínit některá data, která z výzkumu vzešla, (podrobnější porovnávání dat Sten/Mark v diskuzi).

Zahraniční tým pracovníků, zjišťoval potřebnost paliativní péče tedy na koho má cílit, kdo je jejím uživatelem. Odhady kvalifikovaných zahraničních studií ukazují, že potřeba paliativní péče je vysoká a to v 50-89 % případů. Tato procenta představují počet pacientů, kteří potřebují obecnou paliativní

péči v posledním roce života. Trend významu paliativní péče, také ukazuje na její vysokou potřebu (McNamara 2006). Tuto skutečnost potvrdila i studie v institutu King's College London. Lékaři zde vypočítali nárůst potřeby paliativní péče v kontextu s demografickým nárůstem počtu pacientů. V roce 2040 bude nárůst potřeby paliativní péči o 25-40 % oproti dnešním době (Etkind 2017). Délka potřeby paliativní péče je velmi variabilní od několika dnů po několik let. Statistiky spíše ukazují na delší časové období, vzhledem k úrovni medicíny a poskytované péče. Tudíž, bude pacient potřebovat paliativní péči na delší dobu než jeden rok před koncem života. V ČR se odhaduje, že paliativní péče by byla vhodná u 50-90 000 nemocných (Sláma 2012). V roce 2014 byla odhadnuta v ČR potřeba paliativní péče u 70 % nemocných. Tento údaj vyplynul z celkového počtu zemřelých, kdy v tomto roce zemřelo 105 665 lidí, předpokládaná potřeba paliativní péče tak byla u více než 70 000 pacientů (Kabelka et al. 2016). Data z roku 2015 ukazují že, většina lidí si přeje zemřít doma. V praxi ale umírá 60 % pacientů v nemocnici a 9 % v zařízeních dlouhodobé péče (Sten/Mark 2015). Otázkou zůstává, proč tomu tak je.

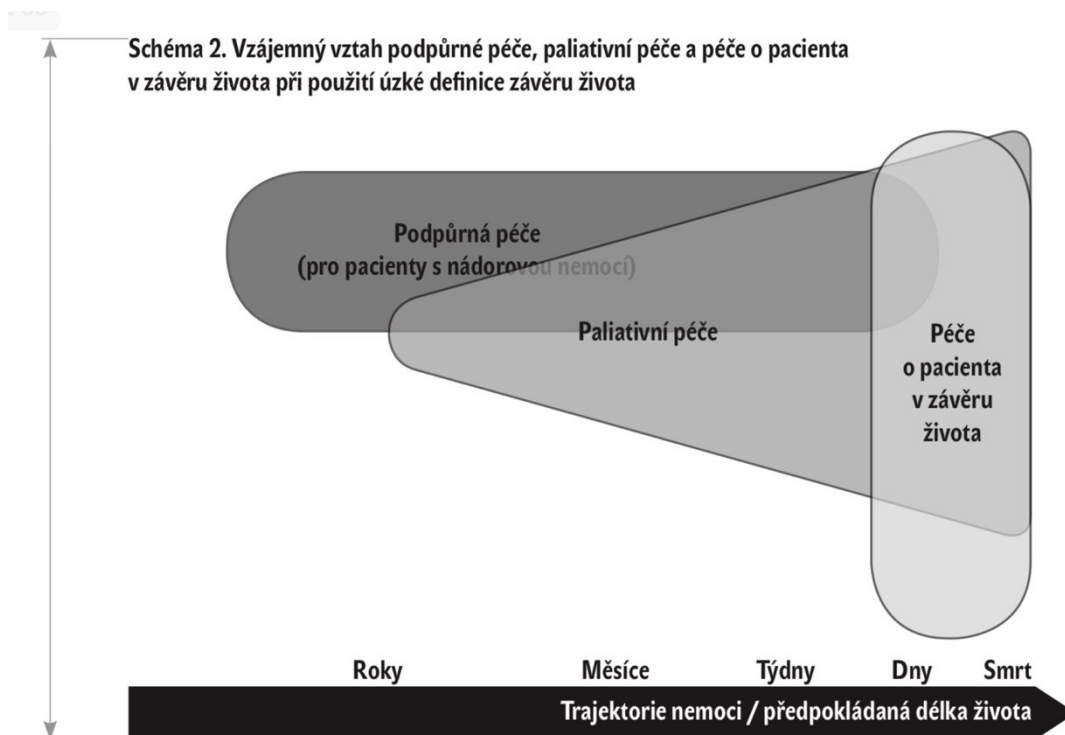
Péče o pacienta na konci života – takovýto výraz je běžně používaný v Severní Americe, přijat byl i orgány v evropských zemích. Paliativní péče o pacienty na konci života je souhrnné pojmenování pro všechny pacienty, nejen tedy pro onkologicky nemocné. Pro onkologicky nemocné se nejčastěji skloňuje paliativní péče (Radbuch et al. 2010). Vliv a propojení paliativní péče o pacienta v závěru života, viz schéma 1 a schéma 2.

Schéma 1.:



(Radbuch et al. Cesta domu 2010)

Schéma 2.:



(Radbuch et. al. Cesta domu 2010)

2.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovaná paliativní péče je označení pro takový typ péče, který je vykonáván interdisciplinárním týmem odborníků, tedy specialisty, vzdělanými v oblasti paliativní medicíny. Tým lidí, kteří poskytují specializovanou paliativní péči může být v různých modelech a prostředí diferentní. Záleží na nastavení podmínek v konkrétních zdravotnických zařízeních. Ve většině případů je paliativní tým tvořen: lékařem, zdravotní sestrou, sociálním pracovníkem, fyzioterapeutem, psychologem, duchovním pracovníkem, aj. Počet pozic a uskupení pracovníků může být variabilní ve vztahu k prostředí, k tomu, jakou formou pracují a poskytují paliativní péči, jakým způsobem kooperují. Tito lidé zajišťují péči u takových nemocných, kde obecná, základní paliativní péče nestačí. To znamená v momentech, kde je obtížnější či náročnější komunikace s rodinou, neshody mezi pacientem a rodinou, komplikovanější zdravotní stav, refrakterní symptomatologie apod. (Sláma 2012, Gřiva 2018).

Specializovaná paliativní péče je poskytována několika formami. Úrovně péče (Kabelka et al. 2016):

Obecná paliativní péče:

- akutní péče: nemocnice,
- dlouhodobá péče: LDN, domovy pro seniory,
- domácí péče: praktičtí lékaři, agentury domácí péče.

Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí:

péčí:

- akutní péče: nemocniční paliativní konziliární týmy,
- dlouhodobá péče a domácí péče: mobilní specializovaná paliativní péče,

Specializovaná paliativní péče:

- akutní péče: oddělení paliativní péče,
- dlouhodobá péče: lůžkové hospice,
- domácí péče: mobilní specializovaná paliativní péče.

2.2.1. Vzdělávání v oblasti paliativní medicíny

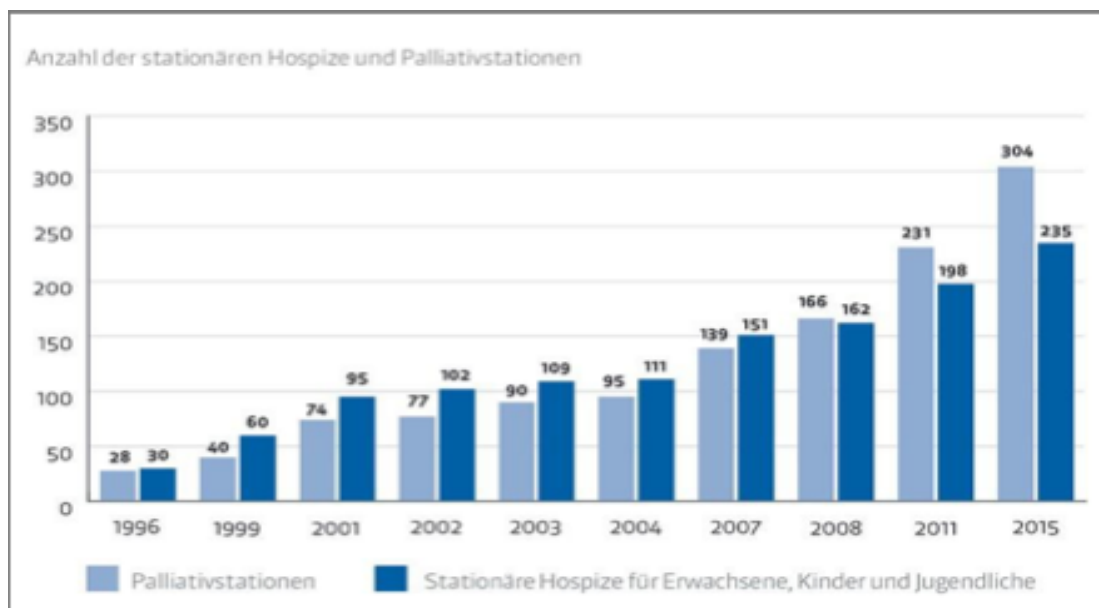
Situace vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče by se v současné době dala považovat za nedostačující, především se to týká oblasti vzdělávání nelékařských pracovníků tedy zdravotních sester. U nelékařských oborů úplně chybí možnost atestační specializace v oboru paliativní péče. V rámci celoživotního (kontinuálního) vzdělávání jsou pořádány konference a semináře. Většinou jsou tyto semináře vedeny, organizovány zdravotním zařízením, hospici a vzdělávacími agenturami. Některé tyto kurzy jsou akreditovány Ministerstvem zdravotnictví (MZČR). Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS J.E.P.) označuje ty moduly, které jsou určeny zdravotním sestram v systému ELNEC. Tento systém byl vytvořen ve Spojených státech amerických a je adaptován na české poměry, a také kurz Specifika ošetrovatelství v paliativní péči, který pořádá Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně. NCO NZO dále také nabízí certifikovaný kurz Specifikace komunikační dovednosti v paliativní péči. Tento kurz je zaměřen na komunikaci při poskytování paliativní péče, výuka je vedena interaktivně, prakticky, nácvikem komunikace v multidisciplinárních týmech. Tento kurz má tři části a jednodenní praxi (NCO NZO 2019). Dále Jihomoravský kraj (pod záštitou NCO NZO) nabízí kurz Specifika ošetrovatelské péče v paliativní péči. Tento kurz je rozložen na dvě teoretická soustředění a účastníci absolvují tří denní odbornou praxi na akreditovaném pracovišti. Po absolvování tohoto kurzu, získáte certifikát, ale bohužel je kurz neakreditovaný a finanční náklady na kurz jsou poměrně vysoké (Centrum vzdělání VŠEM 2019).

Sociodemografická situace a změny s ní spojené se stárnutím populace, a tudíž i vyšší potřebou paliativní péče a odborníků, kteří ji budou poskytovat především v obecné rovině, vedla ke vzniku doporučení, které vypracovala Světová zdravotnická asociace (WHO), Rada Evropy, Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC). Jedná se o integraci výuky paliativní medicíny na lékařských fakultách. V roce 2017 je registrováno 130 lékařů paliatrů, 40 dalších je zařazeno do atestační přípravy (Uhlíř 2017). Možnost pro lékaře získat atestaci v oboru paliativní medicíny je možná v ČR od roku 2011 (MZČR 2011).

2.2.2. Paliativní medicína – postavení v dnešní době

Určité zlepšení v postavení paliativní medicíny v ČR nastalo v roce 2017. V tomto roce začaly při nemocnicích fungovat tzv. paliativní týmy, kterých po celé České republice stále přibývá. Například v Praze jsou ve třech fakultních nemocnicích, a to ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (FNKV), Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (VFN) a ve Fakultní nemocnici Motol (FNM). V těchto nemocnicích jsou vytvořeny kompletní paliativní týmy. Paliativní týmy v těchto nemocnicích získaly podporu z Národního nadačního fondu AVAST na podporu a rozvoj paliativní péče. Nemocnice se tak díky této finanční podpoře mohou věnovat paliativní medicíně, paliativní péči přikládají velký význam. V prostředí těchto nemocnic je vytvořeno dobré zázemí a podmínky nutné pro fungování interdisciplinárních odborníků. Česká republika se nachází na 33. místě v žebříčku kvality péče na konci života (Quality of Death Index z roku 2015). Před námi se nachází Polsko, Litva i Mongolsko (Loučka 2017). Dle vyjádření Marka Uhlíře bývalého ředitele organizace Cesty Domů se však situace mění k lepšímu. Především je to dané individuálním nasazením jednotlivých odborníků. Dle jeho slov se posunula zejména pediatriká paliativní péče a v rozhovoru, který poskytl pro Medical Tribune vyzdvihuje Nadační fond AVAST, dále kladně hodnotí pozici, kterou zaujímá Ministerstvo zdravotnictví vůči paliativní péči (Kolářová 2017). V Německu prošla paliativní péče velkou reformou v roce 2005, kdy bylo možné začít kódovat v nemocnici specifický výkon „Paliativní péče“. Vyhláška, také stanovila, jaké zařízení může být označeno za paliativní oddělení, kolik lůžek musí zařízení mít a jakou má mít organizační strukturu (Schindler 2006). Tato změna měla velmi pozitivní dopad na počet hospiců. Z 30 hospiců v roce 1996 jich bylo v Německu 235 v roce 2015. Počet paliativních jednotek v nemocnicích vzrostl z 28 na 304 (Ich will Pflege 2017) a Německo disponovalo v roce 2016 přibližně s 1500 ambulantními hospicovými službami, mělo přes 230 lůžkových hospiců jak pro dospělé, tak pro dětské pacienty a více než 300 jednotek paliativní péče přímo v nemocnicích (Kassenärztliche Bundesvereinigung). Počet lékařů paliatruů byl v roce 2015 přibližně 10 000 (Deutscher Hospiz und Palliativ,Verband 2018).

Tabulka a) Vývoj nárůstu hospiců a paliativních stanic v Německu (Deutscher Hospiz und PalliativVerband, 2018)



2.2.3. Lékař – paliatr

Lékař paliatr je specialista v oboru paliatrie. Toto specializační vzdělávání lékařů probíhá v ČR od roku 2011. Vzdělání zajišťuje Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) Subkatedra paliativní medicíny v Praze ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny (ČSPM). Atestovaných v tomto oboru je přibližně 10 až 15 lékařů ročně. Česká společnost paliativní medicíny poukazuje na nedostatečné zastoupení témat v rámci specializační přípravy v různých oborech. Situační analýza z roku 2016, kterou vypracovala ČLS J.E.P. potvrzuje, že výuka paliativní péče na lékařských fakultách výrazně zaostává za evropskými zeměmi (Kabelka et al. 2016).

2.2.4. Ekonomická stránka paliativní péče

Od začátku roku 2018 se v seznamu výkonů, které jsou hrazeny pojišťovnou, objevily nástroje pro úhradu mobilních specializované péče tzv. mobilní hospice. Celý tento proces trval 15 let. Podle statistik Organisation for Economic Co – operation and development (OECD), je v ČR nejvyšší počet terminálních hospitalizací na akutních lůžkách (MZV 2019). Tento fakt poukazuje jednak na neekonomické nakládání s akutními lůžky, bohužel ale také ukazuje na nefunkčnost systému hrazení paliativní péče pojišťovnami. V současnosti se funguje 17 mobilních hospiců. Hlavní zdroje příjmů pro poskytování paliativní péče jsou ze stran dobrovolných příspěvků (Kolářová 2017).

2.2.5. Etické a právní aspekty paliativní péče

Etika a etický přístup v oboru intenzivní péče jsou nesporně velmi důležité. Zdravotnické etické normy, jsou určitým návodem a doporučením profesionálního chování a jednání ve specifických situacích. Za soubor norem je označován etický kodex. Nejstarší etický kodex je Hippokratova přísaha, její zásady jsou v platnosti dodnes. Pro paliativní medicínu je určující věta: „*nepodám nikomu smrtící látku i kdyby mě o ní žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou*“. Proměny doby a její pokrok modulovaly určité etické přístupy, pohledy, přesto však můžeme najít určitou spojitost minulých stanovisek a dnešních etických kodexů k pacientům v terminálním stádiu onemocnění (smlouva mezi lékařem a nemocným – část textu z Hippokratovi přísahy). Pro příklad bych chtěla uvést závěr z lékařské konference, která se konala v roce 1981 v Kuvajtu. Na této konferenci zazněl Islámský kodex lékařské etiky, kdy se lékařům doporučuje, aby si byli vědomi svých možností a nepřekračovali je. Také, jestliže je naprosto jasné, že život nemůže být obnoven a zachován, je zbytečné zachovávat vegetativní stav, případně používat všechny heroické prostředky k udržení stavu. Lékař by měl být aktivní v podpoře procesu života a nebránit procesu umírání. V žádném případě však lékař nesmí ukončit pacientův život jakýmkoliv aktivním zásahem (Lajkep 2001).

2.2.6. Euthanasie

I když euthanasie není tématem této práce, společně se věnují problematice o umírání. Euthanasie je v dnešní době diskutovaným tématem v kruzích odborné společnosti, své místo v problematice euthanasie má i paliativní péče. Zakladatelka českého hospicového hnutí MUDr. Marie Svatošová prováděla během svých přednášek pro laickou veřejnost průzkum, kdy použila jednoduchý dotazník, který rozdávala na začátku svých diskuzí. Chtěla zjistit, jaký mají názor posluchači na

beztrestnost euthanasie. Velká část respondentů se vyjádřila pro uzákonění euthanasie. Poté následovala její přednáška, kde se snažila vysvětlit co je euthanasie a co naopak není. Na konci semináře opět rozdala dotazníky. Dotazovaní poté zcela změnili názor. Z pléna vyšlo, že si posluchači nepřáli a ani nemysleli na „úmyslné usmrcení“, nýbrž „dovolit nemocnému odejít, když přišel jeho čas“. Zásadní je znalost a informovanost veřejnosti i odborníků o tom, co je přechod na jinou možnou terapii (Ptáček et al. 2018). Stanoviska mezinárodních odborných společností paliativní péče se k euthanasii vyjadřují svorně proti. Euthanasie není řešením a k dnešnímu dni, ani není podle trestního zákoníku v ČR legální. Euthanasie je tedy v současnosti nelegální a zatím nejsou splněny jakékoliv úvahy nad možným uzákoněním. Dostupnost paliativní péče není optimální, je spíše nedostatečná ve srovnání se zahraničím. Možné příčiny úvah o euthanasii v oblasti zdravotní péče souvisí, s tzv. dystanazií tedy zadržováním smrti. Na lůžkách intenzivní péče se používá spíše označení jako marná péče někdy neúčelná léčba. Doporučení, které pochází opět od MUDr. Svatošové, vnímám jako velmi dobré, srozumitelné. Vzkazuje, abychom se nedopouštěli dystanzie, abychom nezadržovali smrt, pokud je neodvratitelná, abychom nejednali alibisticky. Indikace hospicové, paliativní péče by měla být včasná, nemělo by se pokračovat v marné, neúčelné léčbě. Chybné je pacienta překládat na lůžka, či oddělení paliativní péče ve stavu ante finem tedy ve stavu, kdy se pacient nachází několik hodin před smrtí (Ptáček et al. 2018).

Mezinárodní odborné společnosti WHO, Evropská asociace paliativní péče (EAPC) a Mezinárodní asociace hospicové a paliativní péče (IAHPC) vydaly v posledních deseti letech svá odborná stanoviska k euthanasii. V těchto doporučeních shrnují postoj, který by měli zdravotníci k tomuto tématu zaujímat. Z těchto doporučení vyplývá jasná definice euthanasie, která tak nemůže být součástí paliativní péče. Jejich cíle jsou totiž navzájem neslučitelné. Evropská asociace paliativní péče zdůrazňuje ve svém stanovisku k eutanazii, že alfa omegou je takzvané „*advance care planning*“ tedy plánování budoucí péče. Advance care planning představuje systematické zjišťování pacientových hodnot, komunikace s rodinou, společné předcházení tomu, aby nebyl pacient vystaven jedné z jeho největších obav, a to je ztráta důstojnosti (Radbruch et al. 2016). Quill M.D. dodává, že tato koncepce by neměla být pouze v kompetenci specialistů paliatrů, ale měla by být dostupná v obecné rovině paliativní péče a měla by být poskytována širokým spektrem lékařských odborností (Quill & Abernety 2013). Lékař Sudore a jeho kolegové ještě k tomuto tématu dodávají, že k tomu, aby byl koncept správně nastaven je nezbytnou součástí vzdělávání všech, kteří budou tuto systematickou léčbu poskytovat, důraz kladou na komunikaci s rodinou a na nastavení společného přístupu k léčbě (Sudore & Fried 2010).

Legislativní spojitost v oblasti postupu při rozhodování, jak postupovat ve specifických situacích zpracovalo představenstvo České lékařské komory (ČLK). V roce 2010 bylo vypracováno a následně přijato doporučení ČLK č.1/2010 „*Doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli*“. V roce 2011 v návaznosti na toto doporučení nabyl platnost zákon č. 372/2011 Sb. o lékařských službách.

