

**Univerzita Karlova v Praze**  
**Fakulta humanitních studií**

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Dana Lauerová

**Zavádění principů paliativní péče ve  
zdravotnickém zařízení**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2018

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repositáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Písku, dne 22. dubna 2018

.....

Dana Lauerová

**Poděkování:**

Chtěla bych velmi poděkovat panu Mgr. Vrzáčkovi za odbornou pomoc, podporu a vstřícnost, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval. Velice si cením jeho spolehlivosti a výborné spolupráce.

## **Abstrakt (česky)**

Téma diplomové práce – paliativní péče v nemocnicích, se zaměřuje na oblast, která není laické a někdy ani odborné veřejnosti příliš známa. Péče o umírající není téma, které by bylo lákavé a vyhledávané. Přesto se může dotýkat každého z nás – osobně, nebo zprostředkovaně přes osoby, které jsou nám blízké a drahé.

V posledních letech došlo v České republice v pohledu na paliativní péči k dílčímu posunu. Principy paliativní péče začínají být uplatňovány některými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb. Ve zdravotnických zařízeních však paliativní péče ještě zdaleka není samozřejmou součástí nabízených služeb. A přitom právě nemocnice jsou místem, kde v ČR dochází k úmrtí největšího počtu osob.

Teoretická část práce si dala za cíl objasnit, uceleně popsat a přiblížit paliativní péči, definovat její obsah a principy z pohledu sociálně – organizačního. Cíleně se zaměřuje na možnosti využití paliativní péče v nemocnicích, na podmínky pro její integraci do zdravotnických zařízení, organizační formy poskytování paliativní péče v nemocnicích a také popisuje zkušenosti z této oblasti v zahraničí.

Praktická část práce, zpracovaná na fundamentu kvalitativního výzkumu, mapuje podmínky, za kterých v současnosti prožívají své poslední dny pacienti umírající v konkrétním zdravotnickém zařízení, a to z pohledu vzorku zainteresovaného zdravotnického personálu nemocnice.

Zásadním výstupem práce je jednoznačné zjištění – paliativní péče v nemocnici chybí. Není poskytována pacientům, podpory se nedostává rodinám a blízkým umírajících pacientů, její absenci negativně vnímá pečující personál.

Závěry vyplývající z praktické části práce jsou podnětem pro návrh organizační změny ve zdravotnickém zařízení. Doporučením je zřízení samostatného lůžkového oddělení, na kterém bude odborným personálem poskytována specializovaná paliativní péče.

## **Klíčová slova (česky)**

Paliativní péče, umírání v nemocnici, paliativní péče ve zdravotnickém zařízení, koncepce paliativní péče, terminálně nemocný

**Abstract (in English):**

The topic of the master thesis „Palliative care in hospitals“ focuses on an area that is unknown not only to the general public but to health professionals as well. The care for the dying is not an attractive and sought subject. Nevertheless, it can concern everyone directly or indirectly through family and friends that are close and dear.

In the past recent years palliative care in the Czech Republic has advanced. The principles are being applied by some providers of health and social care. In medical establishments palliative care is still not automatically provided even though hospitals in the Czech Republic are a place where most deaths occur. The theoretical part clarifies, describes and introduces palliative care, defines its content and principles from the social and logistic aspect. It focuses on ways to apply palliative care in hospitals, on the conditions of its integration into medical establishments, organizational forms and describes experiences in this field from abroad.

Based on the fundamentals of quality research the practical part of the thesis maps the conditions in which patients spend their last days in a specific hospital from the point of view of the medical personnel.

The main outcome of this thesis is the ambiguous statement that hospitals lack palliative care. It is not provided to patients, enough support is not provided to their families and friends and this absence is negatively perceived by the personnel.

The conclusions from the practical part are an impulse to implement organization changes in medical establishments. Recommendations include the establishing of a separate inpatient department where professional palliative care will be provided by skilled personnel.

**Klíčová slova (anglicky):**

Palliative care, dying in the hospital, palliative care in a health care facility, concept of palliative care, terminally ill

## OBSAH

<b>1</b>	<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>OBECNĚ O PALIATIVNÍ PÉČI.....</b>	<b>11</b>
2.1.1	Historie paliativní péče.....	13
2.1.2	Smysl a cíle paliativní péče .....	14
2.1.3	Vývoj paliativní péče v ČR .....	17
<b>2.2</b>	<b>PALIATIVNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....</b>	<b>18</b>
2.2.1	Paliativní péče v Evropě.....	21
2.2.2	Podmínky pro integraci paliativní péče .....	24
2.2.3	Rozsah a indikace paliativní léčby a péče .....	26
2.2.4	Organizační formy specializované paliativní péče v nemocnicích .....	28
2.2.5	Pastorační péče ve zdravotnickém zařízení .....	30
2.2.6	Proces zavádění paliativní péče do zdravotnických zařízení .....	33
<b>3</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1</b>	<b>VÝZKUMNÝ PROJEKT .....</b>	<b>35</b>
3.1.1	Předmět zájmu .....	35
3.1.2	Kontext .....	35
3.1.3	Relevance výzkumného projektu .....	35
3.1.4	Cíle výzkumného projektu .....	36
3.1.5	Výzkumná otázka .....	38
<b>3.2</b>	<b>METODOLOGICKÉ POSTUPY .....</b>	<b>39</b>
3.2.1	Časový harmonogram.....	39
3.2.2	Výzkumný přístup a metoda sběru dat .....	40
3.2.3	Volba výběrového souboru.....	40
3.2.4	Charakteristika výběrového vzorku.....	41
3.2.5	Průběh sběru dat, reflexe .....	43
3.2.6	Zpracování dat .....	45
<b>3.3</b>	<b>VYHODNOCENÍ DAT.....</b>	<b>46</b>
3.3.1	Popis souboru dat .....	46
3.3.2	Rozbor dat dle jednotlivých skupin kódů.....	47
3.3.3	Osobní přínos z realizace rozhovorů .....	74

<b>3.4</b>	<b>INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>75</b>
3.4.1	Ověření pracovních předpokladů .....	75
3.4.2	Výzkumná zjištění .....	76
<b>3.5</b>	<b>SHRNUTÍ .....</b>	<b>79</b>
<b>3.6</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>80</b>
<b>4</b>	<b>NÁVRH ORGANIZAČNÍ ZMĚNY .....</b>	<b>83</b>
<b>4.1</b>	<b>PODMÍNKY V KONKRÉTNÍM ZAŘÍZENÍ .....</b>	<b>83</b>
4.1.1	Popis zařízení.....	83
4.1.2	Současná praxe při hospitalizaci pacienta v terminálním stádiu .....	83
4.1.3	Možnosti řešení .....	84
4.1.4	Výběr řešení.....	85
<b>4.2</b>	<b>KONKRÉTNÍ NÁVRH ZMĚNY .....</b>	<b>86</b>
4.2.1	Organizační požadavky .....	86
4.2.2	Personální zajištění .....	86
4.2.3	Předpoklad financování lůžek .....	87
<b>4.3</b>	<b>PRŮBĚH REALIZACE ZAVEDENÍ PALIATIVNÍ PÉČE .....</b>	<b>88</b>
4.3.1	Přípravná fáze procesu .....	88
4.3.2	Konkrétní realizované kroky .....	89
4.3.3	Plán dalšího postupu.....	89
<b>4.4</b>	<b>VIZE A CÍLE DO BUDOUCNA.....</b>	<b>89</b>
<b>5</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>91</b>
<b>6</b>	<b>ZDROJE .....</b>	<b>93</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>100</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>100</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>100</b>
<b>10</b>	<b>SEZNAM SCHÉMAT .....</b>	<b>100</b>
<b>11</b>	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>101</b>
<b>12</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>102</b>

# 1 ÚVOD

„Není nutné strávit léta v nemocnici, aby člověk pochopil, jak často a těžce moderní medicína zklamává lidi, jimž by měla pomáhat. Ubývající dny života jsou obětovány léčbě, jež oslabuje mozek a vyčerpává tělo pro slabou naději na jakési zlepšení. Poslední dny trávíme v ústavech a nemocnicích, kde nás zavedená rutina odtrhává od všeho, co je pro nás důležité. Naše neochota bez zábran zkoumat zkušenost stárnutí a umírání způsobila, že lidem ubližujeme, neboť jim odpíráme útěchu, kterou potřebují ze všeho nejvíc. Nemáme jasnou představu o tom, jak by člověk mohl žít spokojeně až do samého konce, a tak náš osud spoutaly imperativy medicíny, technologie a cizích lidí“ (Gawande, 2016, s. 16).

Elisabeth Kübler-Ross ve své knize vydané v roce 1969 popisuje průběh nemocniční péče takto: „Pacient může volat po klidu, míru a důstojnosti, ale dostane kapačky, transfuze, kardiostimulátor nebo tracheotomii, bude-li to považováno za nutné. Může si přát, aby se u něj jeden jediný člověk zastavil na jednu jedinou minutu, jen aby mu mohl položit jednu jedinou otázku, avšak dostane se mu tuctu lidí, kteří se budou neustále, ve dne i v noci, horečně zabývat jeho pulzem, tlakem, EKG nebo funkcí plic, jeho vylučováním, vyměšováním, a nenajde nikoho, koho by zajímal jako lidská bytost“ (Kübler-Ross, 2015, s. 18).

A jaká je v ČR situace dnes, o téměř 50 let později? Vnímáme dnes již lépe potřeby nemocných a umírajících, umíme je vyslyšet, máme čas a prostor na projevení zájmu o člověka jako takového, a nejen o hodnoty naměřené moderními přístroji?

Má práce je věnována paliativní péči, konkrétně problematice zavedení tohoto druhu péče do zdravotnického zařízení. Důvodem, proč jsem zvolila toto téma, je má profesní zkušenost ze zdravotnického zařízení. Domnívám se, že je chybou, že specializovaná paliativní péče ve velké části zdravotnických zařízení zatím chybí, ačkoli se vlastně nejedná o nic zcela nového, o nic tak odlišného.

Zavedení a aplikace paliativní péče do zdravotnického zařízení může mít velmi pozitivní vliv na běžně používané formy zdravotní péče, „už jen tím, že upozorňuje na nedocenené a neošetřované problémy, např. pokud jde o bolest rázu duševního a spirituálního“ (Munzarová, 2005, s. 61). Chceme-li, aby české zdravotnictví postupovalo směrem ke stále větší humanizaci a co nejširší službě nemocnému, pak citlivý a otevřený přístup k umírajícím je nutnou podmínkou pro dodržení tohoto směru. Cílem mé práce je proto alespoň trochu napomoci procesu zavedení principů paliativní péče, byť v jednom jediném zdravotnickém zařízení.



Hlavní hypotézy, ze kterých vycházím při realizaci výzkumu, jsou:

- V písecké nemocnici v současné době dochází k úmrtím pacientů za podmínek, které neodpovídají potřebám pacientů, ani jejich blízkých.
- Ve zdravotnickém zařízení dle názoru zdravotnického personálu chybí poskytování specializované paliativní péče.
- Zdravotnický personál nemocnice by uvítal zavedení specializované paliativní péče.
- Zavedením specializované paliativní péče by došlo k potřebnému rozšíření spektra služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením a ke zlepšení kvality péče o umírající pacienty.

Práce se skládá ze tří základních částí. První část sumarizuje informace k tématu paliativní péče, popisuje obecně paliativní péči, její historii, smysl, cíle, vývoj v ČR. Zaměřuje se na proces integrace paliativní péče ve zdravotnických zařízeních v některých evropských zemích, na organizační formy péče a popisuje současný stav procesu zavádění péče do zdravotnických zařízení v České republice.

Druhá, výzkumná část práce je zaměřena na zmapování názorů, postojů a pohledů zdravotnických pracovníků nemocnice na současný stav – na to, za jakých podmínek dochází k úmrtím pacientů, na postoj zdravotníků k umírajícím, na představu zdravotníků o tom, jaká forma péče by měla být umírajícím poskytována, jaká opatření by pomohla k nastavení dobré péče o umírající pacienty.

Třetí část práce je věnována procesu zavedení principů paliativní péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. Popisuje zdravotnické zařízení, cílovou skupinu, přibližuje základní problémy a nedostatky současného stavu. Navrhuje a vysvětluje strategii pro řešení, potřebné kroky pro realizaci, popisuje dosažené výsledky. Na závěr představuje vizi a cíle, kterých by mělo být dosaženo v budoucnu.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Obecně o paliativní péči

Pojem paliativní péče je etymologicky odvozen od slova *pallium*, což v latině znamená rouška, slovo *palliare*, značí přikrýt pláštěm, zahalit, ukryt před utrpením, pojem *paliativní* označuje mírnící obtíže, avšak neovlivňující chorobu nebo její průběh. (Slovník cizích slov, 2005-2017).

Definice, které vysvětlují pojem a objasňují princip a smysl paliativní péče, je mnoho. „Někteří autoři analyzovali definice paliativní péče v odborné literatuře a našli 37 definic v anglickém jazyce a 26 definic v německém. Přestože se definice lišily, shodovaly se zpravidla v hlavním cíli, a to mírnění a prevenci utrpení a zvyšování kvality života pacientů a rodinných příslušníků, což je ve shodě s definicemi WHO“ (Bužgová, 2015, s. 17). Podle definice Světové zdravotnické organizace tato péče „zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin čelících problémům s život ohrožujícím onemocněním, a to prevencí a odstraňováním utrpení cestou časně identifikace, dokonalého hodnocení a léčení bolesti a jiných obtíží tělesných, psychosociálních a spirituálních“ (Matoušek, 2013, s. 144). „Paliativní péče je aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání a udržet co nejvyšší kvalitu života“ (Sláma, 2007a, s. 25).

Podle Munzarové (2005, s. 61) je paliativní péče spíše filozofií, kterou lze aplikovat v hospicích, ale stejně tak ve zdravotnických zařízeních či při péči o nemocného v prostředí domova.

Paliativní péče neznamena pasivní přijímání konce života nemocným a jeho blízkými, je to aktivní proces, který se primárně soustředí na nemocného v pokročilém či terminálním stádiu nemoci, ale svým obsahem a rozsahem zahrnuje i jeho blízké. Neusiluje o léčení, vyléčení nebo prodloužení života nemocného, tyto ambice má péče kurativní. V centru zájmu pečujících jsou negativní projevy nemoci, jejich zmírnění v oblasti somatické i psychické a zachování lidské důstojnosti, která je základním požadavkem na jakoukoli formu péče, a u péče paliativní to platí dvojnásob.

„Paliativní péče podporuje příjemný nebo alespoň snesitelný život v jeho posledním období a nahlíží na umírání jako na přirozený proces, do kterého však lze ještě začlenit aspekty psychologie a spirituality. Neuplatňuje medicínu tam, kde je již nadbytečná a přinášela by další strádání, ale snaží se místo toho zpříjemnit poslední chvíle umírajícímu i odborně pomoci rodině se se vším vyrovnat“ (Funk, 2014, s. 132).

Tato forma péče je vhodná pro nemocné, u kterých prognóza nemoci předpokládá týdny, maximálně měsíce. Podle Markové (2015, s. 8) se paliativní péče „neodvrací od nevyléčitelně nemocných, dokáže úspěšně zvládat bolest, je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na člověka, vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel, nabízí všestrannou účinnou podporu příbuzným a přátelům umírajících a vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající, a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením“ (Marková, 2015, s. 8).

Marie Svatošová připomíná skutečnost, že „je potřeba si uvědomit, že lékařská věda může hodně, ale není všemocná. Lpění na nereálném cíli musí dříve nebo později skončit zklamáním. To se netýká jen pacienta a jeho rodiny, ale i lékaře“ (Svatošová, 2003, s. 17). „Aby péče (myšleno o umírajícího, D.L.) nebyla jen technikou, dovedností a zručností, musí být nutně spojena s láskou“ (Svatošová, 2003, s. 25)

Svatošová (2003, s. 25) cituje slova pacienta z britského hospice: „Na otázku, co si představuje pod pojmem „laskavá péče“, odpověděl krátce před svou smrtí pacient v jednom britském hospici takto:

„Když ke mně přijdete přesto, že víte, co všichni víme – že umírám.

Když ke mně přijdete, i když reprezentujete profese, které selhaly v zajištění mého uzdravení.

Když ke mně přijdete a věříte ve mně, uzdravení – neuzdravení.

Když se mnou trávíte čas, ačkoliv vám ho nemohu vrátit.

Když mě berete jako individualitu.

Když si vzpomenete na maličkosti, které jsou mi milé, když vzpomenete i na mé blízké.

Když se zajímáte i o mou minulost a dokážete mluvit o mé budoucnosti.

Když se nesoustředíte na mé nálady, ale na mě jako na osobu.

Když slyším svou rodinu, jak o vás hezky mluví a raduje se, že jsme spolu.

Když se dokážete smát a být šťastní uprostřed vaší těžké práce.

Tím se ve vašich rukách cítím bezpečný a dává mi to jistotu, že zvládnou i okamžik smrti, až přijde“ (Svatošová, 2003, s. 25).

„V paliativní péči se nepokračuje v léčbě, nepokračuje se v odborné intenzivní péči všemi dostupnými prostředky, ale ponechá se více místa kvalitě zbytku života. Někdy méně znamená více. O paliativní péči rozhoduje ošetřující tým s přihlédnutím k přání nemocného a blízkých“ (Funk, 2014, s. 132).

### 2.1.1 Historie paliativní péče

„Ohlédneme-li se do minulosti, na dávné lidi a jejich kultury, zjistíme, že smrt byla pro člověka vždy čímsi odpuzujícím – a navždy asi také bude“ (Kübler-Ross, 2015, s. 11). Na druhé straně nemoc a smrt jsou a budou součástí lidského života a společnost si k těmto fenoménům musela najít svoji cestu a svůj přístup. „Způsob, jakým se snažíme identifikovat a odpovídat na jedinečné potřeby každého umírajícího a na postupné ztráty nemocného a jeho blízkých, je citlivým indexem zralosti společnosti“ (Munzarová, 2005, s. 61). V posledních desetiletích je možné pozorovat zvýšení zájmu společnosti o téma konce života, o způsob, jakým člověk ve 20. a 21. století opouští svět. Umírání se dostává z okraje zájmu a pomalu se stává přirozenou součástí životního cyklu, tak jak je to přirozené a důstojné.

Za kolébku hospicového hnutí je považována Velká Británie. Významným mezníkem v historii paliativní péče byl počín Angličanky Cecilie Saundersové, která „je považována za zakladatelku moderní paliativní péče. Vybudovala Hospic svatého Kryštofa v Londýně, který otevřela v r. 1967“ (Munzarová, 2005, s. 61). První hospic na americké půdě byl otevřen v roce 1974 v New Haven v Connecticutu.

„Spolu s rozvojem hospiců dochází v sedmdesátých letech 20. století i k rozvoji paliativní medicíny jako samostatného lékařského oboru. Ve Velké Británii se stalo výrazným mezníkem v rozvoji a zavádění paliativní péče stanovení pěti zásad rozvoje paliativní medicíny“ (Marková, 2010, s. 15). Jednalo se o „založení oddělení paliativní medicíny, rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče, založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všech nemocnicích a výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární péče“ (Marková, 2010, s. 15).

„Hospice mají ve světě podle místních podmínek různé formy, ale jejich myšlenka je stejná. Jaká forma hospicové péče se v té které zemi rozvine, záleží také na místních zákonech a v neposlední řadě na způsobu financování zdravotní péče. Povzbudivé je i to, že všude, kde vznikly hospice, bylo časem zaznamenáno výrazné zlepšení péče o umírající i v nemocnicích“ (Svatošová, 2003, s. 133).

V průběhu 20. století díky pokroku v oblasti medicíny značně klesl počet úmrtí, lidé se s úmrtím ve své rodině setkávali stále méně, jejich osobní setkání se smrtí postupně mizelo z běžného života. Smrt se stala záležitostí zdravotní péče, úmrtí se přesunula do nemocnic a domovů pro seniory.

Právě paliativní péče, k jejímuž rozvoji dochází koncem 20. a začátkem 21. století, dává procesu umírání novou podobu, činí z něj přirozený proces, který je fází života každého člověka. Umírajícímu a jeho blízkým nabízí možnost být si nablízku, neboť „smrt není aktem, nebo dokonce událostí pro toho, kdo umírá. Je však obojím pro ty, kdo přežívají.“ (Berne, 2013, s. 197)



**Obr. 1 – Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. – Odd. sociální a paliativní péče**

(Zdroj: Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., 2018)

### **2.1.2 Smysl a cíle paliativní péče**

„Kdykoliv udeří vážná nemoc či úraz a lidské tělo či mysl začne selhávat, jsou namísto vždy tytéž otázky: Jak chápete svou situaci a její možné následky? Z čeho máte obavy, v co doufáte? Jaké kompromisy jste ochoten-ochotna udělat a jaké naopak ne? A jak by to nyní mělo probíhat, abyste byl-a spokojen-a?“ (Gawande, 2016, s. 222).

„Do péče o umírající pacienty vnesl tento způsob uvažování teprve před několika málo desetiletími nově se rodící obor paliativní medicíny. Později se dostal i do péče o všechny těžce nemocné, nejen o umírající. A to je povzbudivé. Ale slavit ještě nemůžeme. To budeme moci teprve tehdy, až budou takto přistupovat všichni lékaři ke svým pacientům bez ohledu na diagnózu“ (Gawande, 2016, s. 222).

E. Kübler-Ross (2015, s. 292) upozorňuje, že „terminálně nemocný člověk mívá velmi specifické potřeby; naplnit je můžeme jen tehdy, když si na pacienta uděláme čas, sedneme si s ním, vyslechneme jej a zjistíme, v čem jeho potřeby spočívají. Nemocnému tím dáváme najevo – a to je pro něj nejspíš nejpodstatnější signál –, že jsme ochotni a připraveni sdílet s ním část jeho starostí“ (Kübler-Ross, 2015, s. 292). „Vždycky a znovu žasneme nad tím, že někdy i jedna jediná rozmluva dokáže pacienta zbavit nesmírného břemene. Zároveň ale příliš nechápeme, proč je pro personál a pro rodinu tak obtížné zjistit, co nemocný potřebuje – často k tomu totiž stačí jedna otevřená otázka“ (Kübler-Ross, 2015, s. 293).

Obecně je cílem paliativní péče „prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný; respektuje a chrání jeho důstojnost, vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority a snaží se vytvořit podmínky, které pacientovi umožní poslední období svého života prožít ve společnosti svých blízkých, v důstojném a vlídném prostředí“ (Sláma, 2007a, s. 25).

Zakladatelka prvního hospice C. Saundersová již v r. 1967 učila, že „každý nemocný má své zvláštní a jedinečné potřeby, stejně tak jako jeho rodina. Je proto nutné všechny jejich strážně a trápení odhalovat a odlehčovat v nesení jejich tíže nejen nemocnému, ale i jeho rodině, a to i v době truchlení“ (Munzarová, 2005, s. 61).

Paliativní péče a paliativní medicína mají své místo v systému zdravotní a sociální péče. Nastupují v momentě, kdy lékařská péče ve smyslu léčení dosáhne svých hranic a možností. Pak je potřeba přiznat, „že prodlužování života za každou cenu, obzvláště za cenu nesnesitelného utrpení, není tou správnou cestou. A pouze za těchto okolností je možno uvažovat o etickém konceptu „nechání zemřít“, dle něhož je potřeba vykonat všechno možné a ospravedlnitelné při pomoci k umírání bez bolesti a v míru. Zde nastupuje paliativní medicína a paliativní péče a je správné reflektovat informované odmítnutí léčby pacientem“ (Munzarová, 2005, s. 74).

Paliativní péče je prioritně směřována k nemocnému, ale její rozsah pokrývá také potřeby těch, kteří s umírajícím jeho těžkosti prožívají a sdílejí – rodina, přátelé, blízcí lidé. „Umírající lidé stojí nejhlubšímu a nejsilnějšímu strachu, strachu ze smrti, tváří v tvář. Vyrovnávají se s ním a uvědomují si, že je najednou už nedrtí, že nad nimi přestal mít moc. Umírající lidé už vědí, že tenhle strach je vlastně bezmocný, ale pro nás ostatní má stále síly až příliš“ (Kübler-Ross, 2013, s. 159). Také ti, kteří přicházejí k lůžku nemocného, potřebují velmi často pomoc a podporu. I oni prožívají obtížné období a mnohdy jsou bezradní, nešťastní a se vzniklou situací se neumí smířit. „Poznávacím znamením našeho zvládnutí

návštěvy u nemocného blízkého člověka je, že se s jeho stavem umíme vypořádat sami, a to i při co nejhlubším poznání jeho utrpení“ (Funk, 2014, s. 15). Kübler-Ross (2013, s. 57) zdůrazňuje, že „být druhému člověku nablízku, být s ním, to je to nejdůležitější – v lásce, v životě, v umírání“ (Kübler-Ross, 2013, s. 57).

„Skutečné soucítění nezamačkává slzičky, neodívá se do patetických slov, nepředvádí se před okolím se sklopenýma očima a truchlivou intonací, jak nás to „sebralo“, ale stává se porozuměním, které trpícího niterně podporuje“ (Funk, 2014, s. 14).

Principy paliativní péče bývají často konfrontovány s otázkou eutanázie. Stanovisko zastánců principů paliativní péče je jednoznačné. „Paliativní péče bere vážně nevléčitelný charakter onemocnění. Vychází však z přesvědčení, že bez ohledu na stupeň pokročilosti onemocnění lze vždy něco udělat pro zlepšení kvality zbývajících života. Paliativní péče smrt neurychluje, ale ani za každou cenu neoddaluje. Eutanázie je usmrcení pacienta na jeho vlastní žádost a etický rozdíl mezi oběma přístupy je zásadní“ (Sláma, 2007b, s. 27).

Vztahem eutanázie a paliativní péče se zabývá ve své knize René Milfait (2013, s. 322), který chápe paliativní péči jako naplnění práva člověka na lidsky důstojné umírání. „Zohledníme-li všechny možnosti paliativní péče, můžeme konstatovat, že naplňuje potřebné aspekty lidsky důstojného umírání. Pacientovi je proto potřeba přiznat právo na paliativní péči, která zahrnuje medicínské a ošetrovatelské intervence i psychologickou, sociální a pastorační podporu pacientů i jejich příbuzných s tím, že je kladen důraz na mírnění utrpení a zajištění co největší kvality života“ (Milfait, 2013, s. 322). Zároveň ale připomíná, že je „přemrštěné očekávání, že se nevyskytne přání asistovaného suicida nebo eutanázie a že se může umírání ovlivnit tak, že vždy dochází k pokojnému skonání“ (Milfait, 2013, s. 322).

O zásadní nutnosti zajištění dostupnosti profesionální paliativní péče hovoří Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, tzv. Charta práv umírajících. Nedostatečná dostupnost paliativní péče je jmenována jako první z faktorů, které ohrožují základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob.

„Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti“ (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“, 1999).

### 2.1.3 Vývoj paliativní péče v ČR

Do roku 1989 v České republice paliativní či hospicová péče prakticky neexistovala. Zájem o tyto formy péče o nemocné se začal objevovat až v devadesátých letech dvacátého století, především v souvislosti s možností mnohých zdravotníků poznat praxi paliativní péče na zahraničních pracovištích, kde již v té době byla praktikována, a byla plnohodnotnou součástí zdravotní péče.

Jednou z prvních, kdo se paliativní péči začal zabývat, byla Marie Opatrná, která se inspirovala zkušenostmi z Velké Británie. „Připravovala hospic v budově bývalé gynekologie v Praze v Rooseveltově ulici. Projekt se setkal s nepochopením, a nakonec byl zrušen“ (Tomeš, 2015, s. 16).

V 90. letech začaly v ČR vznikat první „kamenné“ hospice. Prvním modelovým zařízením tohoto typu byl „Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, charitní, sociálně-zdravotnické zařízení založené 1. 12. 1994. U zrodu hospice stála zakladatelka hospicového hnutí v Čechách – Marie Svatošová. Hospic byl zprovozněn 1. 1. 1996, jeho posláním bylo a je pomáhat terminálně nemocným pacientům (s převážně onkologickým onemocněním) a jejich rodinám. Pacientům poskytuje individuální a celistvou péči a paliativní léčbu, která je zaměřena na kvalitu života“ (Hospic Anežky České, 2018).

Paliativní medicína se začala v 90. letech profilovat jako samostatný lékařský obor, který „se snaží studovat a léčit tělesné i duševní potřeby a projevy pokročilého onemocnění



metodami medicíny založené na důkazech (evidence based medicine). Od roku 2004 v ČR existuje samostatný specializační obor Paliativní medicína a léčba bolesti“ (Sláma, 2007b, s. 25-26).

Významným posunem byl vznik České společnosti paliativní medicíny při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM) v roce 2009. Cílem založení společnosti bylo „rozvíjet a podporovat vzdělání a dobrou klinickou praxi v oblasti obecné a specializované paliativní péče v závěru života“ (Bužgová, 2015, s. 21).

Prvním zařízením, ve kterém byla v ČR poskytována paliativní péče, bylo zařízení zdravotnické. Bylo to na oddělení paliativní péče v Nemocnici v Babicích nad Svitavou na Oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění, kde byl provoz zahájen v listopadu roku 1992. „Později bylo toto zařízení transformováno na léčebnu pro dlouhodobě nemocné“ (Tomeš, 2015, s. 39).

V systému sociální péče a sociálních služeb v ČR nejsou v dostatečné míře zastoupeny takové služby, které by poskytovaly pomoc a péči umírajícím a jejich blízkým. Ani zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. tento druh služeb nespecifikuje. Podle Tomeše (2015, s. 22-23) služby pro umírající poskytují převážně zdravotnická zařízení, sociální ústavní zařízení a domácí péče. Lidská (sociální) dimenze je k péči dávana ale pouze v mobilních nebo v lůžkových hospicích (Tomeš, 2015, s. 22-23).

Rozvoj paliativní péče je patrný především po roce 2010, kdy se tento druh péče dostává i do povědomí široké veřejnosti odborné, ale i laické. Významnou roli v zavádění principů paliativní péče hrají organizace Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Centrum paliativní péče, sdružení Cesta domů, Fórum mobilních hospiců, Paliativní institut Brno, a mnoho dalších. Velká podpora zavádění paliativní péče je poskytována Nadačním fondem AVAST, který podporuje práci profesionálů v oblasti péče o umírající. Smyslem podpory nadačního fondu je, aby „paliativní péče byla dostupná a otevřená co největšímu množství pacientů a stala se samozřejmou součástí každé komunity v České republice“ (Nadační fond AVAST, 2018).