2.2.7. Paliativní péče ve specifických oborech

Protože spektrum medicíny a jednotlivých onemocnění jsou specifická, specifické jsou i skupiny pacientů s různorodým onemocněním. Historicky byla paliativní péče spjata výhradně s onkologicky nemocnými pacienty. Postupem času, se začala diferencovat a pronikala do jiných zdravotnických oborů. V dnešní době máme paliativní péči u pacientů s kardiologickým onemocněním, paliativní péči zaměřenou na pacienty s gastrointestinálním onemocněním, paliativní přístup k jednotlivým onkologickým onemocněním (rakovina prsu, hematologické atd.), paliativní péči v nefrologii apod. Snahou je, se co nejvíce přizpůsobit a pochopit obtíže, které jsou nejvíce významné pro jednotlivé skupiny pacientů s konkrétním onemocněním. Největší krok v integraci paliativní péče do „standardní“ péče probíhá v oblasti onkologické. Právě v tomto oboru se nejrychleji rozvíjí. Včasná integrace paliativní péče prokázala benefit v oblasti quality of life (QOL). Early Integration of Palliative Care (EPC) jasně prokázala pozitivní vliv které vedly ke zlepšení QOL. Nejvýznamnější studie, která toto potvrzuje je studie *Bakitase*, (Salins et al. 2016). EPC vede k lepší kontrole symptomů, dále vede k prodloužení i zkvalitnění života a k racionalizaci a optimalizaci čerpání zdravotní péče. Samostatnou jednotkou se svými specifiky zůstává dětská paliativní péče (Sochor et al. 2015).

Pozn.: studie *Bakitase et al.*, byla první prospektivní randomizovaná studie provedena výlučně na nemocných s onkologickou diagnózou (Salins et al. 2016).

2.3. Paliativní péče na lůžkách intenzivní medicíny

Hlavní myšlenkou tohoto projektu je zjistit, jaké jsou podmínky na odděleních resuscitační péče tedy v prostředí intenzivní medicíny, kde je poskytována vysoce specializovaná ošetrovatelská péče, a i lékařská péče je vysoce invazivní a specializovaná. Oddělení typu anesteziologicko-resuscitačního (ARO) a pooperačního resuscitačního oddělení (RES) jsou specifické povahou péče, kterou poskytují. Na těchto odděleních se nacházejí pacienti v nejtěžších stavech, je zde relativně vysoké procento mortality a morbidit, a to v souvislosti s vyšším věkem pacientů, jejich dekompenzací zdravotního stavu, úrazu apod. Průměrný věk personálu pracujícím na intenzivních odděleních je mladší oproti jiným typům oddělení. Vyšší fluktuace personálu je daná především psychickou a fyzickou zátěží. Požadavky na vysokou úroveň znalostí, technických dovedností a vysoká míra profesionality, dělají z těchto pracovišť ty nejnáročnější. Na těchto odděleních se vyskytují především nejvíce invazivní typy léčby. To znamená, že na přechodnou dobu (interval délky pobytu a onemocnění je variabilní) převezme do své péče personál, společně s technickým vybavením pracoviště jednu nebo i více životních funkcí pacienta (Metznerová & Zítková 2018).

2.3.1. Kriticky nemocný pacient na intenzivním oddělení

Spektrum pacientů, kteří jsou přijímáni na lůžka intenzivního oddělení je velmi pestré, rozmanité. Mohou to být pacienti s primárním život ohrožujícím inzultem polytrauma, akutní koronární syndrom, disekující onemocnění aorty apod. či pacienti s akutní dekompenzací probíhajícího onemocnění alterace hematoonkologického onemocnění, dekompenzace COPD aj. Strategie přijímání těchto pacientů na jednotkách intenzivní péče se řídí platnými předpisy a normami. Rozhodovací strategie je v přímé souvislosti s individuálním přístupem ke každému nemocnému. Vždy s přihlédnutím na benefit a předpokládaný přínos pro pacienta. V intenzivní medicíně se často setkáváme s pacienty, kteří nejsou schopni vyjádřit svůj názor. Za normální situace, kdy je pacient při vědomí, má právo na pravdivé, srozumitelně podané informace o jeho zdravotním stavu a má právo rozhodnout se, o nabízených možnostech léčby postupu léčby apod. Tato možnost u pacienta v bezvědomí není a zodpovědnost a posouzení je právě na straně lékařů. Limitující mohou být v mnoha případech nedostatečné nebo žádné informace o pacientovi přijímaném na Intensive care unit (ICU). V tomto případě, kdy nejsou k dispozici dostatečné, nebo žádné informace o zdravotním stavu pacienta, je lékař povinen zahájit veškerou léčbu s cílem záchrany života a obnovy zdraví. V intenzivní péči se rozdělují pacienti v souvislosti s rozhodováním o rozsahu terapie na několik kategorií. V pomyslné první kategorii se nacházejí pacienti, kteří reagují příznivě na poskytovanou terapii. V druhé kategorii jsou pacienti, kteří nereagují na poskytovanou léčbu příznivě. Pokud přetrvává absence reakce na terapii a pokud se již vyčerpali možné terapeutické možnosti, rozhodne se v nepokračování léčby (např. ukončení, či zredukování „zastropování“ nenavýšování dávky léků, podávání katecholaminů, pokud nastane zástava oběhu – nebude se zahajovat resuscitace). Po odborné rozvaze, se k nenasazení léčby se může lékař rozhodnout u pacientů, kde benefit terapeutické zákroku, nemá jednoznačně příznivý vliv na ovlivnění celkového stavu pacienta např. zahájení kontinuální hemodialýzy (CRRT) u pacienta s terminálním kardiálním selháním. V přístupu ukončování terapie patří ukončování ventilační podpory viz. kapitola Terminální weaning (Černá-Pařízková 2011).

2.3.2. Přejít z intenzivní terapie na paliativní péči

Různá doporučení a stanoviska odborných společností a odborná literatura se o přechodu z intenzivní terapie na terapii paliativní věnují již více než 20 let. Po roce 2000 vyšly publikace ze zemí jako Kanada, Austrálie, Nový Zéland. Přelomovým rokem byl rok 2008, kdy vyšel konsenzus tří odborných rakouských společností, které se zabývaly otázkou, na téma nepokračování v marné léčbě u těch nemocných, kteří již nejsou schopni rozhodovat sami za sebe. Jak z kulturních, tak historických událostí, bylo toto stanovisko nejbližší české odborné společnosti. Toto doporučení by se mohlo označovat jako průlomové. Vneslo jiný pohled myšlení do praxe pracovišť intenzivní medicíny. Pracoviště získali určitý manuál, jak nahlížet na kritické stavy pacientů a zdánlivě neřešitelné situace. Doporučení bylo nápomocné i k diskusi mezi lékaři, zdravotními sestrami, příbuznými, etiky, která se stala otevřenější. Cílem tohoto doporučení bylo porozumět problematice umírání na lůžkách intenzivní medicíny, nastavit komunikaci tak, aby jí porozuměla rodina nemocného, aby vnímala souvislosti spojené se závěrečnou fází života jejich blízkého či člena

rodiny. Doporučení popisuje i pozici, kterou zaujímá rodina takto kriticky nemocného. Příbuzní nemají zákonné právo rozhodovat o léčbě. Navzdory tomu, se v klinické praxi názory rodiny a příbuzných respektují, jsou to podstatné informace a berou se v úvahu. Neznačená to ale požadavek, či právo rodiny na určování postupu, roli zde hraje citová angažovanost rodinných příslušníků (Valentin et al. 2008). Nový zákon č. 372/2011 Sb. upravuje míru spolurozhodování. Existuje tzv. zástupný souhlas, kdy pacient může sepsat dříve vyslovené přání a má možnost určit osobu, která za něj bude rozhodovat (www.umirání.cz 2016).

2.3.3. End of Life Decision

V intenzivní péči je nutné přesně definovat a vymezit pojmy, které se týkají ukončování léčby, přechod na paliativní péči a striktně oddělovat pojem euthanasie. Protože rozhodování o pacientovi na konci života je velmi složitý proces, vznikaly po vzoru zahraničních společností, jako například Rakouských asociací pro intenzivní medicínu, doporučení a postupy, v oblasti kategorizace léčby, přechodu na paliativní péči a ukončení léčby. V České republice bylo zveřejněno v roce 2008 doporučení pro zlepšení péče o pacienty na intenzivní péči během procesu umírání (Valentin et al. 2008). V roce 2009 bylo přijato Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (ČSARIM 2009). Na podkladě předchozích doporučení a konsensuálních usnesení vypracovala Česká lékařská komora (ČLK) v roce 2010 své vlastní doporučení: „Doporučení představenstva ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.“ Toto zmiňované stanovisko ČLK 1/2010, společně s nabitou platností zákona č.372/2011 Sb. a ČLSJEP dalo podobu tomuto stanovisku:

„Ve spolupráci s několika odbornými společnostmi České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně vydala Česká lékařská komora doporučení k postupu při péči o pacienty v terminálním stadiu nemoci, ze kterého vyplývá, v souladu s Etickým kodexem České lékařské komory, že smyslem lékařova úsilí nemá být snaha o prodloužení života, a tím někdy i utrpení za každou cenu, a pokud další léčba není indikována, má být od této „léčby“ upuštěno, pacient nemá být nadále zbytečně uměle udržován při životě a často i při utrpení a další léčba, která nemůže vést k efektu, nemá být zbytečně aplikována. Pokud tedy lékař nebo lékařský kolektiv postupuje v souladu s těmito principy, jde o postup v souladu s pravidly lékařské vědy a uznávanými medicínskými postupy s ohledem na individualitu pacienta, a tedy postup, který je v souladu s požadavkem poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni (§ 4 odstavec 5 a § 45 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách)“ (zákon č. 372/2011, Valentin et al. 2018, Ptáček et al. 2018, ČLK č.1/2010).

Doporučení České lékařské komory pro klinickou praxi (ČLK č.1/2010) Základní principy přechodu z intenzivní terapie na paliativní léčbu jsou (ČLK 2010):

- podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu,
- kdykoliv je to možné, musí být pacientovo přání zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče,

- rodina či blízcí by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru; delegování a odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné,
- do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. shared-approach to end-of-life decision making model),
- za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař; v době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost lékař, který je odpovědný za lékařskou péči o příslušného pacienta,
- zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci, zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče,
- cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících diagnostických a léčebných postupů by měly být pravidelně přehodnocovány; jakékoliv rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno,
- prioritou je odstranění bolesti, diskomfortu a strádání,
- přítomnost rodiny či blízkých pacienta má být vždy umožněna, pokud ji pacient dříve neodmítl,

Letting die je pojem který by se mohl přeložit jako „nechat zemřít“ toto spojení se používá v souvislosti, s neuváženou medicínsky neodůvodněnou léčbu u pacienta, který je na své z posledních cest a medicínské počinání u takovéhoho pacienta jeho život neprodlouží ani nezlepší. Naopak tento přístup vede pouze k protahování nevyhnutelné smrti. Proč se k problematice o změně léčby a přístupu ještě v dnešní době uchylují některá pracoviště je otázka k zamyšlení a diskusi. Jako podstatné se zdají být obavy z obtížné komunikace s rodinou pacienta, případně ze soudní dohry. Určitou roli v tomto případě může hrát i konzervatismus k novým typům řešení, možná i nekušenost. Doporučení totiž vzešla od lékařů, kteří pracují na velkých klinikách fakulního typu či na univerzitních klinikách. Další z možných obav je právě pocit lékařů, že tímto přechodem na jiný typ léčby se dopouští pasivní euthanasie. Tento pohled byl diskutován v časopise Palliative Medicine v roce 2002 kdy konsenzus Evropské asociace paliativní medicíny doporučuje, aby nebyl vnášen zmatek s používáním a zaměňováním slov přechod na paliativní léčbu a s euthanasií (Materstvedt et al. 2003). Pokud si pečlivě projdeme stanovisko z doporučení ČLK č.1/2010 je zcela patrné, že přechod na paliativní péči (či paliativní způsob ošetřování) nijak nesouvisí s prováděním euthanasie, kdy je euthanasie definována jako: „*usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost*“ (Ptáček 2018, Sanchini et al. 2014).

2.3.4. Kategorizace léčby při přechodu z intenzivní péče na péči paliativní

Intenzivní medicína svoji dynamicitou, invazivitou a intenzitou může paradoxně pacientovi uměle prodlužovat neodvratitelné. Proto je v praxi zavedená kategorizace léčby. Přesné vymezení pojmu kategorizace léčby neexistuje. Zjednodušeně by se dalo tvrdit, že je v praxi snaha primárně zachránit a uchovat život, v kvalitě, která je přijatelná, ne zbytečně prodlužovat neodvratitelné tedy umírání. Posuzování kvality života u každého jednotlivce je ale velmi přísně individuální a je nutné přihlídnout k dosavadnímu životnímu stylu nemocného. Kategorizace léčby má své příznivce i odpůrce. V současnosti je akceptovatelná praxe, která zohledňuje pacientovo onemocnění, prognózu, přidružená onemocnění s potencionální dosažitelnou kvalitou života v souvislosti s limitací léčby (Kuře 2010).

Kategorizace léčby, základní typy dle rozsahu poskytované péče (Kuře 2010):

- standartní – plná: plná terapie a na principu lege artis přístupu k léčbě nemocného,
- zadržovaná terapie (withhold therapy): nerozšiřování zaběhnuté terapie (např. rozšiřování antibiotické léčby...),
- bazální terapie (withdraw therapy): základní péče, zastavená a omezená, tzn. vysazení farmakoterapie, vysazení léků podporující oběh, do této kategorie patří terminální weaning a terminální extubace. Pacient je ale plně ošetrovatelsky saturován (polohování, odsávání, termoregulace, hygiena apod.).

Literatura uvádí ještě tyto pojmy, které nepatří přímo do kategorizace léčby, ale souvisí se změnou intenzity poskytované péče na lůžkách intenzivní medicíny.

Do Not Resuscitate – pojem který znamená, že v případě zástavy oběhu, nebude zahájena kardio pulmonální resuscitace (KPR).

Marná, neúčelná léčba – je označení pro léčbu, která nevede k záchraně života, uchování zdraví, ani nevede k udržení kvality života. Není v zájmu pacienta, zatěžuje jej strádáním, rizikem a komplikacemi.

Nezahajování léčby – je takový léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví, či odvrátit smrt. Není, proto indikováno, zahájení léčby. Pokud by léčba byla zahájena dala by se označit jako marná. Implicitně znamená nepřijetí pacienta v konečné fázi na pracoviště intenzivní medicíny.

Nepokračování léčby – pokud není možné zastavit postup onemocnění, navrátit zdraví anebo odvrátit smrt, není indikováno setrvání v marné a neúčelné léčbě (př. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory) (Černý 2009).

Do not escalate (DNE) – angloamerický koncept, neescalovat léčbu,

Do not attempt resuscitation (DNAR) – nepokoušet se o resuscitaci (Valentin et al. 2008).

Rozsáhlá evropská studie, která se uskutečnila v roce 2003 prokázala, že limitace léčby je běžnou součástí praxe v prostředí intenzivní péče. Z celkového souboru 31 417 pacientů, bylo identifikováno 4248 zemřelých pacientů, z toho počtu bylo 73 % těch kteří měli limitovanou (omezenou) terapii. Nejčastější faktory, které rozhodují o kategorizaci léčby jsou: věk, komorbidity pacienta akutní chronické a délka pobytu na ICU/ARO (Sprung et al. 2003). Studie probíhající v Americe na ICU, vykazují obdobné výsledky ve srovnání s evropskými studii. V Americe je nerozšiřování léčby a následné úmrtí je zaznamenáváno v rozmezí 0-67 % pacientů, omezení léčby je u 0-79 % pacientů (Prendergast et al. 1998).

Praktické provedení limitace léčby je velmi variabilní a odlišné v jednotlivých zemích na jednotkách ICU (Esteban 2001). Jak redukce léčby vypadá v praxi. Nejčastěji se vysazuje farmakologická podpora kardiovaskulárního oběhu (inotropika, vasopresorická podpora), redukce či ukončení eliminačních metod, redukce nebo ukončení ventilační podpory. Další variabilní částí redukce je modalita nutrice, antibiotické léčby, podávání transfuzních přípravků, diagnosticko-terapeutické zásahy. Farmakoterapie používaná v paliativní péči jsou opioidy, jejich kombinace, anxiolytika. Na každém pracovišti je trochu odlišný rozsah limitace. Změna léčby je výsledkem konsensu celého ošetrovatelského personálu. Při přechodu na paliativní terapii je pozvána a informována rodina (Kuře 2010).

2.3.5. Orgánové transplantace, problematika DCD dárcovství v souvislosti s přechodem na paliativní péči

Určitá skupina pacientů na ICU tvoří skupinu, která projde změnou z plné terapie na terapii paliativní, a svým onemocněním splňuje podmínky proto, aby se stali dárce orgánů. Tato problematika je velmi komplikovaná a náročná především na požadavky komunikace lékaře s rodinou a je i určitou psychickou zátěží i pro ošetřující personál. Přechod z plné péče na péči paliativní a nabídka dárcovství orgánů se ve většině případů děje na výhradně na lůžkách intenzivní péče. Pravidla pro odběr orgánů jsou legislativně nastavená, diskutabilní by mohlo být relativně nové zařazení odběru orgánů od dárce s nezvratnou zástavou oběhu tzv. DCD dárce. Zákon, který ošetřuje darování, odběry tkání a orgánů je zákon č. 97/2019 Sb. transplantační zákon. Jde o nová ustanovení o určení smrti pacienta dle: „§ 10 odst. 3, podle kterého se smrt zjišťuje prokázáním. „Smrt se zjišťuje prokázáním“:

a) nevratné zástavy krevního oběhu nebo

b) nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle dále jen smrt.“

Tento zákon jasně vymezuje definuje, kdo a za jakých podmínek se může stát dárce orgánů. Novelizace zákona, která proběhla v nedávné době vymezuje přesněji postoj cizinců a darování či odběr orgánů a tkání.

S problematikou Donors After Cardiac Death (DCD) dárcovstvím se zdravotní zařízení setkávají a kooperují s transplantačním koordinačním střediskem přibližně pět let, o čemž se zmiňuji v textu dále. K prvním klinickým zkušenostem předcházela identifikace potencionálních dárců. Článek, věnující se identifikaci potencionálních dárců po nezvratné zástavě oběhu na ICU, vyšel v roce 2012. Oporu v odběru od DCD dárců má intenzivní medicína v odborných společnostech, a to v České společnosti intenzivní medicíny (ČSIM), České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny (ČSARIM) a České transplantační společnosti (ČTS). Typ DCD dárcovství se v zemích jako je Španělsko, Velká Británie, Belgie, Nizozemí, USA a Japonsku stala běžnou součástí transplantační medicíny. V našich podmínkách, i přesto, že má legislativní podklad, se neprovádí rutinně. Pokusím se upozornit na určitá úskalí, která doprovází tuto problematiku (Schmidt et al. 2012). V následujících kasuistikách jsou popsány postupy, jak by profesionálně měl probíhat postupný management přechodu DCD dárce na paliativní péči.

V prvním případě se jedná o pacienta se vstupním velmi těžkým kraniotraumetem. Již v přednemocniční péči se zdají šance na uzdravení malé, ale i přes, jakkoliv nepříznivou prognózu, je k pacientovi přistupováno aktivně, tedy jsou podniknuty veškeré terapeutické a diagnostické kroky, které vedou k obnově života a navrácení zdraví. Aktivní přístup a plná terapie pokračuje intenzivně i na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Je kladen důraz na komunikaci s rodinou, lékaři ji informují o nepříznivém klinickém vývoji. Po odeznění analgosedace a neurologickém konsiliu, kdy je stav vyhodnocen jako infaustní (vyhaslé kmenové reflexy), se přistupuje při objektivní vhodnosti dárce k možnosti jeho zařazení pacient do dárcovského programu. Rodina je opět informována a sdělení obsahuje závažnost situace a neúčinnost další léčby. Lékaři rodině sdělují další možnosti vývoje stavu, a to potencionální možnosti dárcovství. Rodina souhlasí. K tomu, aby mohla být konstatována smrt mozku, jsou nastavena striktní legislativní opatření. I v tomto případě je důležitá úloha paliativní péče. Přechod na tuto péči je časově omezený vzhledem k okolnostem (statut DCD dárcovství, koordinace transplantačního týmu). Ještě před samotným odběrem je provedena terminální extubace. S postupem léčby souhlasí jak rodina, tak je zde konsensus celého ošetřujícího týmu. Byl dodržen non-touch interval a po splnění kritérií je proveden odběr orgánů. Celé přípravě pacienta k odběru orgánů, předcházela briefing s celým ošetřujícím týmem. Na tomto briefingu byla podrobně vysvětlena celá problematika a jednotlivé dotazy jsou vysvětleny a diskutovány.

K tomu, aby úsilí celého týmu bylo úspěšné, vedly nejen medicínské úkony, ale také specifická komunikace a správné načasování každého kroku. Velmi důležitá je compliance celého zdravotnického personálu, a souhlas rodiny. Podle zákona č. 97/2019 Sb. je nepřípustný orgánový odběr:

- pokud vyjádřil zemřelý nebo jeho zákonný zástupce prokazatelně nesouhlas a je uvedený v registru nesouhlasu s posmrtným odběrem orgánů a tkání,
- pokud nelze vyloučit, že zemřelý utrpěl nemoci či stav, který by mohl ohrozit zdraví nebo život příjemce, kdy je za posouzení zdravotního stavu zodpovědný odebírající lékař,

- pokud zemřelého nelze identifikovat (zákon č. 282/2002 Sb. MZČR 2019).

V České republice se odběr orgánů provádí bez souhlasu rodiny. V praxi je však názor rodiny respektován a pokud, by došlo k zásadně negativnímu postavení rodiny k odběru orgánů, odběr není zpravidla zrealizován (Schmidt et al. 2014).

Problematika DCD dárcovství nastavila trochu odlišný přístup k nemocným, nastavila i větší zapojení ošetřujícího personálu a vždy je velmi důležitá již zmiňovaná komunikace s rodinou. Vyšší míra zapojení ošetřovatelského personálu spočívá ve specifické ošetřovatelské péči o pacienta jako potenciačního dárce, u lékařů komunikace s koordinačním střediskem transplantací (KST). Každý krok musí být proveden s rozvahou a neprodleně, a především s ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta, požadavky KST, koordinaci s transplantačním odběrovým týmem a citlivou komunikací s rodinou. Vzhledem k trendům transplantační medicíny se očekává vyšší počet pacientů, kteří budou splňovat kritéria DCD dárcovství a je na lékařích a ošetřujících týmech, aby byli připraveni nejen po stránce medicínské, ale také po stránce komunikačních dovedností. Hlavním limitem transplantační medicíny je nedostatek dárců a tedy orgánů. Dle statistik, zahraničních údajů o vývoji trendů tvoří v některých zemích DCD dárce až 1/3 všech transplantací (Wojciech 2017, Rusinová 2014).

Druhá kazuistika popisuje situaci, která začíná resuscitací v přednemocničním prostředí. Opět je zahájena plná možná terapie, s časovým odstupem je vysazena analgosedace a několikrát jsou opakována příslušná vyšetření. Po 12 dnech a opakovanému neurologickém konziliu je konstatována kmenová areflexie, mydriáza, a další vyhaslé reflexy, zachováno je pouze spontánní dýchání. Konsensuálně je rozhodnuto o přechodu na paliativní péči. Rodinní příslušníci jsou pravidelně informováni o vývoji a stavu situace. Po navržení možnosti, aby se pacient stal potenciačním dárce orgánů, rodina požádala o den na rozmyšlenou. Jako v předchozím příkladu byl přechod na paliativní péči uskutečněn dle platných norem Doporučení ČLK č. 1/2010. Po souhlasu rodiny a koordinaci léčby a komunikaci s transplantačním týmem byla provedena terminální extubace, také byl dodržen non-touch interval. Poté byl proveden odběr orgánů (Rusinová et al. 2014).

Pozn.: *Non – touch* interval je časové okno po zjištění zástavy oběhu, kdy se pacienta nikdo po tuto dobu fyzicky nedotýká, a to z důvodu předcházení autoresuscitace. Pokud prokazatelně, i přes nulovou aktivitu na arteriální křivce a echokardiologicky potvrzené zástavy, trvá srdeční zástava déle jak 5 minut, je pacient neprodleně předávám již připravenému transplantačnímu týmu, který provádí samotný odběr orgánů, bez použití plegických roztoků (Rusinová et al. 2014).

2.3.6. Terminální weaning

Odborná literatura uvádí dva termíny, které se vztahují k terminálnímu weaningu. Zásadní odlišností pojmu *terminální odpojování* je postupné snižování ventilační podpory, kdy je ponecháno arteficiální zajištění dýchacích cest. *Terminální extubace* znamená vytáhnutí dýchací rourky z dýchacích cest, tedy terminální ukončení ventilační podpory. Terminální weaning může, ale nemusí být nutně terapeutickou možností v přístupu k pacientovi u kterého se vyčerpaly všechny možnosti léčby a další léčba by u takové toho pacienta by byla označovaná jako marná. Diskuze na téma terminální extubace a reakce jsou někdy rozporuplné. Na některých pracovištích se terminální extubace neprovádí vůbec nebo jen v indikovaných případech. Terminální odpojování má také doporučené postupy. Terminální weaning je vykonáván ve dvou časových krocích: I. fáze je 6 hodin před terminálním weanigem a spočívá v podání furosemidu, pokračování v analgosedaci, zastavení enterální výživy, snížení infuzní terapie, zpomalení infuzních přípravků, snížení frakce kyslíku a snížení podpory positive end expiratory pressure (PEEP). Ve II. fázi, tedy 30 minut před extubací, se podá methylprednisson, buscoscopolamin (Kompanje et. al. 2008). Předextubační medikamentózní postup může být (po)změněn, například se před terminální extubací podá bolus atropinu pro předcházení salivace, analgosedace ale zůstává neměnná, některá pracoviště podávají před terminální extubací ještě bolusové podání opiátu (př. morfin). Přestože terminální weaning není zcela novým přístupem výkonů spadajícím do paliativního přístupu, stále se najdou pracoviště, která terminální extubace neprovádí. Otázkou zůstává proč. Řada autorů považuje terminální extubaci za „extrémní“ podobu ukončení umělé ventilace (Černá-Pařízková 2010).

Obavy z vedlejších účinků opioidů, které by vedly k útlumu dechového centra jsou mylné. Studie zaměřená na spotřebu opiátů u pacientů terminálně extubovaných prokazuje, že pacienti, kteří jsou odpojeni od dýchacího přístroje umírají ve shodném časovém odstupu jako pacienti bez medikace (Wilson 1992).

Terminální extubaci lze provádět „lidsky“ tedy za přítomnosti rodiny, která je předem přesně informována o tom, co se bude následovat a co nastane. Pokud možno v rámci prostorových možností oddělení, je důležité zajistit určitou intimitu a soukromí pro pacienta a jeho blízké. Na intenzivních odděleních se nejčastěji setkáme s tzv. “demaskováním” pacienta, to je způsobeno, díky invazivitě některých výkonů (zavedení endotracheální rourky, zavedení nasogastrické rourky apod.). Zdravotnický personál je zvyklý na to, jak pacienti vypadají v návaznosti na jejich zdravotní stav, ale rodina či blízcí změnu v tváři jejich člena rodiny vnímají velmi negativně. Na terminální extubaci tudíž nahlíží pozitivně především rodina pacienta, protože je pacient je zbaven invazivních vstupů, rodina má pocit blízkosti a není odosobněna od tváře svého člena rodiny (Waldauf et al. 2018).

2.3.7. Zdravotnický tým poskytující paliativní péči

Pozice sesterského personálu při rozhodování o změně terapie je jeden z nejtěžších aspektů výkonu povolání zdravotní sestry na lůžkách intenzivní medicíny. Většinou jsou to právě zdravotní sestry, v prostředí intenzivní péče, a i zdravotní záchranáři, kteří jsou v intimním a citlivém kontaktu

s rodinou pacienta a s utrpením, strádáním nejen jeho vlastní, ale i jeho rodiny a blízkých. Názory nelékařského personálu a informace, které předají, mají nezastupitelnou roli, v rozhodování o změně léčby. Pokud má být práce na intenzivním oddělení efektivní, vystupují jak lékaři, tak i nelékařský personál jako jeden celek, kdy každý má prostor pro vyjádření svého názoru na konkrétní postup v léčbě. Konečná zodpovědnost ale leží na bedrech ošetřujícího lékaře, který se rozhodne právě na základě spolupráce ošetřujícího týmu. Měl by také vzít do úvahy pacientovu vůli, což je někdy velmi komplikované vzhledem k nemožnosti znát názor pacienta v předchorobí, postoje rodiny pacienta, ale také bere v úvahu názory ošetřujících sester a svých kolegů. Problematice, která se týká změn v léčbě nemocných (na ARO, RES odd.) a v přístupu invazivity, intenzity a prospěchu léčby se nevěnují lékaři pouze dnes. Myšlenky prospěchu a kvalita života před a po závažném inzultu či onemocnění, se věnovaly odborníci již před několika lety. „Living, not existing, beyond critical care“ Žít, nikoli jen přežívat, po kritickém onemocnění (Mihae Yu 2001).

Psychické dopady a s ním související syndrom vyhoření není v přímé spojitosti s principem paliativní péče. Přesto však může syndrom vyhoření ovlivnit personál, který poskytuje tuto ošetrovatelskou péči. V roce 2015 se v rámci PragueONCO semináře, věnovali odborníci problematice spojené s právními aspekty poskytované zdravotní péče, úmluvě o lidských právech, dříve vyslovenému přání aj. Poukázalo se také na problematiku individuální odpovědnosti, kterou má lékař při rozhodování o léčbě, o nejhodnějším postupu při zohlednění okolností případu, o ukončení péče. Data zmiňovaná na tomto semináři representovaly syndrom vyhoření, který je v souvislosti s dlouhodobým pracovním stresem. Tzn. ty profese, které jsou v nadměrném kontaktu s lidmi. Výzkum zmapoval percepci stresové zátěže u lékařů a intenzitu depresivních syndromů. Z lékařského souboru nejhůře vyšla skupina lékařů onkologů a na pomyslném druhém místě byly nelékařské profese poskytující paliativní péči (Ashermannová 2015). Tyto výsledky jsem zmínila proto, abych poukázala na fakt, že poskytování paliativní péče na jakékoliv úrovni a v jakékoliv oblasti je velmi náročné a má i své negativní dopady na personál. Pokud, však bude paliativní péče poskytována profesionálně a empaticky, je zde prostor pro spokojené rodiny a příbuzné nemocného a pro pozitivní satisfakci zaměstnanců, kteří tento typ péče provádí, poskytují.

2.4. Komunikace

Komunikace patří k základu úspěchu každé započaté práce. V komunikaci může mít zdravotnický personál oprávněné obavy z reakce rodiny, na sdělení negativní informace. Konflikty s příbuznými ale jsou vzácné, pokud jsou dodrženy veškeré náležitosti správně vedené komunikace. Tou hlavní náležitostí je dostatečné, citlivé a pravdivé sdělování informací, tak aby měla rodina čas na své vlastní rozhodnutí a svůj postoj. Pokud by byla rodina či některý člen z rodiny konfliktní až agresivní, měla by léčba pacienta pokračovat, pro získání času a prostoru v návazné komunikaci. V současnosti, je v některých nemocnicích, které mají funkční paliativní týmy, samozřejmě dostupnost tzv. krizového intervenanta, či mediátora tedy pracovníků, kteří jsou schopni s rodinou jednat i pokud je velmi konfliktní (Valentin et al. 2008).

Krizový intervent je označení pro takového profesionála, který je schopný a ochotný poskytnout rodině nemocného podporu v náročné životní situaci, je zprostředkovatelem informací, doprovází rodinu a je schopen podpory členům rodiny při rozloučení se zemřelým, také poskytuje informace, které se týkají návazných služeb. Krizový intervent ale nemusí být pomocníkem a oporou jen pro rodinu, funguje i pro zdravotníky. Je schopen zdravotníkům poskytnout takové psychologické nástroje proto, aby mohli vykonávat svoji práci. Také snižuje pravděpodobnost nesprávného pochopení situace ze strany rodiny, dokáže snížit vznik komunikačních bariér, poskytne zdravotníkům pocit, že je o blízké členy rodiny postaráno. Dovednosti krizového intervenanta, patří do skupiny tzv. systému psychosociální intervenční služby (SPIS). Tento systém poskytuje skrz vyškolené zdravotníky pomoc pro příbuzné rodin, známé, ale i pro další pomocné profese, jako jsou záchranáři či zdravotní sestry. SPIS je také určen pro ty, kteří se stali svědky nečekaných náhlých událostí, kdy je poškozeno zdraví např. v důsledku nehody či dojde k úmrtí. V určitých situacích je ale krizový intervent potřeba i v prostředí nemocnice například právě na lůžkách intenzivní péče, kde se tyto situace také vyskytují. Krizovým interventem se může stát i zdravotní sestra, zdravotnický záchranář, řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, porodní asistentka, zdravotně-sociální pracovník. Certifikovaný kurz je pod názvem První psychická pomoc ve zdravotnictví – intervenční péče poskytovaná sekundárně zasaženým. Kurz je dostupný v určitých termínech a koná se v Brně (Humpl 2019).

ANO co sdělovat (Loučka et al. 2017):

- Přímou pravdivou prognózu.
- Sdělit prognózu rámcově.
- Dovolit mlčení, nebo naopak nechat průchod emocím.
- Zaměřit se na pacientovu kvalitu života, na jeho obavy, strach, zaměřit se na jeho obavy.

NE čeho se v komunikaci vyvarovat:

- Informacím ohledně prognózy.
- Vágní vyjadřování nebo naopak příliš konkrétní sdělování.
- Zaměřovat se na lékařské procedury.
- Při silných emocích poskytovat více věcných informací.
- Mluvit po většinu času.

2.4.1. Komunikace s rodinou u pacientů v paliativní péči

Legislativně vzato, dříve nebylo možné, aby rodina rozhodovala o rozsahu léčby. Všeobecně byl ale názor rodiny akceptován stejně jako je tomu u problematiky odběru orgánů a rodina byla, a i v současné době je zapojena do diskuse, která se týká rozsahu léčby. Jako vhodné se ukázalo vést tuto komunikaci ve formě formálního pohovoru (family conference). Tohoto pohovoru se účastní nejzkušenější lékař v týmu, psycholog a ošetřující personál. Pokud je komunikace vedena citlivě, dostatečně empaticky a rodina má prostor pro vyjádření svých otázek, i svých starostí, je velká pravděpodobnost, že tato kooperace bude úspěšná. Bude dosaženo pochopení situace a akceptace

faktu, že ošetrovatelský tým jedná v nejlepším zájmu pacienta. Rodina by měla mít prostor vyjádřit svůj názor na limitaci léčby, konečné platné rozhodnutí je ale na ošetřujícím lékaři. I přes tato komunikační opatření a komunikační přístup nelze se stoprocentní jistotou vyloučit konflikt s rodinou. Jedná se vždy o velmi emociálně vypjaté situace (Azouley 2000). Z doporučení z roku 2016, které vypracoval Rhodes et al., vyplývá, že je vhodné zařazení rodinných konferencí, pro podporu komunikace s rodinou, lepšímu porozumění mezi zdravotnickým týmem a rodinou. Rhodes M.D. doporučuje proaktivní přístup a sdělování diagnózy co nejdříve (nejlépe do 72 h od začátku hospitalizace). Pokud je toho pacient schopen, je vhodné sdílené rozhodování. Toto by mohl být jedním z nástrojů které by se dalo označit jako adekvátní a prospěšné pro zajištění péče na lůžkách intenzivní péče a pro předcházení marné léčby. Včasná informovanost rodiny je nedílnou součástí péče o kriticky nemocného pacienta (Rhodes et. al. 2016). Změna pozice a práva rodiny se změnila s příchodem nového legislativního nařízení. Respekt k dříve vyslovenému přání a určení zákonného zástupce. Toto stanovuje zákon o zdravotní péči č. 371/2011 Sb. Specifikace osoby blízké a předběžných opatření je možná najít ve stanovách Občanského zákoníku č. 89/2012. Práva pacienta a odvolatelnost souhlasu je stanovena v zákonu č. 96/2001 (Kopecký & Rusinová 2018).

V roce 2017 proběhl výzkum, kdy sledované položky reflektovaly stanovená doporučení ČLK č.1/2010 a realizaci v praxi. To znamená sledování zahájení paliativní péče, realizace rozhovorů komunikace s rodinou pacienta, realizace konference zdravotnického týmu, stanovení kategorizace léčby a záznam ve zdravotnické dokumentaci. Proces změny z intenzivní terapie na paliativní péči, četnost v praxi realizovaných základních kroků (z pohledu stanovených doporučení). Z tohoto výzkumu vyplývá, že pouze u 38 % pacientů je realizovaná konference týmu před změnou terapie, u 62 % pacientů se konference nekonala (Metznerová & Zítková 2018).

Tabulka b) Přehled realizovaných postupů

Realizované postupy	Optimální realizace	Neoptimální realizace	Chybějící záznam
rozhovor s příbuznými	94 %	6 %	0 %
přítomnost sestry u rozhovoru	13 %	75 %	12 %
konference ošetřujícího týmu	38 %	62 %	0 %
záznam o dosažení konsenzu ke změně léčby	44 %	17 %	39 %
zápis o kategorizaci v ošetrovatelské dokumentaci	63 %	0 %	37 %
časová shoda kroků	37 %	1 %	62 %

n=100

Přítom si nelékařští pracovníci tedy zdravotní sestry a záchranáři uvědomují a zdůrazňují že péče o umírajícího pacienta je týmovou záležitostí. Přítomnost nelékařského personálu u rozhovorů s příbuznými je také velmi nízká, v 75 % nebyl NLZP přítomen u rozhovoru s rodinou (O'Connor et al. 2005). Fakt, že komunikace s rodinou je velmi důležitá pro zdravotníky pracující na anesteziologicko-resuscitačních odd. ARO uvádí Pavlicová ve své práci kdy uvádí, že důležitost komunikace je pro 63,8 % zdravotních sester (Pavlicová 2015).

3. Metodologie výzkumné části, charakteristika výzkumného vzorku

3.1. Cíle výzkumné práce

Cílem mojí diplomové práce bylo zmapovat či zhodnotit, jak nahlíží na paliativní péči nelékařští pracovníci zdravotní sestry, záchranáři a lékaři. Zaměřila jsem se na názory pracovníků, kteří se v rámci své profese setkávají s paliativní péčí a určitým způsobem ji vykonávají v prostředí intenzivního oddělení. Z hlavního cíle jsem následovně stanovila dílčí cíle.

3.2. Dílčí cíle práce

- Jak hodnotí zdravotní personál zdravotní sestry a zdravotničtí záchranáři, (nelékaři dále uvádím jen NLZP) lékaři terminální extubaci, jaký k tomuto výkonu zaujímají postoj a jaké mají s tímto výkonem zkušenosti.
- Jakou podobu má komunikace mezi lékařem a NLZP, mezi zdravotnickým týmem a rodinou nemocného v období přechodu z intenzivní terapie na paliativní péči.
- Jakou roli zastávají lékaři a NLZP při rozhodování o změně terapie, přechod z plné terapie na paliativní péči.
- Zjistit, zda je rozdílný postoj personálu k problematice paliativní péče v podmínkách intenzivní péče na klinice, kde je již koncept nastaven oproti klinice kde je koncept paliativní péče zaváděn.

3.3. Strategie vyhledávání zdrojů

Základním zdrojem informací pro moji diplomovou práci se staly zahraniční odborné články, výsledky zahraničních studií, z českých databází odborné články, několik odborných monografií. Vyhledala jsem odborná doporučení, která se týkala problematiky intenzivní péče v návaznosti na paliativní péči. Obecnou definici lze vyhledat na stránkách Světové zdravotnické organizace (WHO), dále jsem se zaměřila na postoje, které zaujímají zahraniční odborné společnosti k problematice paliativní péče na lůžkách intenzivní péče: European Association for Palliative Care (EAPC), End Of Life Nursing Education Consortium (ELNEC), International Association for Hospice & Palliative care (IAHPC). Z českých doporučení jsem vybrala stanoviska, která zaujímají tyto společnosti: Česká lékařská komora (ČLK), Česká společnost intenzivní medicíny (ČSIM), Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně (ČLS J.E.P.). Jako zdroj informací jsem zvolila databáze, Scopus, Medline, EBSCO, Cinahl, PubMed dále byly použity vyhledávače: centrální univerzitní vyhledávač UK-AŽ a webové rozhraní vyhledávač Google Scholar. Národní lékařská knihovna zpracovala rešerše pomocí mnou zadaných klíčových slov. Vyhledávala jsem jak v zahraničních, tak v českých zdrojích. České zdroje: vyhledávání bylo rozloženo ještě na tři podoblasti, které spolu úzce souvisejí, a to oblast

psychické zátěže na personál který poskytuje paliativní péči (29 časopiseckých článků), dále oblast *intenzivní medicíny* (spojení intenzivní medicína a paliativní péče 8 článků) a *paliativní péče* (28 článků). Kapitola věnující se terminální extubaci (terminálnímu weaningu) vycházela z prospektivní studie DEPPaRT, dále z odborných přednášek a seminářů vztahující se k této problematice. V kapitole zaměřující se na komunikaci jsem uvedla také některé informace z celorepublikového šetření, které se na našem území uskutečnilo v roce 2015. Pro specifikaci článků jsem použila booleovské operátory, AND spojující a OR rozdělující klíčová slova. Jednotlivé články jsem vyhledávala pomocí klíčových slov: Medical intensive care team, palliative care, terminal extubation, palliative care communication, transition from full therapy to palliative care. Časové okno výběru literatury jsem zvolila mezi lety 2007-2019. Jazykové omezení bylo český, anglický, německý, slovenský jazyk. Bohužel některé zajímavé informace jsem použila ze starší literatury (výjimečně použila zdroj z roku 1992, 1998, 2000, 2001). Studium literatury a sběru podkladů pro magisterskou práci probíhalo od dubna do září 2019.

3.3.1. Metodika výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření jsem použila kvantitativní metodu, pomocí dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bylo vlastní tvorby. Limitním faktorem dotazníkového šetření může být neochota, či jen částečná ochota zdravotnického personálu na účasti dotazníkového šetření, zdravotnický tým je vystaven a zahlcen v každodenní praxi velkým množstvím dokumentace, s kterou musí pracovat a vyplňovat ji. Dotazník byl vytvořen na základě osobních, pracovních zkušeností. V dotazníku byly použity otevřené, uzavřené a polootevřené otázky, v dotazníku je i prostor pro vlastní názor dotazovaných. Dotazník obsahuje celkem 19 otázek.