## **2.2 Paliativní péče ve zdravotnickém zařízení**

V roce 2004 byla uveřejněna Koncepce paliativní péče (Sláma, 2004), výsledek dvouletého projektu „Podpora rozvoje paliativní péče v ČR“, který si dal za cíl zásadní zlepšení péče o nevléčitelně nemocné, umírající a jejich rodiny v ČR. Kalvach (2004, s. 8) upozorňuje, že „v posledních letech je řadou významných mezinárodních institucí deklarována potřeba pohlížet na paliativní péči jako na významné téma veřejného

zdravotnictví a zdravotní politiky (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 1999, WHO 2002). Ve zdravotnických systémech vyspělých zemí se však stále jedná o oblast spíše zanedbávanou, podobně je tomu i v českém zdravotnictví. Přes určité změny, ke kterým u nás v posledních letech dochází, stojí stále péče o nevléčitelně nemocné a umírající mimo hlavní zájem zdravotnického systému. Tento nezáměr se projevuje nejen ve způsobu, jakým je péče poskytována, ale i v absenci systematického výzkumu a koncepční zdravotní politiky v této oblasti“ (Kalvach, 2004, s. 8).

Koncepce paliativní péče dává doporučení, podle kterého by všechna lůžková zdravotnická zařízení, ve kterých jsou hospitalizováni pacienti s potřebou obecné nebo specializované paliativní péče, „měla povinnost vypracovat program paliativní péče jako nedílnou součást plánu léčebné a preventivní péče daného zařízení s cílem zvýšit dostupnost kvalitní paliativní péče pro pacienty daného zařízení“ (Bužgová, 2015, s. 35).

„WHO doporučuje jako optimální počet lůžek specializované paliativní péče 5 na 100 000 obyvatel za předpokladu dobře fungující ambulantní a domácí specializované paliativní péče. (...) Zahraniční zkušenosti ukazují, že cesta ke zlepšení nemusí vést cestou budování nových samostatně stojících lůžkových hospiců, ale spíše zřizováním oddělení jednotek specializované paliativní péče (obvykle o velikosti 5-15 lůžek) v rámci nemocnic a zařízení následné péče“ (Sláma, 2009, s. 184).

Další možností formy poskytování paliativní péče v nemocnicích je vznik tzv. konziliárních týmů paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení. Tento tým v rámci zařízení „přináší interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče do lůžkových zařízení různého typu. Posiluje pocit kontinuity péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl dosud léčen). Umožňuje ovlivňovat kvalitu paliativní péče a nepřímo přispívá k postupné edukaci ošetřujícího personálu. (...) Obvyklé složení týmu bývá lékař, sestra, sociální pracovník. Tým úzce spolupracuje s psychologem a pastoračním pracovníkem“ (Sláma, 2009, s. 184).

Podle dat Ústavu zdravotnických informací (ÚZIS) v roce 2016 (data za rok 2017 nejsou ještě k dispozici) zemřelo v ČR 107 750 osob, z toho 70 548 osob zemřelo ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče (tj. 65,5 %), 1 218 ve zdravotnickém zařízení poskytujícím jiné formy zdravotní péče (tj. 1,1 %) a 587 (tj. 0,5 %) při převozu do zdravotnického zařízení (Zemřelí | ÚZIS ČR, 2018).

Níže uvedená Tabulka 1 – Počty zemřelých osob v ČR dle místa úmrtí v letech 2007–2016 a tabulka „Počty úmrtí v letech 2007–2016 podle místa úmrtí kompletní“, uvedená v příloze (příloha č. 1) uvádí počty zemřelých za posledních 10 let, počty a procenta

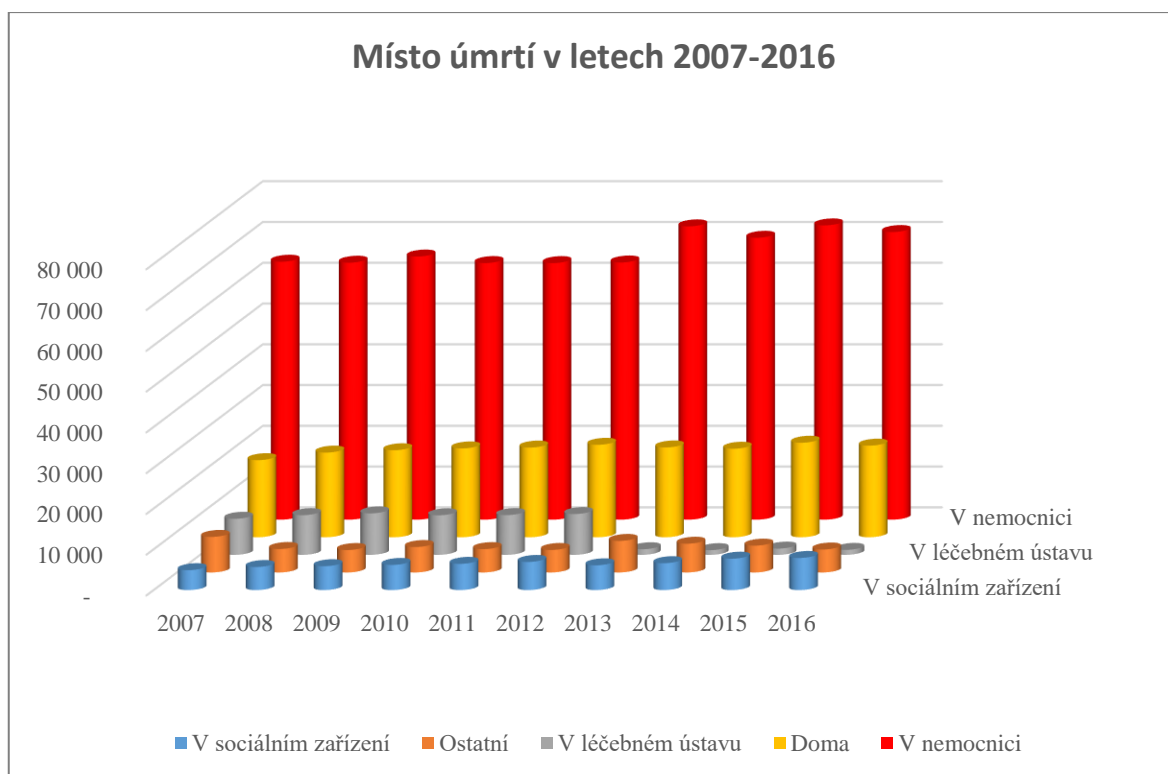
zemřelých ve zdravotnickém zařízení, v sociálním zařízení, v léčebném ústavu, doma a ostatní.

Z uvedených statistických dat ÚZIS (Zemřelí | ÚZIS ČR, 2018) vyplývá, že za posledních deset let (v letech 2007-2016) zemřelo v nemocnicích v České republice 663 580 osob, tedy téměř 62 % ze všech zemřelých osob (přesně 61,85 %).

	V sociálním zařízení	Ostatní	V léčebném ústavu	Doma	V nemocnici	Celkem
<b>2007</b>	4 882	8 723	8 849	18 917	63 265	104 636
<b>2008</b>	5 656	5 758	9 738	20 767	63 029	104 948
<b>2009</b>	5 858	5 505	10 178	21 344	64 536	107 421
<b>2010</b>	6 167	6 241	9 707	21 791	62 938	106 844
<b>2011</b>	6 434	5 728	9 752	22 002	62 932	106 848
<b>2012</b>	6 900	5 522	10 013	22 676	63 078	108 189
<b>2013</b>	6 075	7 739	1 375	22 033	71 938	109 160
<b>2014</b>	6 594	7 058	1 155	21 717	69 141	105 665
<b>2015</b>	7 696	6 580	1 538	23 184	72 175	111 173
<b>2016</b>	7 879	5 634	1 218	22 471	70 548	107 750

Tabulka 1 – Počty zemřelých osob v ČR dle místa úmrtí v letech 2007–2016

(Zdroj: ÚZIS + vlastní výpočty dle dat ÚZIS)



Graf 1 – Místo úmrtí v letech 2007 – 2016

(Zdroj: zpracováno dle dat ÚZIS)

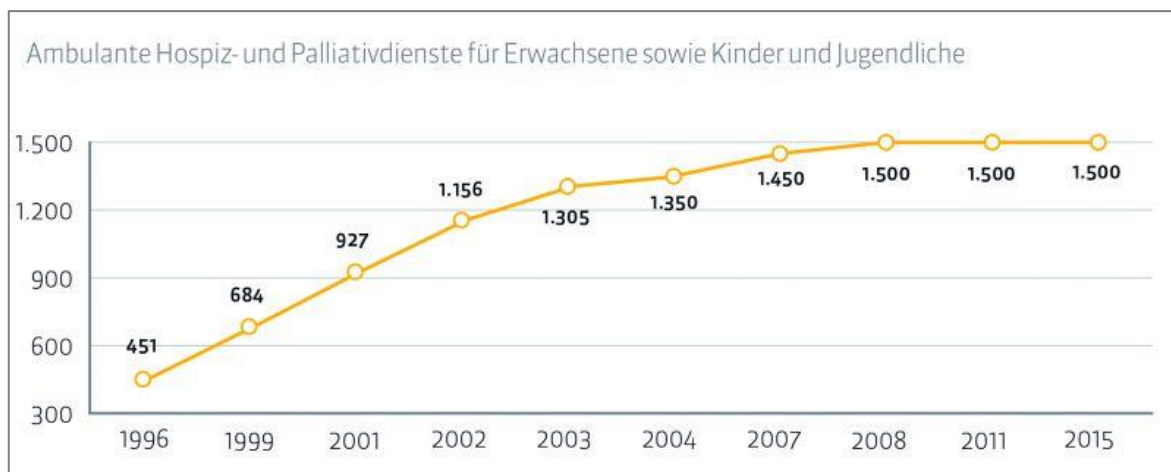
### 2.2.1 Paliativní péče v Evropě

Podle Slámy (2009, s. 184) je v západní Evropě již systém integrace paliativní péče v akutních nemocnicích a zařízeních následné péče při péči o terminálně nemocné pacienty běžným jevem. Jedná se o obecnou paliativní péči (dobrá klinická péče o pacienta v pokročilé a konečné fázi onemocnění) a paliativní péči specializovanou (aktivní interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v této problematice zvláště vzdělaní) (Sláma, 2009, s. 184).

Např. v Německu došlo k posunu v integraci paliativní péče ve zdravotnických zařízeních v roce 2005. „Se zavedením nového postupu nazvaného "komplexní paliativní medicínská léčba" („Palliativmedizinische Komplexbehandlung“) na počátku roku 2005 bylo poprvé možné kódovat v nemocnici specifický výkon paliativní léčba. (...) S cílem umožnit poskytovatelům paliativní péče pokrýt své náklady vydal zákonodárce v květnu roku 2005 vyhlášku, která kromě jiného také dává oddělením paliativní péče možnost být uznána jako tzv. „speciální zařízení" („besondere Einrichtung“). Speciální zařízení mohou být odměňována mimo systém DRG, obvykle systémem platby denní ošetrovatelské péče. Speciálním zařízením může být paliativní oddělení nebo jednotka, která je podle příslušné vyhlášky vymezena z hlediska prostorové nebo organizační struktury a má nejméně 5 lůžek“ (Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland, 2006, s. 1083).

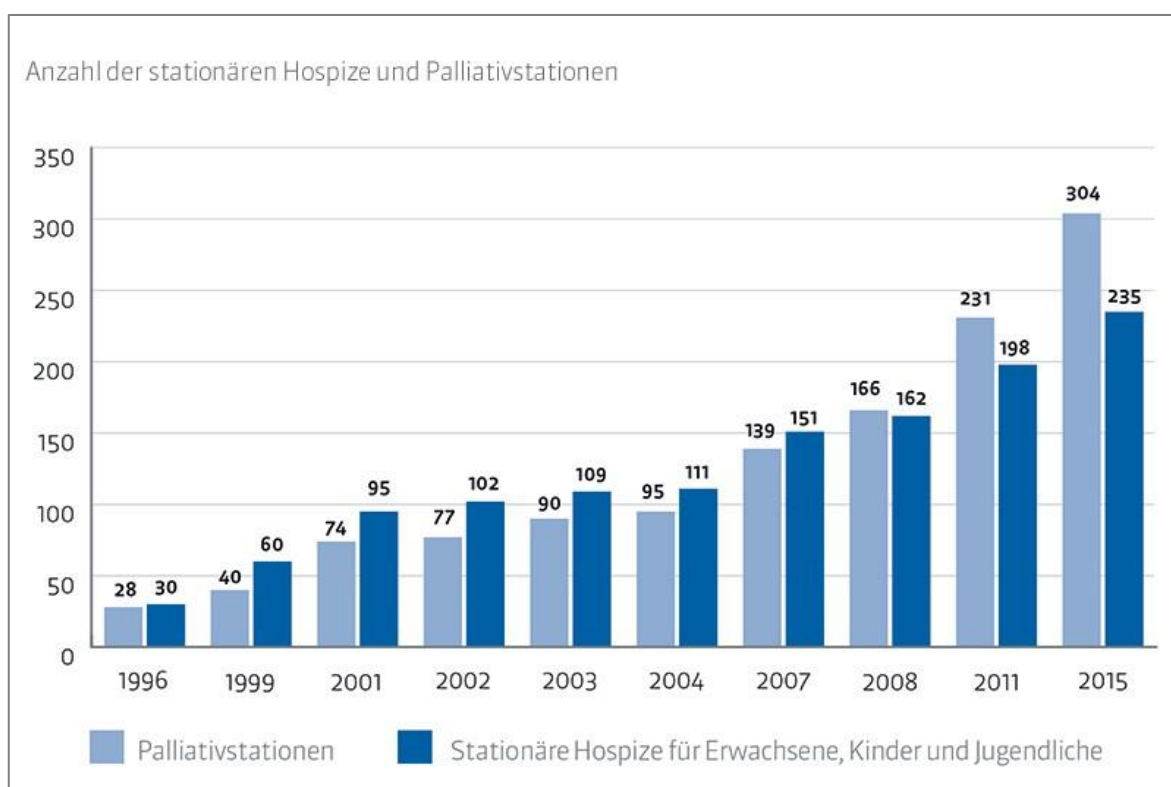
Ústavní paliativní péče se v Německu zvýšila z 30 hospiců v roce 1996 na 235 hospiců v roce 2016. Ve stejném období počet jednotek paliativní péče v nemocnicích vzrostl z 28 na 304 oddělení (Ich will Pflege, 2017).

Podle informací na webu Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (Německý hospicový a paliativní svaz) v Německu existuje (stav v r. v roce 2016) přibližně 1 500 ambulantních hospicových služeb, 236 lůžkových hospiců včetně ústavních hospiců pro děti, dospívající a mladé dospělé, více než 300 jednotek paliativní péče v nemocnicích. 214 lůžkových hospiců pro dospělé má v průměru asi 10 lůžek, tj. k dispozici je asi 2140 lůžek, na kterých je každý rok pečováno asi o 30.000 lidí. Existuje asi 300 týmů specializované ambulantní paliativní péče (SAPV, zdroj: Kassenärztliche Bundesvereinigung). Do roku 2015 dokončilo téměř 10 000 lékařů další vzdělávání jako lékaři paliativní péče (Zdroj: Federal Health Reporting) (Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2018).



**Graf 2 – Ambulantní hospicové a paliativní služby v Německu**

(Zdroj: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2018)



**Graf 3 – Počet lůžkových hospiců a paliativních stanic v Německu**

(Zdroj: Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V., 2018)

V Rakousku je v současnosti cca 34 jednotek/stanic/oddělení („Palliativstation“) paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Jedná se např. o „Palliativstation“ St. Raphael am KH Göttlicher Heiland ve Vídni, Palliativstation am KH Hietzing ve Vídni, Palliativstation am Franziskusspital ve Vídni, Palliativstation am LK Krems, Palliativstation am LKH Steyr, Palliative Care im KH Barmherzige Brüder Linz, Palliativstation am Kepler Universitätsklinikum GmbH a další (ÖPG, 2018).

Také ve Švýcarsku dochází k rozvoji paliativní péče. Za základ je považováno vzdělání odborníků, kteří budou schopni v paliativní péči působit, a výzkumná činnost, která více objasní a specifikuje potřeby v této oblasti. Podle zprávy Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) Švýcarské akademie lékařských věd z února 2016 (Eggl, 2016) došlo k ukotvení a rozvoji paliativní péče ve Švýcarsku. Potřebný posun může zajistit zařazení paliativní péče do akademické pedagogiky, realizace výzkumu a klinická praxe. Není možné vzdělání ale směřovat pouze na medicínské obory univerzity v Lausanne a v Bernu, nutnou součástí je vzdělání dalších souvisejících profesí.

Dokument SAMW z března 2017 „Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care“ (Lékařské etické pokyny a doporučení pro paliativní péči) (Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care, 2017) specifikuje praktikování paliativní péče v různých oborech medicíny (např. pediatrie, intenzivní medicína, onkologie, psychiatrie a další) a zasazuje se za zavedení paliativní péče do praxe. Současně důrazně varuje před nereálnými očekáváními od paliativní péče a omyly, které se mohou v souvislosti se zavedením paliativní péče objevovat. Je to např. očekávání, že všechny stresující symptomy mohou být paliativní péčí vždy dostatečně zmírněny; že jakákoli uklidňující léčba je již paliativní péčí; že paliativní péče je omezena pouze na terminální péči; že paliativní péče je synonymem opuštění léčebných přístupů, a další.

Současně dokument (Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care, 2017) konstatuje jasně, že paliativní péče není omezena pouze na předpis opiátů; není svěřena výlučně odborníkům; nenahrazuje smysluplné léčebné možnosti a paliativní péče není indikována nikdy z důvodů ekonomických. Dále realisticky varuje před nadměrným očekáváním od zavedení paliativní péče, která nemůže nikdy slíbit ovlivnění procesu umírání takovým způsobem, aby vždy při jejím praktikování docházelo k pokojnému a bezbolestnému umírání.

V Anglii vznikl v roce 2004 program NHS (The National Health Service) zaměřený na konečnou fázi života (nyní známý jako Národní program péče o konec života), který byl ukazatelem změny v přístupu k tématu paliativní péče v Anglii. Jeho vznik velmi úzce souvisel s postojem Rady Evropy a Světové zdravotnické organizace, které vyzývaly vlády evropských států k převzetí odpovědnosti za poskytování péče v období na konci života. Snahy o posun v problematice zavádění paliativní péče nakonec v Anglii vyvrcholily přijetím strategie v roce 2008. Smyslem strategie byla iniciativa zaměřená na rozvoj služeb a praxe s konkrétním zaměřením na zlepšení přístupu a kvality péče o osoby před koncem života tím, že podporovala místní rozvoj služeb v této oblasti. Vláda přijala strategický

dokument „Building on the Best: choice, responsiveness and equity in the NHS“, (Department of Health, 2003), který garantoval možnost volby pro každého člověka na konci života o tom, kde chce prožít své poslední dny a kde chce zemřít (Seymour, 2012, s. 9).

Přes velký posun je kvalita a dostupnost paliativní péče ve Velké Británii stále tématem. Jason Davidson ve své zprávě (2016) upozorňuje, že je potřeba zlepšit péči na konci života, zdravotní a sociální péče ve Velké Británii musí udělat více pro to, aby došlo k jejich zlepšení.

Nedávný průzkum ukázal, že značné množství lidí, kteří umírají ve Spojeném království, nedostává správnou podporu a péči. Charita Marie Curie a Londýnská škola ekonomiky ve své zprávě o poskytování paliativní péče (v r. 2015), informovala o tom, že sedm z každých deseti lidí s terminálním onemocněním ve Spojeném království nedostává péči a podporu, kterou potřebují. Tento stav je zapříčiněn nesprávnou funkcí a nastavením systému, neboť všichni, kteří žijí s terminálním onemocněním, by měli získat odpovídající péči a podporu ve správném čase a na správném místě.

Vyšetřování parlamentního ombudsmana pro zdravotnictví prověřuje stížnosti, které se týkají péče o nemocné v závěru jejich života, a upozorňuje na významné poruchy v rámci NHS při poskytování paliativní péče. Ve své zprávě Umírající bez důstojnosti (2015) parlamentní ombudsman pro zdravotnictví požaduje širší přístup k službám paliativní péče a lepší propracování systému poskytování paliativní péče. Svoji úlohu v rozšíření přístupu k péči by měli sehrát mj. sociální pracovníci (Davidson, 2016, s. 205).

### **2.2.2 Podmínky pro integraci paliativní péče**

„Hospicový přístup vpravdě září v současných diskuzích o ceně, dostupnosti, kvalitě péče i o autonomii nemocného jako schůdné a nejlepší řešení. Lze se k němu připojit okamžitě, a to alespoň následujícím způsobem: uvědomovat si svou vlastní smrtelnost, poněvadž tak lze získat lepší vztah k umírajícím, nehledě na to, že i vlastní život se obohatí o určitou, nesmírně cennou dimenzi. Uvažovat vždy o člověku v jeho celosti, ošetření jen jeho fyzických obtíží je někdy velmi málo. Uvědomovat si omezenost svého lékařského umění, které často musí ponechat smrti její vítězství“ (Munzarová, 2005, s. 71).

Náměstek ministra pro zdravotní péči Roman Prymula uvedl na konferenci Nemocniční paliativní péče v dubnu 2017, že „paliativní péče si začíná vydobývat své místo na slunci, které si zaslouží. Je jednoznačné, že stávající medicína není schopna ve všech případech onemocnění vyřešit. Pak nastupuje paliativní medicína, která by měla zajistit důstojný odchod ze života“ (Paliativní péči ročně potřebuje 70 000 lidí, 2017).

Podle náměstka by „všechny nemocnice v Česku mohly po roce 2020 nevyléčitelně nemocným a umírajícím pacientům začít poskytovat paliativní péči. Její podobu i proplácení ze zdravotního pojištění má nastavit projekt financovaný z prostředků EU, který by měl začít v r. 2017“ (Paliativní péči ročně potřebuje 70 000 lidí, 2017). Ondřej Sláma, zástupce přednosta Kliniky komplexní onkologické péče při Masarykově onkologickém ústavu v Brně a předseda České společnosti paliativní medicíny na konferenci Nemocniční paliativní péče upozornil na fakt, že „paliativní péči by dnes potřebovalo ročně víc než 70 000 lidí. V porovnání se světem jsme však v jejím poskytování zatím velmi pozadu a stále ještě není pro mnohé vůbec zřejmé, kdo vlastně paliativní péči potřebuje, protože pacienti se velmi liší klinickým obrazem, aktuálním výskytem a významem jednotlivých symptomů, věkem, sociální situací, ale i možnostmi využití specifických kauzálních léčebných postupů“ (Paliativní péči ročně potřebuje 70 000 lidí, 2017).

Realizaci projektu na podporu paliativní péče v nemocnicích Ministerstvo zdravotnictví ČR zahájilo. Podle tiskové zprávy z ledna 2018 „Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP spouští první fázi projektu financovaného z evropských fondů, který je zaměřen na implementaci a standardizaci paliativní péče v zařízeních poskytujících akutní, následnou a dlouhodobou péči. Projekt se soustředí na nemocnice, kde dnes umírá přes 70 % pacientů, a proto je důležité, aby se právě zde, stala paliativní medicína přirozenou součástí poskytování zdravotních služeb“ (Štěpanyová, 2018).

Podle mnoha průzkumů veřejného mínění (Umírání – nový výzkum, nové výsledky, 2013) by téměř 85 % populace chtělo zemřít doma. Skutečnost je ale jiná z mnoha důvodů. Jedním z nich je i ten fakt, že ne každému rodina a blízcí mohou zajistit péči v domácím prostředí až do úplného konce života, byť např. s pomocí mobilních hospicových služeb.

Zdena Kolářová z 1. lékařské fakulty UK (2015) upozorňuje na skutečnost, že téma smrti a umírání je v naší společnosti stále ještě velkým tabu. „Za přáním umírat doma je přání blízkosti, volání po přítomnosti svých blízkých,“ vysvětluje teolog a sociolog Tomáš Halík s tím, že v dnešní době nemusí být umírání tak úzce spjata s konkrétním bytem či domem. „Přání lidí jsou různá, ale někdy nereálná. Doma může člověk umírat pouze, je-li zajištěna ošetřující osoba po 24 hodin denně,“ říká Pavel Pařko. Zde však narážíme zejména na problém ekonomický, záleží i na možnostech rodiny i na dalších jiných okolnostech, zejména dostupnosti odborné pomoci“ (Kolářová, 2015).

Lékař Petr Bouzek nabádá k pečlivé rozvaze, zda o umírajícího pečovat doma. „Je třeba jasně rozlišovat, pro koho je to dobré a pro koho ne. Když je umírající příbuzný tichý,



polehává v klidu v místnosti, nic nechce, jen ho jednou za čas přebalíte, dáte mu najíst a napít, tak to jde. Když je však neklidný, nebo dokonce terorizuje celou domácnost, je to zcela o něčem jiném. (...) A největší problém našeho sociálně zdravotnického holdingu je v tom, že v případě, když rodina dojde k názoru, že na to nemá, náhle zjistí, že nemá svého umírajícího příbuzného kam přeložit. Všude je plno. To je hodně stresující, přitom hodně realistická představa“ (Bouzek, 2017).

### 2.2.3 Rozsah a indikace paliativní léčby a péče

Poskytnutí paliativní péče zahrnuje několik oblastí péče o pacienty – zdravotní, sociální, psychologickou, spirituální. Všechny aspekty péče se vzájemně prolínají a doplňují podle individuálních potřeb pacienta. Podle Tomeše (2015, s. 56-58) se jedná o následující formy péče:

#### Zdravotní péče

- Odborná léčba bolesti a dalších obtěžujících symptomů
- Kontinuita a koordinace péče dle akutních potřeb pacienta
- Minimalizace nevýznamných a zatěžujících vyšetření, zákroků
- Komplexní ošetrovatelská péče dle individuálních potřeb

#### Sociální péče

- Pobyt v jednolůžkovém pokoji se sociálním zázemím, příjemné prostředí, možnost neomezených návštěv, zajištění stravy, přespání a pohodlí pro další osoby, respekt k intimitě, soukromí
- Poskytnutí potřebných informací, pomoc při zajišťování praktických záležitostí
- Zajištění dostatečné a kvalitní komunikace mezi pacientem, rodinou a zdravotníky, koordinace průběhu péče, odborné poradenství

#### Psychologická, spirituální péče

- Příprava pacienta a rodiny na blížící se smrt, identifikace psychosociálního a spirituálního distresu
- Navázání terapeutického vztahu mezi pacientem, rodinou a pečujícími
- Zajištění uspokojení spirituálních a duchovních potřeb pacienta a rodiny“ (Tomeš, 2015, s. 56-58).

Umírání je součástí života každého člověka a lze k němu přistoupit různým způsobem. Podle výzkumu, který se věnoval problematice umírání v současné moderní společnosti, lze přistoupit k této fázi života z pohledu „Buď – anebo“ či „Pokud – když –

také“ (Kern, 2000, s. 45). Právě druhý zvolený přístup nabízí přijetí konečnosti života a zvládnutí závěrečné fáze důstojným a pro všechny zúčastněné přijatelným způsobem.

Základní rozdíl mezi tím, zda nemocný umírá v domácím prostředí anebo v prostředí zdravotnického zařízení, je v přístupu pečujících osob. Péče poskytovaná zdravotnickým zařízením je vždy orientována na záchranu života, a proto je většinou nemocný do posledních okamžiků života podrobován různým vyšetřením, odběrům, je napojen na řízenou ventilaci, je resuscitován. Pokud se ošetřující lékař rozhodne pro „přechod od kauzální k paliativní léčbě, uvádí do problematiky právní aspekty. Rozhodnutí o ukončení léčby nevyléčitelně nemocného by měla být týmová záležitost, rozhodnutí týmu musí být zapsáno v dokumentaci nemocného a musí s ním být seznámen celý tým včetně rodiny nemocného, ať se nemocný nachází v domácím nebo ústavním prostředí“ (Kubešová, 2003, s. 50).

Ondřej Sláma uvádí, že „péče o pacienty v závěru života, v terminálním stádiu nemoci, která od samého počátku vývoje hospicového hnutí a později paliativní medicíny představuje základní modelovou situaci, je paradigma přístupu k nevyléčitelně nemocnému. V terminální fázi se totiž zvláštním způsobem projevuje mnohovrstevný charakter každé lidské zkušenosti. Umírání není pouze patofyziologický proces. Jde současně o konečnou fázi jedinečného lidského života, která má svou psychologickou, sociální a spirituální dimenzi. Jedinečnost potřeb a způsobu prožívání nemoci v terminální fázi klade zvláštní nárok na všechny, kdo o takto nemocné pečují“ (Sláma, 2014a, s. 73).

Z ekonomického hlediska je jasné, že finanční zátěž související s péčí o terminálně nemocného se přesouvá vždy tam, kde se nemocný nachází. Pokud je v domácím prostředí a péči zajišťuje rodina, nese veškerou tíži (pochopitelně nejen finanční) rodina. Pokud ale rodina pečovat nemůže, nechce, neumí, nebo nemocný rodinu nemá, zůstává nemocný v péči zdravotnického zařízení. Indikace paliativní péče je pak vždy nasnadě. Tato forma péče přináší kromě mnoha pozitiv pro pacienta a jeho blízké také finanční úspory zdravotnického zařízení. „Správně indikovaná a vhodně načasovaná paliativní péče ušetří v rozpočtu zdravotnictví nemalé finanční částky. Tyto úspory však v žádném případě nejsou na úkor nemocných. Paliativně vedená léčba zamezí provádění zbytečných nákladných vyšetření, která pro nemocné v pokročilých fázích onemocnění z hlediska volby terapeutických postupů již nemají žádný přínos“ (Kala, 2012, s. 227).

Zásadní význam při poskytování paliativní péče jakoukoli formou a v jakémkoli prostředí má empatický, na nemocného zaměřený přístup ošetřujících a pečujících. Individuální přístup neznamená automaticky vyšší náklady na poskytovanou péči, z pohledu

zdravotních pojišťoven by tedy paliativní péče měla být vítanou formou péče ve zdravotnickém zařízení, která zvýší úroveň poskytovaných služeb jejich pojištěncům, ale nenavýší náklady zdravotních pojišťoven.

Podle Kaly (2012, s. 228) indikace paliativní léčby je často pro ošetřujícího lékaře prubířským kamenem a vyžaduje mnohé: odborné vzdělání, praktické zkušenosti, osobní statečnost. Ovšem „alibistické indikování dalších diagnostických a terapeutických postupů u preterminálních nemocných např. s generalizovaným onkologickým onemocněním není vhodné. Odstoupení od intenzivní léčby a indikování paliativní péče je v těchto případech na místě a nemá nic společného s eutanázií“ (Kala, 2012, s. 228).

Paliativní péče je poskytována ve dvou formách – jako paliativní péče obecná a specializovaná, podle komplexnosti péče, která je potřebná pro zajištění dobré kvality života vážně nemocného.

Obecná paliativní péče by měla být poskytována všemi zdravotníky, její principy vycházejí z principů poskytování zdravotní péče jako takové. Indikátory pro posouzení úrovně poskytované obecné paliativní péče podle Slámy (2012, s. 10-11) jsou: kvalita komunikace o diagnóze, znalosti a dovednosti zdravotníků při řešení obtíží spojených s nemocí, kvalita ošetrovatelské péče, dostupnost léků a zdravotnických pomůcek, dostupnost sociálního poradenství, sociální péče, psychologická péče, pastorační a duchovní péče, kvalita „hotelových služeb“ v lůžkových zařízeních a kontinuita péče v závislosti na potřebách pacienta (Sláma, 2012, s. 10-11).

Specializovaná paliativní péče nastupuje v situaci, kdy obecná paliativní péče již není dostačující a poskytování paliativní péče vyžaduje odbornou specializaci.

Podle Sochora (2014b) je „paliativní péče pacientovi nabízena v posledních týdnech a dnech života. Je v tomto pojetí chápána (zdravotníky, ale i pacienty a jejich rodinami) jako „terminální péče“, jako péče v situaci „když už se nedá nic dělat“. V posledních letech jsme však svědky výrazné proměny v chápání významu a postavení paliativní péče. Několik studií prokázalo, že kvalifikovanou léčbou symptomů, otevřenou podpůrnou komunikací, psychologickou a sociální péčí, stejně jako férovou komunikací o prognóze a dosažených cílech léčby, potřebují všichni pacienti s pokročilým nevléčitelným onemocněním, a to v celém průběhu léčby. Časné zahájení paliativní péče má signifikantně příznivý vliv na kvalitu života i jeho délku“ (Sochor in Sláma, 2014b).

#### **2.2.4 Organizační formy specializované paliativní péče v nemocnicích**

Podle Slámy (2012, s. 11) v zahraničí existují dvě formy poskytování specializované paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení pro hospitalizované pacienty. Většinou

se jedná o obdobu lůžkového hospice, tedy oddělení, které pracuje na principech tzv. kamenných hospiců. V některých zemích pak fungují tzv. „oddělení paliativní medicíny“, která jsou chápána jako zařízení „akutní“ paliativní péče. Posláním těchto oddělení je „intenzivní symptomatologická léčba a psychosociální intervence. Pacient bývá z takového oddělení propouštěn domů nebo překládán do lůžkového zařízení dlouhodobé péče“ (Sláma, 2012, s. 11).

Fungující oddělení paliativních lůžek má velký význam pro celé zdravotnické zařízení, nabízí možnost kvalitní péče o terminálně nemocné ze všech oddělení nemocnice a současně uvolňuje akutní lůžka na odděleních pro pacienty s akutním onemocněním.

Další formou je tzv. specializovaná ambulance paliativní péče, která je k dispozici pro pacienty docházející z domova nebo ze zařízení zdravotní či sociální péče. „V zahraničí ambulance působí samostatně nebo v rámci nemocnice, při lůžkových hospicích, při odděleních paliativní péče lůžkových zařízení nebo jako součást zařízení domácí paliativní péče“ (Sláma, 2012, s. 11).

Pokud specializovaná ambulance působí v rámci nemocnice, může fungovat také jako konziliární tým paliativní péče. „Tato forma péče zajišťuje interdisciplinární expertní znalost z oblasti paliativní péče v lůžkových zařízeních, posiluje kontinuitu péče (pacient zůstává na oddělení, kde byl doposud léčen a které zná) a vedle přímého ovlivnění kvality paliativní péče přispívá také k edukaci personálu na ostatních odděleních (Sláma, 2012, s. 12).

Bužgová (2015, s. 26-29) uvádí čtyři hlavní modely poskytování specializované paliativní péče v nemocnicích, které se vyskytují v zahraničí: nemocniční podpůrný tým paliativní péče; ambulantní tým paliativní péče; specializované oddělení paliativní péče a jednotka akutní paliativní péče.

Podle Bužgové (2015, s. 27) je nemocniční podpůrný tým paliativní péče multidisciplinární tým odborníků, který poskytuje konzultace na všech odděleních nemocnice – nemocným, lékařům, sestřám i příbuzným nemocných. Pomáhá především v rozhodování o péči na konci života, při péči o pacienty a jejich rodiny a následně pozůstalé z pohledu psychologického a spirituálního, identifikuje potřeby všech zúčastněných z holistického pojetí, poskytuje konzultace odborné léčby bolesti a jiných symptomů, zjišťuje pacientovy priority, minimalizuje zbytečná a zatěžující vyšetření a zákroky.

Specializované ambulance mohou působit samostatně, v rámci nemocnice nebo při lůžkových hospicích a poskytují péči pacientům hospitalizovaným, umístěným v zařízeních

sociálních služeb nebo pobývajícím doma. Jejich nevýhodou je horší dostupnost pro pacienty v konečném stádiu onemocnění (Bužgová, 2015, s. 28).

Forma specializovaného oddělení paliativní péče je velmi podobná lůžkovému hospici. „Lůžkové oddělení paliativní péče by mělo vytvářet domácí atmosféru s maximálním soukromím pacientů a volným režimem pro návštěvy“ (Bužgová, 2015, s. 29).

Jednotky akutní paliativní péče jsou nejčastěji zřizovány v rámci akutní onkologické jednotky a je na nich „poskytována péče o symptomy a vedlejší účinky léčby pacientům s pokročilým nádorovým onemocněním“ (Bužgová, 2015, s. 29).

### **2.2.5 Pastorační péče ve zdravotnickém zařízení**

Pro pacienty, jejichž onemocnění je natolik závažné, dlouhotrvající nebo s nejistou prognózou, pro ty, kteří trpí „tělem i duší“, může být velkou oporou a pomocí pastorační péče. „Všichni potřebujeme v něco věřit, ale navzdory tomu je mezi lidmi mnoho nedůvěry a „nevíry“ (nedostatků víry)“ (Vodáčková, 2012, s. 315). V situaci vážného onemocnění či blížícího se konce života přichází duchovní téma zcela přirozeně a vystupuje do popředí zájmu.

„Pastorační péče v českých zemích není žádnou novinkou. Po více než půlstoletí se v posledních letech znovu objevuje to, co zde již dávno bylo a nemocným lidem dobře sloužilo. Za ono půlstoletí „jiných názorů a hodnot“ se ale hodně věcí změnilo. Především se změnila úroveň poskytované medicínské péče, prodloužila se průměrná délka života. Objevily se tzv. civilizační a psychosomatické choroby, dnešní pacient často trpí nejen bolestí somatickou, fyzickou, ale také bolestí spirituální“ (Lauerová, 2016, s. 13).

„Řešením nedostatku času, kompetencí a odbornosti ze strany zdravotníků je zařazení nemocničních kaplanů jakožto součásti zdravotnických týmů“ (Lauerová, 2016, s. 13). Podle Svatošové (2012, s. 86-87) minorita praktikujících věřících křesťanů není stěžejní skupinou, která postrádá pomoc kaplanů. Tato část pacientů většinou velmi dobře nachází pomoc v rodině nebo u dalších spoluvěřících. Mnohem větší potřeba pastorační péče vzniká u „nepřehlédnutelné, bohužel však často přehlížené a opomíjené „majoritní šedé zóny“ (Svatošová, 2012, s. 86-87). Svatošová má touto skupinou na mysli početnou skupinu nemocných, kteří jsou názorově a ideově nevyhranění, tápají, hledají a pochybují. Sami sebe označují za nevěřící, ale skutečný stav jejich spirituálních prožitků a potřeb je často odlišný od těch deklarovaných (Svatošová, 2012, s. 86-87).

Při poskytování paliativní péče ve zdravotnickém zařízení je role kaplana nezpochybnitelná. „Jedním z hlavních cílů paliativní péče je udržovat nebo zlepšit kvalitu života pacientům, kteří trpí nevléčitelným onemocněním. Pacienti kromě saturování

základních potřeb, které jsou v paliativní péči uspokojovány většinou s dopomocí zdravotníků, přikládají nemalou důležitost také potřebám psychologickým, sociálním a v neposlední řadě i spirituálním. Saturace spirituálních potřeb se nedotýká jenom pacientů věřících, ale pacientů všech. Vyhledávání a uspokojování duchovních potřeb by se mělo stát součástí komplexní ošetrovatelské péče o nemocné. Zjišťování bio – psycho – sociálních a spirituálních potřeb u terminálně nemocných a jejich rodinných příslušníků je nezbytnou součástí péče o umírajícího pacienta. Hodnocení saturace potřeb může být důležitým indikátorem pro měření kvality života“ (Hajnová Fukasová, 2015, s. 18) . „Duchovní pohoda pomáhá vytvářet ochranu proti úzkosti, která je spojena s konečností života, i ochranu proti obavám ze ztráty důstojnosti“ (Kisvertová, 2013).

Pro pacienty vážně nemocné a umírající bývá velmi často problémem pochopit smysl jejich ochromeného žití, pochopit smysl toho, čím procházejí. Je pro ně velmi těžké najít vysvětlení pro utrpení a bolest, které prožívají. Podle rakouského lékaře Viktora Emila Frankla (1994, s. 66-67) je základní potřebou každého člověka vyjádření jeho duchovní motivace, tj. hledání smyslu v životě. Tuto potřebu nazývá „vůlí ke smyslu“ (Frankl, 1994, s. 66-67). Proto mnozí nemocní potřebují vedle sebe člověka, který by je tímto těžkým obdobím provázel, naslouchal by jim a pomáhal jim nalézt smysl pro prožívané strádání. Pokud se jim podaří navzdory objektivnímu stavu nalézt smysl a zaujmout k vlastní situaci postoj, dochází ke zlepšení jejich duševního stavu, stabilizaci emocionálních prožitků a tím také k lepšímu vyrovnání se s utrpením a bolestí (Frankl, 1994, s. 66-67).

Frankl (1994, s. 61-63) rozlišuje životní hodnoty člověka na tvůrčí, zážitkové a postojové. U vážně nemocných a umírajících pacientů lze dle jeho názoru možno hledat již pouze hodnoty postojové. Pacient vždy může zaujmout určité hodnotové postoje k objektivním i subjektivním skutečnostem ve svém životě, nehledě na to, jakou mají podobu. Pokud se podaří změnit postoj pacienta k jeho vážné situaci, nalézt smysl a význam toho, co nemocný cítí, prožívá významnou úlevu jak nemocný, tak jeho okolí – rodina, blízcí i pečující personál ve zdravotnickém zařízení (Frankl, 1994, s. 61-63).

„Při hledání smyslu utrpení a bolesti, které vážnou nemoc a konec života doprovázejí, vyvstává potřeba ujasnění si vztahů ke svému okolí, ale také k sobě samotnému. Často přicházejí obavy z toho, co přijde, budoucnost se jeví velmi nejistá, vlastními silami již neovlivnitelná a nezvládnutelná. Právě v těchto chvílích je pro nemocného přítomnost člověka, který jej vyslechne, vyjádří pochopení pro jeho obavy a třeba pouze svou přítomností mu usnadní pochopení a přijetí vážné situace, často emocionálním vysvobozením“ (Lauerová, 2016, s. 15).

„Ve zdravotnických zařízeních bohužel pacienti musí často tyto těžké situace prožívat o samotě. Zdravotnický personál nemá dostatek času, síly, chuti či schopnosti reagovat na spirituální potřeby pacienta. Chybně často reagují i příbuzní nemocného, kteří se snaží při rozhovorech s nemocným odvádět pozornost od témat nemoci a umírání v naivní představě, že tím nemocného povzbudí a „přivedou na jiné myšlenky“. Pak může být nemocniční kaplan tím, který nechá nemocného hovořit bez obav o svých starostech, umožní mu srovnat si myšlenky, porozumět své situaci, přehodnotit životní hodnoty a cíle“ (Lauerová, 2016, s. 15).

Eva Kalvínská, bývalá koordinátorka psychosociální a spirituální péče ve Fakultní nemocnici v Motole upozorňuje, že „je velmi důležité hovořit s pacienty o jejich úzkostech, stescích, nejistotách apod. Pokud se podaří zjistit, co nemocní potřebují vyřešit (a to nejen umírající), bývá to pro pacienty i jejich okolí velkou pomocí“ (Ptáček, 2012, s. 181).

Pastorační péče ale v žádném případě není přínosem pouze pro pacienty samotné. „Za provázení bývají často vděční nejen sami pacienti, ale i jejich příbuzní, kteří v motolské nemocnici vědí, že mohou požádat o podporu také pro sebe. To jim pomáhá náročnou a často dlouhotrvající zátěž zvládat. Lépe pak snášejí utrpení, které prožívá jejich blízký i oni sami“ (Ptáček, 2012, s. 181).

„Tím, že se medicína uzavře jen ve své „věrnosti tělu“ jako biologická věda, může se stát, že se octne ve stavu, kdy nebude „v souladu se současnými dostupnými poznatky“ nebo nebude „v předstihu zajišťovat dostatek potřebných poznatků a uplatňovat je na všech úsecích“, které mají vliv na „rozvíjení tělesného a duševního zdraví“ (zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu)“ (Konečná, 2012, s. 138).

„Nemocní i zdravotníci se tak dostávají do náročných situací, zvláště v obdobích plných utrpení, bolesti a beznaděje při vážném onemocnění či umírání. Sestry i lékaři většinou nemívají příležitost se při svém vzdělávání blíže seznámit se způsoby poskytování psychosociální a spirituální péče. Proto se v těchto situacích mohou hůře orientovat a necítí se dobře. Současná medicína totiž umožňuje stále většímu počtu nemocných prodlužovat období končícího života i několik let. Umírání se u mnohých stává jednou z částí života. Vážně nemocní i jejich blízcí mívají dost času přemýšlet nad různými otázkami, které je v době aktivního života nenapadaly. Začínají se s nimi pak svěřovat i svým lékařům a sestřám, u nichž však někdy vyvolávají rozpaky“ (Ptáček, 2011, s. 363).

„Ze strany zdravotníka je z pohledu spirituálních potřeb především důležité při každodenním kontaktu s pacientem rozpoznat jeho duchovní potřebu a nouzi. Jeho role pak spočívá ve vyjádření podpory a pochopení pacienta a následném zajištění péče příslušného

odborníka. Zdravotnický personál ale často pocítuje obtíže a zábrany při komunikaci s vážně nemocným či umírajícím pacientem“ (Lauerová, 2016, s. 16). Podle Kalvínské (2011, s. 367) zde může hrát roli únava zdravotníků, nevšímavost, obavy z naslouchání existenciálním otázkám pacientů nebo jejich blízkých či nechuť až strach hovořit o smrti, která pro ně bývá často tabu z důvodů profesionálních (smrt pacienta je pro ně synonymem selhání a prohry) i z důvodů osobních, neboť sami nejsou vyrovnáni s pocitem vlastní smrtelnosti. „Lékaři ani sestry dosud nemívají běžně možnost pozvat si na pomoc nemocničního duchovního, který by byl schopen poskytovat spirituální podporu v širším slova smyslu, tedy ne pouze v náboženském. V jiných případech se zdráhají to udělat, protože se obávají náboženského ovlivňování pacienta nebo přímého odmítnutí této péče pacientem samotným“ (Ptáček, 2011, s. 367).

### **2.2.6 Proces zavádění paliativní péče do zdravotnických zařízení**

Proces zavádění paliativní péče v České republice popisuje „Situační analýza Paliativní péče v České republice 2016“ vydaná Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP. Z dat uvedených v analýze jasně vyplývá, že „většina pacientů s chronickým onemocněním, kteří v posledním roce života potřebují paliativní péči, je v péči praktických lékařů, ambulantních specialistů, lékařů a sester lůžkových zařízení akutní a následné péče“ (Kabelka, 2016, s. 9). V České republice jsou lůžková zařízení akutní a následné péče nejčastějším místem, kde umírají chronicky nevléčitelně nemocní pacienti, období před úmrtím je většinou charakteristické častými opakovanými hospitalizacemi.

Analýza paliativní péče v lůžkových zařízeních akutní a následné péče (Kabelka, 2016, s. 12) dále popisuje charakteristiku stavu v roce 2016:

- V lůžkových zdravotnických zařízeních v ČR existují značné rozdíly mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními i mezi odděleními téhož zařízení. U významné části pacientů není adekvátně mírněna bolest a další symptomy nemoci, chybí podpůrná komunikace o prognóze a plánu péče, chybí psychologická, sociální a spirituální podpora pacientů a jejich rodin. Chybí vybavení pomůckami potřebnými pro aplikaci paliativní péče, je častá absence soukromí na vícelůžkových pokojích, chybí zázemí pro rodiny a blízké.
- „Nemocnice akutní a následné péče nemají (až na zcela ojedinělé výjimky) zpracované standardy paliativní péče ani řídicí dokumenty, který by upravovaly způsob rozhodování a klinického řešení na významných „křižovatkách“ v trajektorii chronických onemocněních“ (Kabelka, 2016, s. 12) .



- „Nepracuje se (až na zcela ojedinělé výjimky) s individuálním plánem paliativní péče ani ostatními pomocnými nástroji (např. dříve vysloveným přáním)“ (Kabelka, 2016, s. 12).
- „Kvalita paliativní péče o chronicky nevléčitelně nemocného pacienta závisí na řadě náhodných proměnných (např. typ zařízení, konkrétní oddělení, motivace a dovednosti ošetřujícího lékaře a sester). Paliativní péče na náležité odborné úrovni („lege artis“) tak v roce 2016 není v lůžkových zdravotnických zařízeních obecně dostupnou a garantovanou zdravotní a sociální službou“ (Kabelka, 2016, s. 12) .

V lednu 2017 se konal v Praze v ÚZIS workshop, kterého se účastnili zástupci Ministerstva zdravotnictví ČR, Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, Světové zdravotnické organizace, zástupci zdravotních pojišťoven, MPSV a kliničtí odborníci, kteří se specializují na dlouhodobou, následnou a paliativní péči. „V závěru jednání byla uskutečněna dohoda na další spolupráci při naplňování bilaterální smlouvy o spolupráci mezi WHO/Evropa, MZ ČR a ÚZIS na období 2018 a 2019 zaměřená na oblast restrukturalizace následné, dlouhodobé a paliativní péče v rámci národních strategií“ (ÚZIS - Zpráva z workshopu Následná, dlouhodobá a paliativní péče 19. 1. 2017, 2017).

Podle údajů Národní datové základny paliativní péče (Národní datová základna paliativní péče, 2016) „Jak umírají lidé v ČR“ umírá v ČR ročně okolo 100 tisíc osob (z toho přibližně 60 tisíc lze definovat jako úmrtí pro chronickou příčinu). „Lidé umírají v nemocnicích. Více než 2/3 úmrtí v ČR se odehrává na lůžku zdravotnického zařízení. Pokud pacient umírá ve zdravotnickém zařízení, pak je to 69 % na lůžku akutní péče. Ke 2 % všech úmrtí dochází na hospicovém lůžku. V hospicích umírá 9 % ze všech onkologicky nemocných pacientů“ (Národní datová základna paliativní péče, 2016).

## **3 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **3.1 Výzkumný projekt**

#### **3.1.1 Předmět zájmu**

Předmětem zájmu výzkumného projektu je zjištění, jak a za jakých podmínek je z pohledu zdravotnického personálu nemocnice pečováno v poslední dny a hodiny života o pacienty hospitalizované ve zdravotnickém zařízení (Nemocnice Písek, a.s.), kteří se nacházejí v terminální fázi onemocnění. Výstupy výzkumného projektu jsou podkladem pro případovou studii, která nastíní možné zřízení nového oddělení pro poskytování specializované paliativní péče v Nemocnici Písek, a.s. (dále také nemocnice) – oddělení nebo lůžek paliativní péče.

#### **3.1.2 Kontext**

Důvodem pro návrh zavedení paliativní péče v nemocnici je fakt, že právě ve zdravotnickém zařízení je velmi často sdělena nemocnému negativní prognóza jeho onemocnění, a to je důvod k jeho hospitalizaci, která je následně ukončena úmrtím. „Z tohoto důvodu by měla být nemocnice také místem, kde jsou aplikovány principy paliativní péče“ (Bužgová, 2015, s. 24).

Případová studie předpokládá, že péče bude poskytována na 10 lůžkách, která budou organizačně přidělena k stávajícímu Oddělení sociálních lůžek a Oddělení následné péče. Tato lůžka budou zřízena dle podmínek zákona 108/2006 Sb. § 52, Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (Zákon o sociálních službách, 2006). Zdravotní péče v průběhu hospitalizace pacienta na paliativním lůžku bude poskytována dle § 22 a zákona č. 48/1997 Sb. (Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997) a bude částečně hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění (k 31. 3. 2018 se týká pacientů VZP, OZP a ZP MV).

#### **3.1.3 Relevance výzkumného projektu**

Výzkumný projekt má za cíl zmapovat podmínky, za jakých dle zkušeností zdravotnického personálu, prožívají své poslední dny pacienti ve zdravotnickém zařízení na akutních lůžkách nebo na lůžkách následné péče. Zjistit, zda má personál nemocnice podmínky a možnosti pro zajištění důstojné, kvalitní a dostatečné péče o umírajícího pacienta, a pokud ano, tak jaké.

Volba respondentů z řad zdravotnického personálu nemocnice byla záměrná. Osobně, z pozice pracovníka Oddělení spirituální péče a poté z pozice sociální pracovníce písecké nemocnice vnímám podmínky pro umírající pacienty v nemocnici jako nedobré, péči o umírající jako nedostačující, resp. specializovanou paliativní péči jako chybějící. Zajímalo mne tedy, jaký názor na tuto oblast mají moji kolegové.

Určitě by bylo velmi zajímavé zjistit, jaké jsou zkušenosti a názor na tuto problematiku z pohledu pacientů, příp. jejich rodinných příslušníků a blízkých osob. Pro rozsah diplomové práce jsem ale tyto skupiny již nevolila. Nebyl by pak prostor k volbě dostatečně reprezentativního vzorku od všech zainteresovaných skupin a výzkumné šetření by mělo nedostatečnou vypovídací hodnotu.

Význam navrhované organizační změny (Šupšáková, 2017, s. 112), zřízení nové služby (Oddělení paliativní péče) bude pak spočívat v zajištění komplexní specializované paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Tato forma péče v nemocnici chybí, je poptávána pacienty i jejich rodinami (O'Connor, 2005, s. 221-229), postrádána zdravotníky.

Zavedení paliativní péče bude mít přínos v mnoha směrech:

- dosažení kvalitní a dostatečné komunikace s pacienty v terminálním stádiu onemocnění a s jejich blízkými;
- odborná a efektivní léčba bolesti a dalších symptomů;
- zajištění soukromí, intimity, pohodlí a zázemí pro pacienty a jejich blízké;
- zaměření se na psychologické a spirituální aspekty nemoci;
- adekvátní informovanost pacientů a jejich blízkých o průběhu nemoci, prognóze, o psychických, sociálních a praktických souvislostech;
- zajištění stabilního místa hospitalizace (zamezení opakovaným překlady na jiná oddělení, dimisím a následným rehospitalizacím).

#### **3.1.4 Cíle výzkumného projektu**

Obecným cílem výzkumného projektu je zjištění a vyhodnocení podmínek, za jakých z pohledu pečujícího personálu v současnosti prožívají poslední fázi života pacienti, kteří v písecké nemocnici umírají. Poznání názoru zdravotníků a dalších pomáhajících profesí nemocnice (kaplan, sociální pracovník) na tuto oblast, zjištění jejich zkušeností, porozumění jejich osobnímu pohledu na tuto problematiku.

Konkrétním cílem výzkumu je popsat současný stav, tj. popsat podmínky, které provázejí poslední dny pacientů před úmrtím. Dále je cílem zjištění osobních pocitů

respondentů při setkání s umírajícím pacientem a jejich názoru na dané téma (úmrtí pacienta ve zdravotnickém zařízení). Dalším cílem je zmapování názoru zdravotníků na to, jakou formu péče o umírajícího člověka považují za adekvátní. Posledním cílem je zjištění, jaká opatření by pomohla ke zlepšení podmínek pro umírající pacienty ve zdravotnickém zařízení. Následně budou data využita pro návrh organizační změny.

Současná situace a přínos organizační změny:

Současná situace	Přínos organizační změny
Úmrtí pacientů na akutním lůžku	Zajištění důstojného dožití pacientů, v intimním prostředí, za účasti rodiny a blízkých osob
Narůstající zájem pacientů/rodin o poskytnutí paliativní péče	Uspokojení zájmu a požadavků nemocných a jejich rodin
Tlak na převzetí pacientů z akutních oddělení na oddělení následné péče (ONP), přičemž kapacita ONP je omezená (41 lůžek)	Uvolnění akutních lůžek pro pacienty s akutním onemocněním překladem pacientů vyžadujících dlouhodobou péči na ONP
Obsazení části lůžek ONP pacienty v terminálním stádiu nemoci, na ONP je dlouhodobější hospitalizace z pohledu úhrady pobytu zdravotními pojišťovkami neakceptovaná	Uvolnění lůžek ONP překladem pacientů v terminálním stádiu onemocnění na lůžka s paliativní péčí
Chybějící paliativní péče v dosahu (mobilní hospic poskytuje péči pouze v případě splnění podmínky trvalé přítomnosti další osoby u pacienta, kterou nelze vždy splnit; nejbližší lůžkové zařízení pro poskytování paliativní péče je vzdáleno 40 km, dojezdový čas více než 1 hodina)	Zajištění paliativní péče pro obyvatele okresního města v dosahu (časovém, finančním)

Tabulka 2 – Současná situace a přínos organizační změny

(Zdroj: Autorka)

### 3.1.5 Výzkumná otázka

a) Základní výzkumná otázka:

**„Jak zdravotnický personál Nemocnice Písek, a.s. vnímá a hodnotí péči o umírající pacienty a podmínky, za kterých je péče poskytována?“**

b) Výzkumné podotázky:

1. Jaké jsou v současnosti možnosti přizpůsobení péče potřebám umírajícího pacienta v nemocnici?
2. Identifikuje a saturuje zdravotnický personál specifické potřeby umírajícího?
3. Jaké jsou osobní prožitky zdravotníka při setkání se smrtí pacienta?
4. Jaká forma péče je podle názoru zdravotníků vhodná pro umírajícího pacienta?
5. Jaká opatření by umožnila zlepšení stávajících podmínek pro umírající pacienty?

c) Výzkumné otázky (členěny do dvou skupin):

**A. – E.** = identifikační otázky

**1. – 11.** = otázky k problematice

A. Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

B. Jak dlouho pracujete v tomto zdravotnickém zařízení?

C. Jste muž / žena?

D. Jaký je Váš věk? Do 30 let; 31–40 let; 41–50 let; 51–60 let; 61–70 let

E. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

1. Dochází k úmrtím na Vašem oddělení? Pokud ano, uveďte, počet pacientů za rok (přibližný údaj)?
2. Jaký je Váš názor na podmínky, za jakých v současné době umírají pacienti v nemocnici? Charakterizujte prosím heslovitě 3–5 slovy nebo slovními spojeními.
3. Domníváte se, že je umírajícím věnována ze strany zdravotníků speciální péče?
4. Jsou podle Vašeho názoru pro umírající pacienty nastaveny zvláštní podmínky? (zajištění intimity, režim návštěv, ...)
5. Jaký je podle Vás postoj zdravotnického personálu k terminálně nemocnému pacientovi?
6. Jaké jsou Vaše pocity při setkání s umírajícím pacientem?
7. Co prožíváte a cítíte při úmrtí pacienta?

8. Jakou formu péče o umírajícího byste zvolil/a pro Vám blízkého člověka?
9. Domníváte se, že by měla být problematice umírání ve zdravotnickém zařízení věnována pozornost?
10. Jaká opatření by podle Vás pomohla k dosažení toho, aby lidé v nemocnici umírali za důstojných podmínek, aby jim a jejich blízkým byla poskytnuta podpora?
11. Chtěl/a byste něco doplnit, dodat k tématu?

## **3.2 Metodologické postupy**

Výzkumnou metodou je forma kvalitativního výzkumu, hloubkový, strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Cílem kvalitativního rozhovoru je „vytváření nových hypotéz, nového porozumění, vytváření teorie“ (Disman, 2011, s. 286). V tomto druhu výzkumu není výzkumníkem prováděna volba proměnných. „O redukci dat de facto rozhodují zkoumané osoby. Výzkumník vede respondenta k tomu, aby mu řekl co nejvíce“ (Disman, 2011, s. 290).

Téma rozhovoru bylo respondentům předem sděleno, rozhovory měly většinou uvolněný, neformální průběh. Předpokládaná délka rozhovoru byla do 30 minut, konkrétní čas byl přizpůsoben časovým možnostem a chuti respondenta na dané téma hovořit.

Rozhovor byl nahráván na dvě audio zařízení (pojistka pro případ technické závady) a poté doslovně přepsán. Během rozhovoru si tazatelka dělala poznámky, po ukončení rozhovoru doplnila další informace, dojmy, postřehy (terénní poznámky). Anonymita byla respondentům garantována ústně a současně písemnou formou informovaného souhlasu. Ani jeden z respondentů tuto písemnou garanci pro své potřeby nepožadoval.

### **3.2.1 Časový harmonogram**

Harmonogram výzkumu:

1. Příprava plánu výzkumu (5-11/2017)
2. Realizace výzkumu, sběr dat (12/2017–1/2018)
  - a. Příprava struktury rozhovoru
  - b. Rozhodnutí o respondentech – počet, výběr konkrétních profesí
  - c. Zajištění termínů pro rozhovory
  - d. Realizace rozhovorů
3. Zpracování získaných dat (1-2/2018)
4. Vyhodnocení dat (2-3/2018)
5. Vypracování závěrečné zprávy o výzkumu, interpretace výsledků (3/2018)

### 3.2.2 Výzkumný přístup a metoda sběru dat

Výzkumným přístupem pro získání požadovaných dat je případová studie. V této formě se jedná o „detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. (...) V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti“ (Hendl, 2005, s. 104). Podle Hendla je tento přístup vhodný mj. při studiu organizací a institucí a jeho cíle mohou být různorodé (Hendl, 2005, s. 105).