3.3.2. Organizace výzkumného šetření

Výzkum probíhal současně na dvou velkých pražských klinikách, obě pracoviště poskytují špičkovou intenzivní péči. Obě oddělení jsou anesteziologicko-resuscitační. Tato pracoviště jsem zvolila, protože v portfoliu jejich péče se nacházejí pacienti v nejtěžších klinických stavech, polytraumatizovaní pacienti, pacienti po velkých chirurgických zákrocích, septické stavy, dekompenzace COPD, intoxikace aj. na těchto pracovištích pracují jak zdravotní sestry, tak i zdravotničtí záchranáři, kteří poskytují nejen vysoce specializovanou ošetrovatelskou péči, ale také přicházejí do kontaktu s pacienty, u kterých probíhá paliativní péče. Záměrně jsem zvolila jednu kliniku, kde je již po dobu několika let vybudována spolupráce s paliativním týmem a kde je především nastaven paliativní přístup k pacientům. Na této klinice se nacházejí i nelékařští pracovníci kteří jsou absolventi kurzu krizového intervenanta. Druhá klinika nemá s paliativním týmem zkušenosti, koncept paliativního přístupu je teprve na začátku. V současné době se na druhé klinice připravuje na atestační zkoušku lékaře specialistu paliatra jeden anesteziolog. Proto, aby mohlo být zrealizováno mé výzkumné šetření jsem oslovila, nejprve náměstkyně pro ošetrovatelskou péči obou nemocnic. Písemný souhlas s výzkumným šetřením přikládám k diplomové práci. Poté jsem osobně kontaktovala přednosty obou klinik a vrchní sestry. Požádala jsem je o spolupráci, vysvětlila záměr mého výzkumného šetření. Vedení obou klinik mi vyšlo velmi

vstříc, touto cestou bych jim chtěla poděkovat za kladný přístup a prostor, který mi byl na klinikách poskytnut. Celé dotazníkové šetření tento přístup urychlil. Předtím, než jsem rozdala dotazníky na kliniky, provedla jsem malou pilotní studii na svých kolegyních. O distribuci dotazníků se na jedné klinice postaraly obě staniční sestry i vrchní sestra kliniky. Druhou část dotazníků jsem osobně donesla na kliniku. Vyplněné dotazníky byly odevzdány do připravených prázdných obálek.

Sběr dat, byl realizován v časovém období od září 2019 do poloviny listopadu 2019, výzkum probíhal na obou klinikách současně. Pro reprezentativnost zkoumaného vzorku byl dotazník distribuován do dvou velkých klinik. Ošetrovatelský personál zde tvoří převážně mladší kolektiv sester (v menším zastoupení i zdravotničtí záchranáři), většinou mají pracovníci příslušnou specializaci v oboru, s vysokoškolským vzděláním. Práce na těchto oddělení je velmi fyzicky i psychicky náročná. I přesto, že nejsou oddělení identická např. skladbou pacientů, mírně se liší spektrum onemocnění. Průměrný věk pacientů a terapeuticko-diagnostický rozsah léčby je velmi podobný, totožný. Zásadní rozdíl a důvod mého zkoumání je ten, že na jedné klinice funguje princip paliativního přístupu výrazně aktivněji než na druhé klinice. Na každou kliniku bylo distribuováno 60 dotazníků, celkem tedy 120. Z celkového počtu, po revizi dotazníků a vyřazení pro neúplnost či nesprávné vyplnění bylo vyhodnoceno a analyzováno 93 dotazníků.

3.3.3. Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenti, kteří tvořili výzkumný vzorek jsou zaměstnanci působící na vysoce odborných pracovištích, kde poskytují ošetrovatelskou péči na velmi vysoké úrovni. Někteří NLZP mají na základě specializace v oboru intenzivní medicíny (ARIP) vyšší pravomoci např. kanylace arterií a nacházejí se v nejvyšších možných platových třídách určené nelékařskému personálu. Zařazení do platové třídy je po uvážení zaměstnavatele, zdravotní sestra či zdravotnický záchranář musí mít příslušnou atestaci v intenzivní péči a musí mít i příslušné vzdělání. Tito zaměstnanci pracují i velmi specifickém technickém prostředí. Respondenti působící v intenzivním prostředí by měli ovládat tedy nejen péči o pacienta a mít základní medicínské znalosti, musí také být technicky zdatní. I přes takto vysoké požadavky je zde ještě požadavek na určité komunikační dovednosti. Tito respondenti jsou v kontaktu s lékaři, s pacienty, jejich rodinami a blízkými. Zdravotnický personál jsem zvolila právě z těchto důvodů. Z celkového počtu distribuovaných dotazníků, byla návratnost z kliniky A (klinika se zkušeností s paliativním přístupem k nemocným) 80 % z kliniky B (klinika kde paliativní koncept není zcela funkční, paliativní tým zde chybí 75 %). Celková návratnost dotazníků byla přes 77 %.

3.4. Analýza dat

Celková úprava diplomové práce byla provedena v programu Microsoft Word. Statistická analýza dat byla provedena v programu eR. Zjištěné údaje z odevzdaných dotazníků byly statisticky zpracovány do tabulek a grafů. Všechny odevzdané dotazníky jsou k dispozici a k nahlédnutí u autorky diplomové práce.

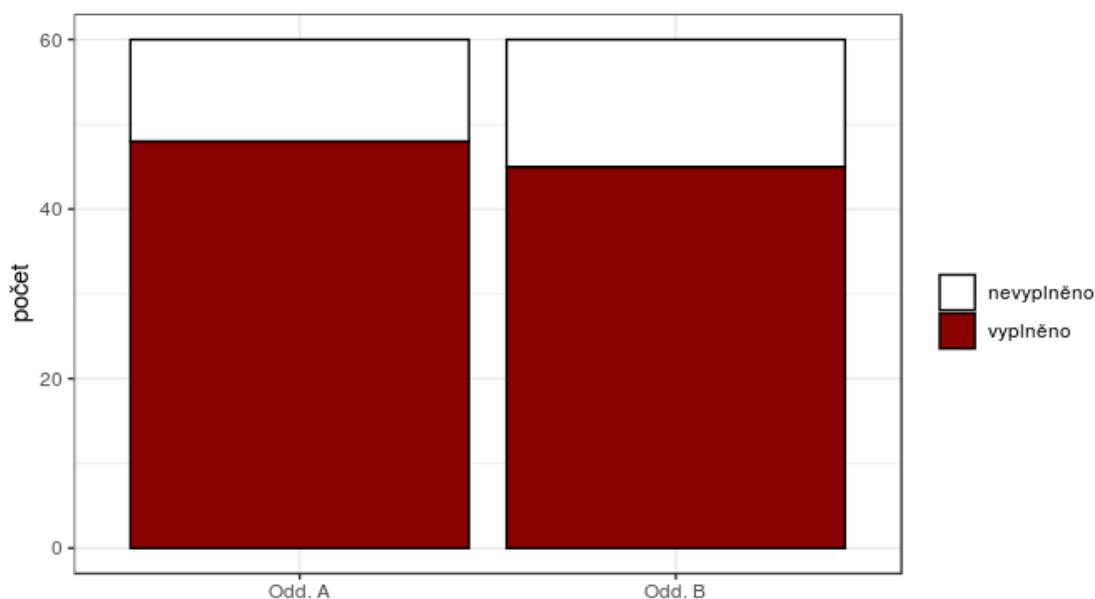
Jednotlivé grafy vizualizují rozdíly mezi komparovanými klinikami. Tabulky (uvedené nad grafy), jsou procentuálně vyjádřeny, zaokrouhleny a presentovány celkovou četností (N). Ke každé otázce a odpovědi tak náleží grafické, tabulkové zpracování a komentář.

4. Výsledky

Zpracování výsledků bylo provedeno v programu eR – grafické zpracování, tabulky byly vypracovány v kombinaci s programem Microsoft office Word a Excell . Pro komparaci klinik jsem zvolila odlišné barvy. Pro vyhodnocení kliniky (pod pracovním názvem) **A** (klinika, oddělení) jsem zvolila zelenou barvu, výsledky z druhé kliniky (oddělení) jsou v oranžové barvě klinika **B**.

Graf X znázorňuje celkovou distribuci dotazníků a jejich návratnost. Je rozdělen na část celkovou a na jednotlivé kliniky, tedy návratnost z kliniky A a B.

Graf X Distribuce a návratnost dotazníků



Komentář: na klinice A bylo celkem rozdáno 60 dotazníků, 48 dotazníků bylo vyplněno řádně, dva dotazníky byly vyplněny jen částečně a deset dotazníků nebylo vyplněno vůbec. Na klinice B bylo celkem rozdáno 60 dotazníků, vyhodnoceno bylo 45 dotazníků, patnáct dotazníků nebylo vyplněno vůbec, pět dotazníků bylo vyplněno částečně, tudíž nebyly zařazeny. Celkem bylo rozdáno 120 dotazníků, vyhodnoceno bylo 93. Celková návratnost dotazníků z obou pracovišť byla přes 77 %.

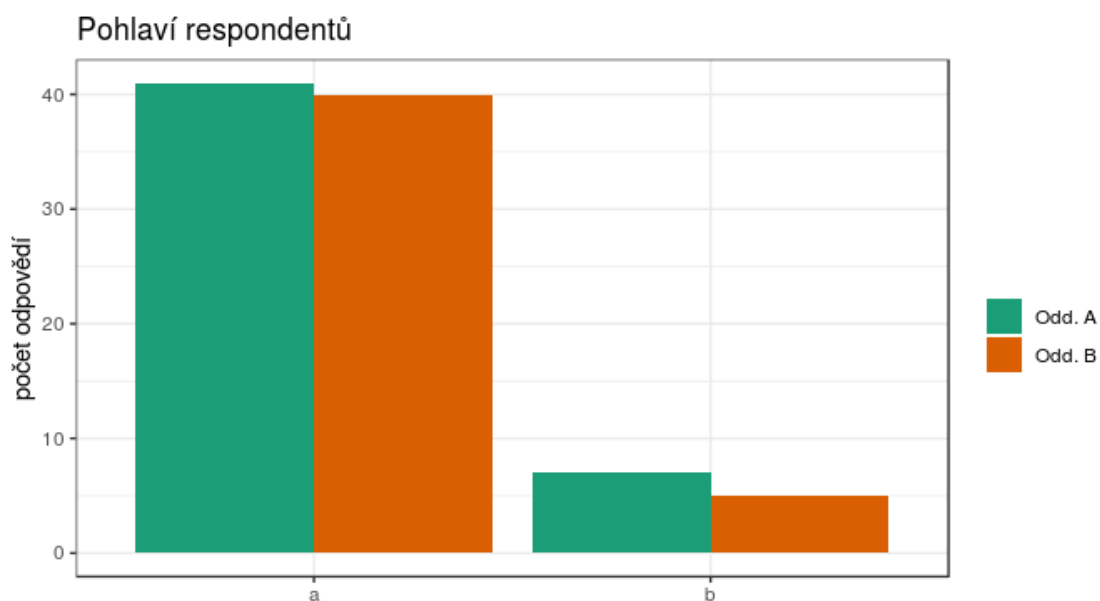
4.1. Vyhodnocení dotazníků, komparace klinik

V následujících tabulkách a grafech jsou znázorněny odpovědi na jednotlivé otázky z vytvořeného dotazníku. Každá otázka obsahuje grafické vyhodnocení doplněné tabulkou a komentářem. Pro signifikantnost a lepší orientaci jednotlivých odpovědí, jsem zvolila grafy umístit vedle, barevně je od sebe odlišit porovnávání kliniky A a B. Pokud je velký rozdíl v odpovědích z jednotlivých oddělení je ke komentáři připojena i okomentovaná komparace. Zdravotní sestry i zdravotničtí záchranáři jsou pod souhrnným označením NLZP (nelékařští zdravotničtí pracovníci).

Otázka č. 1 Pohlaví:

Tabulka č. 1 Rozložení pohlaví na klinice A a B

	a) Ženy		b) Muži		Celkem	
	A	B	A	B		
a	40	83 %	40	89 %	80	86 %
b	8	17 %	5	11 %	13	14 %
Celkem	48		45		93	



Komentář: Rozložení žen a mužů na klinice A. Z celkového počtu respondentů byla větší zastoupení žen (40) vůči mužům, osm. Na klinice B jsou také více zastoupeny ženy než muži, konkrétně 40 žen a pouze pět mužů.

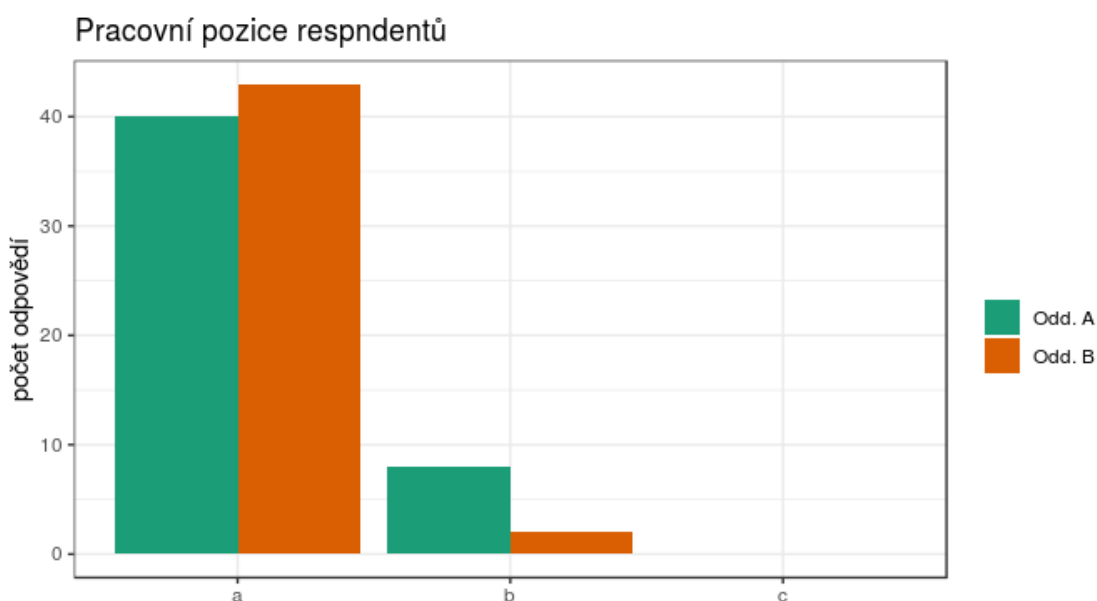
Komparace: Zde panuje určitá shoda. Na obou klinikách pracuje více žen oproti mužům celkem 81 žen a třináct mužů.

Otázka č. 2 Pracovní pozice, kterou na oddělení zastáváte (vykonáváte):

Tabulka č. 2 Pracovní pozice, kterou respondenti zastávají (vykonávají) na oddělení A a B

	A		B		Celkem	
a) NLZP (zdravotní sestra / zdravotnický záchranář)	40	83 %	43	96 %	83	89 %
b) Lékař	8	17 %	2	4 %	10	11 %
c) Jiná pozice	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 2



Komentář: Z celkového počtu respondentů bylo osm lékařů a čtyřicet nelékařů tj. zdravotních sester, zdravotních záchranářů. Na klinice B je rozložení respondentů následovné: 43 nelékařů zdravotních sester a záchranářů a dva lékaři.

Pozn.: na konečné názory nehrálo zásadní roli vzdělání zdravotních sester versus zdravotnický záchranář, jako podstatné se ukázala být praxe a osobní zkušenost. Prostor věnovaný na fakultách či školách paliativní péči či paliativní medicíně je bud zanedbatelný či žádný, tudíž vliv znalostí ze školy, fakulty nehraje v konečném názoru roli.

Otázka č. 3 Délka pracovní zkušenosti, kterou máte na oddělení intenzivní medicíny (ARO, RES):

Tabulka č. 3 Délka pracovní zkušenosti, na oddělení ARO/RES klinika A a B

	A		B		Celkem	
a) 0-1 rok praxe	8	17 %	2	4 %	10	11 %
b) 2-5 let praxe	10	21 %	20	44 %	30	32 %
c) 6-10 let praxe	15	31 %	17	38 %	32	34 %
d) Více než 10 let praxe	15	31 %	6	13 %	21	23 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 3



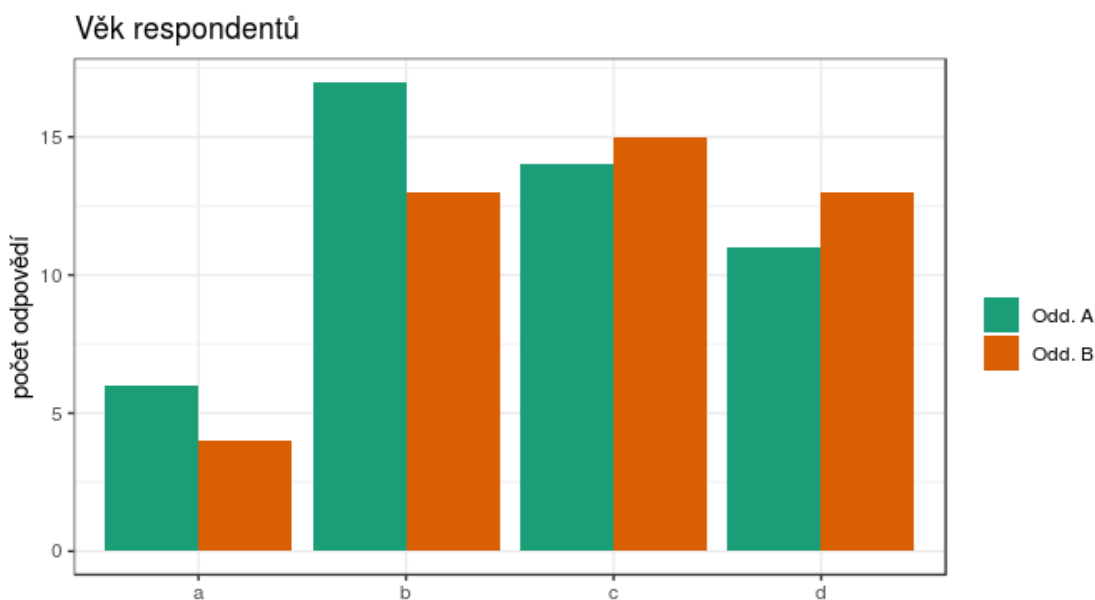
Komentář: Na klinice A se nejčastěji nacházejí pracovníci s praxí na intenzivním oddělení v kategorii c) a d) tedy 6-10 let praxe a více než 10 let praxe. Dalo by se tedy tvrdit, že tento tým je spíše zkušený v oblasti práce v intenzivním prostředí. Nejméně je respondentů s nejkratší pracovní zkušeností v oblasti intenzivní péče, pouze osm. Na klinice B se nacházejí respondenti s pracovní zkušeností nejčastěji mezi 2–5 lety (20), 6-10 let pracovní zkušenosti má 17 respondentů, více jak 10 let má 6 respondentů. Dva respondenti mají středoškolské vzdělání ukončené maturitou.

Otázka č. 4 Váš věk:

Tabulka č. 4 Věk dotazovaných klinika A a B

	A		B		Celkem	
a) 20-25 let	6	12%	4	9%	10	11%
b) 26-32 let	17	35%	13	29%	30	32%
c) 33-39 let	14	29%	15	33%	29	31%
d) Více než 40 let	11	23%	13	29%	24	26%
Celkem	48		45		93	

Graf č. 4



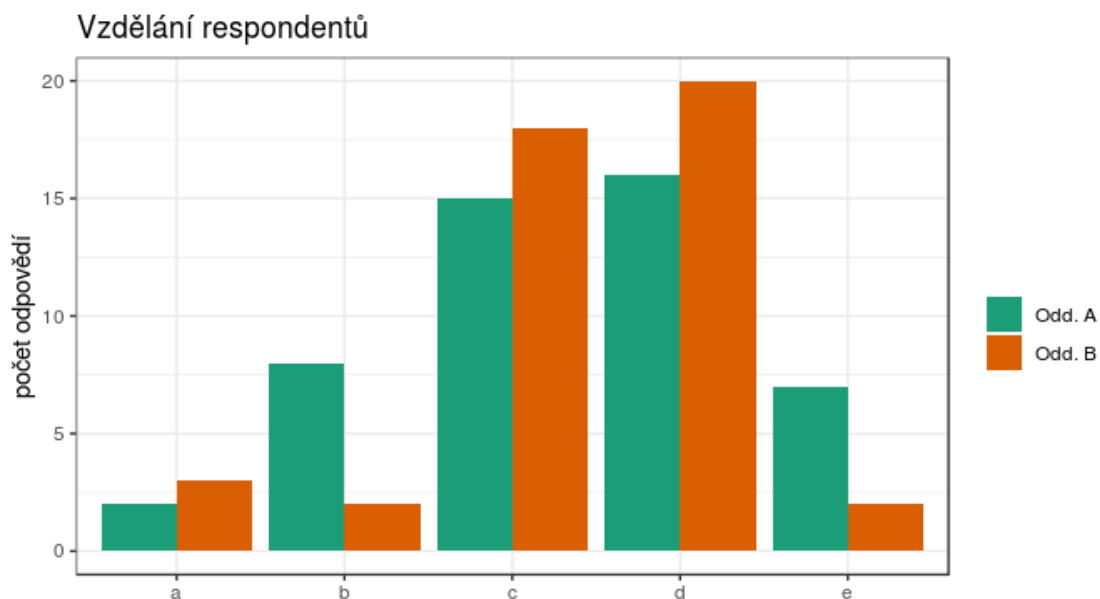
Komentář: Věk přibližně koresponduje s předchozí otázkou pracovní zkušenosti. Z grafu je patrné, že na klinice A je největší počet pracovníků, kteří se nacházejí v mladším středním věku, tj. rozmezí mezi 26-32 lety. Podobně početné je zastoupení věkového rozhraní mezi 33-39 lety (14), naopak jedenáct pracovníků je starších 40 let. Nejmladší respondentů je z celkového počtu šest. Na klinice B jsou respondenti nejčastěji ve věku mezi 33-39 lety. Druhou nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve věkové kategorii 26-32 let, stejný počet respondentů je ve věkové kategorii více než 40 let. Počet nejmladších respondentů tvoří na klinice B čtyři zaměstnanci.