Hendl (2005, s. 105) uvádí, že existují mnohé odchylky v tom, jak jednotliví autoři pojmají případové studie. Např. Stake (1995, s. 43) jmenuje tři typy případových studií, jednou z nich je tzv. intrinsitní případová studie, která „se věnuje případu kvůli němu samému. Výzkumník chce poznat právě tento případ, vztah k obecnější problematice nehraje roli, (...) popisuje do hloubky vybrané stránky případu. Cílem je holistické porozumění případu i pochopení propojení jeho jednotlivých částí“ (Hendl, 2005, s. 107).

Dalšími typy jsou instrumentální a kolektivní studie. Hendl (2005, s. 107) uvádí, že v typu instrumentální studie „výzkumník volí jev (např. stres), pak vyhledá případ, nebo několik případů, které tento jev reprezentují, a podrobně je zkoumá. (...) Kolektivní případová studie znamená hloubkové zkoumání více instrumentálních případů. Přitom jde o teoretizování v širším kontextu. Výzkumník věří, že sledováním více případů získá větší vhled do dané problematiky“ (Hendl, 2005, s. 107).

Metodou získávání dat je strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Tento typ rozhovoru „sestává z řady pečlivě formulovaných otázek, na něž mají jednotliví respondenti odpovědět. (...) Základním účelem tohoto typu interview je co nejvíce minimalizovat efekt tazatele na kvalitu rozhovoru“ (Hendl, 2005, s. 173). Švaříček hloubkový rozhovor označuje jako „dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek“ (Švaříček, 2007, s. 159).

### 3.2.3 Volba výběrového souboru

Existuje celá řada způsobů pro určení výběrového souboru, v tomto případě byla kritéria pro výběr předem dána. Bylo použito účelového vzorkování o maximální variaci, které „dokumentuje možnou varietu fenoménu, např. pro dokumentaci společné konfigurace chování v celém pásmu variace“ (Hendl, 2005, s. 154).

Výběrový soubor byl zvolen předem danou strukturou výběru. Smyslem bylo vybrat pro výzkum skupinu 10 respondentů, kteří budou reprezentovat co nejširší spektrum názorů, pozic, pohledů, a kteří se vzhledem ke svému pracovnímu zařazení s pacienty v terminálním stádiu setkávají.

Všichni respondenti, kteří byli o rozhovor požádáni, s poskytnutím rozhovoru souhlasili, podepsali písemný informovaný souhlas (vzor přiložen v příloze, příloha č. 2) Zvolené téma pro ně bylo zajímavé, k problematice byli schopni se vyjádřit, podat informace odborné, praktické i osobní zkušenosti.

### 3.2.4 Charakteristika výběrového vzorku

Celkový výběrový vzorek pro realizaci výzkumného kvalitativního šetření byl tvořen 10 respondenty. Všichni respondenti pracovali v nemocnici, většina již několik let. Anonymní identifikaci respondentů znázorňuje následující tabulka a grafy.

Otázka	A.	B.	C.	D.	E.
Respondent 1	35	35	M	51-60	VŠ
Respondent 2	22	12	Ž	31-40	VŠ
Respondent 3	19	15	Ž	31-40	VŠ
Respondent 4	2	2	Ž	31-40	VOŠ
Respondent 5	16	16	Ž	31-40	SŠ
Respondent 6	20	17	Ž	41-50	SŠ
Respondent 7	30	20	Ž	51-60	VŠ
Respondent 8	21	13	M	41-50	VŠ
Respondent 9	41	41	Ž	61-70	VŠ
Respondent 10	7	7	M	51-60	VŠ

Tabulka 3 – Identifikace respondentů výzkumu

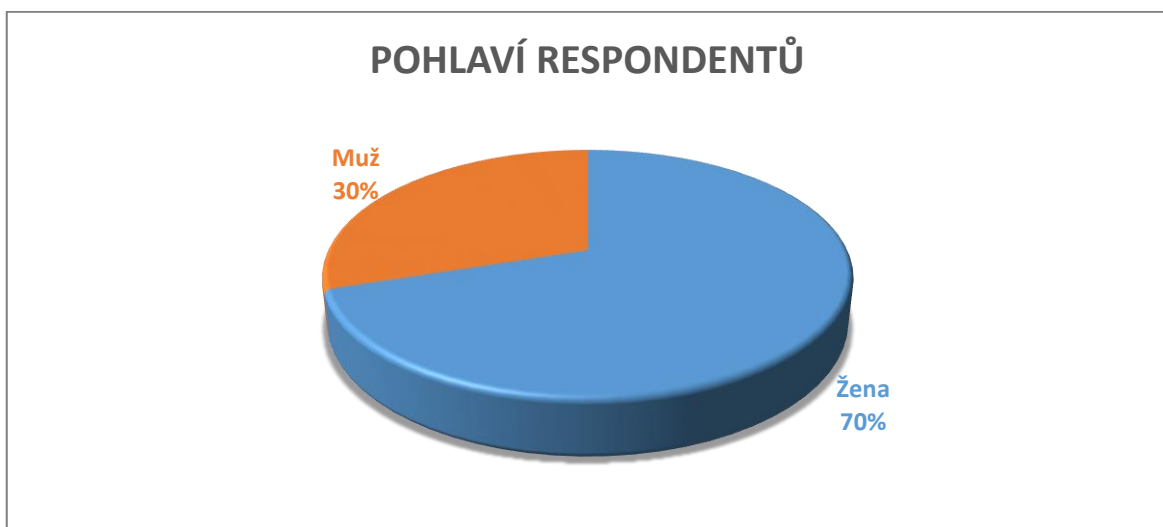
Zdroj: Autorka





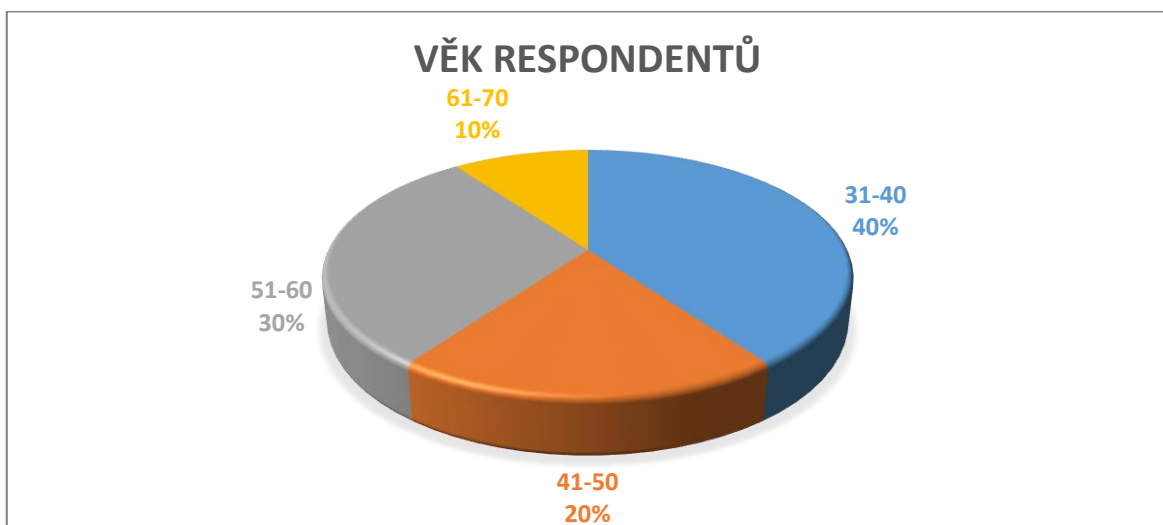
**Graf 4 – Vzdělání respondentů**

Zdroj: Autorka



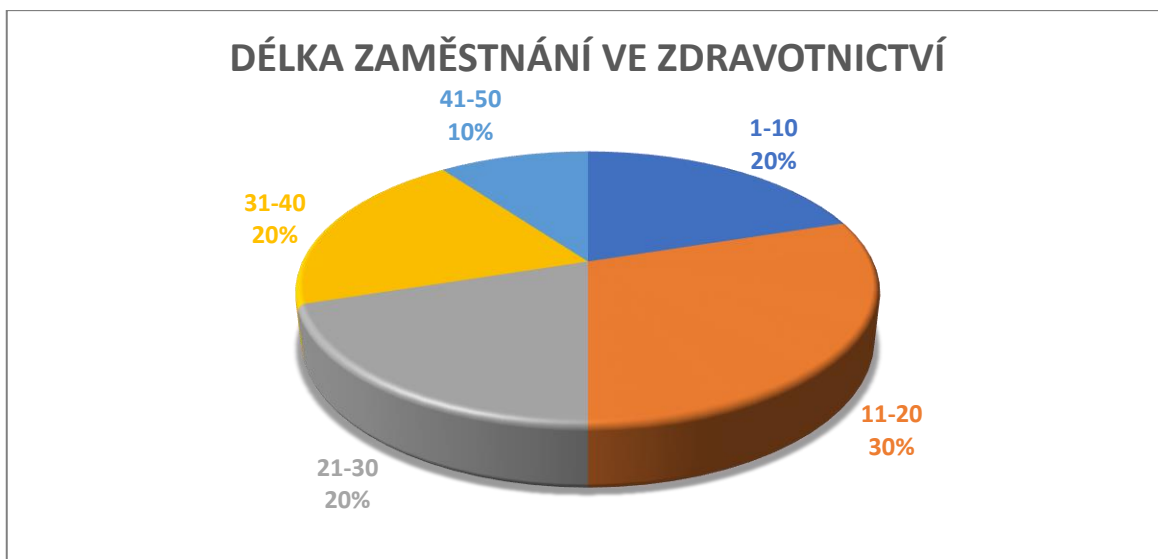
**Graf 5 – Pohlaví respondentů**

Zdroj: Autorka



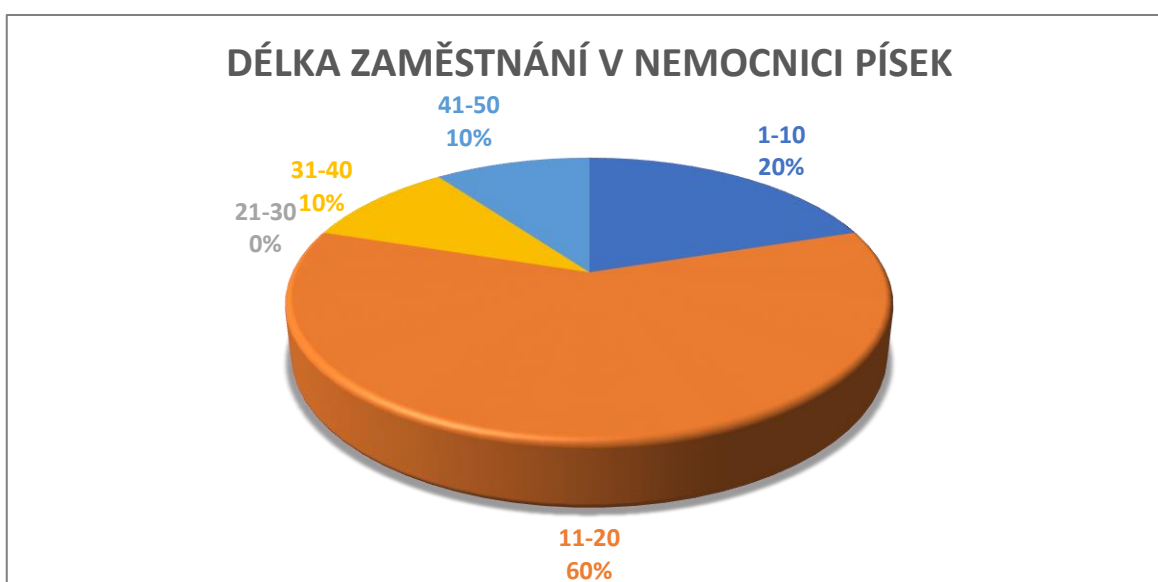
**Graf 6 – Věk respondentů**

Zdroj: Autorka



**Graf 7 – Délka zaměstnání ve zdravotnictví**

Zdroj: Autorka



**Graf 8 – Délka zaměstnání v Nemocnici Písek, a.s.**

Zdroj: Autorka

### 3.2.5 Průběh sběru dat, reflexe

Sběr dat byl realizován v průběhu dvou měsíců (prosinec 2017 – leden 2018).

Nejprve jsem vytypovala jednotlivé potencionální respondenty. Výběr nebyl náhodný, při volbě jsem vycházela z několika kritérií výběru – absolvovaná praxe v nemocnici v délce minimálně 2 roky, zkušenosti s vážně nemocnými a umírajícími pacienty. Dále jsem se při výběru snažila zvolit osoby s různým stupněm i zaměřením

vzdělání, s různou délkou praxe, rozličným typem profese, odlišnou pracovní pozicí v nemocnici a zastoupit obě pohlaví. Ve všech případech se jednalo o přímé či nepřímé kolegy.

Vytipované respondenty jsem následně požádala o poskytnutí rozhovoru. Všichni oslovení rozhovor přislíbili. Poté jsem s jednotlivými respondenty domlouvala konkrétní termín a místo rozhovoru podle jejich časových možností.

Rozhovory byly většinou realizovány na pracovišti respondentů, na klidném odděleném místě. Dva rozhovory byly realizovány v místě mého bydliště. Samotnému rozhovoru vždy předcházela krátká rozhovor k tématu, z toho důvodu, aby se respondent „naladil“ na dané téma. Všem respondentům byly poskytnuty informace k účelu rozhovoru a byly jim zodpovězeny položené otázky. Ani v jednom případě nevznikly problémy s porozuměním, všechny nejasnosti byly upřesněny a vysvětleny.

Téma rozhovorů a zaměření otázek bylo spojené s osobními i profesními hodnotami a postoji respondentů, s nastavením jejich etických principů, s tématem utrpení, úcty k člověku, pochopení druhého, lidské důstojnosti, hodnoty lidského života, a dalších etických aspektů, tedy témat velmi osobních a emotivních. Z tohoto důvodu jsem se snažila velmi citlivě přistupovat ke každému z respondentů, respektovat znění i směřování jeho odpovědí, byť někdy odpovědi odbíhaly od tématu otázky a dokreslovaly spíše respondentovy osobní pocity než odpověď k danému tématu. Pasáže, při kterých došlo k emotivní reakci respondenta v souvislosti s jeho prožitými zážitky, vzpomínkami či názory, jsem samozřejmě nezaznamenávala. Rozhovor jsem v těchto okamžicích vždy přerušila na dostatečně dlouhou dobu, aby bylo možné a pro respondenta přijatelné pokračovat dále.

Stejně jako pro některé respondenty, také pro mne je dané téma citlivé a osobní. Ačkoliv jsem se vždy snažila přistupovat k vedení rozhovorů věcně, s pragmatickým přístupem a oprostít se od osobních pocitů, ne vždy jsem si byla schopna udržet profesionální odstup. Důvodem bylo nejen téma rozhovorů, ale také osobní vztahy a vazby, které mne s některými z respondentů spojují.

Po ukončení rozhovoru jsem se vždy snažila co nejdříve přepsat text, abych do něj nebo do poznámek ještě včlenila bezprostřední dojmy z rozhovoru. Nejprve jsem text vždy přepsala, poté jsem jej po dalším poslechnutí doplnila o interpunkci tak, abych oddělila jednotlivé věty a v textu se dalo lépe orientovat. Věty jsem pak ještě graficky upravila – vytvořila jsem odstavce, podle kontextu a obsahu.

S narůstajícím počtem rozhovorů jsem získávala větší jistotu v práci s technikou, postupně jsem omezila sledování a kontrolu průběhu záznamu. Při prvním rozhovoru jsem

si v průběhu psala poznámky, což jsem pak následně již nedělala, neboť dotazovaný mé poznámky registroval a měla jsem pocit, že ho i rušily v toku myšlenek. Poznámky jsem si zapisovala ihned po ukončení rozhovoru, neboť i několikaminutový odstup by mohl zapříčinit ztrátu části myšlenek.

Otázky jsem chtěla respondentům původně pouze číst, ale pak jsem se rozhodla pro variantu čtení + předložení seznamu otázek před respondentem (i na základě požadavku prvního dotazovaného). Text otázek jsem dala na začátku každého rozhovoru k dispozici dotazovanému a současně jsem jednotlivé otázky pomalu přečetla nahlas – proto, aby lépe vyzněl smysl otázky a dotazovaný si lépe mohl utvářet znění odpovědi.

V průběhu realizace rozhovorů jsem zjistila, že vedení rozhovorů mne baví, jedná se o pozoruhodný proces poznávání a komunikace o tématu, které je pro mne velmi zajímavé.

### **3.2.6 Zpracování dat**

K datům bylo přistupováno realisticky, výpovědi respondentů a poznámky tazatele byly považovány za „popis určité vnější skutečnosti nebo vnitřní zkušenosti“ (Švaříček, 2007, s. 208). Data byla pomocí techniky otevřeného kódování rozebrána na jednotlivé jednotky (slova, věty, odstavce) podle významu a obsahu. K těmto jednotkám byly přiděleny kódy, které označují obsah či myšlenku vybraného úseku.

Poté byly jednotlivé kódy seřazeny do seznamu, v případě podobnosti kódů byly tyto sloučeny do kódu společného. Následně byly získané kódy kategorizovány, tedy seskupeny „podle podobnosti nebo jiné vnitřní souvislosti“ (Švaříček, 2007, s. 221).

Strukturace dat vycházela z techniky „vyložení karet“, při které „kategorie, vzniklé skrze otevřené kódování jsou uspořádány do nějakého obrazce či linky a na základě tohoto uspořádání se sestaví text tak, že je vlastně převyprávěním obsahu jednotlivých kategorií“ (Švaříček, 2007, s. 226).

Zpracování dat jsem prováděla s pomocí počítačového programu ATLAS/ti, k možnosti využití jsem si zakoupila uživatelskou licenci programu – verzi pro studenty, platnou po dobu 6 měsíců.

Hendl (2005, s. 377-378) uvádí, že se jedná o formu organizování dat, jejímiž výhodami je „mnoho užitečných procedur“, nedostatky jsou vysoká cena, komplikovanost použití, které vyžaduje trénink, a vysoké nároky na zvládnutí“ (Hendl, 2005, s. 378). S autorem v hodnocení částečně souhlasím, ale po počátečním tápání jsem použití programu zvládla a velmi ocenila jeho mnohé přednosti – především přehlednost, variabilitu, nabídku různých možností zpracování a eleganci formy – oproti variantě ručního zpracování.

### 3.3 Vyhodnocení dat

Výsledky jsou interpretovány podle stanovených okruhů, které jsou dány otázkami, ale především odpověďmi respondentů. Citace z odpovědí respondentů jsou psány vždy kurzívou, jsou uvedeny doslovně, tj. i s nespisovnými výrazy, opakujícími se výrazy a podobně.

Podle Hendla (2005, s. 114) v případové studii „výzkumník zkoumá data a hledá propojení mezi nimi a výzkumnými otázkami. Zůstává otevřený nečekaným aspektům dat. Používá grafy a tabulace“. Případová studie nepoužívá žádné specifické analytické procedury, není proto v rámci kvalitativního diskurzu dosud považována za zcela plnohodnotnou strategii (Švaříček, 2007, s. 109). Data jsou zde systematicky porovnávána, jsou mezi nimi hledány pravidelnosti a jsou řazena do kategorií. Badatel se zaměřuje na předem určená kritéria nebo proměnné, které si u daného tématu definuje, poté jmenuje témata, oblasti nebo faktory a mezi nimi hledá vztahy, případně se snaží je důkladně popsat (Švaříček, 2007, s. 109).

Data byla tříděna a sumarizována podle jednotlivých okruhů témat, která vycházela z otázek, ale především z odpovědí respondentů. Konkrétní slova, slovní spojení, části vět, věty v odpovědích respondentů byly při procesu kódování přiřazeny ke kódům, kódy s podobným tématem byly následně sdruženy do skupiny kódů. Každá skupina kódů (tedy tematická oblast) je dále představena, vyhodnocována, interpretována, komentována.

#### 3.3.1 Popis souboru dat

Soubor dat tvoří texty 10 rozhovorů. U textů jednotlivých rozhovorů bylo provedeno kódování, celkem bylo zvoleno 42 kódů. Kódy byly podle tématu sdruženy do 11 skupin, tematických okruhů. Tematické okruhy jsou uvedeny níže ve Schéma 1 – Skupiny kódů výzkumného šetření.

Některá z témat byla obsahově velmi široká, zahrnovala širokou škálu odpovědí. Některá byla naopak spíše okrajová, vyskytovala se jen v některých odpovědích. Snahou bylo ale zahrnout všechna důležitá sdělení, která se vztahují ke zkoumanému tématu.

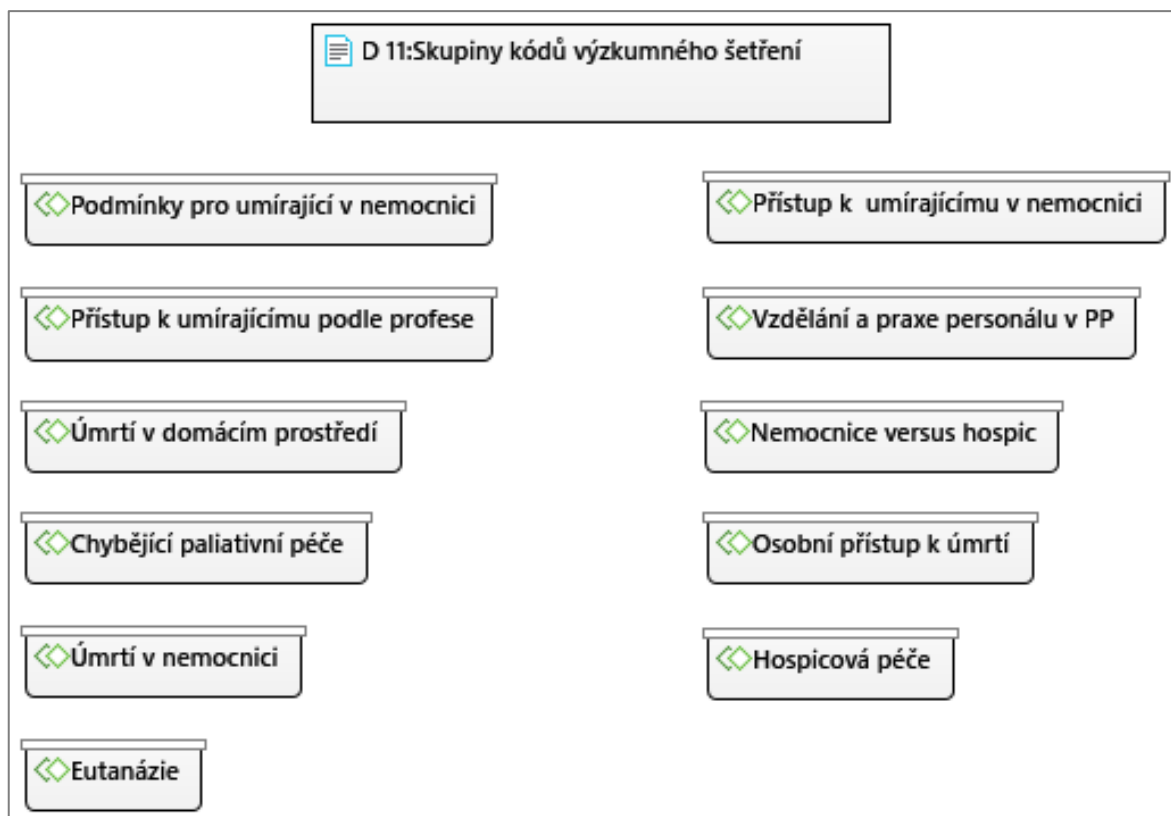


Schéma 1 – Skupiny kódů výzkumného šetření

Zdroj: Autorka

### 3.3.2 Rozbor dat dle jednotlivých skupin kódů

Jednotlivé skupiny kódů, tedy témata, tematické okruhy jsou níže jmenovány, komentovány, vztaženy k teoretickým poznatkům a hodnoceny. Rozbor dat je ve všech případech doplněn citacemi z rozhovorů (uvedeno kurzívou), které dokumentují a podtrhují vyvozené závěry.

#### 3.3.2.1 Skupina kódů: Úmrtí v nemocnici

Nejobecnější témata jsou zastoupena ve skupině „Úmrtí v nemocnici“. Skupinu tvoří kódy s názvem: Tabuizace smrti ve společnosti, Počet úmrtí, Úmrtí na oddělení, Nemožnost dimise umírajícího.

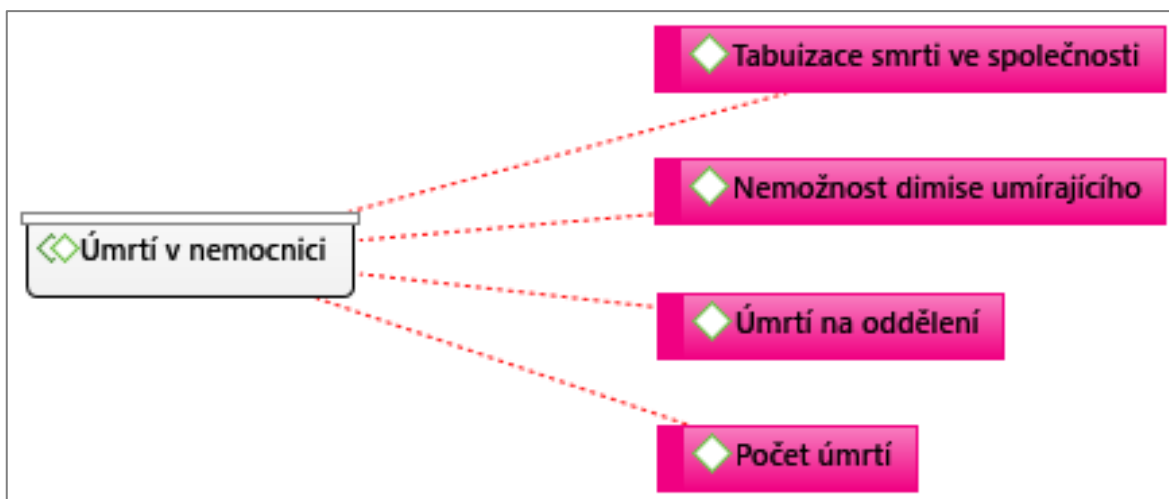


Schéma 2 – Skupina kódů „Úmrtí v nemocnici“

Zdroj: Autorka

### ◆ Tabuizace smrti ve společnosti

Zcela obecné je téma Tabuizace smrti ve společnosti. Konkrétně o něm hovořil pouze jeden respondent. *Smrt je tabuizovaná, to není dobře.* Skrytě nebo nepřímo se tento názor objevil i v několika dalších rozhovorech.

Je na každém z nás, jak téma smrti přijmeme, jak se vyrovnáme s vlastní smrtelností a tím i se smrtelností těch druhých. Faktem je, že v současné západní společnosti je téma smrti často považováno za nevhodné až nespolečenské, život nás na tento přirozený konec nechystá. O smrti se prostě nemluví. „Všichni víme, že život můžeme kdykoli ztratit, ale nechceme o tom mluvit“ (Badenas, 2016, s. 179).

### ◆ Počet úmrtí

Informace o počtu úmrtí od jednotlivých respondentů se samozřejmě různí, neboť každý respondent uváděl odhadované počty za „své“ oddělení, příp. za oddělení, na kterých působí. Jeden z respondentů, který má k dispozici data za celou nemocnici, uvedl *přesné číslo za celou nemocnici, za rok 2017 to bylo 254 úmrtí.*

Jednotlivé údaje jsou ale také zajímavé, neboť ilustrují počet umírajících, kteří umírají na oddělení/ch, na kterém/kterých respondent pracuje. V jednom případě se počet uváděný respondentem značně lišil od skutečného počtu, byl velmi nadhodnocen. Tento nepřesný odhad si vysvětlují tím, že respondent subjektivně vnímá počet úmrtí jako výrazně vyšší.

Počty úmrtí udávané respondenty se pohybovaly v rozmezí 20 – 150 osob za rok.

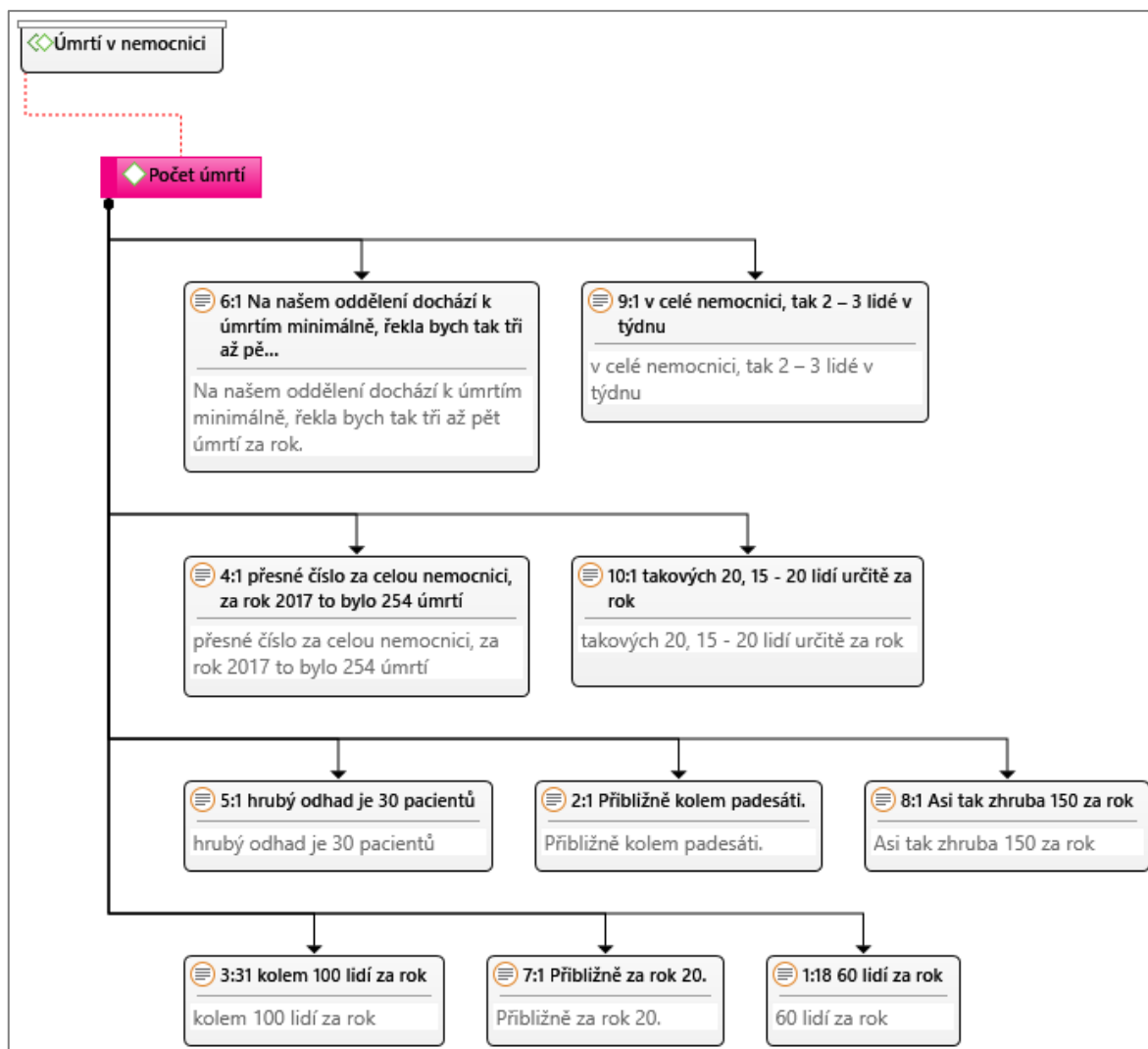


Schéma 3 – Kód „Počet úmrtí“

Zdroj: Autorka

### ◆ Úmrtí na oddělení

Kód Úmrtí na oddělení uvádí, jakou asociaci toto slovní spojení v respondentovi vyvolá. Vyjádření *K úmrtím dochází na našem oddělení, lidi budou ve špitále umírat*, věcně konstatuje fakta. Průběh samotného aktu úmrtí je různý, *někdo nám odejde tiše v noci, ... někdy o tom ani nevíme, ... smrt může přijít rychle*. Jako přirozené považuje respondent úmrtí tehdy, pokud *už pacienti jsou hodně starý a hodně nemocný*. Někteří pacienti nebo jejich blízcí možnost úmrtí v nemocnici vůbec neberou v úvahu – *oni si to strašně málo připouští, že tady ten člověk opravdu už může zemřít*.

### ◆ Nemožnost dimise umírajícího

I když rodina akceptuje reálnou možnost úmrtí svého blízkého, chce předejít úmrtí v nemocnici a chce o něj doma pečovat nebo mu zajistit péči v lůžkovém hospici, není to vždy



reálné. Často není v silách a možnostech rodiny o vážně nemocného pečovat (*ono je to samozřejmě problém takového člověka poslat domů, když má doma zaměstnanou rodinu*). S překladem do hospice musí pacient souhlasit, ale pacient v terminálním stádiu často není ve stavu, kdy je schopen podpis žádosti a informovaného souhlasu učinit, takže v nemocnici zůstává (*Tak prostě tyhle lidi potom v nemocnici zkejsnou*).

### 3.3.2.2 Skupina kódů: Podmínky pro umírající v nemocnici

Tematická skupina „Podmínky pro umírající v nemocnici“ popisuje Hodnocení podmínek v nemocnici, zaměřuje se na Nedobré podmínky pro umírající, Chybějící prostory pro poskytování péče o umírající, kladně hodnotí Režim návštěv v nemocnici, navrhuje Opatření pro zlepšení situace.

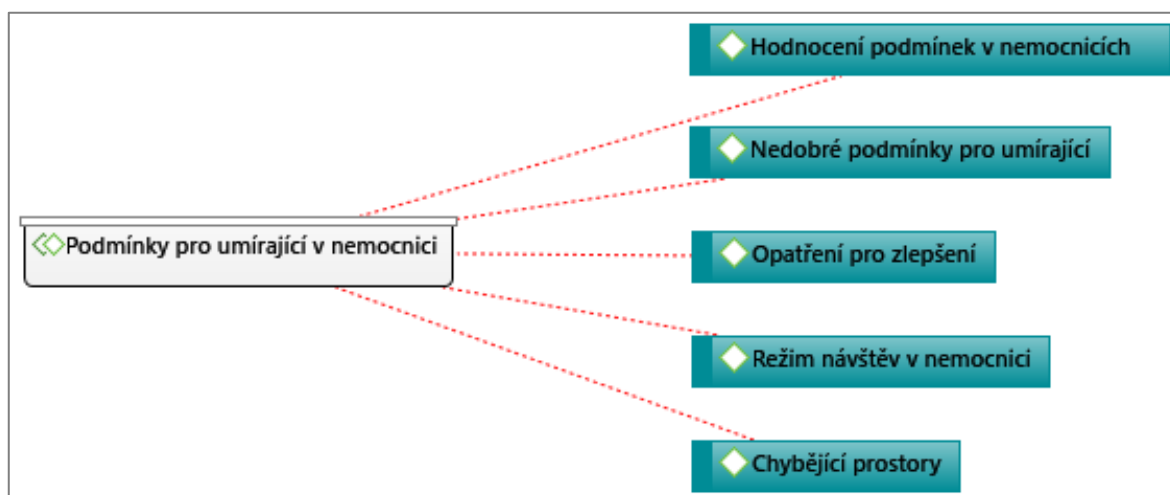


Schéma 4 – Skupina kódů „Podmínky pro umírající v nemocnici“

Zdroj: Autorka

#### ◆ Hodnocení podmínek v nemocnicích

Při hodnocení podmínek v nemocnicích, které jsou vztaženy k potřebám umírajících pacientů, většina respondentů vyjadřovala kritiku, nespokojenost, zklamání. Část respondentů se domnívala, že podmínky jsou v podstatě dobré, přiměřené.

Všeobecná a neurčitá hodnocení popisovala podmínky pro umírající, chybějící zaměření na poskytování paliativní péče (*Není to nic moc; Není to dobře; Mám mluvit pravdu? ..... dlouhá odmlka, povzdech, ...; nemocnice jako taková, si myslím, není na takové pacienty připravena, chybí vůbec oddělení pro umírající, v nemocnici je to nesrovnatelný. Tam to funguje jinak, jako v nemocnici; proč se jim nezpříjemní to prostředí? ... to nám*

*strašně schází, strašně; v současné době už by ty podmínky mohly být nějakým způsobem zajištěny).*

Přijatelnost podmínek respondenti hodnotili slovy *myslím, že určitě ty podmínky už jsou lepší, než bylo třeba před těmi dvaceti lety, kdy jsem začala chodit do práce; je tam i péče jako mimo medicínská. Velký význam má pro mnohé přítomnost kaplana, kterého je možno k nemocnému přivolat, ... se snažíme taky kontaktovat kaplana.*

Paliativní péče usiluje o respekt k umírajícímu a vychází z jeho potřeb. Směřování k takto nastavenému přístupu k pacientovi je popisováno několika respondenty. *Já si myslím, že dobrý; v naší nemocnici se asi poskytnou relativně slušné jakoby zdravotnické i mimo zdravotnické opatření; ti zdravotníci, a to je zase na všech odděleních, tak pokud jim dají nějaký befel, tak doufám, že oni se starají; je to pacient od pacienta, oddělení od oddělení.*

#### ◆ **Nedobré podmínky pro umírající**

Část odpovědí přímo negativně hodnotila a kritizovala nebo postrádala podmínky pro umírající pacienty. *Podmínky na to, aby tam byl sám a rodina s ním mohla být mnoho hodin přes den, pokud je a má o to zájem, tak úplně nejsou.*

Velkým nedostatkem je chybějící soukromí (*absolutně bez soukromí*) a nemožnost stálé přítomnosti rodiny u lůžka nemocného. *Samostatný pokoje zařízený třeba tak, aby tam bylo i lůžko jakoby pro tu rodinu, aby tam mohli i přespat; aby tam měli nějaký svý zázemí; není moc prostor. Pokud je pacient umístěn na jednotce intenzivní péče, samostatný pokoj nepřichází v úvahu vůbec - když je samostatný pokoj, ale na té JIPce né;; co se týče pobytu jako takového, nebo pokoje, vybavení pokoje, nic ....; na akutním oddělení, tak s takovýmhle pacientem v podstatě nepočítají; nemocnice to neumí, neumí se o něj správně postarat.*

Paliativní péče se soustředí především na kvalitu života, který ještě nemocný může prožít. *Nemocnice ale nenabízí vhodné prostředí – není úplně takový to prostředí, který by si ty lidi zasloužili, v kterých by umírat měli; prostředí podle mě částečně neosobní.*

Péče o nemocného v nemocnici má jasně daná pravidla, musí splňovat standardy, předpisy, normy. *Zdravotnické zařízení se zaměřuje především na to, aby ten člověk byl čistý, dostal najíst, dostal medikace a a myslím si, že potom ta stránka psychosociální a spirituální tam není úplně, úplně naplněna.*

Jak tedy umírá pacient? *Smutně, nedůstojně, tristně; osamoceně ...; nedostatečně připravený na odchod ... bez rodiny. Odchody prostě jsou tak, jak by být neměly.*

### ◆ Chybějící prostory

Jedním z nedostatků jsou chybějící prostory pro umírající pacienty – *aby na to byl ten místnostní prostor*. V nemocnici nejsou k dispozici samostatné pokoje, které jsou základním předpokladem pro zajištění soukromí, intimity a individuálního přístupu k umírajícímu pacientovi. *Ono ta místa pro to nejsou, takže oni jako nezřídka umírají vedle nějakých jiných lidí, a to není tak jako úplně pěkný.*

*Zajištění intimity je velký problém ve zdravotnických zařízeních, hlavně na větších pokojích, kde leží tři až čtyři pacienti. Je potřeba mít nějaký zázemí důstojný, kde ty lidi se budou cítit dobře, a kde se o ně bude moct ten personál postarat.*

Samostatné oddělení paliativní péče by poskytlo vyčleněný prostor, který by umožnil zajištění soukromí a důstojného místa pro umírající a jejich blízké. *Určitě technická opatření, to znamená vyčleněné, vyčleněné místo. ... by tam měly být podle mě květiny a stromy a fontánky ... něco, co připomíná život, kde by ti lidé měli lehce našlapovat.*

Současný stav je mnohdy neúnosný, k úmrtím dochází na pokojích sdílených několika pacienty. Pocity, které zažívá umírající pacient, ale i pacienti, kteří úmrtí přihlížejí, lze těžko popsat. A přistavený paraván dopomůže k zajištění intimity jen zdánlivě. *Ti, kteří se uzdravují, ty na ně koukají a samozřejmě je jim to taky nepříjemný, neví co, jak se chovat.*

### ◆ Režim návštěv v nemocnici

Všichni respondenti se shodli v konstatování, že pozitivně lze určitě hodnotit režim návštěv v nemocnici, které jsou v denní době v podstatě neomezené (omezení je pouze zdravotnickými výkony u pacientů, přítomností vizity a podobně). Režim návštěv je *takovej únosnej. Návštěvy mohou přijít kdykoliv a mohou tam být, jak dlouho chtějí.*

*Režim návštěv na našem oddělení je zcela individuální. Kromě nočních hodin, kdy je to nevhodný, můžou návštěvy kdykoliv za pacientem, můžou se mu věnovat podle vlastních potřeb.*

Rodina ale někdy vnímá a tuší, že prožívá se svým blízkým poslední chvíli. Možnost přespání je ovšem u lůžka umírajícího nereálná. *Návštěvy se snažíme neomezovat; aby příbuzný byli jen co nejčastěji to jde s ním.*

### ◆ Opatření pro zlepšení

V souvislosti s kritikou podmínek pro umírající byli respondenti vyzváni, aby navrhli opatření pro zlepšení podmínek. Všichni respondenti vnímali potřebu zlepšení stávajícího stavu, tedy potřeby zavedení principů paliativní péče do nemocnice – *rozhodně ano; myslím*

si, že určitě. Někteří popisovali konkrétní kroky či opatření, která jsou na odděleních realizována pro zlepšení péče – snažíme se kontaktovat rodinu; splnit co si přeje, když je soudný, když není zmatený nebo dementní. Jeden respondent připouští zlepšení podmínek, asi v poslední době se to zlepšilo.

### 3.3.2.3 Skupina kódů: Chybějící paliativní péče

Hodnocení podmínek v nemocnici přímo přivádí k dalšímu tematickému okruhu a tím je „Chybějící paliativní péče“. Toto téma se objevilo v odpovědích všech respondentů, někde s menším, jinde s velkým důrazem. Potřebnost zaměření se na problematiku umírání byla zřejmá ze všech odpovědí, často byla v této souvislosti zmiňována nutnost zaměření zájmu na problematiku ze strany vedení nemocnice.

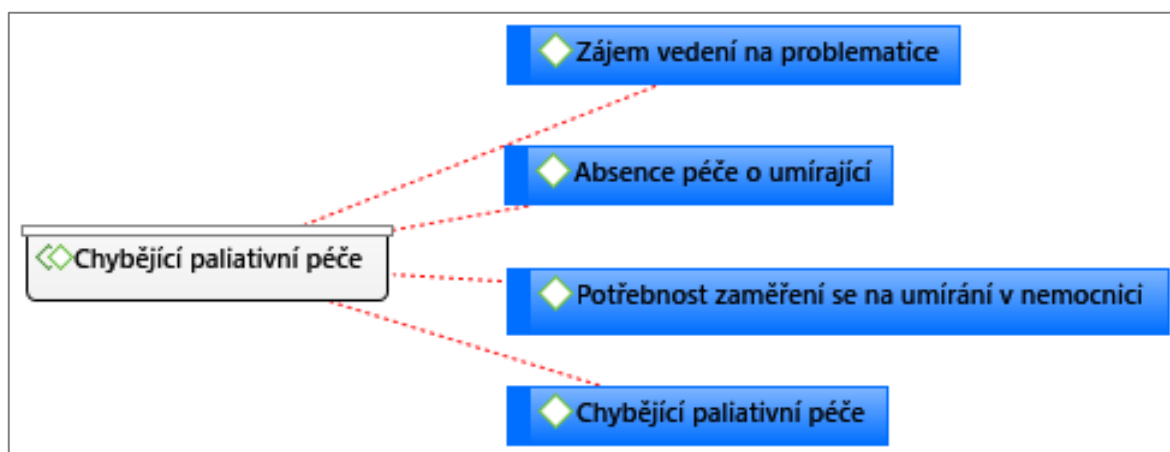


Schéma 5 – Skupina kódů „Chybějící paliativní péče“

Zdroj: Autorka

#### ◆ Absence péče o umírající

Z odpovědí většiny respondentů je zřejmé, že vnímají absenci péče o umírající obecně ve zdravotnických zařízeních, resp. její profesionální podobu. Vyjadřují se v tom smyslu, že *zdravotnictví jako takový se o to ne... nezajímá; není na to připraveno, prostě úplně se tahle myšlenka vytěsnila. Dřív to přebírala církev.*

*Myslím že moc ne, ne, vůbec se to neřeší.* Je smutným faktem, že služby tohoto typu zatím nejsou ve zdravotní péči běžně zastoupeny, že nejsou její přirozenou součástí.

### ◆ Chybějící paliativní péče

Všichni respondenti se shodli na tom (někteří se vyjádřili v průběhu rozhovoru opakovaně a velmi důrazně), že profesionální paliativní péče v nemocnici chybí. Vyjádření k tomuto tématu je opakovaně a nejvíce zastoupené téma, ke kterému respondenti vztahovali své odpovědi při rozhovorech. Budu citovat pouze malou část z velkého množství odpovědí, které zazněly: *nějaká rozumná paliativní péče; není zajištěno oddělení vysloveně paliativní péče.*

V současnosti k úmrtím dochází na akutních odděleních nebo na oddělení následné péče. Zde jsou podmínky a péče nastaveny pro pacienty, kteří v nemocnici pobývají pouze krátkou dobu a odcházejí vyléčení nebo k doléčení do domácího prostředí. *Je to pořád v rámci oddělení, kde prostě ten člověk nemá šanci si zvolit nějaký třeba nadstandardní pokoj pro sebe v takovýdle situaci.*

Paliativní péče je pomoc umírajícímu v tom, aby odchod probíhal, pokud možno, bez bolesti a v klidu. S tím se ztotožňuje respondent, když říká, že *Není důležitého nic, jenom v podstatě to, aby ten člověk byl dochovaný v nějaký prostě svoji důstojnosti do poslední chvíle.* Pro pacienty nemocnice, jejichž zdravotní stav je vážný, má velký význam možnost využití principů paliativní péče, neboť *ani domácí péče nenahradí prostě 24 hodinovou péči prostě třeba těch paliativních lůžek.* A v nemocnici je potřebné zřízení *třeba těch paliativních lůžek, nebo vyčlenění nějakého oddělení, které se bude specializovat vysloveně na umírající pacienty nebo nevyléčitelně nemocné, vybudovat nějakou tu jednotku.*

*Je to věc, která se zatím v nemocnici neřeší, není jí věnovaná pozornost, jako by nebyla. To ví každý, kdo v nemocnici pracuje, hlavně na těch odděleních, kde pacienti umírají častěji.* Jeden respondent vyjadřuje závažnost situace slovy - *jenom mě to z toho trošku mrazí, když si na to vzpomenu.*

Někteří respondenti navrhovali vznik konziliárního paliativního týmu a vyzdvihovali jeho předpokládaný přínos. *Tým paliativní péče, který by se o ty lidi měl starat, by měl být podle mě v každé nemocnici. Strašně důležitý je rozvoj těhle těch paliativní týmů.*

*Opravdu se o ty lidi ty staraj a který jsou v rámci celého špitálu. Že je možný je zavolat, že je možný se s nimi poradit. Aby bylo možné se obrátit na člověka, který ví, co se má správně dělat, když člověk umírá.*

Co by měla paliativní péče pro pacienty přinášet konkretizují tyto odpovědi: *aby každý jeho den byl naplněn tím, co on má rád, aby každý den žil v klidu.* Důležité je prostředí, ve kterém pacienti dožívají, *hospicová lůžka, kdy to by jim nemělo připomínat snad ani nemocnici, ... by měly být podle mě květiny a stromy a fontánky. Kde by tam měla být*

*svoboda, naslouchání i svoboda ke ztišení, rozjímání. Že by tam měli být trošičku jiní lidé, a že ti lidé by se tam měli usmívat, ... povídat si s ním, hladit ho, být s ním co nejvíc a co nejbliž.*

*Jaká je současná praxe péče popisují vyjádření jeden odešel, přijde další; to je nastavením toho systému, toho zdravotnictví; je to taková ekonomika; někde na odděleních nechtějí, aby tam ten pacient umřel, tak ho přendají na ONP, kde prostě pak umře ...; přehazování, to není dobrý systém tohleto, tahleta péče.*

*Jasně a jednoduše vyjádřený názor dvou respondentů – aby to bylo pro ty umírající lepší, teď to dobrý není. Aby se pamatovalo na ty umírající, a i na ty, kteří za nima chodí.*

*Aby tam bylo víc citu!*

#### **◆ Potřebnost zaměření se na umírání**

Také v otázce potřebnosti zaměření se na problematiku umírání v nemocnici byli respondenti jednotní. Většinou volili krátké odpovědi, které vyznívaly jasně.

*Měla.; Takže: měla. A velká.; Těch pacientů ..., ty budou vždycky! Bylo by to moc dobře! Je to hodně důležitý a pomohlo by to spoustě lidí, ... který o tom ještě ani nemají pojem, že by to mohli potřebovat.*

*Určitě by se o tom mělo mluvit! V tom špitále prostě se umírá!; Určitě nějaký posun nějaké kroky nemocnice by měly udělat!; Určitě, jednoznačně!*

*No a když se neléčí, stejně není jiná varianta!*

Vyjádření z praxe, která vyznívají v souladu s koncepcí paliativní péče, s doporučením WHO, s názory odborníků.

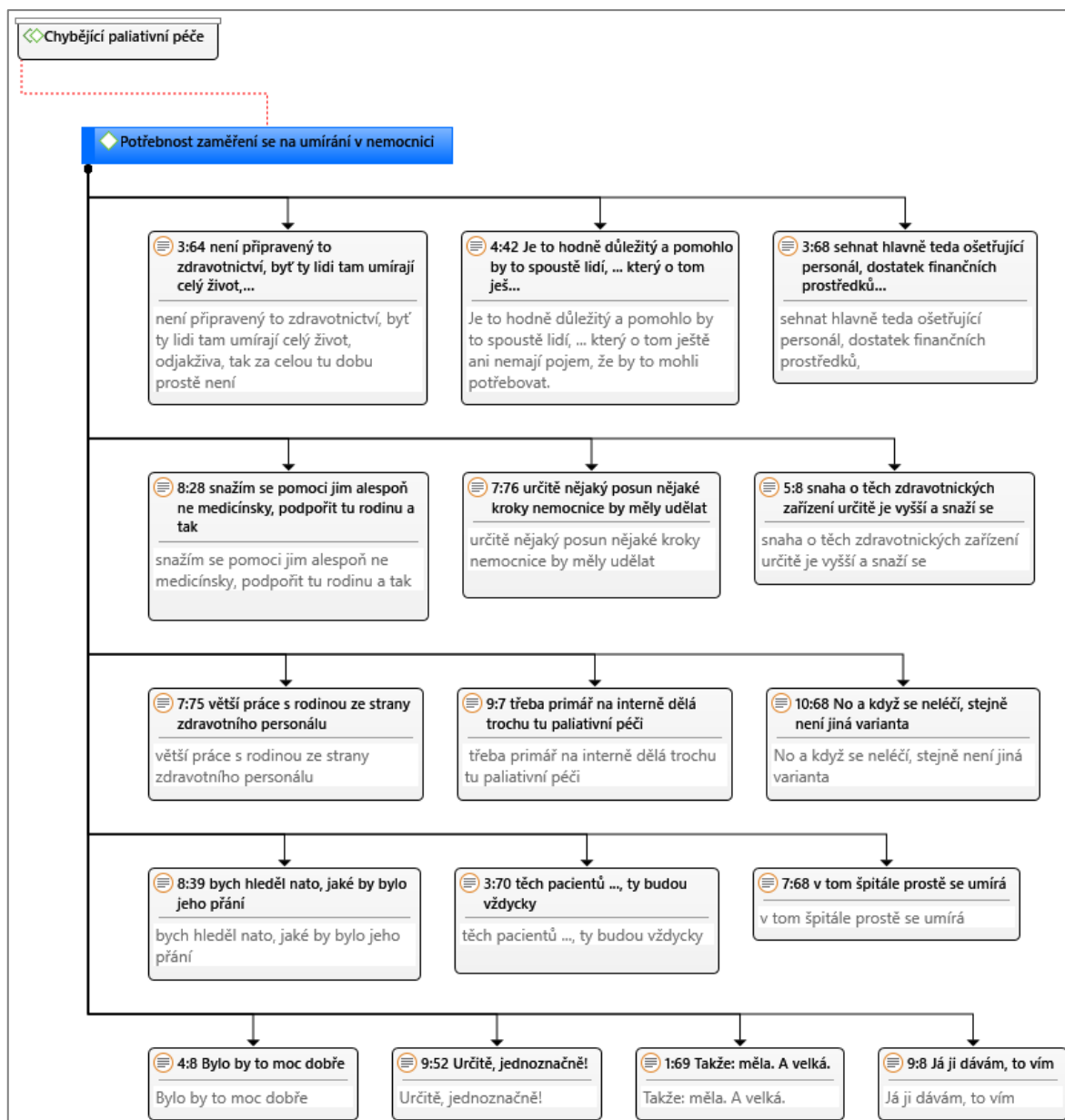


Schéma 6 – Kód „Potřebnost zaměření se na umírání“

Zdroj: Autorka

### ◆ Zájem vedení na problematice

Změny nemohou nastat, pokud se k myšlence nepřipojí vedení organizace, pokud nebude poskytnuta podpora ze strany vlastníka a managementu nemocnice. Někteří respondenti na tuto podmínku upozorňovali ve svých odpovědích: *samozřejmě je to z pohledu managementu určitě i zajištění celkových těch podmínek*. Nezbytnost předávat myšlenku významu paliativní péče a realizovat její zavedení vystihuje respondent - *dávat dál na ty další lidi, podřízený zaměstnance; aby ty lidi na vedoucích funkcích na to mysleli, aby to taky tak měli nastavený ...; Když to tak je, tak se s tím dá něco dělat! ; aby tohle fungovalo lepší*.

*Ale je potřeba, aby se tomu někdo věnoval! Aby to chtěl ten, kdo může pro to něco udělat.*

### 3.3.2.4 Skupina kódů: Přístup k umírajícím v nemocnici

Jaký je v současnosti „Přístup k umírajícímu v nemocnici“? Hodnocení přístupu byl další okruh témat, který byl dán zněním otázek, ke kterému respondenti vyjadřovali své názory. V této skupině lze rozdělit odpovědi do 5 skupin: Zaměření nemocniční péče na kurativní léčbu, Péče o umírajícího je upozaděna, Racionální přístup k úmrtí, Chybějící čas v nemocnici a Individuální nastavení podmínek.

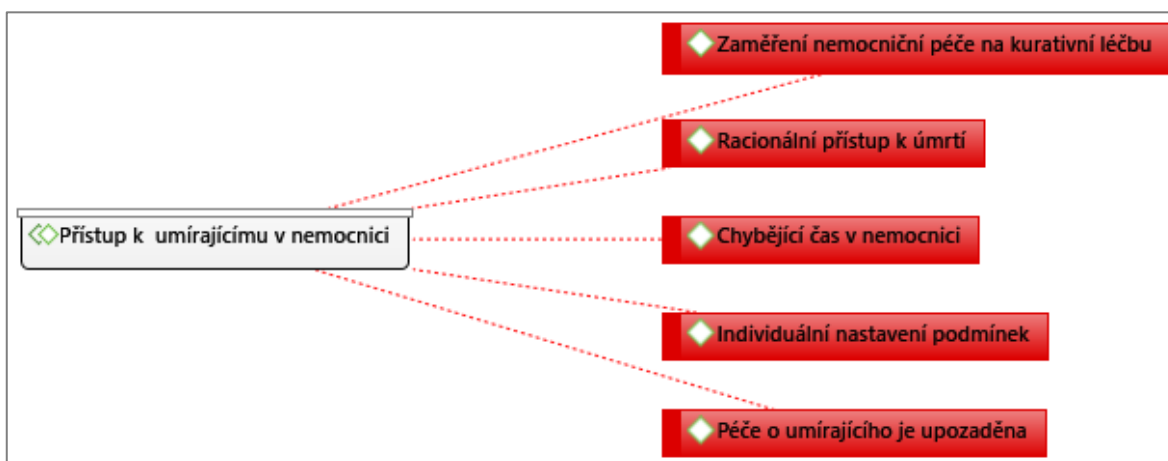


Schéma 7 – Skupina kódů „Přístup k umírajícímu v nemocnici“

Zdroj: Autorka

#### ◆ **Zaměření nemocniční péče na kurativní léčbu**

Nemocnice je místem, kde se léčí, je synonymem pro uzdravení, nebo alespoň pro zlepšení zdravotního stavu. Z toho samozřejmě plyne také zaměření péče na léčbu kurativní.

*V nemocnici pořád ten ..., pořád lidi, včetně doktorů, jsou školení na to, že mají lidi zachraňovat.; ... se buď každý uzdraví, anebo se dočasně nějak jako zaléčí ...; personál, ten chce léčit a vyléčit; kdy to úmrtí není nějakým způsobem odvrátitelný, jo tak nechápu, proč se těm pacientům třeba každý druhý den nabírají odběry; podmínky jsou jako medicínský.*

Prodlužování života za každou cenu je nevhodnou variantou péče, *snaha tý záchrany a chybí tam to pouštění; je snaha toho člověka do poslední chvíle léčit. Zdravotnická péče, to znamená ..., snažíme se léčit; rodina nás potom tlačí ve smyslu dalších často zbytečných vyšetření a léčby umírajícího člověka.*



V péči o terminálně nemocné pacienty, pokud není jasně řečen a všemi zúčastněnými odsouhlasen přechod na paliativní formu péče, mohou vzniknout *problémy právního charakteru. Často tomuto lékaři bohužel podléhají. Ať prostě do něho nacpou, co se dá, a a snad to přežije.*

Paliativní péče by měla nastoupit v okamžiku, kdy *vítězná medicína složila své zbraně a už nemá co nabídnout. V té chvíli by ale pacient neměl být dán na vedlejší kolej. Prodloužení života o minuty či dny nemá význam pro umírajícího ani pro jeho blízké, lékaři bojují o pár minut, o pár dní, já bojuji o věčnost, to je mnohem víc!*

*Je to tady jenom léčit, léčit, ...to není domyšlený! No a když se neléčí, stejně není jiná varianta.*

#### ◆ **Péče o umírajícího je upozaděna**

Zaměření na kurativní směr léčby s sebou přináší fakt, že péče o umírajícího pacienta může být v nemocnici upozaděna. Někteří zdravotníci k umírajícím přistupují s odstupem, *nepovažuje ho za nejdůležitější součást svojí práce; nikdo si těch lidí neváží.*

#### ◆ **Racionální přístup k úmrtí**

Vzhledem k faktu, že smrt patří do zdravotnického prostředí a každý zdravotník se s ní dříve nebo později, občas nebo častěji setká, je u zdravotníků patrná snaha o racionální přístup k úmrtím pacientů. Některým respondentům je racionální přístup vlastní, někteří stále „bojují“ s emocemi.

*Úmrtí prostě patří k životu; nevím, nevím, jestli mám nějaký extra speciální pocity; každý ten odchod je jiný; to není nic výjimečného; za pět minut zapomenu. Úmrtí pacienta je srovnáváno s dimisí – umřel pacient, u kterého očekáváme úmrtí, je to jako kdybych je propustil domů. Zdravotníci si možná častěji než jiné profese, uvědomují, že smrt je přirozená.*

*Tím, že člověk je starý, tím jeho život končí smrti. Jeden z respondentů vyjadřuje názor, že by byla na místě změna paradigmatu, pochopení konce života. Respondent lékař popisuje situaci, kdy je přivolán k umírajícímu pacientovi – když mě zavolají, tak já prostě si odvedu svoji práci.*

*Jsme na to zvyklí, ale .... že, .... není to výjimka.*

### ◆ Chybějící čas v nemocnici

Běžný provoz v nemocnici nedává prostor a čas pro zaměření se na pacienta, nepočítá s tím, že se personál bude věnovat pacientovi nad rámec běžné péče. *V tom fojru na oddělení kolikrát jakoby nestíhám povídat si s ním.*

*Hlavně mluvit s těmi umírajícími, jako s pacientem, to znamená člověkem, kterému je potřeba věnovat pozornost.*

*Potřeba těch lidí si myslím, že je daleko vyšší. Tolik je papírů a všeho, že to vytlačuje vlastně kontakt s pacientem, obecně.*

*V současné administrativní době je kontakt s pacientem méně intenzivní obecně, než než by měl být. Čas je jenom jeden, takže takže, ... něco na úkor něčeho.*

### ◆ Individuální nastavení podmínek

S nedostatkem času na pacienta souvisí také nemožnost nastavení podmínek podle potřeb pacienta, který umírá. Toto je oblast, kterou respondenti viděli z různých úhlů pohledu. Celkově byla z odpovědí patrná absence možnosti nastavit podmínky podle potřeb pacienta, ale také nejasnost v tom, jak by podmínky nastaveny být měly.