Otázka č. 5 Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

Tabulka č. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů na klinice A a B

	A		B		Celkem	
a) Středoškolské (SŠ)	2	4 %	3	7 %	5	5 %
b) Vyšší odborné vzdělání (DiS.)	7	15 %	2	4 %	10	11 %
c) Vysokoškolské bakalářské (Bc.)	15	31 %	18	40 %	33	35 %
d) Vysokoškolské magisterské (Mgr.)	16	33 %	20	44 %	36	39 %
e) Vysokoškolské lékařské (MUDr.)	8	17 %	2	4 %	10	10 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 5



Komentář: Tento graf znázorňuje, jaká je úroveň vzdělání respondentů na klinice A a B. Nejvíce respondentů má vysokoškolské vzdělání dohromady 69 respondentů. Na oddělení A má 16 respondentů dosažené magisterské studium (Mgr.), 15 respondentů má vysokoškolské vzdělání na úrovni bakalář (Bc.). Pouze dva respondenti mají středoškolské studium, sedm respondentů má Vyšší odborné vzdělání (DiS.), osm respondentů má ukončenou lékařskou fakultu (MUDr.). Na klinice B pracuje nejvíce respondentů v kategorii d) magisterského typu (Mgr.), druhou nejpočetnější skupinu tvoří vysokoškolské vzdělání bakalářského typu (Bc.) – osmnáct respondentů. Malý počet respondentů tvoří zaměstnanci se středoškolským vzděláním, vyšším odborným vzděláním a lékaři (2).

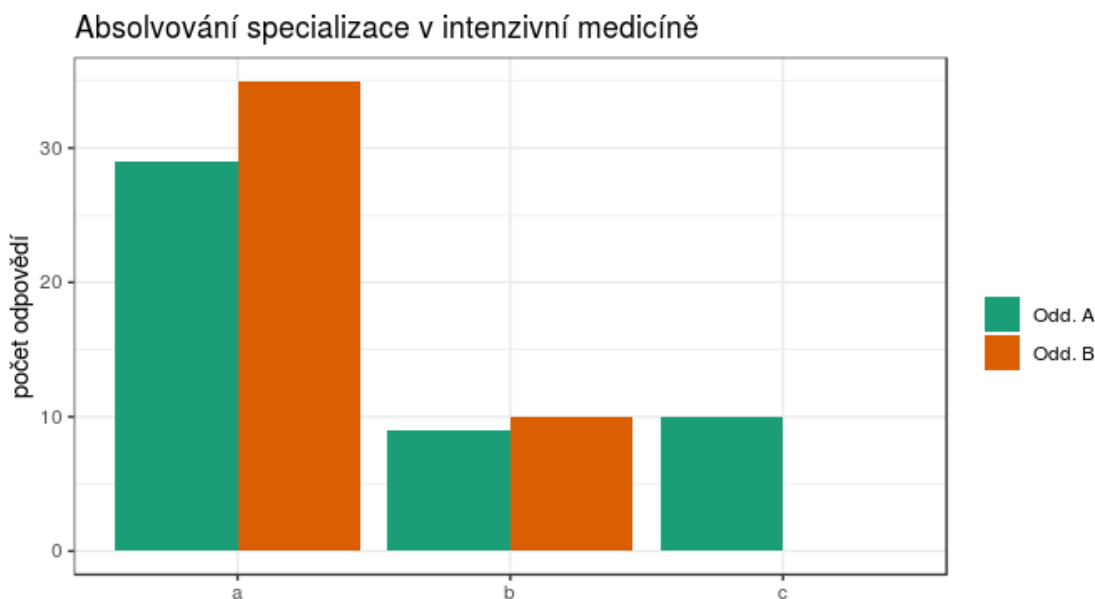
Komparece klinik: na obou intenzivních odděleních, pracují nejvíce zdravotní sestry a záchranáři s vysokoškolským vzděláním.

Otázka č. 6 Máte specializaci v oboru intenzivní medicína? (tzv. ARIP):

Tabulka č. 6 Počet respondentů s příslušnou specializací v intenzivní medicíně (tzv. ARIP) na klinice A a B

	A		B		Celkem	
a) ANO	31	65 %	35	78 %	66	71 %
b) NE	9	19 %	10	22 %	19	20 %
c) Jiná specializace	8	16 %	0	0 %	8	9 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 6



Komentář: Nejvíce pracovníků má spolu s vysokoškolským vzděláním i příslušnou atestaci v oboru intenzivní péče tzv. ARIP, celkem 31 respondentů. Na klinice B také pracují respondentů s příslušnou atestací v oboru. Osm respondentů je v kategorii c) Jiná specializace, jedná se o lékaře a jejich specializaci v intenzivní medicíně, kterou na klinice A mají všichni lékaři, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, z druhé kliniky B byli lékaři neatestovaní. V diskuzi vysvětlují, proč jsem zahrнула lékaře i přesto, že tvořili relativně malý počet respondentů. Jejich pohled a názor na koncept paliativní péče na pracovišti mi ale připadl v konečném pohledu na paliativní péči důležitý.

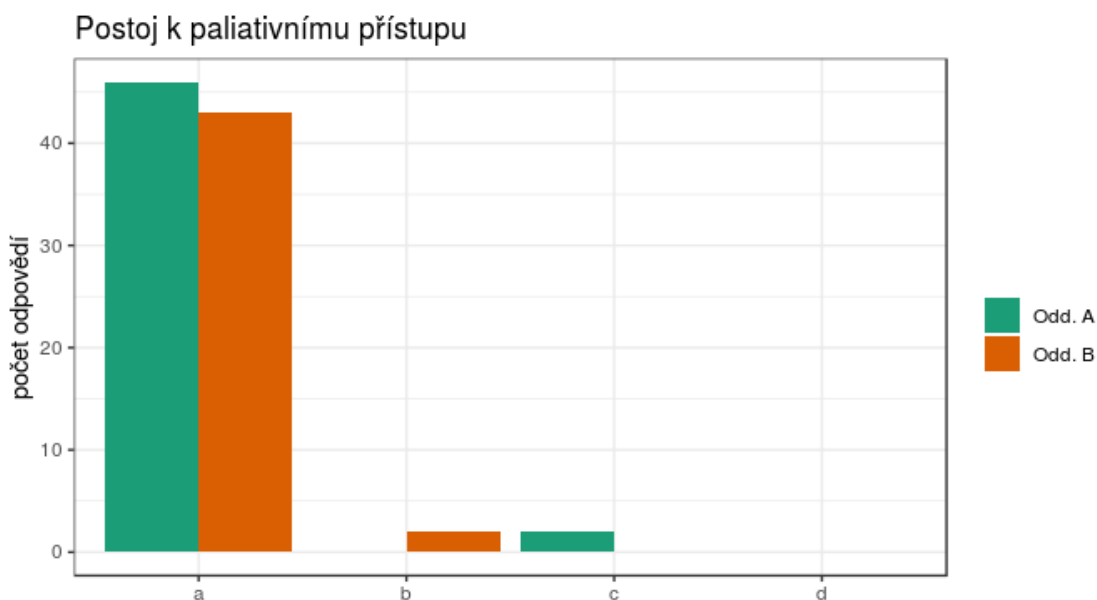
Pozn.: ARIP, toto atestační studium je pouze pro ty, kteří mají min. dva roky praxe na intenzivním oddělení, studium je v délce dvou let, studium je rozložené do teoretické části, specializační studium zahrnuje i početné hodiny praxe na vybraných certifikovaných pracovištích

Otázka č. 7 Jaký Vy osobně zaujímáte postoj k paliativnímu přístupu u pacientů na intenzivním oddělení?

Tabulka č. 7 Postoj respondentů k paliativnímu přístupu u pacientů na intenzivním oddělení

	A		B		Celkem	
a) Kladný postoj	46	96 %	43	96 %	89	96 %
b) Záporný postoj	0	0 %	2	4 %	2	2 %
c) Neví	2	4 %	0	0 %	2	2 %
d) Jiná odpověď	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 7



Komentář: na tuto otázku respondenti odpověděli jednoznačně pozitivně. 46 respondentů z celkovým 48 zaujímá kladný postoj, za předpokladu, že jsou přesně dodržena pravidla postupu pro přechod z intenzivní péče na péči paliativní. Pouze dva respondenti z oddělení A si nejsou jisti svým postojem k problematice postoje k paliativního přístupu k nemocným na lůžkách intenzivní péče. Odpověděli, že neví, co paliativní přístup znamená. Na druhé klinice B také největší procento respondentů zaujímá pozitivní postoj k paliativnímu přístupu. 43 respondentů z 45, pouze dva respondenti mají k paliativnímu přístupu záporný postoj. Jiný postoj či názor nevyjádřil žádný z respondentů.

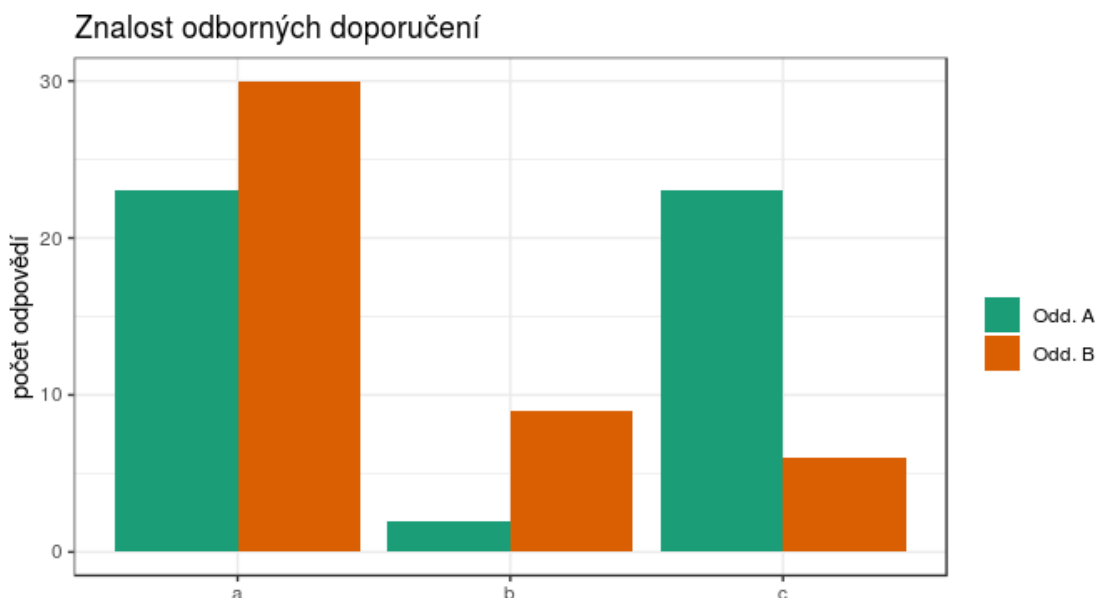
Otázka č. 8 Máte představu, co znamená koncept paliativní péče, tzn. znáte doporučení odborných společností, jaký zaujímají postoj k paliativní péči? (prosím o upřímnou odpověď):

Tabulka č. 8 Představa respondentů o konceptu paliativní péče. Znalost odborných Doporučení (vydané odbornými společnostmi)

- a) ANO (četli odborná Doporučení)
- b) Neznají odborná stanoviska
- c) Nečetli odb. stanoviska, předpokládají že na odd. koncept funguje dle Doporučení

	A		B		Celkem	
a	23	48%	30	67%	53	57%
b	2	4 %	9	20%	11	12%
c	23	48%	6	13%	29	31%
Celkem	48		45		93	

Graf č. 8



Komentář: V této otázce jsem se respondentů dotazovala, jakou mají představu o konceptu paliativní péče. Zda mají povědomí o doporučeních, které byly vydány odbornými společnostmi. Na tuto otázku odpověděla část respondentů kliniky A tak, že znají doporučení a postoje, které zaujímají odborné společnosti k paliativní péči. Tato doporučení četli, (takto odpovědělo 23 respondentů). Stejný počet respondentů přiznává, že odborná doporučení nečetla, ale předpokládají, že na oddělení, kde pracují se dle příslušných doporučení postupuje. Na klinice B největší počet respondentů označilo odpověď, že znají odborná stanoviska, vztahující se k paliativní péči. Paradoxní je, že i přesto, že na klinice B, kde se nevykonávají terminální extubace a paliativní koncept je spíše na začátku je znalost stanovisek NLZP personálu vysoká.

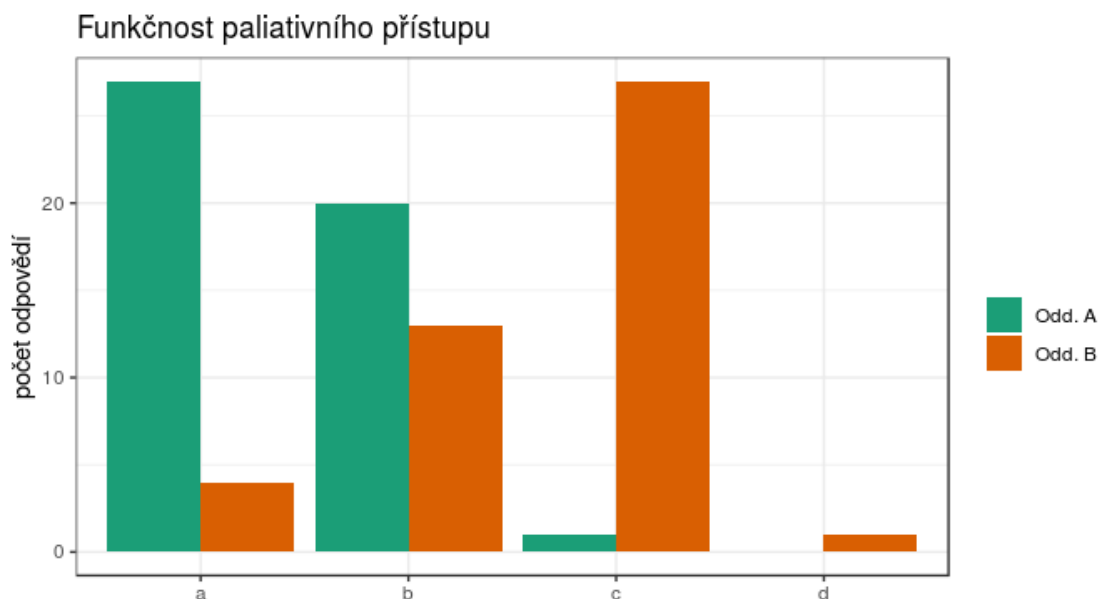
Otázka č. 9 Podporuje Vaše pracoviště koncept paliativního přístupu? (Dle odborného Doporučení ČLK č. 1/2010):

(„Doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientův terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli“)

Tabulka č. 9 Funkčnosti konceptu na pracovišti dle odb. Doporučení ČLK č.1/2010

	A		B		Celkem	
a) ANO (funkční koncept)	27	56%	4	9%	31	33%
b) Spíše ANO (funkční koncept v ½ případů)	20	42%	13	29%	33	35%
c) Spíše NE (vyjímečně koncept funguje)	1	2%	27	60%	28	30%
d) NE (paliativní péče se nevykonává na odd.)	0	0%	1	2%	1	1%
Celkem	48		45		93	

Graf č. 9



Komentář: V této otázce jsem se dotazovala respondentů, zda na jejich pracoviště postupuje a podporuje koncept dle doporučení České lékařské komory (ČLK č. 1/2010). Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů (27), že na klinice A, tento koncept dle doporučení ČLK funguje, na pracovišti, jsou jasně nastavená pravidla pro přechod na paliativní péči. 20 respondentů odpovědělo „Spíše ano“, tedy že koncept je funkční ve více jak ½ případů. Pouze jeden respondent odpověděl, že takovýto koncept na oddělení nefunguje, žádný respondent nepotvrdil, že by se na pracovišti v žádném případě neuskutečňoval koncept paliativní péče. Na klinice B vnímá největší počet respondentů koncept jako „spíše nefunkční“. Velký počet respondentů vnímá koncept jako

nefunkční (funkční výjimečně). Jeden respondent uvádí, že se koncept paliativní péče na oddělení nefunguje a neuskutečňuje se v žádném případě.

Komparace klinik: Lze vypočítat velký rozdíl mezi klinikou A a B v této oblasti. Na klinice A nahlíží personál pozitivně na celkové nastavení přístupu k nemocným na oddělení. Na klinice B, kde paliativní přístup není zcela funkční vnímají NLZP negativně i celkový přístup oddělení k problematice paliativní péče nemocných v intenzivním prostředí.

Otázka č. 10 Pokud se na Vašem oddělení rozhodne o přechodu na paliativní péči, je to rozhodnutí konsensuální? Mohou projevit svůj názor i sestry? Nebo je rozhodnutí jen na lékařském týmu?

Tabulka č. 10 Participace NLZP na rozhodnutí o změně léčby

	A		B		Celkem	
a)	26	54 %	4	9 %	30	32 %
b)	15	31 %	30	67 %	45	48 %
c)	4	8 %	11	24 %	15	16 %
d)	3	6 %	0	0 %	3	3 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 10



Komentář: Na tuto otázku odpověděli respondenti v největší míře (26) ano, rozhodnutí o přechodu na paliativní péči je na klinice A týmovou záležitostí tedy že svůj názor může projevit i pracovník NLZP. 15 respondentů vyjadřují názor, že rozhodnutí je pouze na lékařích, čtyři respondenti neví,

zda se mohou k problematice vyjádřit, tři respondenti odpověděli, že názor mohou vyjádřit, ale jejich názory nejsou lékaři reflektovány (možnost d) Jiná odpověď. Na Klinice B vnímají respondenti možnost vyjádření se k problematice o přechodu či změně terapie jako čistě lékařskou záležitost, tedy že nemohou vyjádřit svůj názor. 11 respondentů si není jisto, zda se k problematice může vyjádřit.

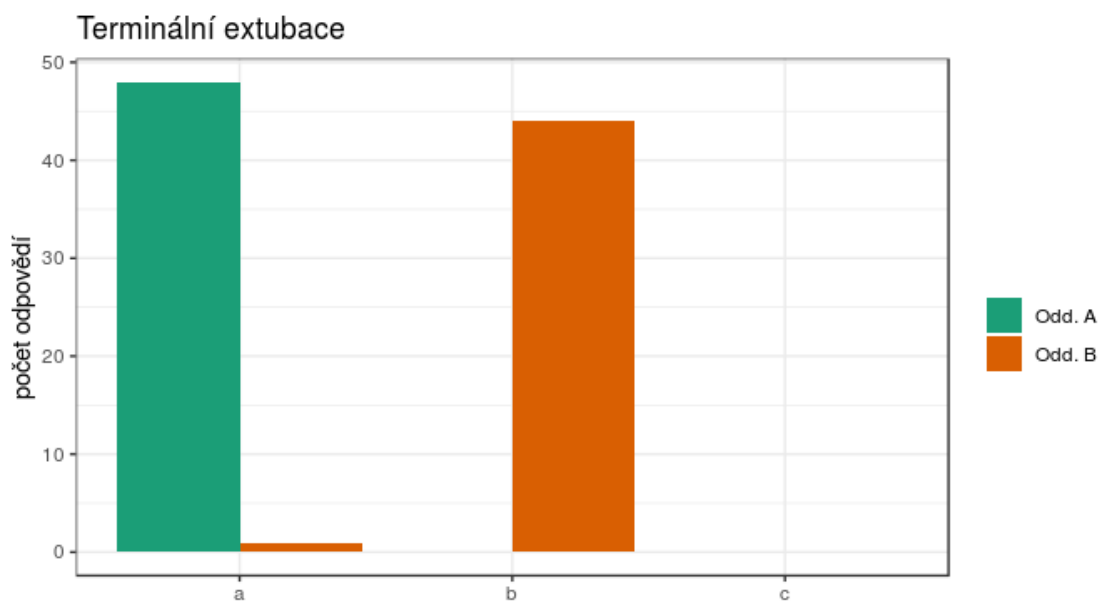
Komparace klinik: Zde je opět patrný rozdíl mezi názory NLZP na to, zda se jako střední personál může vyjádřit k problematice přechodu na paliativní péči. Na klinice A, kde je koncept nastavený vnímá pozitivněji NLZP možnost vyjádřit svůj názor. Na klinice B většina respondentů udala, že se nemůže vyjádřit k zdravotnímu stavu pacienta – potažmo přechodu či změně terapie.

Otázka č. 11 Provádí se na Vašem oddělení terminální extubace? (popř. terminální weaning):

Tabulka č. 11 Terminální extubace

	A		B		Celkem	
a) ANO	48	100 %	1	2 %	49	53 %
b) NE	0	0 %	44	98 %	44	47 %
c) Nemají pracovní zkušenost (osobní)	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 11



Komentář: Na klinice A se terminální extubace provádějí. 100 % respondentů (48) tento fakt potvrdilo. Žádný respondent z kliniky A neodpověděl, že by se výkon terminální extubace

nevykonával na oddělení. Na klinice B má zkušenost s terminální extubací pouze jeden respondent, 44 respondentů potvrdilo, že se terminální extubace na jejich oddělení nevykonává.