Respondenti popisují potřebu nastavení podmínek opakovaně, podmínky by měly být *individuální*, neboť každý má jiné potřeby a přání.

*Speciální určitě, ale řekla bych právě v oblasti biologické.* Nastává také situace, že *si o tu péči ani neřeknou; nemají představu o tom, co všechno by mohli chtít nebo potřebovat.* O to více je potřeba individuální potřeby pacienta zjišťovat a průběžně monitorovat a upravovat. To je úkolem *týmu paliativní péče, který by se o ty lidi měl starat.*

Je otázkou, co pacient skutečně potřebuje a *co podle našeho názoru pacient potřebuje.* Často je to např. *umírat v okruhu blízkých.*

#### 3.3.2.5 Skupina kódů: Přístup k umírajícímu podle profese

Přístup personálu nemocnice k umírajícím pacientům někteří hodnotili také podle profese - „Přístup k umírajícím podle profese“. Skupina zahrnuje téma Kontakt pacienta s lékařem, hodnotí Přístup k umírajícímu u středního personálu a poslední část hodnotí Neprofesionální přístup části personálu.

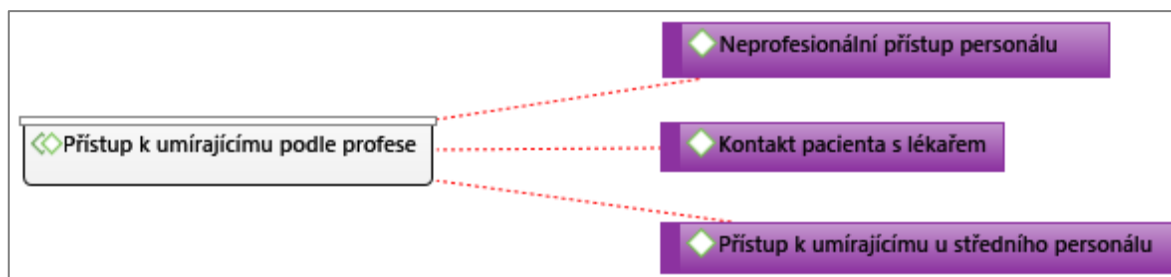


Schéma 8 – Skupina kódů „Přístup k umírajícím podle profese“

Zdroj: Autorka

### ◆ Kontakt pacienta s lékařem

Nedostatečný kontakt pacienta s lékařem je fakt, který byl zmiňován v několika odpovědích, většinou v souvislosti s nedostatkem času na pacienty obecně. Např. *poznat, z několikaminutový vizitky, skoro není možný*. Pro sdělení závažné diagnózy či negativní prognózy vývoje onemocnění je potřeba zajistit čas, soukromí, mít pochopení pro pacienta. *Ze strany lékařů si myslím, že to je sdělováno tak jako úplně stroze, oznámeno bez nějaký velký jako emoční stránky. Umírající to dostane jako běžnou zprávu, prostě o svém zdravotním stavu.*

Někdy vnímá chybějící kontakt s pacientem velmi zásadně nejen pacient, ale i lékař. *Já tam přijdu, sestřičky mně zavolaj a on už je mrtvý ... cítím takové to ..., že jsem měla asi před tím něco udělat, aby ten člověk odešel jakoby v klidu.*

### ◆ Přístup k umírajícímu u středního personálu

Většinou pozitivně byl hodnocen přístup středního zdravotnického personálu k umírajícím pacientům, *lepší přístupy u středního personálu*. Hodnocení vycházelo od středního zdravotnického personálu vůči sobě či svým kolegyním a kolegům (*holky jakoby cítí s tím člověkem; u nás jako se snaží*), ale také od lékařů a primářů.

*S téma umírajícíma lidma cejtěj; indikace dostatečný analgetický péče vychází ze sester; jakoby víc k tomu pacientovi, že je na něj tak jako milejší hodnější, že jako se snaží mu jakoby dát maximální tu péči.*

*Péče ze strany středního a nižšího zdravotnickýho personálu je, když už teda se ví, že to je terminální stadium, tak ta je určitě trošku vstřícnější, ale zase záleží prostě na člověkoví, na oddělení.*

Jednotlivé případy je nutno posuzovat zvlášť, pokud lékař informuje pečující personál v tom smyslu, že se jedná o terminální stádium onemocnění, umí střední

zdravotnický personál reagovat. *Když mají jasné instrukce od lékaře, tak že určitě dělají svoji práci dobře; věnují se těm pacientům.*

Přístup je otázkou osobního nastavení každého jednotlivce, *někdy se s těma lidma opravdu člověk zastaví, povídá, vzpomíná. Popovídat s nima, podržet je za tu ruku. Někteří dělají nadstandard. Někdo tomu dá prostě jako nějak víc.*

#### ◆ **Neprofesionální přístup personálu**

Nehledě na profesi, většina respondentů popisovala přístup personálu jako neprofesionální, *každý, každý podle svého*. Hodnocení ale nevyznívalo negativně ve smyslu schopností či snahy, ale ve smyslu chybějícího vzdělání a praxe (viz další tematická skupina).

Část personálu si přináší svůj přístup ještě z dřívější doby – *aby ten personál neměl v sobě takový ty postsocialistický tendence*. Může panovat i mylná představa, že s umírajícím pacientem již není potřeba hovořit, není potřeba se mu věnovat: *ne, že když už pacient nevnímá, tak s tím nemluvit!*

Přístup je také dán někdy rutinním pojetím péče (*Někdy to vnímám jako stereotyp ... prostě se to tak nějak dělá*), nezájmem (*odevzdán tomu osudu a porad' si, jak můžeš*). *Mnohdy ten nemocný je na tom duchovně lépe než ten, který ho ošetřuje.*

Představa o profesionálním přístupu je symbolizována především zájmem o pacienta a jeho potřeby. *Určitě by to mělo být víc takový jakoby kontaktní, víc o těch citech ... Ne to brát prostě jako na běžícím pásu ... jeden odešel, přijde další .... Málo kdo v sobě má ten zájem. Je to takový hrozně neosobní, nikdo si těch lidí neváží. Hrozně málo lidí si váží života živých ... když jsou pak nemocní, tak už vůbec ne.*

Profesionalita je také o umění a schopnosti komunikace s nemocným i s jeho blízkými. *Hledám ta vhodná slova ...nevím, co říct, jak zareagovat.*

#### **3.3.2.6 Skupina kódů: Vzdělání a praxe personálu v PP**

V odpovědích všech respondentů se objevovalo téma „Vzdělání a praxe personálu v paliativní péči“. Názory a témata – Personál v nemocnici neumí pečovat o umírající, Chybějící vzdělání personálu v PP, Význam osobních zkušeností, Význam individuálních schopností a také důležitost Poznání praxe v hospici.

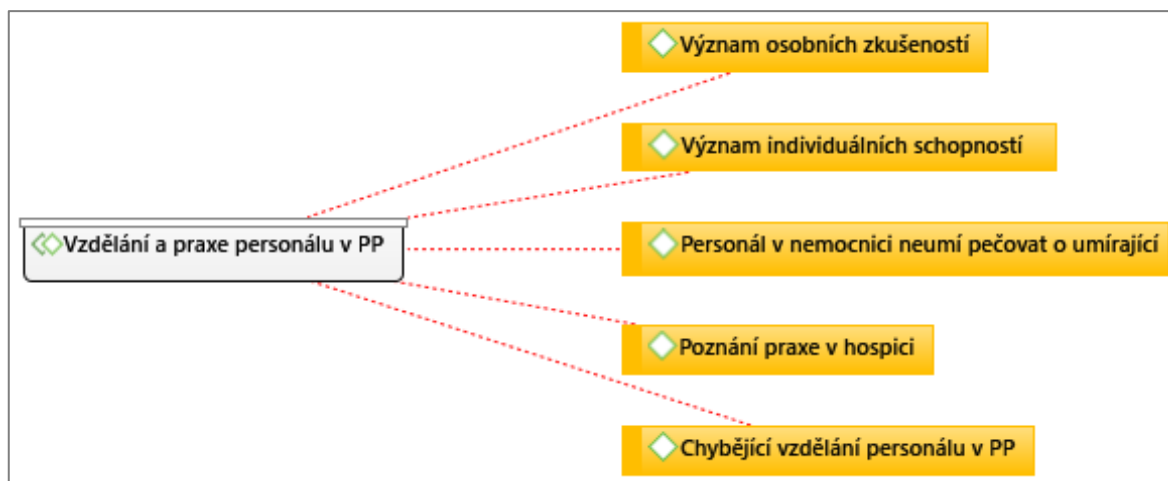


Schéma 9 – Skupina kódů „Vzdělání a praxe personálu v paliativní péči“

Zdroj: Autorka

### ◆ **Personál v nemocnici neumí pečovat o umírající**

Tento názor sdíleli všichni respondenti, napříč profesemi – *Lidi v nemocnicích s tím všeobecně neumějí tak dobře pracovat.* Nejedná se o neumění, ale spíše o neznalost (viz další oddíl Chybějící vzdělání).

*Zdravotníci obecně, napříč všemi profesemi, nejsou ... nejsou správně vyškolení. Nejsou na umírající připraveni, oni to s nimi neumí. Není to o tom, že by ti zdravotníci nebyli dobří, že by dělali svoji práci špatně, nebo neradi, ale když jim nikdo neřekne, jak mají k takovému člověku přistupovat, tak oni to málo kdo umí sám od sebe.*

Paliativní péče je vlastně filozofie, přístup, chápání skutečnosti s empatickým vcítěním se do pocitů, prožitků, potřeb a možností druhého, projevení zájmu. *Personál často neví, jak to uchopit a ten přístup nebo postoj je hodně stejný, jako k ostatním pacientům, ... neumí úplně rozlišovat ty potřeby.*

Objevily se názory, že komunikace s umírajícím pacientem je přes svoji obtížnost lépe zvládnutelná v samotném závěru života umírajícího. *Když už jsou ty lidi opravdu v tom terminálním stádiu krátce před tím úmrtím, tak k nim asi umíme přistupovat trošičku víc, protože už tam není úplně taková ta interakce, a umíme to lépe uchopit.*

### ◆ **Chybějící vzdělání personálu v PP**

Vzdělání v problematice paliativní péče je klíčovým prvkem pro výkon kvalitní paliativní péče. Skutečnost je ovšem taková, že zdravotnickému personálu chybí (*mnohem důležitější, aby byla věnována péče tomu, aby v nemocnicích se lidi naučili tady ten hospicový přístup*) – to je jednoznačné sdělení všech respondentů. Ti respondenti, kteří určité vzdělání získali, nabyté znalosti a zkušenosti hodnotili velmi pozitivně, ostatní vyjadřovali potřebu a zájem vzdělání získat, příp. oceňovali a zdůrazňovali jeho význam.

*Personál na to není nějak speciálně školený. Nejsou školený; nejsou nijak školený na to, na to, aby dobře a včas poznali, kdy už se to nepovede.*

Vzdělání v problematice paliativní péče je pro zdravotníky velmi důležité (*personál by měl projít speciálním školením*). Možností je v současnosti již velké množství (viz kapitola 4.2.2). *Dříve se ve školách nic takového, jako paliativní péče neučilo, ale myslím, že ani teď se to ještě neučí všude, kde by to bylo potřeba.*

*Měl by se seznámit s tím, jak přistupovat k umírajícímu pacientovi, měl by se naučit mluvit s těmi rodinami.*

Osobní zkušenost z v nedávné době absolvované vzdělávací akce popisuje jeden z respondentů. *Je moc dobrý absolvovat nějaký ty semináře, dozvěděla jsem se spoustu zajímavých věcí, jak se chovat, jak přistupovat k těm lidem. Ono to pak nejsou maličkosti, když tam člověk stojí a musí tu situaci nějak zvládnout. Vypráví o zajímavých technikách komunikace a přístupu k umírajícím i jejich rodinám, které byly součástí semináře. To pomůže jim ale i mně ... alespoň mám něco, co můžu použít!* Kvalitní vzdělání by mělo přinést nejen informace, ale také specifické dovednosti (např. komunikační) a motivaci.

#### ◆ Význam osobních zkušeností

Osobní zkušenosti mají při práci s umírajícími pacienty velký význam (a nejen tam samozřejmě). *Tyhle věci lepší uměj ty senioři* (myšleno personál, který má dlouholeté zkušenosti).

Respondent popisuje svoji osobní zkušenost s úmrtím v rodině. *Už to bude deset let a jako nechalo to ve mně jo docela silné pocity. Stejný význam má zkušenost s úmrtím pacienta. S jakýmkoliv odchodem pacienta se strašně člověk posunuje. Každý další odchod je pro mě jako by takový že to líp zvládám. Zkušenosti, které člověk nabyde, to že těch lidí jsem poznala poměrně hodně, jsou k nezaplacení.*

Osobní zkušenosti jsou nenahraditelné, *tohleto škola prostě nedokáže naučit, můžeme mít 1000 přednášek. Vlastní prožitek z té smrti s tím pacientem to prostě největší zkušenost a největší jakoby škola.*

Zkušenosti zdravotníci umí zvolit adekvátní přístup k umírajícímu pacientovi, *neutíkají, ale doprovázejí ho.*

### ◆ Význam individuálních schopností

Stejný význam jako osobním zkušenostem připisují respondenti také individuálním schopnostem: *odvislý od individuálních postojů jednotlivých lidí*. Pečující personál může zásadním způsobem pomoci pacientům se vyrovnat se s obtížným obdobím, kterým procházejí.

Přijmout svoji vlastní smrtelnost, přijmout smrtelnost těch druhých, umět pomáhat, podporovat, sdílet a provázet, to jsou schopnosti a dovednosti, které patří do paliativní péče. *Pokud se oni jako by vypořádali se svojí smrtelností, tak jsou schopni pochopit, co ten člověk prožívá. Neboť péče o ty, jejichž život pomalu končí, může přinést i velké osobní obohacení. Někdy jsou to velmi vzácné chvíle, kdy člověk měří slova, váží slova, hledá slova. Vztah je otevřený, upřímný, a pro mě velmi vzácný. Vždycky musím respektovat člověka, musím respektovat jeho svobodu.*

Dobře zvládnutá péče o umírající pacienty vyžaduje specifické individuální schopnosti. To potvrzuje názor jednoho z respondentů, který se domnívá, že by se pracovníci měli vybírat *na tahle oddělení podle toho, kdo už to v sobě má, komu to nějakým způsobem prostě půjde ...ledový typy by tohleto dělat neměly, jestli ten člověk má tu schopnost pracovat s umírajícíma.*

### ◆ Poznání praxe v hospici

Vedle vzdělání, osobních schopností a zkušeností s úmrtím zdůrazňuje část respondentů význam poznání reálné praxe v hospici. *Životní zkušenost, která vůbec není špatná, že jsem svého času před nějakajma čtyřmi, pěti lety přitáh naše staniční všechny na takovou ..., na takový výjezd do hospicu jo. A oni si to tam prošly, prohlídly, vyslechly si povídání, takový nějaký ty jejich sociální pracovnice a myslím si, že to relativně stačilo k tomu, aby zřetelně změnily svůj po-socialistický způsob myšlení.*

*Vím, jak to tam funguje a jak tam ty lidi prožívají svůj konec života. Měli by se seznámit jak s mobilním hospicem, tak s hospicem jako takovým.*

### 3.3.2.7 Skupina kódů: Nemocnice versus hospic

Srovnání „Nemocnice versus hospic“ vychází jednoznačně ve prospěch pro hospic. Toto vyhodnocení Rozdílu mezi PP v nemocnici a v hospici může mít za následek i Důvod pro změnu pracoviště, Pracovní přestup do hospice.

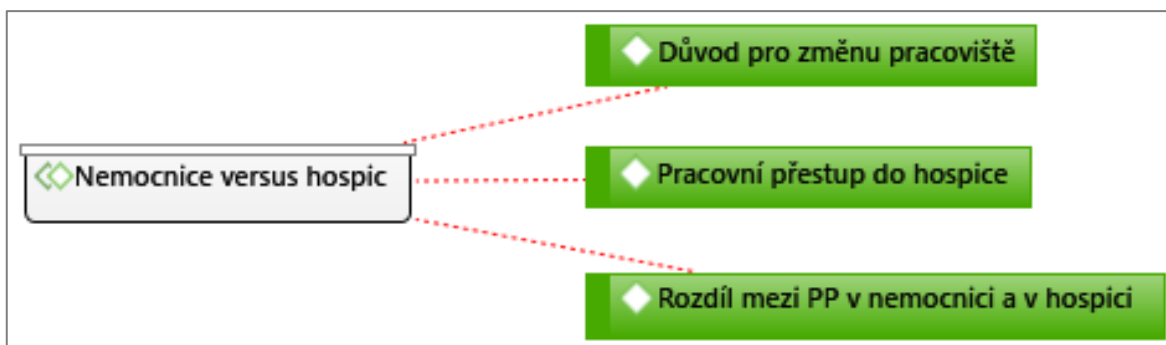


Schéma 10 – Skupina kódů „Nemocnice versus hospic“

Zdroj: Autorka

#### ◆ Rozdíl mezi PP v nemocnici a v hospici

Hospicová péče je logicky pro umírající pacienty mnohem vhodnější. Rozsah služeb, který je pacientům poskytován, je širší než ve zdravotnickém zařízení. Péči poskytuje větší počet zaměstnanců, dobrovolníků; služby zdravotní, sociální, psychologické, duchovní jsou zde samozřejmostí.

*Rozdíl mezi paliativní péčí poskytovanou v hospicu a v nemocnici je mílovej! V nemocnici bych asi svého blízkýho mít nechtěla; to je nastavením toho systému, toho zdravotnictví.*

#### ◆ Důvod pro změnu pracoviště, Pracovní přestup do hospice

Jeden z respondentů, který vnímá nedostatky péče o umírající pacienty v nemocnici, vyjádřil zájem pracovat v lůžkovém nebo mobilním hospici. Důvodem je jeho profesionální zájem o paliativní péči, snaha poznat více a hlouběji pocity a prožitky umírajících pacientů, mít možnost jim pomoci.

*Je to hrozně zajímavé ..., chci ty umírající lidi zažít, abych s nima mohl mluvit. Aby s těma lidma furt mluvili .... Já bych šel v budoucnu rád pracovat do hospicu, i proto, že se nebojím smrti.*

*Chci ukončit svoji, svoji lékařskou kariéru jako doktor hospicu.*

### 3.3.2.8 Skupina kódů: Hospicová péče

Přednosti a kvalita „Hospicové péče“ jsou často zmiňovaná fakta. Většina respondentů prezentovala Přesvědčení o fungující hospicové péči, vyzdvihovala Přednosti péče v hospici a Přínos mobilního hospice při péči o umírajícího. Řešen byl i problém podpisu souhlasu s hospicem.



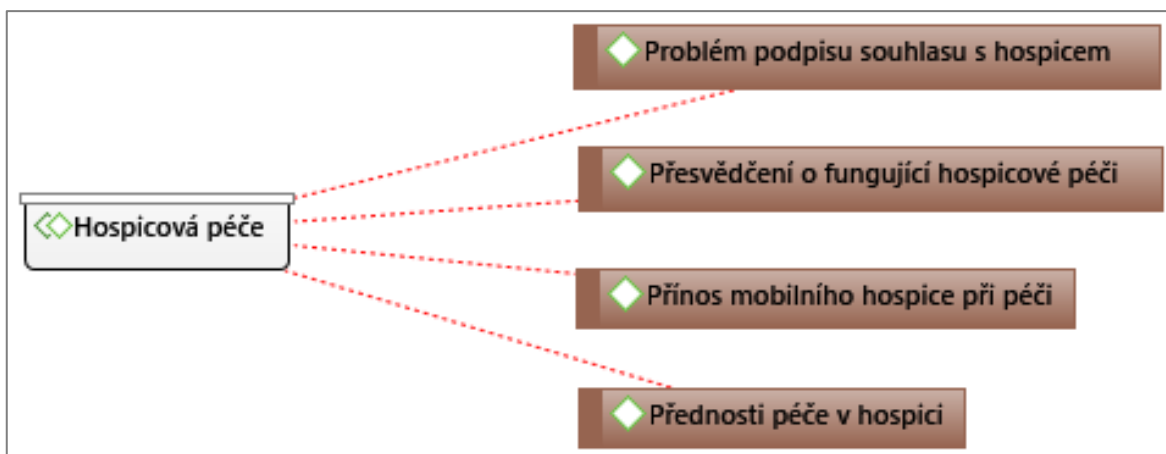


Schéma 11 – Skupina kódů „Hospicová péče“

Zdroj: Autorka

#### ◆ Přesvědčení o fungující hospicové péči

Většina respondentů se shodla na tom, že hospicová péče v ČR funguje velmi dobře. Někteří uváděli pozitivní osobní zkušenosti s péčí v hospici (*Libí se mi prachatický hospic, je to tam hodně lidské*). *Máme relativně slušně fungující hospicovou péči. O jejich umírání je tam profesionálně a kvalitně, kvalitně postaráno. To je velmi dobře zajištěné.*

#### ◆ Přednosti péče v hospici

byly také opakovaně respondenty vyzdvihovány. Velmi zajímavé je zjištění, že všichni respondenti hodnotili hospicovou péči jako výbornou, ani jeden respondent nepochyboval o jejím smyslu a kvalitě. Oproti tomu podle Vodáčkové (2015, s. 80) v povědomí veřejnosti je hospic často označován jako ústav, kam se odkládají pacienti, paliativní péče je nepotřebná, je to místo, kde je nedostupná péče, hospice budí nedůvěru a odbornou veřejností nejsou akceptovány (Vodáčková in Tomeš, 2015, s. 80).

*To hospicový personál umí mnohem lépe odhadnout u pacienta, u kterýho je úplně jasný, že umře. Určitě využít teda kamenný hospic, kde by prostě ten člověk dožil tak, jak by si zasloužil. Proč, proč se jim nějakým způsobem nezpříjemní poslední dny, nebo hodiny, jako v těch hospicích? Kdybych měla možnost si vybrat, tak určitě hospic. Lůžkový hospic.*

*Bych tomu člověku přála asi péči, péči v hospici. Důstojný odchod, a to speciální prostředí, když to takhle řeknu, třeba v tom hospici v Prachaticích, co vím, tak si myslím, že to je ten správný konec toho života. Tam těm lidem v současných podmínkách je asi nejlépe.*

#### ◆ **Přínos mobilního hospice při péči**

Byl vyzdvižen několika respondenty. V městě Písek a okolí působí mobilní hospic Athelas, jeho služby jsou částí obyvatel využívány. „Domácí hospic Athelas je církevní nezisková organizace, která vznikla v Písku v prosinci roku 2014 jako samostatný subjekt – středisko Diakonie a misie Církve československé husitské, má registrované zdravotní a sociální služby“ (Domácí hospic Athelas, 2018). *Když by to bylo možné, tak mobilní hospic... bych dávala přednost mobilnímu hospicu; mobilní hospic nebo někdo prostě na ty poslední chvíle.*

#### ◆ **Problém podpisu souhlasu s hospicem**

Neschopnost pacienta podepsat informovaný souhlas s přijetím může být překážkou pro jeho umístění do lůžkového hospice, neboť podpis Svobodného informovaného souhlasu je jednou z podmínek pro přijetí. V závěru formuláře je uvedeno:

„Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl/a pro hospicovou péči svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení. Jsem si vědom/a toho, že cílem hospicové péče je zachování kvality života i v tomto těžkém období mé nemoci a že zde nebudou aplikovány léčebné zákroky a postupy, které nemohou kvalitu života zlepšit“ (Hospic sv. Jana N. Neumanna, 2018).

Pacienti někdy *nejsou schopný vyslovit souhlas s hospicovou péčí; někdy se ani nestačí ten člověk propustit.*

Jeden z respondentů uvádí zkušenosti s institutem „dříve vysloveného přání“. *Málokdy se objeví dříve vyslovená přání, že někdo nechce být resuscitován. Ale je to fakt málokdy, jestli jsem to zažila tak dvakrát třikrát, a dodržuje se to. Většinou to vysloví při příjmu. Písemně jsem to viděla snad jen jednou na praxi na jiném pracovišti.*

#### **3.3.2.9 Skupina kódů: Úmrtí v domácím prostředí**

„Úmrtí v domácím prostředí“ je možnost, kterou by pro své blízké upřednostnili všichni respondenti. Preference péče o umírajícího v domácím prostředí ale někdy naráží na Přístup rodiny, nebo objektivní podmínky.

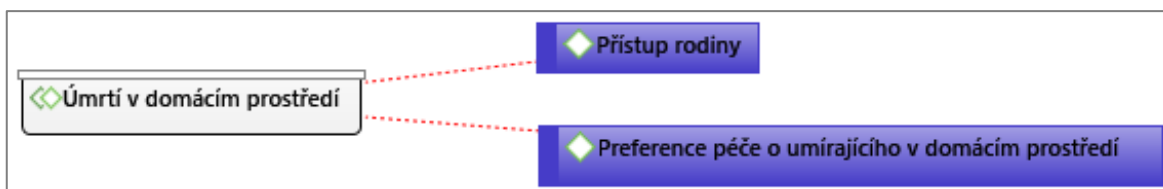


Schéma 12 – Skupina kódů „Úmrtí v domácím prostředí“

Zdroj: Autorka

### ◆ Preference péče o umírajícího v domácím prostředí

Odovědi a názory respondentů k otázce, jakou formu péče o umírajícího by zvolili pro své blízké, korespondují s výsledky výzkumů, které se tímto tématem zabývají (*asi 80 % lidí chce umírat doma*). Názor většiny dotazovaných je jednoznačný – možnost zemřít doma by volili pro své blízké, i pro sebe.

*Postaral bych se o něj sám doma ...; pokud bych mohla, tak bych chtěla mít svého blízkého doma.*

Péče o vážně nemocného v domácím prostředí je ovšem často obtížně zvládnutelná vlastními silami a je časově náročná (*doma, pokud bych to časově zvládala*). Při péči v domácím prostředí může pomoci a poradit mobilní hospic, ovšem pouze za splnění třech základních podmínek: zaprvé musí mobilní hospic poskytovat své služby v dosahu bydliště nemocného, další podmínkou je schopnost a ochota jednoho člena rodiny se zavázat k převzetí 24 hodinové péče o nemocného, třetí podmínkou je stejně jako u lůžkového hospice souhlas nemocného s touto formou péče.

Určitě by bylo *optimální, že by umíral ve své vlastní rodině; asi skoro každý by si přál umírat doma ...; ... uprostřed svých blízkých ...; aby každý den byl obklopen lidmi, které má rád, věcmi, které má rád ....* Ovšem „*bohužel se často stává, že i ti nemocní, kteří by si doma zemřít přáli, a rodina se snaží starat, jsou při náhlých komplikacích převezeni do nemocnice a umírají tam*“ (Marková, 2010, s. 22).

Možná není ani tak důležité místo úmrtí, ale skutečnost, že *když bude umírat, tak aby umíral na tom nejlepším polštáři – a to je v náruči nejbližších.*

### ◆ Přístup rodiny

Jak bylo uvedeno výše, často dochází k tomu, že když nastane závěrečná, terminální fáze onemocnění, dojde ke zhoršení zdravotního stavu, rodina či pečující se „zaleknou“ a volí převoz nemocného do nemocnice, s pocitem, že *jsme pro toho umírajícího udělali všechno*. Ale podle názoru jednoho z respondentů, tímto krokem *si to dělají lehčím*.

K úmrtí pak dochází v nemocnici, *tu zodpovědnost přesouváme na jiné, na zdravotníky ...; svůj díl jakoby zodpovědnosti, a hlavně podpory toho umírajícího ... vlastně se ho zbavujeme.*

*Smrt se institucionalizuje, tak je to asi řečeno jednou větou.*

Jeden z respondentů hovoří o potřebné změně paradigmatu, *ne, ne umírajícího, ale jeho rodiny ... změna paradigmatu, pochopení konce života. Nežít v nějakém falešném pocitu toho, že, že ho dáme rychle do nemocnice, a ....*

V dnešní době často *smrt je vytlačena z rodin, z domu ...; rodina žije v takové falešné ... , lže sama sobě.* Někteří příbuzní pacientů mají pocit, *že nevidíme ho umírat, a tu zodpovědnost jakoby, kterou si myslíme, že smrt a umírání je, tu zodpovědnost přesouváme na jiné, na zdravotníky.*

I pokud se pečující personál v nemocnici nabídne, že bude rodinu informovat v situaci, kdy bude úmrtí již možné očekávat, *většinou chtějí, abysme zavolali, až „to“ bude. ... se málokdy setkáváme s tím, jako že ta rodina tady vyloženě u toho chce být. To je fakt málokdo! A pak se ptají, jestli umřel v klidu, nebo jaký to bylo! ... že by někdo chtěl, aby tady byl, tak to si nepamatuju!*

Často si rodina odmítá vůbec připustit, že k úmrtí může dojít, stále se spoléhá na tzv. vítěznou medicínu. *Ti příbuzní často, i když je třeba tomu zemřelému 90, třeba více, tak se brání ...! Komunikovat s rodinou, která žije v nereálných představách o uzdravení svého blízkého, nebo si závažnost zdravotního stavu odmítá připustit, je velmi složité. S téma umírajícími jde to možná trošku líp než komunikace s téma příbuznými. Když připouštějí, že ten člověk zemře, tak je to takový lepší.*

*Rodiny, které prostě čekají, že opravdu se babička nebo maminka nebo tatínek postaví na nohy a najednou vyskočí z postele a oni prostě umřou, pak je to hodně těžký, pro všechny.*

### **3.3.2.10 Skupina kódů: Eutanázie**

K tématu umírání logicky patří také problematika „Eutanázie“. Jeden z respondentů připustil hypotetickou volbu eutanazie, kterou by vnímal jako krajní řešení v situaci, kdy nemocný trpí velkými bolestmi, jeho zdravotní stav je již nezvratitelný a nejsou mu poskytnuty žádné prostředky tišící bolest a další pomoc, kterou nabízí paliativní péče. *Když to úplně řeknu tvrdě, tak bych někdy, u nějakého pacienta, volila i eutanázii. Když vidím, jak někdo trpí, a jak dlouho trpí, nechtěla bych takhle umírat ...!*



Schéma 13 – Skupina kódů „Eutanázie“

Zdroj: Autorka

#### ◆ Neodůvodněnost eutanázie v ČR

K neodůvodněnosti eutanázie v případě, kdy jsou praktikovány principy paliativní péče, se jasně vyjádřil respondent – *naprosto nechápu, proč by měl v našem státě existovat zákon o eutanázii, není žádná poptávka mezi lidem, (pacienti) nechtějí eutanázii.*

#### 3.3.2.11 Skupina kódů: Osobní přístup k úmrtí

Samostatným a nejvíce osobním byl okruh odpovědí na téma „Osobní přístup k úmrtí“.