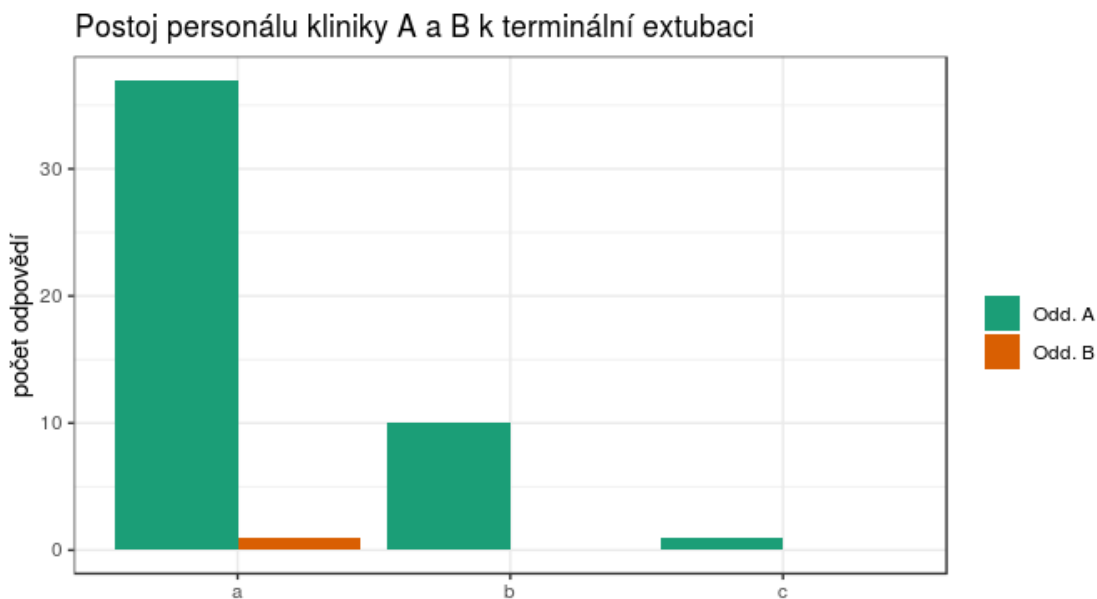
Komparace klinik: na klinice A se terminální extubace provádějí, na klinice B se terminální extubace neprovádějí.

Otázka č. 12 Pokud se na Vašem oddělení terminální extubace vykonávají, jaký k tomu zaujímáte postoj? Co si o tom myslíte?

Tabulka č. 12 Postoj personálu kliniky A a B k terminální extubaci:

	A		B		Celkem	
a) Pozitivní postoj	37	77 %	1	100 %	38	78 %
b) Negativní (nesouhlas s tímto výkonem)	10	21 %	0	0 %	10	20 %
c) Nemají zkušenost s terminální extubací (přesto, že se na odd. vykonává)	1	2 %	0	0 %	1	2 %
Celkem	48		1		49	

Graf č. 12



Komentář: Na tuto otázku mohli odpovídat pouze ti respondenti, kteří pracují na oddělení, kde se terminální extubace **vykonává**. Tedy respondenti z kliniky A. Nejvíce respondentů (37) s tímto výkonem souhlasí a nahlíží na terminální extubaci pozitivně. Deset respondentů s tímto výkonem nesouhlasí a staví se k terminální extubaci negativně, jeden respondent nemá s terminální extubací osobní zkušenost. Z druhé kliniky, respondent s osobní zkušeností uvedl, že na terminální extubaci nahlíží pozitivně (zkušenost z jiného odd.).

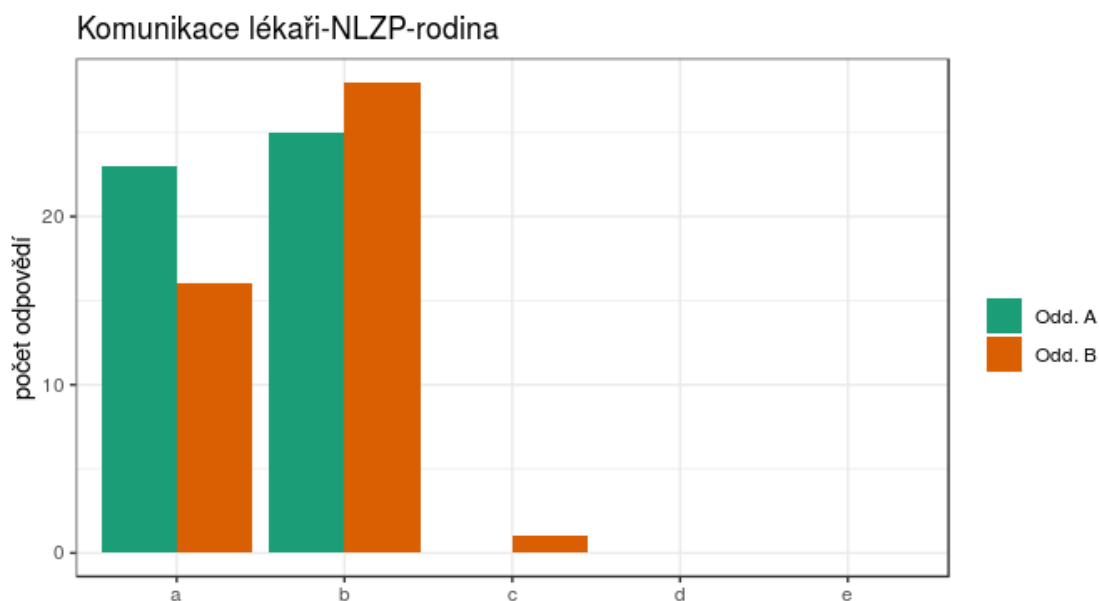
Otázka č. 13 Jak probíhá komunikace mezi zdravotním týmem a rodinou pacienta? Ohledně přechodu na paliativní péči:

Tabulka č. 13 Komunikace mezi zdravotním týmem lékaři – NLZP – rodina pacienta

- a) Lékaři opakovaně rodinu informují v plné míře, přístup je profesionální, citlivý, individuální
- b) Lékaři komunikují s rodinou, ale ne všichni lékaři mají profesionální přístup, úroveň komunikace není u všech stejná
- c) Částečné sdělování informací (jen ty zásadní)
- d) Spíše nekomunikují, jen konstatují
- e) Lékaři rodině nesdělují žádné informace týkající se budoucího zdr.vývoje a stavu pacienta

	A		B		Celkem	
a	23	48 %	16	36 %	39	42 %
b	25	52 %	28	62 %	53	57 %
c	0	0 %	1	2 %	1	1 %
d	0	0 %	0	0 %	0	0 %
e	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 13



Komentář: Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů tak, že lékaři a sestry s rodinou opakovaně komunikují, ale ne všichni mají profesionální přístup, umění komunikace není u všech pracovníků stejné (25). Druhou nejčastější odpovědí byla odpověď pozitivní, tedy že zdravotní tým opakovaně komunikuje s rodinou, sděluje informace v plné míře (lékaři), jednání s rodinou je vedeno profesionálně, citlivě s individuálním přístupem (23). Žádný z respondentů nevyužil odpověď c), d) e). Tyto odpovědi byly vedeny jen v záporné rovině. Tedy že zdravotní tým

komunikuje buď jen částečně s rodinou, nebo že informace nesděljuje, jen konstatují současný stav nemoci, žádný respondent z kliniky A neodpověděl že by na klinice nikdo informace nesdělával v žádném rozsahu. Na klinice B nejvíce respondentů využilo odpověď b) tedy že: lékaři komunikují s rodinou, ale ne všichni lékaři mají profesionální přístup, úroveň komunikace není u všech stejná. Druhou nejpočetnější skupinou tvořili respondenti s názorem pozitivním (a). Pouze jeden respondent z kliniky B onačil odpověď, že lékaři sdělují informace jen částečně tedy jen ty zásadní.

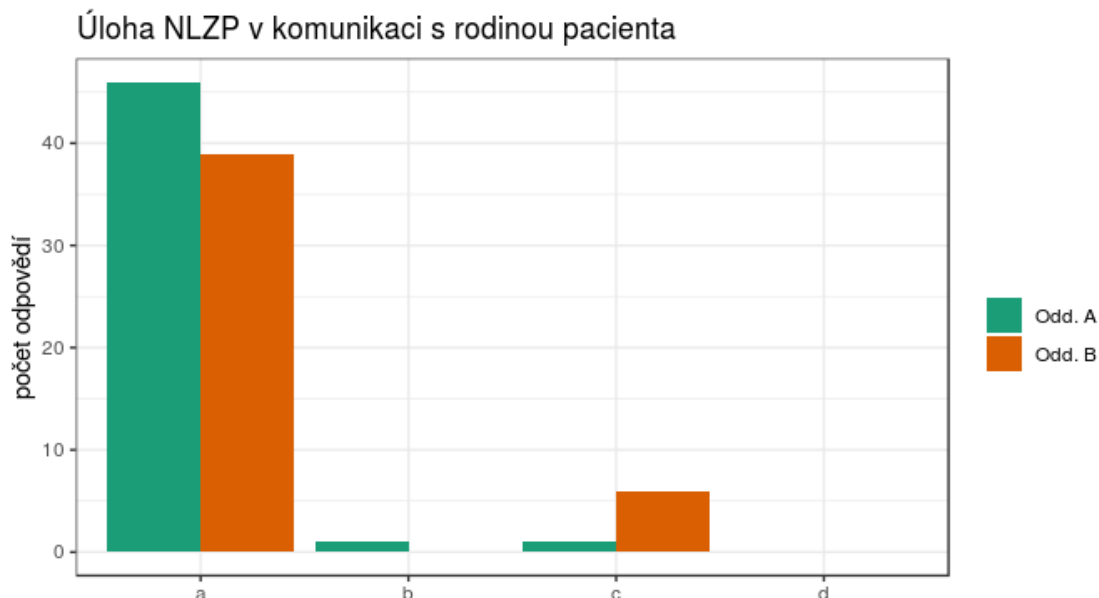
Komparace klinik: Z grafu vyplývá, že úroveň komunikace je spíše vnímána jako pozitivně vedená, přibližná shoda je na klinice A i B.

Otázka č. 14 Jakou úlohu hraje nelékařský tým v komunikaci s rodinnou pacienta?

Tabulka č. 14 Úloha nelékařského týmu v komunikaci s rodinnou pacienta

	A		B		Celkem	
a) NLZP je důležitým členem týmu	46	96 %	39	87 %	85	91 %
b) NLZP nemá žádnou roli	1	2 %	0	0 %	1	1 %
c) Neví	1	2 %	6	13 %	7	8 %
d) Jiná odpověď	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 14



Komentář: Na tuto otázku se shoduje velká část respondentů z oddělení A na faktu, že NLZP jsou důležitým členem týmu, shodují se, že hrají určitou roli v komunikaci s rodinou (46). Pouze jeden respondent odpověděl, že nelékaři nehrají žádnou roli v komunikaci s rodinou. Jeden respondent

neví, zda nelékaři hrají určitou roli v komunikaci s rodinou. Na klinice B taktéž považuje nejvíce respondentů svoji roli jako důležitou (39). Šest respondentů neví, jakou roli hraje v komunikaci s rodinnou pacienta.

Komparace klinik: V této oblasti se shodují pracovníci klinik A i B. Svoji roli považují za důležitou.

Otázka č. 15 Máte na Vašem pracovišti možnost kontaktovat paliativní tým?

Tabulka č. 15 Přítomnost paliativního týmu na klinice A / B

	A		B		Celkem	
a) ANO	37	77%	10	22%	47	51%
b) NE	0	0%	18	40%	18	19%
c) Neví, zda je v nemocnici k dispozici	11	23%	17	38%	28	30%
d) Jiná odpověď	0	0%	0	0%	0	0%
Celkem	48		45		93	

Graf č. 15



Komentář: Na klinice A 37 respondentů odpovědělo, že tuto možnost mají na klinice či v nemocnici je k dispozici paliativní tým. Jedenáct respondentů si není jisto, zda mají v nemocnici dostupný paliativní tým, žádný z respondentů na klinice A nevybral odpověď, že tuto možnost nemají, či možnost jiné odpovědi. Respondenti z oddělení B bud takovou možnost nemají, či označili odpověď, že si nejsou jisti, zda je paliativní tým možný v rámci nemocnice kontaktovat, celkem 35 respondentů. Deset respondentů z kliniky B uvedlo, že může v nemocnici kontaktovat paliativní tým.

Komparace klinik: Dle mého zjišťování, na klinice A je přítomný kompletní paliativní tým, který je možný kontaktovat v případě potřeby a funguje pro celou nemocnici. Na klinice B komplexnost paliativního týmu chybí, aktivně se o tuto problematiku zajímá jeden lékař intenzivista, který je v současnosti v atestační přípravě na paliatra. Je zde tedy logický rozdíl. Zajímavé je, že i část respondentů z kliniky A si není jistých, zda přítomnost takového týmu mají 11 respondentů.

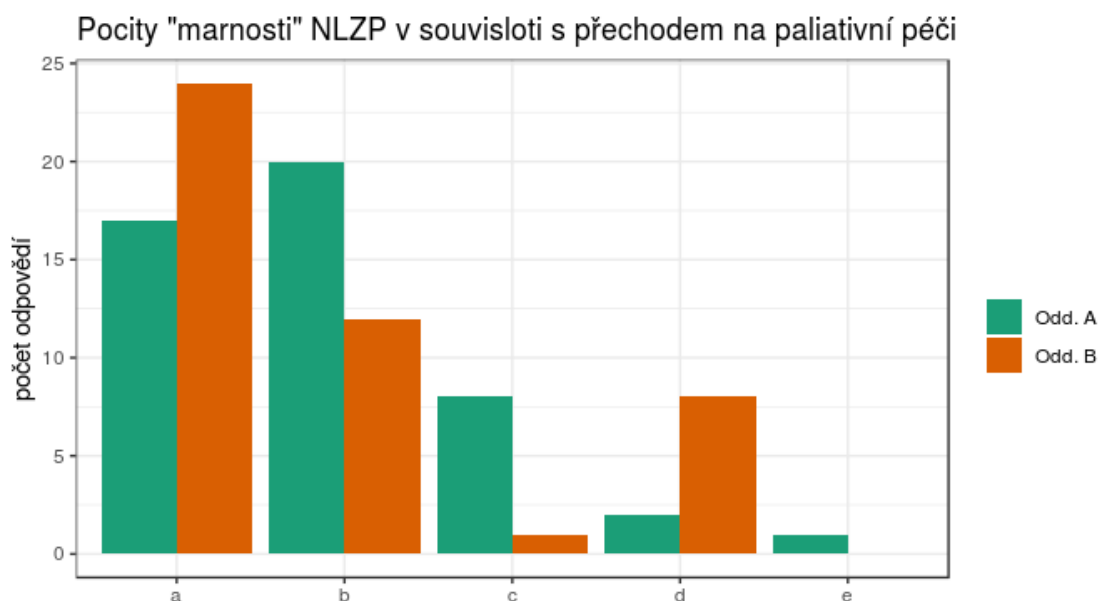
Otázka č. 16 Setkal/a jste se někdy v průběhu své praxe s pocitem, že i přes veškerou péči a léčbu která je pacientovi na Vašem odd. poskytována máte pocity „marnosti“? tzn. že nebyl včas zahájen přestup na paliativní péči? (pozn. u prothrahaných těžkých klinických stavů)

Tabulka č. 16 Pocity „marnosti“ NLZP v souvislosti s přechodem na paliativní péči

- a) ANO, často jsem se s tímto pocitem setkal/a
- b) ANO, ale pouze ve výjimečných situacích
- c) Raritně za svoji práci si vybavuji jeden, maximálně dva takové případy
- d) NE, nikdy takový pocit z práce NLZP neměl/a
- e) Nedokážu posoudit

	A		B		Celkem	
a	17	35 %	24	53 %	41	44 %
b	20	42 %	12	27 %	32	34 %
c	8	17 %	1	2 %	9	10 %
d	2	4 %	8	18 %	10	11 %
e	1	2 %	0	0 %	1	1 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 16



Komentář: Na tuto otázku odpovědělo nejvíce respondentů z kliniky A, připouští že by takový pocit měli, ale pouze ve výjimečných situacích (20). 17 respondentů tento pocit přiznává, často se s pocitem marnosti konfrontují. Osm respondentů označilo odpověď, že tento pocit zažili raritně

jen v ojedinělých případech jednou až maximálně dvakrát za svoji profesní kariéru. Dva respondenti tento pocit nikdy u sebe nezaznamenaly, jeden respondent není schopen posoudit, jestli se s pocitem marnosti setkal. Žádný respondent nevyužil jiné odpovědi. Na klinice B byla nejčastější odpověď na tuto otázku odpověď, že se s tímto pocitem setkávají (24), nebo se s pocitem marnosti setkávají ve výjimečných situacích. Osm respondentů žádný takovýto pocit neměl během svého vykonávání profese.

Komparace klinik: vyšší procento respondentů z kliniky B udává negativní pocity v souvislosti s včasným zahájením paliativní péče. Dalo se tvrdit, že tam kde koncept je nefunkční či funkční jen částečně, je personál více konfrontován s pocitem marnosti, u pacientů, kde se včas nezahájí paliativní péče. Na klinice A jsou pracovníci vyrovnanější. Pokud bychom srovnávali odpovědi c) d) v souvislosti s praxí a věkem, vychází, že takto odpovídali pracovníci nejmladší a nejmenší pracovní zkušeností

Otázka č. 17 Jste spokojený s konceptem paliativního přístupu na Vašem pracovišti?

Tabulka č. 17 Spokojenost respondentů klinik A a B s konceptem paliativního přístupu na pracovišti

- a) ANO, zcela
- b) Spíše ANO
- c) Jen částečně
- d) Spíše NE
- e) Naprosto NE
- f) Nemám možnost zhodnocení

	A		B		Celkem	
a	15	31%	2	4%	17	18%
b	31	65%	15	33%	46	49%
c	1	2 %	19	42%	20	22%
d	1	2 %	8	18%	9	10%
e	0	0 %	1	2 %	1	1 %
f	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48		45		93	

Graf č.

17



Komentář: Na klinice A je nejvíce respondentů (31) že s konceptem paliativního přístupu k nemocným je odpověděli je spíše spokojeno, odpověď b). Zcela spokojeno je 15 respondentů, jeden respondent je spokojený částečně s konceptem paliativního přístupu na pracovišti, jeden respondent není schopen zhodnocení, žádný z respondentů nevyužil jinou odpověď. Na klinice B je největší část respondentů s konceptem paliativního přístupu na oddělení spokojeno jen částečně, pouze dva respondenti z kliniky B je spokojeno zcela.

Komparace klinik: Na klinice A uvedlo nejvíce respondentů spíše spokojenost s konceptem, který je nastavený na jejich oddělení. Oproti klinice B, kde je náhled na koncept na pracovišti spíše negativní, či jen částečně uspokojivý (jako nejpozitivnější odpověď).

Otázka č. 18 Návrhy na zlepšení situace na klinice A

Tato otázka byla zcela otevřená. V této otázce byl poskytnut prostor pro názory personálu. Chtěla jsem se dozvědět které konkrétní kroky by si zaměstnanci přáli udělat na svém oddělení. Které změnit je potřeba udělat v oblasti paliativní. Bohužel ochota a počet odpovědí nebyla velká, tudíž graficky velmi obtížně zpracovatelná. Přesto se mi podařilo získat alespoň pár názoru na zlepšení situace na pracovišti:

Názory respondentů z kliniky A

- Dva respondenti uvedli, že by bylo vhodné mít samostatný box určený výhradně pro pacienty v paliativní péči tento box, místnost, prostor, by byl přístupný pro rodinu a blízké osoby i v noci.
- Čtyři respondenti uvedli, že zásadní je včasné rozhodnutí o přechodu na paliativní péči
- Pět respondentů zdůraznilo, možnost vyjádření se k přechodu terapie, shodně napsali, že by si přáli, aby byli vyslyšeni od kolegů lékařů.
- Čtyři respondenti uvedli, že by bylo vhodné, aby i lékaři byli edukováni (či prošli základním kurzem) v komunikaci.
- Tři respondenti by si přáli, aby byli přítomni při rozhovoru s rodinou (když je sdělována změna terapie).

Názory respondentů z kliniky B

- Nejvíce respondentů vyjádřilo prosbu: více lidského přístupů od lékařů (celkem pět respondentů).
- Čtyři respondenti poukázali na problematiku komunikace mezi lékaři a zmínili osobní zodpovědnost lékařů.
- Pět respondentů uvedlo že by bylo potřeba zlepšit komunikaci mezi NLZP a lékaři.

Otázka č. 19 Máte možnost (v rámci pracoviště) se dostatečně vzdělat v oblasti paliativní péče?
(semináře, přednášky, workshopy apod.)

Tabulka č. 19 Možnost dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče

	A		B		Celkem	
a) ANO	30	62 %	23	51 %	53	57 %
b) NE	8	17 %	9	20 %	17	18 %
c) Neví, zda mají možnost se vzdělat	10	21 %	13	29 %	23	25 %
d) Jiná odpověď	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Celkem	48		45		93	

Graf č. 19



Komentář: Na tuto otázku nejvíce respondentů z kliniky A odpovědělo kladně (30), tedy že mají možnost dalšího vzdělání v oblasti paliativní péče. Deset respondentů odpovědělo, že neví, zda mají možnost na pracovišti se dále vzdělávat. Osm respondentů si myslí, že tuto možnost nemají, pokud mají zájem o další vzdělávání je to jejich mimopracovní soukromá aktivita, žádný respondent neoznačil jinou odpověď. Na klinice B vnímá nejvíce respondentů, že mají možnost vzdělávání v oblasti paliativní péče. Druhá nejpočetnější skupina uvádí, že neví, zda má možnost vzdělávat se v oblasti paliativní péče, devět respondentů uvádí, že takovou možnost na pracovišti nemá.

Komparace klinik: Na oblast dostupnosti a možnosti vzdělávání se v této problematice jsou lépe respondenti z kliniky A. Relativně shodný počet respondentů z obou klinik, si není jistá, zda tuto možnost má.

5. Diskuse

Mezi hlavními cíli této práce bylo poukázat na důležitost a nutnost paliativního přístupu k nemocným v prostředí intenzivní péče. Konkrétně jsem se zaměřila na specializovanou paliativní péči. Výzkumné šetření potvrdilo, že NLZP na klinice A i B nahlíží na potřebu provádění paliativní péče a shodně pozitivní postoj k ní zaujímá 96 % respondentů (otázka č. 7). Tento jev potvrzuje i studie o významu týmové spolupráce při ošetřování nemocných v paliativní péči. 82 % zdravotníků je rozhodně pro zapojení nejen zdravotníků ale i psychologa. (Sten/Mark 2015). V otázce č. 15 jsem se respondentů dotazovala, zda mají na pracovišti možnost kontaktovat paliativní tým. Standardně nebývá paliativní tým součástí klinik intenzivní medicíny, u nás je ale praxe taková, že interdisciplinární komplexní paliativní tým je přítomen v rámci nemocnice, je k dispozici tedy všem klinikám a oddělením. Paliativní tým je připraven pomáhat všem pacientům a rodinám, a tudíž není jeho činnost není vyhrazena pouze pro lůžka intenzivní medicíny. Z mého dotazníkového šetření vyplynulo, že možnost kontaktovat paliativní tým má na klinice A 77 % respondentů, na klinice B paliativní tým není vůbec vybudovaný. V roce 2013 proběhla studie, kdy se dotazovali lékařů, zda by se jim lépe pracovalo, kdyby mohli využít paliativního konsilia. 58 % respondentů (lékařů a NLZP) odpovědělo rozhodně ano, 35 % spíše ano (Sten /Mark 2013). Tedy potřeba paliativního týmu jako součást nemocnice je nezpochybnitelná. V otázce č. 10 jsem se respondentů dotazovala, zda mají při rozhodování o přechodu na paliativní péči možnost alespoň nějaké participace na rozhodnutí společně s lékařským týmem. Lepší výsledky vykazovali respondenti z kliniky A. Pozitivně se vyjádřilo k této problematice 54 % respondentů. Studie, kterou provedl rakouský lékař Andreas Valentin potvrzuje fakt, že ošetrovatelský personál získává určité zvláštní postavení v zdravotnickém týmu, pokud se jedná o přechod či ukončení léčby. Poukazuje na důležitost tzv. interdisciplinární komunikace lékaře a NLZP (Valentin et al. 2006). K tématu participace o rozhodování přechodu na paliativní péče uvedu ještě jeden výsledek, který vzešel z celorepublikového šetření agentury Sten/Mark. I když názory lékařů v souvislosti s názorem a náhledem laické veřejnosti nejsou dílčím předmětem této diplomové práce, uvedu data, která vzešla od lékařů, v souvislosti s rozhodováním o léčbě. 78 % lékařů uvádí, že by bylo optimální, kdyby byla možnost rozhodnout se o dalším vývoji léčby společně s pacientem. Jen 15 % lékařů uvádí, že by otázku rozhodnutí se přenechali pouze na pacientovi (Sten/Mark 2015). Zde je jasně patrné a data potvrzují, že jeden z rozhodujících aspektů poskytování správné paliativní péče je komunikace. S rodinou pacienta, s ošetrovatelským týmem, samozřejmě je velmi důležitá komunikace s pacientem, ale pokud přeneseme paliativní péči do oblasti intenzivní medicíny, je zde velké procento nemocných, kteří nejsou schopni vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu komunikovat, či vyjádřit postoj k dalšímu postupu v léčbě. V otázce č. 16 jsem se respondentů ptala, jaké pocity mají spojené s paliativní péčí, respektive se situací, kdy paliativní péče není zahájena včas. Pozitivnější odpovědi vzešly od respondentů z kliniky A tedy z kliniky, kde je nastaven koncept paliativní péče a kde je přítomen v nemocnici paliativní tým. Respondenti z kliniky B by se tedy dali považovat za více ohroženou skupinu v souvislosti se vznikem missed care nursing, či syndromem vyhoření. Pokud by koncept paliativní péče nefungoval bylo by velmi pravděpodobné, že nelékařský kolektiv může být zasažen tzv. missed care nursing – chybějící péče, která může vyústit k syndromu vyhoření. Toto potvrzuje M.D. Valentin, kdy poukazuje na fakt, že ošetrovatelský personál, a to jak NLZP, tak i lékaři, jsou velmi citliví na otázku smysluplnosti intenzivní péče, svého počínání. Především NLZP očekávají neprodlužování utrpení pacienta (Valentin et al. 2008). Názory na terminální extubaci byly zjišťovány pouze z prostředí jedné komparované kliniky, z druhé kliniky měl

zkušenost s terminální extubací pouze jeden z dotazovaných respondentů což snižovalo potřebnou validitu odpovědi. Pozitivní postoj k terminální extubaci zaujímají respondenti z kliniky A, a to v 77%, 21 % respondentů z této kliniky ale nahlíží na tento výkon stále negativně. Terminální extubace byla jednou z podmínek studie DePPaRT. K tomu, aby se tato studie mohla na klinice provést, se rozhodli lékaři uskutečnit malé výzkumné šetření jen mezi nelékařským personálem (lékařský personál byl v konsensu s výkonem). První výsledky, které získaly byly z velké části negativní (Waldauf et al. 2018). Dnes je ale postoj k terminální extubaci pozitivní. Podle mého názoru a osobní zkušenosti, právě tento výkon souvisí s praxí a praktickým nácvikem. Pokud jsou dodržena pravidla jak ze strany správně podané farmakologické léčby, tak především s připraveností rodiny tzn. vysvětlit rodině co bude následovat, jsou názory a vnímání terminální extubace pozitivní. Na nedostatečnou znalost problematiky spojenou s terminální extubací poukazuje i studie z roku 2016 vedená Cottereau M.D. publikovaná v *Intensive care Medicine*. Výsledky z této studie uvádějí, že lékaři a sestry nemají žádnou zkušenost s terminální extubací v 31% (n=451). Studie ještě navíc rozlišovala terminální extubaci (TE) a terminální weaning (TW). Terminální extubaci by preferovalo 21 % respondentů pro terminální weaning je 18 % respondentů (Cottereau et al. 2016). I přesto, že bylo dotazníkové šetření určeno především NLZP na klinice A o něj měli zájem i lékaři. Nakonec jich kompletně dotazník vyplnilo osm. Jde sice o velmi malý vzorek respondentů, každopádně jsou jejich názory zajímavé. Když jsem kontrolovala jejich odpovědi v kontrastu s výsledky získané od NLZP byl zásadní rozdíl ve vnímání konceptu paliativní péče. Lékaři sice tvořili malý vzorek, ale lékařští respondenti byli zkušení, atestovaní lékaři, kteří na klinice A pracují v nastaveném konceptu paliativní péče a mají celkovou praxi minimálně 10 let. Jejich odpovědi byly jednoznačně pozitivní, shoda byla ve 100 %. Signifikantní jsou jejich odpovědi na otázky č.: 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17. Z vyhodnocení těchto odpovědí vzešel od lékařů konsensus a jejich pohled na koncept paliativní péči, který vnímají jako funkční a znají odborná doporučení (otázka č. 8). Všichni lékaři také vnímají pozitivně funkčnost konceptu paliativní péče (otázka č. 9). Také potvrdily participaci s NLZP při rozhodování o změně v přístupu léčby u pacienta, přesto 45 % respondentů NLZP z kliniky A uvedlo, že tuto možnost nemá, či ji má ale lékaři prý jejich názory nereflektují. Všichni lékaři jsou také ve 100 % shodě ohledně postojů k terminální extubaci a souhlasí s ní, na rozdíl od NLZP, kdy s tímto výkonem nesouhlasí 21 % respondentů. Na otázku č. 13, která se týká komunikace mezi lékaři, NLZP a rodinou odpovídají svorně, že opakovaně informují rodinu v plné míře, jejich přístup je citlivý a individualizovaný ke každému pacientovi. Z výsledku, které vzešly od lékařů by se tedy dalo tvrdit, že tak jak je v současné době nastavený koncept paliativní péče na klinice A je tento stav ideální. Rozdíl vnímání mezi sestrami a zdravotnickými záchranáři není znatelný, ale rozdíl mezi lékaři a NLZP patrný je. Vnímání lékařů si vysvětlují z jejich nadřazené pozice, jsou to oni, kdo má konečnou zodpovědnost za nastavenou léčbu pacienta. Je určitě dobrým faktorem, že jsou lékaři spokojeni s nastaveným paliativním přístupem na svém pracovišti. Vidím zde ale určitý prostor pro zlepšení tak, aby ho ve velké míře viděl a pociťoval i nelékařský personál. Na otevřenou otázku č. 18 jsem zaznamenala prosbu či výtku od respondentů, že by si přáli pro pacienty v paliativní péči dostatek soukromí, nejlépe aby byl zřízen na oddělení „paliativní box“ tedy místnost nebo prostor pro pacienta, a především pro jeho rodinu. Respondenti poukázali na problém, který je na většině intenzivních oddělení přítomen, a kterým je shon, vysoká míra stresujících podnětů, audiální hluk alarmů, hlasitá komunikace personálu apod. Pro sdělování nepříznivých zpráv, či pouhé doprovázení pacienta, by byl vhodný takový prostor, ve kterém by měla rodina s pacientem potřebné soukromí. Výsledky studie z celorepublikového šetření Sten/Mark z roku 2015 potvrzují, že v nemocnici právě takováto místa pro sdělování vážných zpráv

chybí. Přitom by je uvítalo 85 % respondentů z řad zdravotníků. K tomu, aby mohl vzniknout kompletní paliativní tým je zapotřebí velké úsilí vedení nemocnice. Uvědomuji si, že vznik kompletního paliativního týmu v nemocnici je velmi obtížné. Je to proces náročný po stránce finanční, časové ale i personální. Záleží především na vyšším vedení nemocnice, aby měla zájem o vytvoření takové toho týmu. Proto jako mimořádně vhodné se jeví vybudování pozice krizového intervenanta. Vzdělání a roli intervenanta zmiňuji v kapitole 2.4. Komunikace. Výhody intervenanta na intenzivním oddělení popíši v několika bodech. Krizovým interventem se nemusí stát pouze lékař, tento kurz může absolvovat i nelékařský pracovník. Ve většině případů má o tento mimořádný výcvik zájem právě zaměstnanec pracující na intenzivním oddělení. Člověk, který zná dobře své pracovní prostředí. Tento pracovník tedy velmi efektivně přenesení získané informace do pracovního prostředí a může lépe intervenovat přímo na svém pracovišti s pacienty, rodinou nemocného. Tento mimořádný výcvik je náročný. Kurz je zaměřen nejen na to, aby účastníci získali příslušné informace v oblasti psychologie a komunikace. Je také veden velmi prakticky, účastníci kurzu mezi sebou hrají se různé scénky, fiktivních scénářů. Jedná se o nejtěžší životní situace, s kterými se člověk může setkat, například úmrtí dítěte při autonehodě, resuscitace svého blízkého člena rodiny apod. Na kurzu se intervenanti naučí i mimo komunikační dovednosti například ovládání výšky hlasu, doba fyzické přítomnosti, doteky rukou apod. I přesto, že je kurz náročný vnímám ho jako mimořádně přínosný pro kolegy pracující na resuscitačních odděleních. V konečném důsledku je kurz v porovnání s budováním paliativního týmu levný, rychlý a okamžitě aplikovatelný do praxe. Pozici intervenanta neuvádím jako náhradní řešení paliativního týmu, spíše jako jednu z možností, jak nastavit koncept paliativního přístupu k nemocnému a jeho rodině. Pokud je zdravotní sestra či zdravotnický záchranář zároveň interventem může efektivněji vést komunikaci na oddělení při vypjatých situacích. Možnost pro vznik pozice krizového intervenanta vnímám jako vhodný prvek do prostředí intenzivní péče.

6. Závěr

Paliativní péče je nedílnou součástí intenzivního prostředí, a i když se i v dnešní době najdou lékaři, kteří se na paliativní přístup dívají svrchovaně, význam toho přístupu k nemocným je velmi důležitý, a to nejen pro pacienty, ale také pro jejich rodiny a v konečném důsledku i pro personál samotný. Z dotazníků vyplynulo, že v prostředí intenzivní péče, kde je přítomen paliativní tým, a především kde je nastavený koncept paliativní péče, jsou zaměstnanci spokojenější a vyrovnanější, nahlíží na koncept paliativní péče na svém pracovišti pozitivněji. Do paliativní péče je zařazena i terminální extubace. Za svoji pracovní kariéru jsem se s terminální extubací několikrát setkala. Musím konstatovat, že v počátku uvedení této praxe do klinické praxe, panovaly na klinice různé názory, a negativní pohled na tento výkon. Ostatně toto tvrzení je doloženo výzkumným šetřením, který provedl lékařský tým, aby zjistil názor nelékařského pohledu na terminální extubaci a to v návaznosti na studii DePPaRT, která byla prováděna na klinice. Na začátku uvedení terminální extubace do praxe panoval k tomuto výkonu velmi negativní postoj. Z mého výzkumného šetření v současné době ale na tento výkon nahlíží pozitivně 77 % zaměstnanců kliniky A. Z výzkumného šetření také vyplynulo, shodně na obou klinikách, že se NLZP cítí být součástí ošetrovatelského týmu s lékaři, a že hrají důležitou roli v komunikaci s rodinnou pacienta. I přesto, že nemohou sdělovat lékařské informace či prognózy. S pohledem na funkčnost celého konceptu a na přístup lékařů na oddělení k paliativní péči je mezi respondenty patrný výrazný rozdíl. Tam kde je koncept terminální extubace nastaven, ho vnímají NLZP funkční ve více jak 56 %. Tam kde je koncept na začátku svého fungování a kde se neprovádějí terminální extubace, jsou zaměstnanci v 60 % nespokojení. Mohlo by se tedy zdát, že pokud je k nelékařskému personálu přístupováno jako k partnerovi v spolurozhodování, budou mít i NLZP pozitivnější postoj k poskytování paliativní péče.

S mojí pracovní i osobní zkušenosti vím, jak náročné je povolání zdravotní sestry na intenzivním oddělení. Zejména psychicky náročná je péče o pacienta v paliativní péči. Pokud budou lékaři ale i nelékařští pracovníci ve vedoucích pozicích (staniční sestry, vrchní sestra), nakloněny k provádění paliativní péče, je zde velká šance pro zlepšení podmínek fungování paliativní péče na lůžkách intenzivní péče. Měl by být poskytnut prostor pro NLZP v oblasti vzdělání paliativní péče, tzn. aby zaměstnanci měli možnost v rámci zaměstnání se zúčastnit kurzu či přednášek, které se věnují této problematice. Zde se jako nejvhodnější nástroj jeví již zmiňovaný kurz krizové intervence.

Cíl mojí diplomové práce byl splněn. Chtěla jsem se dozvědět názory nelékařského personálu na paliativní péči, kterou poskytují a poukázat na to, že paliativní péče jednoznačně patří do intenzivního prostředí. Tam kde je přítomný paliativní tým, či jsou vedením kliniky nastaveny pravidla pro poskytování paliativní péče jako je komunikace s nelékařským personálem, specifická komunikace s rodinnou nemocného, je personál méně frustrovaný v souvislosti s péčí o pacienty, v nejtěžších stavech, potencionálními dárci orgánu apod.

Nelékařský personál působící na lůžkách intenzivní péče je často vysokoškolsky vzdělaný s příslušnou specializací v oboru a relativně mladý. Pokud budeme chtít, aby na intenzivních odděleních pracoval personál, který bude nejen vzdělaný po medicínské stránce ale bude komplexním profesionálem v oboru je důležité podporovat vzdělávání personálu v oblasti paliativní péče. Doporučení pro praxi je věnovat se oblasti paliativní péče a podporovat zaměstnance v účastech na odborných seminářích. Na vedení klinik je pak úvaha nad potřebami pacientů a rodin

pro vznik kompletního paliativního týmu k čemuž by mohla pomoci například metoda Human centred research. Jako vhodné bych doporučovala malou prezentaci o konceptu paliativní medicíny, nastavenou na příslušnou kliniku intenzivní péče. Tedy shrnout podstatu principu paliativní péče, jak může paliativní péče ulehčit práci zdravotnímu týmu na ICU.

Seznam použité literatury

1. SLÁMA, Ondřej. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba bolesti*, [online] 2012,5.1:10-12 [cit. 2019-9-21], Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>
2. GŘIVA, Martin. et al. Paliativní péče v kardiologii. Praha: Triton,2014. ISBN 978-80-7553-481-1
3. SLÁMA ,Ondřej. et al. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén,2012. ISBN 978-80-7262-849-0
4. GŘIVA, Martin. et al., *Palliative care in cardiology*, Cor et Vasa 57 (2015) e39-e44 [online], Dostupné z: <http://scinedirect.com/sciece/article/pii/S0010865014001003>
5. MCNAMARE, Beverley et al., A method for defining and estimating the palliative care population [online]. Elsevier 32 (2006) e5-e15 [cit.2019-11-21], Dostupné z: <https://www.scinedirect.com/sciece/article/abs/pii/S0885292406002508>
6. ETKIND. Noah Simon, Palliative Care to significantly increase by 2040. King'S College, London, [online]. 2017. [cit. 2019-09-20]. Dostupné z: <https://www.kcl.ac.uk/news/spotlight-article?id=c3f3b229-bbba-46e4-be20-a07da0d9a89a>
7. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti: Uvažování a rozhodování o závěru života. *Umírání.cz* [online] Praha: Cesta domu, 2015 [cit. 2019-09-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/data#uvazovani-rozhodovani>
8. Nejnovější data o postojích veřejnosti k umírání a smrti: Povědomí o paliativní péči. *Umírání.cz* [online] Praha: Cesty domů, 2013 [cit.2019-1-12]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/data#komunikace>
9. STEN/MARK, *Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k u umírání a smrti*, [online]. Praha:2015, [cit.2019-09-21]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/data>
10. KABELKA, Ladislav et al. *Paliativní péče v České republice 2016 situační analýza*, ČLSJ J.E.P. [online], Praha:2016 [cit. 2019-09-21]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
11. Doporučení Světové zdravotnické asociace (WHA) 67.19. [online] *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course*. [cit.2019-09-21]. Dostupné z: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js21454zh/>
12. Doporučení Evropské asociace paliativní péče pro tvorbu pregraduálního vzdělávacího programu v paliativní medicíně na lékařských fakultách v Evropě. EAPC 2013, ISBN: 978-88-902961-9-2
13. Smíme vše, co umíme? Biotechnologie v medicíně, Městská knihovna v Praze, český rozhlas, Praha 2006, Dostupné z: www.rozhlas/radionaprani/archiv/?p_po=3057
14. Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. In: Česká společnost intenzivní medicíny [online]. Praha: ČSIM, 2018,[cit.2019-09-22].Dostupné z: <http://www.csim.cz/dokument/#categories:path=doporucene-postupy>
15. Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. *Aktuality v nefrologii*. 2010. 16.2,s.68-71.ISSN 1210-955X