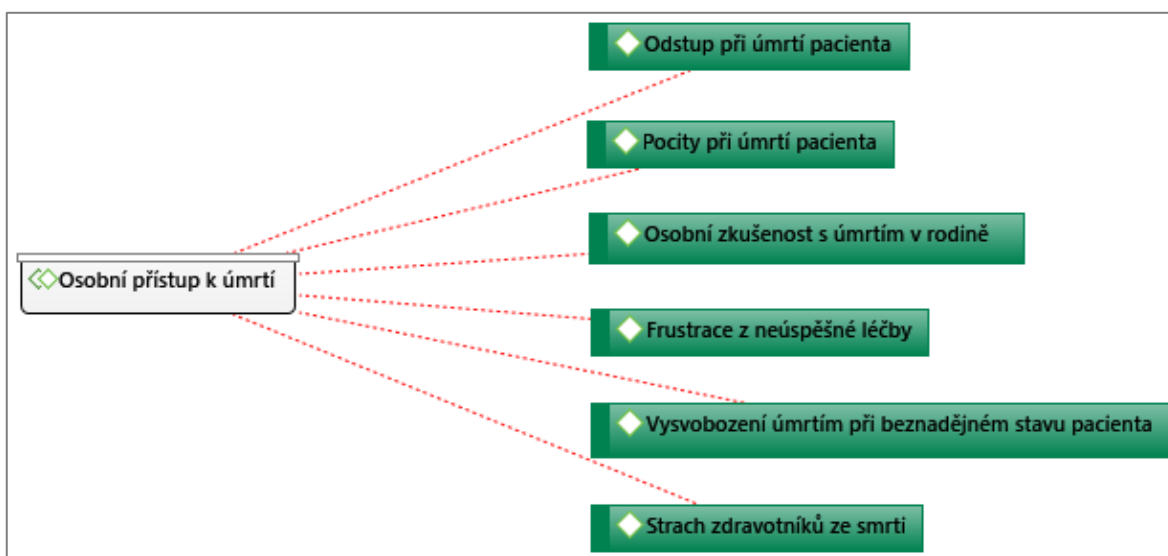


Schéma 14 – Skupina kódů „Osobní přístup k úmrtí“

Zdroj: Autorka

#### ◆ Strach zdravotníků ze smrti

Strach je přirozeným lidským projevem, který je vlastní každému člověku, stejně jako strach ze smrti. A ti, kteří se se smrtí setkávají častěji díky své profesi, prožívají tuto emoci samozřejmě také. „V naší sofistikované společnosti nás myšlenka na konec života obtěžuje a rozrušuje. Narušuje naše iluze o věčném mládí a nutí nás vyrovnat se s krutou realitou“ (Badenas, 2016, s. 179).

V procesu přijetí smrtelnosti své i druhých, zvládnutí a překonání strachu ze smrti, nemají zdravotníci situaci o nic lehčí. Někdy právě naopak. *Nemocniční personál se jí bojí, strach ze smrti ve společnosti i mezi zdravotníky je veliký, větší, než je zdrávo. Zdravotnický personál se asi terminálně nemocného pacienta svým způsobem bojí. Neví, jak s ním úplně komunikovat, neví, jak komunikovat s rodinou, a myslím si, že tam je trošku strach.*

Prezentovat a odkrýt svoje obavy neumí každý, zdravotník může mít obavu ze ztráty profesionality před kolegy, před tím, aby jeho pocity nebyly pokládány za projev slabosti. *On to neví v tom kolektivu nikdo a každý se podle mě svým způsobem bojí zeptat: já mám z toho strach, já mám úzkosti a nevím co mám dělat, a tak dále.*

Obavy zdravotníků vzbuzuje podle jednoho z respondentů nejen úmrtí pacienta jako takové, ale také představa, že u umírajícího pacienta bude sám. Toto riziko samozřejmě hrozí v případě pobytu nemocného doma, ale může nastat i v nemocnici. *Strázně bych se bála toho konce ... bych tam nechtěla být jako sama ... aby tam byl někdo na takovou tu podporu! Jako i mně, i na mojí tu psychickou podporu. Je pro mě často hodně těžký. Nevím, jak na to.*

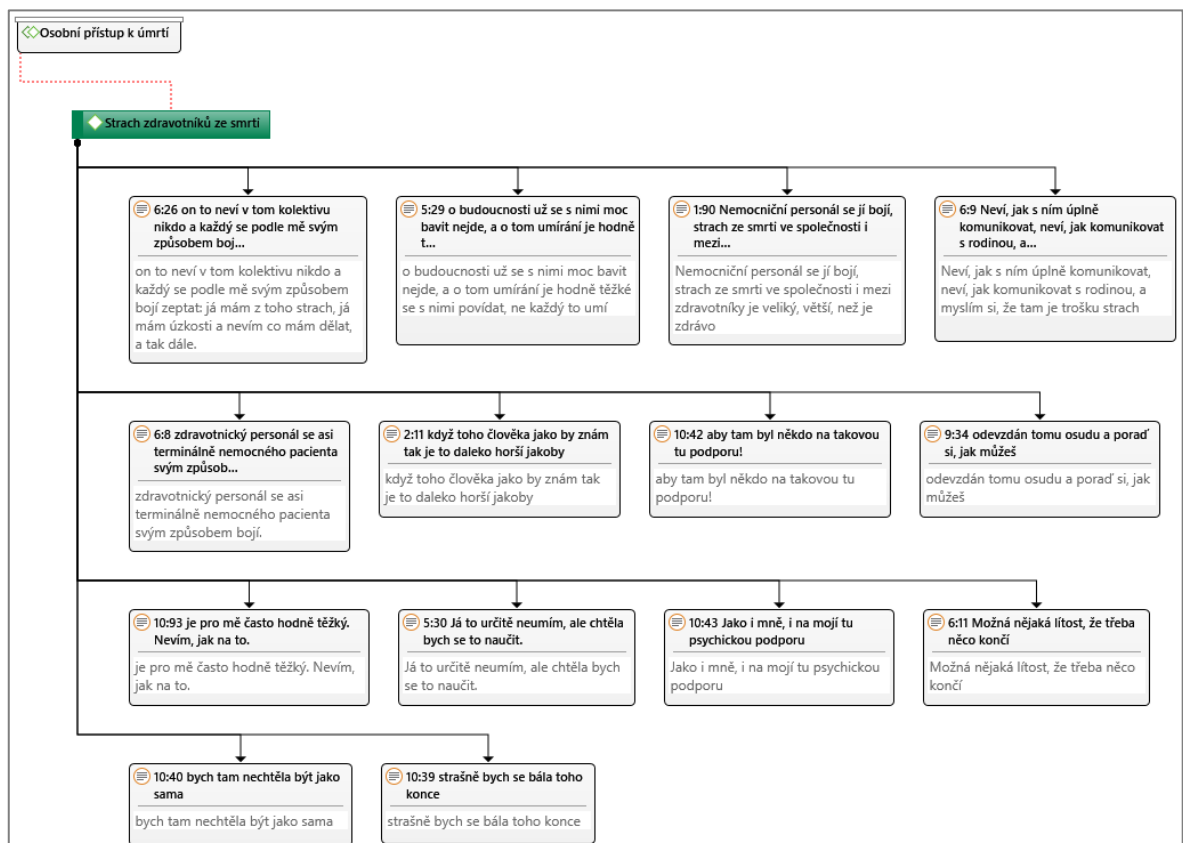


Schéma 15 – Kód „Strach zdravotníků ze smrti“

Zdroj: Autorka

### ◆ **Osobní zkušenost s úmrtím v rodině**

Setkat se se smrtí „tváří v tvář“ je vždy hluboký zážitek, pokud se jedná o člověka blízkého, často se může jednat o zážitek nezapomenutelný. I proto může zdravotníkům v jejich setkání se smrtí osobní zkušenost z rodiny pomoci. *Ty dívky většinou někoho svého z rodiny pochovaly.*

Jeden z respondentů hovoří o úmrtí v rodině velmi pohnutě. *Hodně silně jsem to prožívala, a pak jsem často v tom umírajícím viděla jeho ...! Asi jsem to tenkrát taky neuměla moc uchopit, ale nelituju toho.*

### ◆ **Frustrace z neúspěšné léčby**

Pocit frustrace v případě úmrtí především mladších pacientů byl patrný častěji v odpovědích respondentů z řad lékařů (*pocit profesního selhání*). Tento fakt zřejmě souvisí s nastavením kompetencí a odpovědnosti v nemocnici – jako by odpovědnost za zdar léčby byla více v rukách lékařů. Respondenti z ostatních profesí podobné pocity nezmiňovali.

*Pocity frustrace z toho mám jenom v té situaci, když se jedná o nemocného člověka, kde jsem do toho šel s představou, že ho chci vyléčit a poslat po svých domu. Pokud se mi to nepovede, tak mi to vadí.*

*Někdy člověk uvažuje o tom, jestli mohl něco udělat, nebo ta samotná resuscitace, jestli mohla proběhnout lépe.*

### ◆ **Odstup při úmrtí pacienta**

Schopnost umět si vytvořit odstup je důležitá součást profesionálního přístupu zdravotníků. Souvisí s postojem, jaký zaujímá ke smrti, který je vždy ovlivněný mnoha okolnostmi. „Při setkávání se smrtí v profesním životě je potřeba naučit se zvolit správnou míru angažovanosti a správnou míru „optimálního odstupu“. Každý z nás máme tyto hranice nastavené trochu jinak a k jejich uvědomování dochází postupně (Marková, 2010, s. 32).

Někteří respondenti projevovali zřejmý odstup (*mě už to dneska nerozhodí*), někteří popisovali projevy soucitu a větší emoční angažovanosti při úmrtí pacienta (*Odmlka .... ono je to hrozně složité*).

*Vždycky, i když je cizí, nemám k němu vlastně žádný vztah, tak přesto to tak nějak беру, trochu osobně. Člověk se snaží se oprostit od takového toho osobního ....*

Výše uvedené postupné uvědomování si vlastních hranic potvrzuje i následující vyjádření. *S věkem a praxí je to určitě lepší! Někdo to bere tak, ... stalo se, ... stane se, ... stane se.*

Vyšší věk umírajícího pacienta může být faktorem, který usnadní přijetí úmrtí pacienta. *Prostě ten člověk je opravdu starý, je nemocný, život už je za ním.*

#### ◆ **Vysvobození úmrtím při beznadějném stavu pacienta**

Stejně jako vysoký věk, také diagnóza a zdravotní stav bez reálné možnosti zlepšení (*Když tomu člověku vlastně není pomoci, takže je to pro něj vysvobození*), který je doprovázen symptomy pro pacienta obtížně zvládnutelnými, to jsou dle vyjádření několika respondentů okolnosti, které ulehčují zdravotníkům přijetí a vyrovnání se s úmrtím pacienta. Úmrtí je pak považováno za lépe přijatelné, smrt je vnímána ze strany zdravotníků jako vysvobození pacienta z velmi těžkého stavu. Vysvobození pro pacienta, ale také pro jeho blízké a vlastně i pro pečující osoby. *Spíš mu to člověk přeje, že konečně už umřel.*

Obtěžující symptomy lze samozřejmě medikamentózně mírnit, ale i použití medikace má svá omezení a může přinášet nežádoucí účinky. *Byl hodně nemocný a trpěl a ve smyslu bolesti, samozřejmě nějakým způsobem tlumených, ale zase ty analgetika potom mají vliv na celkovou psychiku toho člověka, takže je to takový ten život neživot.*

*Terminálně onkologicky nemocní, takže pro ně je smrt i v podstatě jako vysvobození. Když ho vidím třeba pár dní, jak umírá, tak jako jsem strašně ráda, že třeba pak už umřel, došlo k tomu vysvobození. Už se zbavil všeho špatného, jako tý samoty, toho strachu z bolesti, ..., prostě že už je to všechno za ním.*

Dva respondenti hovořili přímo o úlevě, která se zemřelému značí ve tváři. *Oni často mají takovej opravdu – jak se říká – spokojený výraz. Spoustu lidí má spokojený výraz, že už se má dobře.*

#### ◆ **Pocity při úmrtí pacienta**

Při líčení osobních pocitů při úmrtí respondenti vyjadřovali celé spektrum názorů, pocitů a dojmů. Vztahovaly se především k otázce č. 7. – „Co prožíváte a cítíte při úmrtí pacienta?“, zazněly ale i v souvislosti s jinými otázkami.

V tomto posledním bodě si dovoluji odcitovat větší množství vyjádření, neboť autenticitu vyjádření respondentů nemůže přiblížit pouhá sumarizace.

*Obrovská pokora; určitá bezmoc, protože člověk toho moc už udělat jakoby nemůže, a zároveň by chtěl splnit úplně všechno, co v tu chvíli může, protože tam hrajeme prostě o čas; Je mi to hrozně líto ...;*

*Je to prostě tvář, kterou jsem znala, je to živá bytost, kterou jsem prostě viděla ...;*



*Je mi to hrozně líto, byť toho člověka úplně jakoby neznám osobně, neznám ten příběh, ale je mi to líto;*

*... dlouhá odmlka a silné emoce ..., tak jsem cítila hroznou bezmoc ...;*

*Tak vždycky jako, ... je to hodně, hodně natvrdo ...;*

*Pokud je to člověk ještě plně soběstačný, a přitom už umírající, tak jsou ty pocity smíšený, na jednu stranu líto, že nějaký ten život končí ...;*

*Takže je to směsice asi takových ambivalentních pocitů ...;*

*To je strašně individuální ... je to i pro mě hodně bolestné! ;*

*Mladí lidé, ke kterým mám nějakých jakoby větší hlubší vztah, ... zanechá i ve mně nějak prostě šrám na duši ...;*

*Tak ono to je těžký ... někdy cítím i takové to, že je dobře, že jsme to zvládli ...;*

*Většina umírajících, to znamená starý, velmi nemocný, s postupným zhoršováním stavu, tak jsou ty pocity .... nijaké .... Když umírá mladý člověk, tak ty pocity jsou takové rozpačité, rozpačité ... pocity jsou silnější, určitě.;*

*Nic. U většiny nic.;*

*Většinou nic, když už umřel.;*

*Když umře nečekaně pacient, tak někdy člověk uvažuje o tom, jestli mohl něco udělat, u toho očekávaného to tak je.;*

*Jeden pocit jen bezmoc ...;*

*Je výsada ho doprovázet ..., vztah je otevřený, upřímný, a pro mě velmi vzácný ..., vždycky je to vzácné tím, jak vstoupím do toho jeho života, toho příběhu ...;*

*Pak cítím prázdno ...;*

*Není ještě tak to těžké, to bolavé, když někdo umírá, ... ještě daleko těžší, když umírá bez Boha! Není problém zemřít, ale problém je zemřít bez Krista!*

### **3.3.3 Osobní přínos z realizace rozhovorů**

Všechny realizované rozhovory pro mne osobně byly velkým obohacením a velmi zajímavou zkušeností. Rozhovory vykazovaly určité společné rysy, ale každý rozhovor byl něčím specifický, zajímavý, jedinečný. Všechna sdělení, názory, postřehy, myšlenky byly cenné. Dohromady utvořily zajímavou mozaiku, kterou jsem se snažila přiblížit, popsat a okomentovat.

Pro ilustraci spektra slov použitých v rozhovorech vkládám zobrazení nejčastěji užitých slov – viz níže vyobrazené schéma „slovní mrak“.

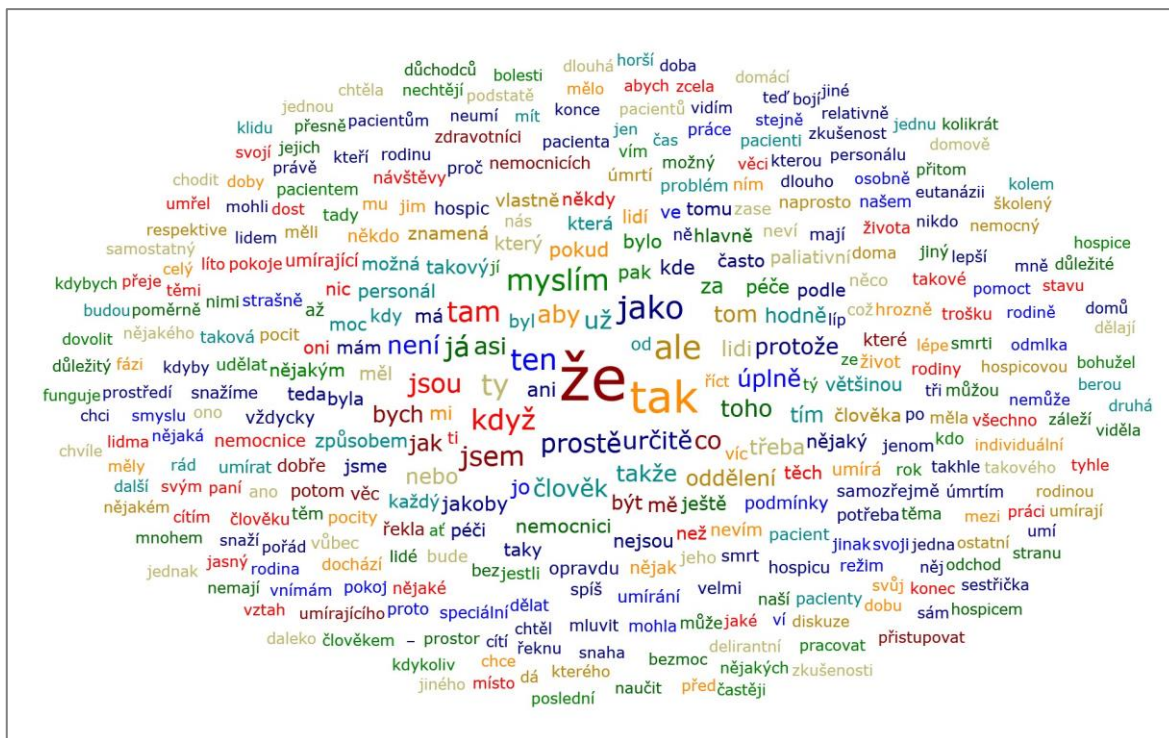


Schéma 166 – „Word Cloud“ z realizovaných rozhovorů

Zdroj: Autorka

### 3.4 Interpretace dat

#### 3.4.1 Ověření pracovních předpokladů

Hlavní hypotézy, ze kterých vycházelo výzkumné šetření:

- V písecké nemocnici v současné době dochází k úmrtím pacientů za podmínek, které neodpovídají potřebám pacientů, ani jejich blízkých.
- Ve zdravotnickém zařízení dle názoru zdravotnického personálu chybí poskytování specializované paliativní péče.
- Zdravotnický personál nemocnice by uvítal zavedení specializované paliativní péče.
- Zavedením specializované paliativní péče by došlo k potřebnému rozšíření spektra služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením a ke zlepšení kvality péče o umírající pacienty.

Všechny hypotézy, ze kterých výzkumné šetření vycházelo, byly potvrzeny. Část odpovědí hypotézy potvrdzovala zcela, jasnými argumenty i vyjádřeným silným osobním přesvědčením. Menší část odpovědí hypotézy potvrdzovala pouze částečně, případně přinášela také fakta, která většinová tvrzení rozporovala, či výstižněji řečeno „zjemňovala“. Faktické vyznění všech odpovědí od všech respondentů výchozím hypotézám odpovídá.

### 3.4.2 Výzkumná zjištění

V písecké nemocnici dochází k úmrtím pacientů. Počet úmrtí je vzhledem k celkovému počtu hospitalizovaných osob relativně malý, nicméně např. v roce 2017 zde ukončilo svůj životní příběh 254 osob. A kolik dalších příběhů bylo spojeno s těmito 254 osobami? Kolik rodinných příslušníků, blízkých či známých spoluprožívalo poslední dny před úmrtím svého blízkého v této jediné nemocnici?

Cílem výzkumného šetření bylo popsat současný stav, tj. podmínky za jakých z pohledu pečujícího personálu prožívají poslední fázi života umírající pacienti.

*Smrt je tabuizovaná, to není dobře.* A možná i tento jev je příčinou toho, že v mnoha zdravotnických zařízeních téma úmrtí pacientů není řešeno, je přehlíženo. Nejedná se o téma oblíbené, ani vyhledávané. K úmrtím na odděleních nemocnice ale dochází – to je fakt, který nemusíme vítat, můžeme se nad ním pozastavovat, ale musíme ho přijmout. A měli bychom se k němu také umět postavit „tváří v tvář“.

Většina z nás by chtěla zemřít doma (*asi 80 % lidí chce umírat doma*), lékaři dimisím terminálně nemocných pacientů nebrání, ale ne vždy je dimise z více důvodů možná. *Tak prostě tyhle lidi potom v nemocnici zkejsnou.*

Prvotním posláním zdravotnického zařízení samozřejmě je, jak již z označení plyne, směřování k uzdravení pacientů, tedy zaměření se na léčbu a péči kurativní. Léčení je ovšem někdy praktikováno i u pacienta, který již šanci na léčení, ev. vyléčení svých zdravotních problémů nemá, který i navzdory snaze zdravotníků směřuje k terminální fázi svého onemocnění. Přesto v nemocnici *ale je snaha toho člověka do poslední chvíle léčit.*

Hodnocení podmínek pro umírající pacienty nevyznívá příliš pozitivně. Podmínky, za jakých prožívají pacienti své poslední dny, nejsou většinou vyhovující, i když k určitému zlepšení došlo (*už jsou lepší, než bylo třeba před těmi dvaceti lety, kdy jsem začala chodit do práce*), zvláštní podmínky uzpůsobené pro potřeby umírajících a jejich rodin a blízkých nejsou k dispozici (*nemocnice jako taková, si myslím, není na takové pacienty připravena, chybí vůbec oddělení pro umírající, v nemocnici je to nesrovnatelný. Tam to funguje jinak, jako v nemocnici*). Stávající podmínky nejsou dobré, neodpovídají potřebám těch, kteří umírají, ani těm, kteří je navštěvují, ani těm, kteří o ně pečují. *Není úplně takový to prostředí, který by si ty lidi zasloužili, v kterých by umírat měli.*

Chybí místo, kde by byly připraveny důstojné a vlídné podmínky pro zajištění intimity, klidu a pokoje pro umírající pacienty a jejich blízké. *Ono ta místa pro to nejsou, takže oni jako nezdídka umírají vedle nějakých jiných lidí, a to není tak jako úplně pěkný.* Jediná oblast, ve které přichází současný systém péče v nemocnici pacientům, a to nejen

umírajícím, a jejich blízkým vstříc, je režim návštěv. *Návštěvy mohou přijít kdykoliv a mohou tam být, jak dlouho chtějí.*

Zdravotníci postrádají poskytování paliativní péče v nemocnici, *to ví každý, kdo v nemocnici pracuje, hlavně na těch odděleních, kde pacienti umírají častěji. Stoprocentně, měla by být, ale, ale není. Je to věc, která se zatím v nemocnici neřeší, není jí věnovaná pozornost, jako by nebyla.* Opatřením, které by pomohlo vylepšit podmínky pro umírající pacienty, je zavedení principů paliativní péče v nemocnici – ať by se jednalo o paliativní lůžka, oddělení paliativní péče, profesionální konziliární paliativní tým, či jinou formu poskytování paliativní péče.

V současnosti některá oddělení fungují stylem *jeden odešel, přijde další*, zdravotnické zařízení pacienty nevyhledává. Pacienti vyhledávají zdravotnické zařízení, hledají zde pomoc, někdy i v posledních chvílích svého života.

Nedobрым řešením pro minimalizaci úmrtí na jednom oddělení může být také překlad na oddělení jiné. *Někde na odděleních nechtějí, aby tam ten pacient umřel, tak ho přendají na ONP, kde prostě pak umře.* To ovšem není řešení. Bylo by proto velmi žádoucí a potřebné, zaměřit se na problematiku umírání v nemocnici, *určitě by se o tom mělo mluvit! V tom špitále prostě se umírá!*

Samotné zaměření se na problematiku je velmi důležité, ale samo o sobě nepomůže absenci profesionální péče o umírající vyřešit. Důležitá je změna organizační, koncepční. Pro dosažení změny je zásadním předpokladem zájem vedení nemocnice na změně a vytvoření a zajištění podmínek pro realizaci změny. *Ale je potřeba, aby se tomu někdo věnoval! Aby to chtěl ten, kdo může pro to něco udělat.*

V dnešní hektické době často slýcháme, že se na různé činnosti a potřeby nedostává času. Čas „chybí“ i v nemocnici zdravotníkům při poskytování zdravotní péče. A paliativní péče vyžaduje času ještě více, je postavena mj. právě na kontaktu s nemocným a s jeho blízkými. Vyžaduje *hlavně mluvit s těmi umírajícími, jako s pacientem, to znamená člověkem, kterému je potřeba věnovat pozornost.* Nedostatek času má také vliv na nedostatečnou saturaci potřeb umírajících, možná i z toho důvodu, *že si o tu péči ani neřeknou.*

Přístup k umírajícím pacientům se liší, zdravotník od zdravotníka, profese od profese, oddělení od oddělení. Nelze jednoznačně říci, že některá skupina projevuje přístup horší, *byť ze strany lékařů si myslím, že to je sdělováno tak jako úplně stroze, oznámeno bez nějaký velký jako emoční stránky*, a naproti tomu sestra porozumí *jakoby víc k tomu pacientovi, že je na něj tak jako milejší hodnější, že jako se snaží mu jakoby dát maximální*

*tu péči. Hodnocení přístupu vyznívá i tak, že zdravotníci svoji práci nedělají nějak profesionálně; každý, každý podle svého. Někdy to vnímám jako stereotyp ... prostě se to tak nějak dělá.*

Pro zlepšení přístupu k umírajícím pacientům, pro větší profesionalitu a jistotu v péči o umírajícího a jeho blízké je velmi důležitou podmínkou vzdělání pečujícího personálu v problematice a také praxe. *Mnohem důležitější, aby byla věnována péče tomu, aby v nemocnicích se lidi naučili tady ten hospicový přístup. Vlastní prožitek z té smrti s tím pacientem to prostě největší zkušenost a největší jakoby škola.* Někteří zdravotníci se ale kontaktu s umírajícím pacientem straní, je pro ně obtížně zvládnutelný. Proto je důležité volit pro péči o umírající ty, kteří se *jako by vypořádali se svojí smrtelností, tak jsou schopni pochopit, co ten člověk prožívá.* Postoj k tématu smrt a umírání je *odvislý od individuálních postojů jednotlivých lidí.*

Srovnání nemocnice versus hospic hovoří jednoznačně ve prospěch hospice. Takto vyznívá názor respondentů, hospicovou péči označují za nejvhodnější formu péče, kterou by zvolili pro umírajícího, pokud by se jednalo o jim blízkého a drahého člověka. Samozřejmě, smyslem a posláním hospice je péče o umírající a jejich blízké, je nasnadě, že hospice jsou synonymem pro „dobrou smrt“. *O jejich umírání je tam profesionálně a kvalitně, kvalitně postaráno. To je velmi dobře zajištěné.* Další vhodnou a žádanou variantou je možnost úmrtí v domácím prostředí za využití pomoci hospice mobilního. *Mobilní hospic nebo někdo prostě na ty poslední chvíle.* Ne každý je ale schopen a ochoten zvládnout péči o umírajícího v domácím prostředí, člověk 21. století pohlíží na konec života optikou dnešních dnů. *Změna paradigmatu: ne, ne umírajícího, ale jeho rodiny ... změna paradigmatu, pochopení konce života. Nežít v nějakém falešném pocitu toho, že, že ho dáme rychle do nemocnice, a .... Smrt je vytlačena z rodin, z domu.*

Dalším cílem výzkumného šetření bylo zjištění osobních pocitů respondentů při setkání se smrtí. Vždyť i zdravotníci jsou „jenom lidé“. Byť profesionálové, lidé vzdělání, zkušené a vedené snahou najít způsob, jak pomoci, i zdravotníci prožívají při setkání se smrtí různorodé pocity. Podle respondentů je situace taková, že *nemocniční personál se jí bojí, strach ze smrti ve společnosti i mezi zdravotníky je veliký, větší, než je zdrávo.* Důvodů pro obavy nebo i strach ze setkání s umírajícím může být mnoho, např. to, že personál *neví, jak s ním úplně komunikovat, neví, jak komunikovat s rodinou, a myslím si, že tam je trošku strach.* Nebo také *když umře nečekaně pacient, tak někdy člověk uvažuje o tom, jestli mohl něco udělat, u toho očekávaného to tak je.*

Na setkání s umírajícím pacientem je možno ale pohlížet i jinou optikou. *Je výsada ho doprovázet, vztah je otevřený, upřímný, a pro mě velmi vzácný. Vždycky je to vzácné tím, jak vstoupím do toho jeho života, toho příběhu.*

### **3.5 Shrnutí**

Při podání odpovědí na výzkumné podotázky, které vycházejí z odpovědí respondentů, docházím k následujícím závěrům.

#### **1. Jaké jsou v současnosti možnosti přizpůsobení péče potřebám umírajícího pacienta v nemocnici?**

Péče o umírajícího pacienta lze přizpůsobit jeho potřebám pouze velmi omezeně. Chybí prostory, chybí edukovaný personál, chybí cílená a řízená snaha a možnost poskytování specializované paliativní péče. Chybí koncepce tohoto druhu péče, která by jasně určila její podobu a vytvořila konkrétní podmínky pro ty, kteří tuto péči poskytovat mohou, chtějí a umí.

#### **2. Identifikuje a saturuje zdravotnický personál specifické potřeby umírajícího?**

Část zdravotnického personálu identifikuje potřeby umírajícího pacienta, o saturaci jeho potřeb a potřeb jeho blízkých lze ale hovořit spíše ve výjimečných případech. Těmi výjimečnými případy jsou zdravotníci a další pomáhající pracovníci, kteří jdou ve svém přístupu nad rámec běžných povinností, jejich přístup je empatický a zaměřený na pacienta jako na bytost v jeho jedinečnosti a celistvosti, nejen na projevy jeho choroby.