16. PTÁČEK, Radek et al. Eutanazie pro a proti. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-5339-6
17. BUŽGOVÁ, Radka. Etika ve zdravotnictví. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-501-0
18. RADBRUCH, Lukas et al. Board members of EAPC: Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care.[online] *Palliative medicine*, 2016,30,p.104-116.[cit.2019-12-4] Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/026921631561524>
19. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: (zákon o zdravotních službách). In: Sbírka zákonů. Praha: Ministerstvo vnitra, 2011, roč. 2011. částka 131, č. 372. [online] Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=372/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
20. VALENTIN, Andreas et al., Recommendations on Therapy Limitation and Therapy Discontinuation in Intensive Care Units: Consensus Paper of the Austrian Association of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med.* 2008;34:771-776
21. QUILL, Timothy E., ABERNETY Amy P. Generalist plus Specialist Palliative Care-creating a More Sustainable Model. *New England Journal of Medicine*, 2013, 368(13), p.1173-1175. <https://doi.org/doi:10.1056/NEJMp1215620>
22. SUDORE, Rebecca L., FRIED, Terry R. : Redefining the „Planning“ in Advance Care Planning: Preparing for End-of-Life Decision Making. *Annals of Internal Medicine*, 2010, 153(4), p.256-261. <https://doi.org/10.1059/0003-4819-153-4-201008170-00008>
23. BUITING, Hilde M. et al. : No increase in demand for euthanasia following request was increasing before implementation but declined subsequently. *Evidence-Based Medicine*, 15(5), 159-160. <https://doi.org/10.1136/ebm1089>
24. MATERSTVEDT, Johan Lars et al., Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine*, 2003, 17, p.97-101
25. SCHMIDT, Matouš et al. První klinické zkušenosti s dárcovstvím orgánů po nezvratné zástavě oběhu – kasuistika, *Anesteziologie & intenzivní medicína*, Praha: 2014. roč. 25, č. 4, s 296-300
26. WOJCIECH, Polak. Orgánové transplantace od dárců se selháním oběhu, *Časopis lékařů českých*, Praha: 2017. 156 č. 7 s 370-373
27. RUSINOVÁ, Kateřina et al. Odběr orgánů od dárce zemřelého v důsledku nevratné zástavy oběhu- kazuistika a přehled problematiky, *Anesteziologie & intenzivní medicína*, Praha: 2014. 25, č. 4 s. 301-306
28. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon, kterým se mění zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In: Sbírka zákonů. Praha: Ministerstvo vnitra, 2019, roč. 2019. částka 44, č. 97. Dostupné z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=97/2019&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
29. LAJKEP, Tomáš. Islám a lékařská etika. *Zdravotnické noviny*, Praha: Charles Pallandt, 2001, 50.(44), 20-21. ISSN 0044-1996
30. YU, Miahae. Living, not existing, beyond critical care. *Critical care medicine*, 2001. 29(8), s. 1640-1641
31. KOMPANJE, E.J.O. et al., Anticipation of distress after discontinuation of mechanical ventilation in the ICU at the end of life [online]. *Intensive Care Medicine*. 2008. 34(9), 1593-

- 1599,[cit.2019-11-3] Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC25517089>
32. ČERNÝ, Vladimír. et al., Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2009, 20(4), 218-221.ISSN 1214-2158
33. DRÁBKOVÁ, Jarmila. Základní léčba – jednorázové nebo postupné rozhodnutí? *Česká lékařská společnost J.E.Purkyně*. 2000.11,3-6.ISSN 0862-4968
34. ŠEVČÍK, Pavel. Rozhodování na konci života v prostředí intenzivní medicíny, [online].Lékařská fakulta-Masarykova univerzita, fakultní nemocnice Brno, Brno.[cit.2019-10-30]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/rozhodovani-na-konci-zivota-v-intenzivni-medicine-p-sevcik.pdf>
35. WALDAUF, Petr et al., Soucitná péče z pohledu sestry na resuscitačním oddělení [online].2018.[cit.2019-09-24]. Dostupné z: http://www.kar-fnkv.cz/soucitna_pece.pdf
36. HUMPL, Lukáš. garant systému psychosociální intervenční služby ve zdravotnictví (SPIS),[online].[cit.2019-11-23]. Dostupné z: <http://www.spis.cz>
37. SANCHINI, Virginia et al., The withholding/withdrawing distinction in the end-of-life debate, [online].*Multidiscip respir Medicine*.2014;9(1):13, doi:10.1186/2049-6958-9-13,[cit 2019-10-10]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3978132/>
38. ČERNÁ-PAŘÍZKOVÁ, Renata. Terminální weaning, *Anesteziologie & intenzivní medicína*, 2010.21(6),372-373
39. KOLÁŘOVÁ, Zdenka, Paliativní medicína je jediný obor, kterým se lékař neuziví ani po atestaci. *Medical Tribute*.2017.13(19)A8
40. LOUČKA, Martin. et al., Lekaři se učí, jak sdělovat špatné zprávy pacientům, *Medical tribute*. 2017.13(23)C2
41. ČESKÁ REPUBLIKA, Ministerstvo zahraničních věcí, Základní informace o OECD, [online], [cit.2019-09-24], Dostupné z: https://www,mzv/oecd.paris/cz/zakladni_informace_o_oecd/index.html
42. SOCHOR, Marek. Et al., Časná integrace paliativní péče do standardní onkologické péče-benefit, limitace, bariéry a druhy paliativní péče, *Klinická Onkologie*.2015;28(3):171-176
43. SALINS, Naveen et al. Integration of Early Specialist Palliative Crae in Cancer Care and Patient related OUTcomes: A Critical Review of Evidence, *Indian J Palliative Care*. 2016;22(3):252-7doi:10.4103/0973-1075.185028
44. SCHMIDT, Matouš et al. Identifikace potencionálních dárců orgánů po nevratné zástavě oběhu na pracovišti intenzivní medicíny. *Anesteziologie & intenzivní medicína*.2012;23(6):295-299
45. ASCHERMANOVÁ, Alexandra., BARKMANOVÁ, Jaroslava., Paliativní seminář PragueONCO 2015. 2015;(5)1.24-26
46. ČERNÁ-PAŘÍZKOVÁ, Renata. Paliativní léčba v intenzivní medicíně, *Intervenční a akutní kardiologie*, 2011;10(Supl.B)15-17
47. *Centrum vzdělání všem* [online]. JCMM,z.s.p.o ©, 2019 [cit. 2019-10-9]. Dostupné z: <https://vzdelavanivsem.cz/databaze-kurzu/kurz/10681-specificka-osetrovatelska-pece-v-paliativni-peci>
48. *Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů* [online]. NCO NZO © 2019, [cit. 2019-10-9]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/cs/specificke-komunikacni-dovednosti-v-paliativni-peci-820-1602019>

49. WHO, World Health Organization, WHO Definition of Palliative Care [online].2019, [cit. 2019-26-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
50. METZNEROVÁ, Monika., ZÍTKOVÁ, Marie. Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny. *Anesteziologie a Intenzivní medicína*, 29,2018,(5):269-274
51. Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny.Konsensuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním [online].2009 [cit.2019-26-10]; Dostupné z: <http://csarim.cz/storage/app/media/Doporucene%20postupy%20a%20stanoviska%20CSARIM/ks/20k20poskytovani20paliativni20pece20u20nemocnych20s20nezvratnym20organovym20selhanim2009.pdf>
52. Česká lékařská komora. Doporučení představenstva ČLK č.1 /2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli [online].2010 [cit.2019-26-10]; Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/doporuceni-predstavenstva-clk-227.html>
53. RHODES, Adam et al. Surviving Sepsis Campaign:International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock.*Intensive Care Med*.2016;43:304-377
54. O'CONNOR.Margaret,SANCHIA.Aranda, Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha:Grada Publishing.2005 ISBN 80-247-1295-4
55. PAVLICOVÁ, Petra. Paliativní péče na anesteziologicko resuscitačním oddělení z pohledu sestry. Bakalářská práce, Masarykova Univerzita, Brno [online].2015[cit 2019-26-10]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/>
56. ČESKÁ REPUBLIKA, Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) In: Sbíрка zákonů. Praha: Ministerstvo vnitra, 2011, roč.2011.částka 131,s. 4730.Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=372&r=2011>
57. KUTNOHORSKÁ, Jana. Výzkum v ošetrovatelství. Praha:Grada, 2009.Sestra, ISBN 978-80-247-2713-4
58. SPRUNG, Charles. et al., *End-of-life Practices in European Intensive Care Units, The Ethicus Study*. JAMA, 2003;290(6):790-797
59. PRENDERGAST, Thomas. et al., A National SURvey of End-of-life Care for Critically ill Patients. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 1998,158.4:1163-1167
60. ESTEBAN, Andrés, et al.,Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a spanish prospektive multi-centre observational study. *Intensive care medicine*, 2001,27:111744-1749
61. AZOULEY, Elie. et al., Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Critical care medicine*, 2000,28.8:3044-3049
62. WILSON, William. et al., Ordering and Administration of Sedatives and Analgesics during the Withholding and Withdrawal of life Support from Critically ill Patients. *JAMA*,1992:267:949-953
63. KUŘE, Josef. et al., Kapitoly z lékařské etiky, Brno,2010.ISBN 978-80-2105-951-1
64. ČESKÁ REPUBLIKA, Vzdělávací program nástavbového oboru paliativní medicína, [cit. 2019-26-11],Věstník 2011,(5), [online], Dostupné z: [Paliativn%c3%ad_medic%c3%adna_V%c4%9bstn%c3%adk_2011_%c4%8d%c3%a1stka_5_Kv%c4%9bten_2011.pdf](http://www.msvr.cz/obor/Paliativn%c3%ad_medic%c3%adna_V%c4%9bstn%c3%adk_2011_%c4%8d%c3%a1stka_5_Kv%c4%9bten_2011.pdf)

65. KOPECKÝ, Ondřej., RUSINOVÁ, Kateřina. Limitace péče a etické právní zázemí, [online]. Centrum podpůrné a paliativní péče VFN Praha, [cit 2019-27-11]. Dostupné z: <https://konference.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/materialy/31.pdf>
66. Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Zahlen und Fakten [online], 2018. Berlin [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: http://www.dhpv.de/service_zahlen-fakten.html
67. Ich will Pflege: Palliativpflege heute: Bedeutung, Ziele & Aufgaben - Pflege 2017 [online], 2017. [cit. 2019-11-30]. Dostupné z: <http://www.ichwillpflege.de/palliativpflege/>
68. SCHINDLER, Thomas. Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2006, 49.11: 1077-1086.
69. COTTEREAU, Alice, et al. ICU physicians' and nurses' perceptions of terminal extubation and terminal weaning: a self-questionnaire study. *Intensive care medicine*, 2016, 42.8: 1248-1257.
70. RADBUCH Lucas et al., Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě [online]. Cesta domu: 2010, [cit.2019-3.12], Dostupné z: https://cestadomu.cz/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospocove_a_palitivni_pece-v-evrope_pdf

Seznam zkratk

ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
DCD	Donors after cardiac death
DBD	Donors after brain death
DNE	Do not escalate
DNAR	Do no attempt resuscitation
DNR	Do nor resucitate
COPD	Chronic obstruktive pulmonary disease
CRRT	Continuous Renal Replacement Therapy
EAPC	European Association for Palliative Care
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium
EBP	Evidence based medicine
EPC	Early Integration of Palliative care
IAHPC	International Association for Hospice & Palliative care
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
ICU	Intensice care unit
KST	Koordinační středisko transplantací
FN	Fakultní nemocnice
ČLK	Česká lékařská komora
ČSIM	Česká společnost intenzivní medicíny
ČLS J.E. P	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
MZV	Ministerstvo zahraničních věcí
M.D.	Medicine doctor
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných

NLZP	Nelékařská zdravotnická povolání
ČR	Česká republika
RES	Resuscitační oddělení
SPIS	Systém psychosociální intervenční služby
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice
FNKV	fakultní nemocnice Královské Vinohrady
QOL	Quality of life
OECD	Organisation fo Economic Co-operation and Development
WHO	World Healht Organisation
PEEP	Positive end expiration pressure
č.	číslo
Sb.	Sbírka
Apod.	a podobně
Tzn.	To znamená
TE	Terminal extubation, terminální extubace
TW	Terminal weaning, terminální odpojování
Tj.	To jest
Popř.	Popřípadě
Pozn.	Poznámka

Seznam grafů

Graf X: Celková distribuce a návratnost dotazníků

Graf č.1 Pohlaví respondentů

Graf č. 2 Pracovní pozice respondentů

Graf č. 3 Délka pracovní zkušenosti

Graf č. 4 Věk respondentů

Graf č. 5 Vzdělání respondentů

Graf č. 6 Absolvování specializace v intenzivní medicíně

Graf č. 7 Postoj k paliativnímu přístupu

Graf č. 8 Znalost odborných Doporučení

Graf č. 9 Funkčnost paliativního konceptu

Graf č. 10 Participace NLZP na rozhodnutí o změně léčby

Graf č. 11 Terminální extubace

Graf č. 12 Postoj personálu kliniky A a B k terminální extubaci:

Graf č. 13 Komunikace lékaři – NLZP – rodina

Graf č. 14 Úloha nelékařského týmu v komunikaci s rodinnou pacienta

Graf č. 15 Přítomnost paliativního týmu na klinice A / B

Graf č. 16 Pocity „marnosti“ NLZP v souvislosti s přechodem na paliativní péči

Graf č. 17 Spokojenost s konceptem paliativního přístupu na pracovišti

Graf č. 19 Možnost dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče

Seznam tabulek

Tabulka a) Vývoj nárůstu hospiců a paliativních stanic v Německu

Tabulka b) Přehled realizovaných postupů

Tabulka č. 1 Rozložení pohlaví na klinice A a B

Tabulka č. 2 Pracovní pozice, kterou respondenti zastávají (vykonávají) na oddělení A a B

Tabulka č. 3 Délka pracovní zkušenosti, na oddělení ARO/RES klinika A a B

Tabulka č. 4 Věk dotazovaných klinika A a B

Tabulka č. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů na klinice A a B

Tabulka č. 6 Počet respondentů s příslušnou specializací v intenzivní medicíně (tzv. ARIP)

Tabulka č. 7 Postoj respondentů k paliativnímu přístupu u pacientů na intenzivním oddělení

Tabulka č. 8 Představa respondentů o konceptu paliativní péče. Znalost odborných Doporučení (vydané odbornými společnostmi)

Tabulka č. 9 Funkčnosti konceptu na pracovišti dle odb. Doporučení ČLK č.1/2010

Tabulka č. 10 Participace NLZP na rozhodnutí o změně léčby

Tabulka č. 11 Terminální extubace

Tabulka č. 12 Postoj personálu kliniky A a B k terminální extubaci:

Tabulka č. 13 Komunikace mezi zdravotním týmem lékaři – NLZP – rodina pacienta

Tabulka č. 14 Úloha nelékařského týmu v komunikaci s rodinou pacienta

Tabulka č. 15 Přítomnost paliativního týmu na klinice A / B

Tabulka č. 16 Pocity „marnosti“ NLZP v souvislosti s přechodem na paliativní péči

Tabulka č. 17 Spokojenost respondentů klinik A a B s konceptem paliativního přístupu na pracovišti

Tabulka č. 19 Možnost dalšího vzdělávání v oblasti paliativní péče

Seznam obrázků

Schéma 1.: Vzájemný vztah podpůrné péče, paliativní péče a péče o pacienta v závěru života při použití široké definice závěru života

Schéma 2.: Vzájemný vztah podpůrné péče, paliativní péče o pacienta v závěru života při použití úzké definice závěru života.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník



**UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta**

DOTAZNÍK

PALIATIVNÍ PÉČE NA ODDĚLENÍ INTENZIVNÍ MEDICÍNY

Vážení kolegyně, Vážení kolegové

Jmenuji se Kateřina Nová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia na 1. Lékařské fakultě v Praze. Ve své diplomové práci se zaměřuji na problematiku paliativní péče v prostředí intenzivní medicíny (oddělení). Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci na tomto výzkumu (vyplnění dotazníků).

Zajímá mě Váš pohled na tuto problematiku, i to, jak paliativní péče vypadá u Vás na pracovišti, jaký k ní zaujímáte postoj, co byste zlepšili či změnili. Vaše odpovědi, budou anonymizovány a slouží pouze k vypracování diplomové práce.

Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu při vyplňování tohoto dotazníku.

Kateřina Nová

1. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

2. Pracovní pozice, kterou na oddělení zastáváte (vykonáváte):

- a) NLZP (všeobecná sestra, zdravotní sestra, zdravotnický záchranář)
- b) Lékař
- c) Jiná pozice:

3. Délka pracovní zkušenosti, kterou máte na oddělení intenzivní medicíny (ARO, RES):

- a) 0-1 rok praxe
- b) 2-5 let v praxi
- c) 6-10 let v praxi
- d) více než 10 let praxe

4. Váš věk:

- a) 20-25 let
- b) 26-32 let
- c) 33-39 let
- d) Více než 40 let

5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Středoškolské (ukončené maturitou)
- b) Vyšší odborná škola (DiS.)
- c) Vysokoškolské bakalářské studium (Bc.)
- d) Vysokoškolské magisterské studium (Mgr.)
- e) Vysokoškolské magisterské studium (MUDr.)

6. Máte specializaci v oboru intenzivní medicína? (tzv. ARIP)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Mám jinou atestaci (napište obor):

7. Jaký Vy osobně zaujímáte postoj k paliativnímu přístupu u pacientů na intenzivním oddělení?

- a) Kladný, pokud jsou přesně dodržena pravidla pro přechod na paliativní péči
- b) Záporný, paliativní péče na intenzivním odd. nemá své místo-léčit se mají všichni pacienti bez omezení léčby
- c) Nevím, co paliativní přístup znamená (co si mám pod paliativní péčí představit)
- d) Jiná odpověď:

8. Máte představu, co znamená koncept paliativní péče? (tzn. znáte doporučení odborných společností, jaký zaujímají postoj k paliativní péči?) (prosím o upřímnou odpověď)

- a) Ano, znám odborná doporučení a postoje odborných společností, která zaujímají v souvislosti paliativní péče, četl/a jsem je
- b) Ne, neznám stanoviska odborných společností
- c) Nečetl/a jsem stanoviska, ale předpokládám, že na našem oddělení se dle těchto doporučení postupuje

9. Podporuje Vaše pracoviště koncept paliativního přístupu? (Dle odborného Doporučení ČLK č.1/2010? („Doporučení k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientův terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli“).

- a) Ano, tento koncept funguje, dle doporučení, na pracovišti máme jasně nastavená pravidla pro přechod na paliativní (soucitnou péči)
- b) Spíše ano, u většiny indikovaných pacientů se přechází na koncept paliativního přístupu (více jak v 50 % případů)
- c) Spíše ne, s konceptem paliativní péče se setkávám výjimečně
- d) Ne, paliativní péče se na našem pracovišti neuskutečňuje v žádném případě

10. Pokud se na Vašem odd. rozhodne o přechodu na paliativní péči, je to rozhodnutí konsensuální? tzn. mohou projevit svůj názor i NLZP? Nebo je rozhodnutí jen na lékařském týmu?

- a) Ano, rozhodnutí o přechodu na paliativní péči je týmová záležitost (svůj názor může vyjádřit sestra / zdravotnický záchranář)
- b) Ne, rozhodují se pouze lékaři
- c) Nevím, jestli se mohu vyjádřit k problematice paliativního přístupu
- d) Jiná odpověď

11. Provádí se na Vašem oddělení terminální extubace (popř. terminální weaning?)

- a) Ano
- b) Ne

Další otázka jsou pouze pro ty, kde se u terminální extubace na odd. **provádí** (pokud terminální extubace neprovádíte, pokračujte otázkou č.13).

12. Pokud se na Vašem odd. terminální extubace vykonávají jaký k tomu zaujímáte postoj? Co si o tom myslíte?

- a) Mám pozitivní postoj, na terminální extubaci nahlížím pozitivně
- b) Negativní, nesouhlasím s tímto výkonem
- c) Nemám s terminální extubací zkušenost

13. Jak probíhá komunikace mezi zdravotním týmem a rodinou pacienta? Ohledně přechodu na paliativní péči:

- a) Lékaři opakovaně komunikují s rodinou, sdělují informace v plné míře, na rovinu, přesně, ale s individuálním přístupem, profesionálně, citlivě
- b) Ano, komunikují s rodinou, ale ne všichni lékaři mají profesionální přístup, umění komunikace není u všech lékařů stejné
- c) Částečně ano, nesdělují všechny informace, sdělují spíše ty zásadní informace
- d) Spíše ne, jen konstatují, nesdělují informace týkající se budoucího stavu pacienta
- e) Ne, lékaři rodině nesdělují informace, které by se týkaly budoucího vývoje zdravotního stavu

14. Jakou úlohu hraje nelékařský tým v komunikaci s rodinnou pacienta?

- a) Je důležitým členem týmu, hraje roli v poskytování nelékařských informací
- b) Nehraje žádnou roli
- c) Nevím
- d) Jiná odpověď:

15. Máte na Vašem pracovišti možnost kontaktovat paliativní tým?

- a) Ano, na klinice (popř. v nemocnici) je k dispozici paliativní tým
- b) Ne, tuto možnost nemáme
- c) Nejsem si jistá /ý, zda tuto možnost v nemocnici máme
- d) Jiná odpověď:

16. Setkal/a jste se někdy v průběhu své praxe s pocitem, že i přes veškerou péči a léčbu která je pacientovi na Vašem odd. poskytována máte pocity „marnosti“? tzn. že nebyl včas zahájen přestup na paliativní péči? (pozn. u prothrahaných těžkých klinických stavů)

- a) Ano, často jsem se tímto pocitem setkal/a
- b) Ano, ale pouze jen ve výjimečných situacích
- c) Raritně – za svoji pracovní si vybavuji jeden maximálně dva takovéto případy
- d) Ne, nikdy jsem takový pocit ze své práce neměl/a
- e) Nedokážu posoudit
- f) Jiná odpověď:

17. Jste spokojený/á s konceptem paliativního přístupu na Vašem pracovišti?

- a) Ano, zcela
- b) Spíše ano
- c) Jen částečně
- d) Spíše ne
- e) Naprosto ne
- f) Nemám možnost to zhodnotit

18. Jak byste Vy osobně zlepšili situaci u Vás na pracovišti?

Vaše odpověď:

19. Máte možnost (v rámci pracoviště) se dostatečně vzdělat v oblasti paliativní péče? (semináře, přednášky, workshopy apod.)

- a) Ano máme možnost dalšího vzdělání v této oblasti
- b) Ne, tuto možnost nemáme, pouze ve vlastním zájmu (mimopracovní aktivita)
- c) Nevím, zda tuto možnost na pracovišti mám
- d) Jiná odpověď:

Děkuji za Vaše názory, spolupráci a čas

Kateřina Nová