#### **3. Jaké jsou osobní prožitky zdravotníka při setkání se smrtí pacienta?**

Zdravotník při setkání se smrtí prožívá stejné pocity jako většina „běžné“ populace, tedy strach, zmar, lítost, úzkost, naplnění, ztrátu, úlevu. Jeho profesionalita by pak měla přispět k tomu, aby se s těmito pocity naučil pracovat, aby jim uměl rozumět, zvládat je a řídit takovým způsobem, aby nejen „ustál“ sám v sobě a pro sebe tuto těžkou situaci, ale aby dovedl nabídnout a poskytnout pomoc a oporu těm, kteří jeho pomoc a oporu potřebují a často i vyžadují.

#### **4. Jaká forma péče je podle názoru zdravotníků vhodná pro umírajícího pacienta?**

Zdravotníci se shodují v názoru, že principy specializované paliativní péče, péče, která je uplatňována a praktikována v lůžkových hospicích nebo pracovníky mobilních hospiců, to je ten správný přístup a směr, kterým by se měla vydat i péče o umírající v nemocnicích. Aby i nemocnice byla místem, kde může člověk zemřít důstojně, klidně a za přítomnosti svých blízkých.

#### **5. Jaká opatření by umožnila zlepšení stávajících podmínek pro umírající pacienty?**

Opatření, které by umožnilo zlepšení stávajících podmínek pro umírající pacienty a jejich blízké, je nasnadě, doporučení ze strany zdravotníků je jasné. Zavedení principů specializované paliativní péče do zdravotnického zařízení by přineslo pomoc a úlevu umírajícím pacientům, jejich blízkým i zdravotníkům.

Vedení nemocnice může rozhodnout o zavedení principů paliativní péče a podpořit organizačně, personálně a technicky zřízení oddělení paliativních lůžek.

Pro fungování oddělení je ovšem zásadně nutné zajistit financování jeho provozu – nejen ve fázi zrodu oddělení, ale také poté, pro jeho provoz (viz. kap. 4.2.3.).

### **3.6 Diskuze**

Námětů na diskuzi k praktické části práce se nabízí několik. Po celou dobu zpracování práce jsem vnímala desítky témat, která mne vedla k vnitřní osobní diskuzi nad jednotlivými kroky a fázemi přípravy diplomové práce, nad získanými informacemi k tématu a nad smyslem, významem a způsoby poskytování paliativní péče. Některé otázky, které v průběhu práce vyvstávaly, jsem byla schopna zodpovědět sama. Zodpovězení některých otázek z mé strany ale možné nebylo a není. Odpovědi přísluší těm, kteří práci budou číst, případně i hodnotit. Především pak těm, kteří se díky své profesi s umírajícími pacienty setkávají.

Důležitým rozhodnutím pro formu a výsledky práce bylo určení metody výzkumu. Bylo zvolení formy kvalitativního výzkumu, konkrétně formy osobně vedeného rozhovoru pro realizaci praktické části práce správnou cestou? Nebylo možné a vhodnější potřebná data zjistit jiným způsobem, například formou kvantitativního výzkumu s využitím dotazníkového šetření?

Dle mého názoru nikoliv. Dotazníkové šetření by neumožnilo osobní kontakt s respondentem, neposkytlo by možnost zaznamenání odpovědí tzv. mimo řádky (emoce,

bezprostřední reakce na položené otázky, váhání při odpovědích, míra zaujatosti tématem, nonverbální projevy a podobně). V neposlední řadě bych byla „ochuzena“ o možnost získání zajímavé zkušenosti, kterou každý realizovaný rozhovor výzkumného šetření přinesl.

Podářilo se výzkumné otázky formulovat tak, aby otázky nebyly sugestivní, aby nevedly respondenty k jednoznačným odpovědím, aby ponechaly při odpovědích prostor pro prezentaci vlastního názoru?

Domnívám se, že převážně ano. Nicméně jsem zaznamenala v některých částech rozhovorů odpovědi krátké, které nevysvětlovaly respondentův postoj a obsah odpovědi. Je pravděpodobné, že důvodem bylo v některých případech znění otázky, které jednoduchou odpověď sice nenabízelo, ale umožňovalo. V některých případech bylo důvodem strohé odpovědi emocionální rozpoložení respondenta v okamžiku odpovědi. Další neznámou je, zda spontánně zvolené doplňující, či rozvíjející podotázky při vlastním rozhovoru byly zvoleny správně a zda se jejich položením podařilo zaměřit odpověď na další důležité faktory a tím získat ucelenější odpověď.

Bylo zpracování dat získaných při rozhovorech provedeno objektivně, nezaujatě a věcně správně?

Při zpracování rozhovorů jsem byla vedena snahou o maximální možnou objektivitu, aby výsledky nebyly ovlivněny názory a postoji výzkumníka. Znění odpovědí přinášelo a generovalo různé názory, zajímavá témata, tematické okruhy. Ty jsem pak při zpracování volila jako stěžejní body a nazvala je „skupiny kódů“. Původním záměrem při přípravě výzkumného šetření bylo, vycházet při hodnocení z jednotlivých otázek pokládaných při rozhovoru. Při vyhodnocování odpovědí jsem se ale rozhodla pro změnu původně plánované strategie zpracování. Rozhodnutí vycházelo z reálného průběhu rozhovorů a bylo vedeno snahou o co možná nejobjektivnější hodnocení a nestrannost.

Základní výzkumná otázka výzkumného šetření zněla: „Jak zdravotnický personál Nemocnice Písek, a.s. vnímá a hodnotí péči o umírající pacienty a podmínky, za kterých je péče poskytována?“ Provedené výzkumné šetření na otázku přineslo odpovědi, které se ve velké míře shodují a vzájemně doplňují.

Péče o umírající pacienty je většinou respondentů označována jako nedostatečná, chybějící, neprofesionální. Jaké jsou příčiny tohoto hodnocení?

Domnívám se, že důvodů je několik. Především je to specifčnost péče o pacienty v závěrečné fázi života. Vyžaduje od pečujících osob odborné znalosti, dovednosti, velkou míru empatie, je časově náročná, často je psychicky vyčerpávající. A především nepřináší pečujícím personálu zpětnou vazbu v podobě zlepšení zdravotního stavu, optimistických



prognóz a „šťastného konce“. Zdravotníci i další pomáhající pracovníci ve většině případů nejsou teoreticky a odborně připraveni na péči o pacienty umírající. Přesto se s umírajícími při výkonu své profese setkávají.

Otázkou také je, zda si zdravotničtí pracovníci uvědomují svůj podíl odpovědnosti na podmínkách, za kterých dochází k umírání pacientů ve zdravotnickém zařízení. Jsou ochotní si přiznat, že jejich nedostatky ve vzdělání, v lidském přístupu či formální vykonávání pracovních činností, má zásadní vliv na kvalitu služeb poskytovaných umírajícím pacientům?

Podle mého názoru, jsou osobnostní předpoklady, míra empatie a také snaha přizpůsobit svůj přístup potřebám umírajících pacientů velmi důležitými faktory, které hrají významnou roli při práci s umírajícími pacienty. Přítomnost těchto faktorů byla dobře identifikovatelná a zřetelná také při rozhovorech s respondenty.

Výsledky šetření vyznívaly poměrně jednoznačně, odpovídaly výsledkům, které byly tazatelem předpokládány. Žádný z respondentů nevyjádřil názory, které by byly zcela v rozporu s názory většiny. Proč tomu tak bylo?

Důvodů může být několik. Domnívám se, že jedním z důvodů je i volba spektra respondentů. Ve všech případech se jednalo o osoby vzdělané, empatické a na řešení problematiky určitým způsobem zainteresované.

Nelze jednoznačně prohlásit, že výsledky šetření potvrzují nutnost zavedení principů paliativní péče do písecké nemocnice. Potvrzují ale předpoklad, ze kterého jsem při psaní své práce vycházela.

Jak již bylo řečeno v úvodu této kapitoly, námětů a témat na diskuzi se nabízí velké množství. Pokud porovnáám výsledky výzkumného šetření s odbornou literaturou, kterou jsem prostudovala a ze které je v teoretické části citováno, s poznatky, které získávám na odborných seminářích, konferencích a dalších vzdělávacích akcích, a se zkušenostmi z praxe své, nebo svých kolegů a kolegyně nejen v písecké nemocnici, závěry jsou shodné. Paliativní péče má ve zdravotnickém zařízení své opodstatněné a důležité místo.

## **4 NÁVRH ORGANIZAČNÍ ZMĚNY**

### **4.1 Podmínky v konkrétním zařízení**

#### **4.1.1 Popis zařízení**

Nemocnice, v níž bude služba poskytována, je akciovou společností, jediným akcionářem je Jihočeský kraj. Je součástí holdingu osmi nemocnic, které poskytují zdravotní péči na území Jihočeského kraje, jsou jednotně řízeny a spolupracují mezi sebou. Jihočeský kraj založil pro jednotné řízení společnost Jihočeské nemocnice, a.s., jejíž představenstvo je součástí představenstva každé jihočeské nemocnice. Všechny jihočeské nemocnice tak tvoří z pohledu řízení jednu personální unii.

Poskytuje ambulantní i lůžkové zdravotní, diagnostické a léčebně preventivní služby v souladu se stanovenými předpisy a smlouvami s pojišťovkami.

Nemocnice disponuje kapacitou 423 lůžek, z toho je 41 lůžek následné péče a 20 sociálních lůžek, péče je poskytována na 18 ti primariátech, ročně je zde hospitalizováno 16 500 pacientů, provedeno 10 tisíc operačních zákroků a téměř 200 tisíc ambulantních vyšetření. Nemocnice měla k 31. 12. 2017 cca 830 zaměstnanců.

#### **4.1.2 Současná praxe při hospitalizaci pacienta v terminálním stádiu**

V roce 2017 zemřelo v písecké nemocnici 254 pacientů, což je z celkového počtu ca. 16 500 hospitalizovaných relativně velmi malý počet (1,5 %). Nicméně je to 254 životů, příběhů, osudů, které byly zakončeny ve zdravotnickém zařízení.

Jak vypovídají výsledky výše uvedeného výzkumného šetření, v nemocnici lidé umírají na akutních odděleních, na oddělení následné péče, na oddělení sociálních lůžek. Je jim poskytnuto lékařské a sesterské ošetření, je jim věnována zdravotní péče. Někdy je jim věnováno i něco navíc – soukromí, opora, možnost být se svými blízkými, útěcha pro ně i pro rodinu. To ale spíše ve výjimečných případech.

Zdravotnický personál v nemocnici zajišťuje poskytnutí zdravotní péče, to je jeho náplň činnosti a mělo by být i posláním. Sociální pomoc zajišťují sociální pracovníci nemocnice. Vzhledem k aktuální výši úvazku 1,1 je rozsah jejich činností zaměřen především na vedení agendy Oddělení sociálních lůžek a sociální poradenství pro pacienty a rodiny, především pro Oddělení následné péče. Zde zjišťují a zajišťují možnosti péče a pomoci pacientovi, který již pomoc a péči potřebuje a není schopen si ji po dimisi z nemocnice zajistit vlastními silami. Jedná se o pacienty, u kterých by další hospitalizace

v nemocnici byla již hospitalizací sociální – tedy pro požadavek nemocnice na úhradu výkonů a nákladů spojených s hospitalizací zdravotními pojišťovnami neakceptovatelná.

Jedinou osobou, která má pomoc a podporu pro umírající pacienty a jejich blízké tzv. „v náplni práce“ je nemocniční kaplan (Nemocnice Písek, a.s., 2018). Ten pracuje v nemocnici na částečný úvazek a pomoc poskytuje v případě, kdy si ji sám nemocný vyžádá, požádá o ni rodina, nebo pokud je upozorněn na potřebu spirituální podpory zdravotnickým personálem oddělení, na kterém je nemocný hospitalizován. Vzhledem k velmi širokému spektru problémů, při kterých nemocniční kaplan nabízí svoji pomoc a vzhledem k velkému počtu těch, kteří jeho pomoc vyhledávají (nejen z řad pacientů, ale i jejich blízkých a také často z řad zaměstnanců), spirituální péči je schopen poskytnout pouze části umírajících. Za rok 2017 se dle slov kaplana Rostislava Homoly jednalo o asi 20 až 30 pacientů.

Pokud se pacient nachází v terminálním stádiu nemoci, pokud je jeho stav vážný a prognóza zlepšení zdravotního stavu nepravděpodobná, je k němu přistupováno většinou stejně, jako k pacientům, jejichž zdravotní stav není vážný, nebo je predikováno zlepšení zdravotního stavu a brzké ukončení hospitalizace.

Pacienti jsou umístěni na vícelůžkových pokojích, zdravotní péče je ordinována dle aktuálního stavu, rodina a blízké osoby jej navštěvují v „obvyklých“ návštěvních hodinách (tedy odpoledne). Pouze v případě, kdy oddělení disponuje samostatným, tzv. nadstandardním pokojem a tento pokoj je volný, může pacient nebo rodina o umístění do tohoto pokoje požádat. Pokoje jsou k dispozici při oddělení interním, chirurgicko-urologickém, ortopedickém a porodnici. Cena za pobyt na pokoji je od 500,- Kč za jeden den (první a poslední den hospitalizace se počítá jako jeden den), jedná se o jednolůžkový pokoj se samostatným sociálním zařízením, který je vybaven ledničkou, barevným televizorem s dálkovým ovládním, rozhlasem, varnou konvicí, telefonním přístrojem se samostatným číslem, oboustranným komunikačním zařízením s ošetřujícím personálem (Nemocnice Písek, a.s., 2018).

#### **4.1.3 Možnosti řešení**

Možností řešení stávající situace je několik. V kapitole 2.2.4 jsou popsány různé formy paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Specializovaná paliativní péče ve spolupráci s obecnou paliativní péčí může být poskytována formou nemocničního paliativního konziliárního týmu, na oddělení paliativní péče, nebo ve specializované ambulanci paliativní péče. Všechny tři základní formy lze samozřejmě kombinovat, upravit, nebo zvolit pouze některou z nich. Volba formy poskytování paliativní péče by měla vždy vycházet z podmínek, potřeby a možností konkrétního poskytovatele zdravotních služeb.

Ladislav Kabelka ve webinári Centra paliativní péče na téma „Koncepce paliativní péče pro Kraj Vysočina“ dne 25. 1. 2018 doporučuje víceúrovňový systém, který by pokryl co nejširší spektrum potřeb pacientů. Např. spolupráce konziliárního týmu s oddělením následné péče nebo sociálních lůžek, příp. léčebny dlouhodobě nemocných. Možností je také zřízení paliativních lůžek při oddělení lůžek sociálních. Konziliární tým může v konkrétních dnech a ordinačních hodinách zabezpečovat péči v ambulanci paliativní medicíny a současně může být k dispozici pro celé zdravotnické zařízení (Kabelka, 2018).

#### **4.1.4 Výběr řešení**

Pro Nemocnici Písek, a.s. navrhuji řešení ve formě zřízení 10 lůžek paliativní péče. Tato lůžka by byla organizačně připojena k Oddělení následné péče a k Oddělení sociálních lůžek.

„Oddělení následné péče Nemocnice Písek provozuje 36 lůžek následné péče a 5 lůžek dlouhodobé intenzivní péče. Příjem na lůžka se provádí na doporučení ošetřujícího lékaře z akutních lůžek nemocnice. Důvodem k umístění na lůžko následné péče je vždy zdravotní stav pacienta, nikoliv jeho sociální situace. K hospitalizaci jsou indikováni pacienti z akutních lůžek interních, neurologických, ortopedických, urologických a jiných, pokud jejich zdravotní stav již nevyžaduje pobyt na akutním lůžku, ale vyžaduje doléčení se stálou lékařskou péčí. Hospitalizace je na dobu určitou a její délka záleží vždy individuálně na zdravotním stavu pacienta. O ukončení hospitalizace rozhoduje ošetřující lékař“ (Nemocnice Písek, a.s., 2018). Kapacita oddělení zdaleka neodpovídá počtu pacientů, pro které by překlad z akutních na toto oddělení byl potřebný. Jednou z možností uvolnění lůžka na Oddělení následné péče je v případě dlouhodobé nepříznivé sociální situace pacienta překlad na Oddělení sociálních lůžek.

„Na oddělení je k dispozici 20 lůžek pro uživatele sociálních služeb v souladu se zákonem č.108/2006 Sb. Indikace přijetí na tato lůžka je stabilizovaný zdravotní stav nevyžadující stálou lékařskou péči, kdy přetrvává potřeba stálé ošetrovatelské péče. Na tato lůžka jsou přijímáni uživatelé, kteří byli hospitalizováni na akutních a následných lůžkách písecké nemocnice“ (Nemocnice Písek, a.s., 2018). Část uživatelů sociálních lůžek tvoří klienti, jejichž zdravotní stav je vhodný pro indikaci paliativní léčby a paliativní péče.

Vznikem Oddělení lůžek paliativní péče a jeho přiřazením k Oddělení následné péče a k Oddělení sociálních lůžek by vedle zásadního významu ve smyslu zkvalitnění a rozšíření nabídky péče o pacienty s negativní prognózou onemocnění, příp. pacienty v terminálním stádiu onemocnění, došlo k navýšení kapacity lůžek těchto oddělení a tím k zajištění možnosti překladů indikovaných pacientů z oddělení akutních.

## **4.2 Konkrétní návrh změny**

### **4.2.1 Organizační požadavky**

Lůžka Oddělení paliativní péče (OPP) budou koncipována jako samostatné jednolůžkové pokoje, na kterých bude k dispozici základní vybavení pro pobyt nemocného a možnost pobytu jeho rodiny a blízkých. Pokoje budou mít vlastní sociální zařízení. K dispozici bude TV, lednice, varná konvice, připojení na internet, nábytek pro možnost stravování a pobyt dalších osob (rozkládací lůžko, křeslo, židle).

Návštěvní doba na oddělení bude neomezená, možnost pobytu s nemocným bude pro jeho rodinu a blízké 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu.

Organizačně bude OPP přiřazeno k ONP a OSL, což umožní flexibilitu při řešení umístění pacientů dle diagnózy a prognózy onemocnění.

### **4.2.2 Personální zajištění**

Pacientům na OPP se bude věnovat speciálně vyškolený tým pracovníků, složený z lékařů, zdravotních sester, pomocného ošetrovatelského personálu, sociálního pracovníka, kaplana, rehabilitačního pracovníka, nutričního terapeuta, farmaceuta, příp. pracovníků dalších odborných profesí.

Pro tým pracovníků na OPP je nutné odborné vyškolení, stejně tak jako chuť, vůle a motivace pro práci na tomto, svým způsobem specifickém, oddělení.

Vzdělávání u lékařů v paliativní péči je možné získat několika způsoby. V lednu roku 2011 byl rozdělen obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“ na dva samostatné obory, a sice na obor Paliativní medicína a Algeziologie (medicinský vědní obor zabývající se léčbou bolesti). Lékařům, kteří mají zájem o atestaci v oboru Paliativní medicína, se nabízí možnost získání odborné atestace v rámci dvou spolupracujících institucí:

- 1) „Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP pořádá akreditované specializační kurzy v nástavbovém oboru Paliativní medicína (dle vyhl. MZČR 361/2010 Sb.) a atestace z paliativní medicíny. Kurzy jsou otevřeny i lékařům, kteří nechtějí atestovat v tomto oboru, ale kteří ve své každodenní praxi pracují s nevyčísitelně nemocnými pacienty a chtějí si prohloubit své znalosti a dovednosti v oblasti paliativní medicíny. Kurzy jsou registrovány v rámci celoživotního vzdělávání lékařů ČLK a jsou ohodnoceny příslušným počtem kreditů.“ (Česká společnost paliativní medicíny, 2016);

- 2) Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ), subkatedra paliativní medicíny nabízí možnost absolvování vzdělávacího nástavbového programu „Paliativní medicína“, který je zakončený atestací (IPVZ - vzdělávací program paliativní medicína, 2017).

Zdravotní sestry mohou využít několika možností vzdělávání v oboru paliativní péče. Je to např. certifikovaný kurz Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů (NCO NZO) v Brně s názvem „Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči“ (Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015), kurz ELNEC (angl. End Of Life Nursing Education Consortium), (Paliativní centrum-ELNEC Unikátní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro zdravotní sestry, 2018), nabídka akreditovaných kurzů Edukačního centra Oblastní charity Rajhrad (Oblastní charita Rajhrad-Edukační centrum, 2018). Dále mohou sestry i nižší zdravotnický personál využít možnosti absolvování stáží v některém z akreditovaných zařízení (např. Edukační centrum Hospice sv. Josefa v Rajhradě, Vzdělávací institut při Hospici sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, ve Vzdělávacím centru paliativní péče Hospice Dobrého pastýře v Čerčanech, při sdružení Cesta domů, ve Vzdělávacím centru Hospice sv. Štěpána v Litoměřicích, a další).

Pro sociální pracovníky jsou určeny kurzy Institutu vzdělávání při Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR (APSS ČR), např. kurz „Pokojná smrt – akceptace a základy komunikace“ (Institut vzdělávání - APSS ČR, 2018), kurz ELNEC (Paliativní centrum-ELNEC Unikátní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro zdravotní sestry, 2018), kurzy Edukačního centra Oblastní charity Rajhrad – např. „Základy paliativní péče“, „Úvod do psycho-socio-spirituální problematiky v paliativní péči“, „Základy péče o pozůstalé a personál v paliativní péči“, „Kazuistiky při komunikaci s klienty v paliativní péči“ (Oblastní charita Rajhrad-Edukační centrum, 2018), příp. odborné stáže v akreditovaných zařízeních.

Nemocniční kaplan své vzdělání pro oblast paliativní péče může doplnit ve většině z výše uvedených kurzů, příp. vzdělávacími akcemi pořádanými Katolickou asociací nemocničních kaplanů v ČR (KAN) nebo Asociací nemocničních kaplanů (ANK).

Dostačené vzdělání personálu v problematice je základním pilířem, na kterém může být postaveno poskytování paliativní péče na profesionální úrovni.

#### **4.2.3 Předpoklad financování lůžek**

Odhadované finanční náklady potřebné k financování 10 lůžek paliativní péče jsou uvedeny v příloze (příloha č. 3). Jedná se o klasifikaci předpokládaných nákladů a jejich výši

(fixní náklady, variabilní náklady, celkové náklady), specifikaci klíčových položek, kalkulaci kapacity a ceny produktu.

Pro zajištění financování ze zdravotního pojištění je podmínkou zařazení do sítě poskytovatelů zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 § 15-§ 27, forma zdravotní péče lůžková - § 9 (ČR, 2011). Současné znění úhradové vyhlášky umožňuje vyžití úhrady dle tzv. ošetřovacího dne – OD 00030. Vzhledem k faktu, že mnohá lůžková zařízení nedisponují potřebným počtem zdravotnického personálu dle OD 00030 (lékařský, ošetřovatelský, jiný odborný personál), je nutné vytvořit nový typ OD, který by umožnil reálně splnění personálních požadavků tzv. úhradové vyhlášky a nasmlouvání úhrady ze strany ZP. Možností by bylo také přiřazení paliativních lůžek vyhláškou č. 134/98 Sb. k jinému typu OD, který by personálně odpovídal potřebám paliativních lůžek. Např. OD 00024 – lůžka ostatních odborných léčebných ústavů (ČR, 1998).

### **4.3 Průběh realizace zavedení paliativní péče**

#### **4.3.1 Přípravná fáze procesu**

Aktivity s cílem implementace paliativní péče do nabídky služeb písecké nemocnice byly započaty na jaře roku 2017. Ředitel nemocnice MUDr. Jiří Holan, MBA můj záměr přivítal a nabídl jeho podporu při realizaci. Nemocnice Písek, a.s. je členem holdingu Jihočeské nemocnice, a.s., vlastníkem všech jihočeských nemocnic je Jihočeský kraj. Všechny její aktivity jsou koordinovány zastřešující organizací Jihočeské nemocnice, a.s. a schvalovány JČK.

Z tohoto důvodu jsem velmi uvítala informaci o vzniku pracovní skupiny pro Přípravu koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji, která vznikla při Krajském úřadu Jihočeského kraje a také možnost se stát její členkou (od srpna 2017).

První jednání skupiny se konalo v červnu 2017, druhé v září 2017 a třetí (zatím poslední) v únoru 2018. Koncepce strategie zavedení paliativní péče v Jihočeském kraji je nyní (duben 2018) ve fázi přípravy, po jejím zpracování bude předána k připomínkování a ke schválení. Současně je nutné, aby byly připraveny dotační programy a další aktivity pro rok 2019, se kterými by měl rozpočet Jihočeského kraje počítat a které by zavedení paliativní péče podpořily finančně.

Pro konkrétní realizaci zavedení paliativní péče v písecké nemocnici bude tedy zásadním rozhodnutí a podpora vlastníka, tedy Jihočeského kraje. Aktivity v tomto směru lze očekávat až v roce 2019, tedy v době, kdy již bude pravděpodobně schválena Strategie

zavedení paliativní péče, a budou připraveny, příp. uvolněny finanční prostředky pro konkrétní kroky pro realizaci.

#### **4.3.2 Konkrétní realizované kroky**

Potřeba lůžek paliativní péče je zřejmá na mnoha odděleních nemocnice, nejvíce ale na odděleních následné péče a sociálních lůžek. Z tohoto důvodu byl z iniciativy primářky oddělení MUDr. Kajtmanové uvolněn a upraven původně pokoj, následně skladový prostor, nyní opět pokoj na Oddělení sociálních lůžek a vybaven jako jednolůžkový pokoj, ovšem bez sociálního zařízení. Tento pokoj je k dispozici pro terminálně nemocné klienty sociálních lůžek, nebo pro klienty s nepříznivou prognózou onemocnění.

Zde se jedná pouze o provizorní, ale určitě chvályhodné řešení, které může ovšem zajistit soukromí a intimitu jednomu pacientovi. Nezajistí paliativní péči v plném slova smyslu. Jedná se pouze o tzv. „přemalování pokoje na růžovo“ (citace slov Roberta Huneše, ředitele Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích na jednání pracovní skupiny pro tvorbu Koncepce paliativní péče v JčK ke snaze některých poskytovatelů zavádět paliativní péči, kde ale výsledek neodpovídá požadavkům na tento druh péče).

Systémovým řešením bude zřízení oddělení paliativní péče. Nabízí se varianta rekonstrukce budovy, která je součástí nemocnice, ale je umístěna mimo nemocniční areál, konkrétně proti budově Oddělení následné péče. Jedná se o samostatnou budovu, ve které bylo dříve umístěno hematologicko-transfuzní oddělení, které je od února 2018 přemístěno do nově postavené budovy Pavilonu Q, kde jsou soustředěny laboratoře.

#### **4.3.3 Plán dalšího postupu**

Další kroky pro dosažení cíle, tedy zřízení oddělení paliativních lůžek v písecké nemocnici jsou zdánlivě jasné – získání finančních prostředků pro rekonstrukci budovy bývalé hematologie, příprava projektu rekonstrukce budovy, realizace rekonstrukce budovy, vybavení nově vzniklých prostor.

Po stránce organizační a personální je nutno sestavit odborný tým, který bude schopen poskytovat specializovanou paliativní péči (požadavky na vzdělání viz výše kapitola 4.2.2 Personální zajištění).

#### **4.4 Vize a cíle do budoucna**

Píseckou nemocnici, respektive její vedení a část zaměstnanců, kteří se chtějí angažovat a podílet na zvedení principů paliativní péče v tomto zdravotnickém zařízení, čeká ještě dlouhá cesta k cíli. Myšlenka na zavedení péče je zatím pouze ve stavu zrodu – tedy ve



stavu přijetí myšlenky a filozofie potřeby péče o umírající pacienty a jejich blízké a prvních návrhů na možnosti a formy realizace projektu. „Implementace paliativní péče do prostředí nemocnice znamená systémovou změnu, dalece přesahuje hranice specializovaného oddělení, má vliv na uvažování, rozhodování a postoj prakticky všech zaměstnanců nemocnice“ (Řeřichová, 2017, s. 10).

Pokud se podaří projekt realizovat a v nemocnici principy specializované paliativní péče zavést, dojde tím k velkému posunu v kvalitě a v rozsahu spektra služeb, které nemocnice svým pacientům nabízí a poskytuje.

Konference, kterou pořádal Nadační fond AVAST za odborné garance Centra paliativní péče a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP „Spolu až do konce“, která se uskutečnila před několika dny (24. 4. 2018) ve své pozvánce říká:

„Nemocnice jsou u nás místem, kde každý rok prožívá své poslední chvíle nejvíce lidí. V zahraničí jsou běžně k dispozici specializované paliativní nemocniční týmy, které tiší utrpení, pomáhají s plánováním péče a starají se o kvalitu života vážně nemocných pacientů a jejich rodin. V České republice téma paliativní péče v nemocnicích otevřel Nadační fond AVAST, když v roce 2016 umožnil 18 nemocničním zařízením získat pilotní podporu pro založení paliativních center a týmů“ (Nadační fond AVAST-konference, 2018).

Písecká nemocnice mezi vybranými 18 nemocnicemi není. V době, kdy bylo možno o finanční podporu požádat, nemocnice žádost nepodala. To ale neznamená, že nemůže být jednou z těch nemocnic, které zařadí principy paliativní péče mezi své služby pacientům a občanům v čase budoucím.

## 5 ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na téma paliativní péče. Je to téma, které je v posledních několika letech aktuální, o kterém se hovoří. A má to jistě svůj důvod. Především je to ale téma, které je mi z profesního hlediska velmi blízké, o které se velmi zajímám. O potřebě zavedení principů paliativní péče do nemocnic jsem hluboce přesvědčená.

Úroveň poskytování zdravotních služeb pacientům z pohledu kurativní péče je v nemocnicích na dobré úrovni. Je sledována, hodnocena, průběžně zvyšována. Ale péče paliativní zcela nebo téměř chybí. A pokud pojmáme lidský život v celé jeho šíři, tedy od narození až po úmrtí, nelze tento fakt přehlížet, anebo před ním zavírat oči.

Teoretická část práce prezentuje poznatky a informace k problematice paliativní péče. Snahou bylo prezentovat je v logické návaznosti. V první části obecně, poté se již přímo zaměřit na oblast zdravotnických zařízení a uvést poznatky, které jsou zaměřeny na poskytování paliativní péče ve zdravotnickém zařízení a pro téma práce mají význam.

Praktická část mapuje a popisuje názory 10 zástupců zdravotnického personálu a dalších pomáhajících profesí na dané téma. Výstupy z rozhovorů hovoří jasně – paliativní péče v nemocnici chybí, její zavedení je z pohledu pracovníků žádoucí a potřebné. Další část, která se zabývá návrhem organizační změny, popisuje dosavadní průběh událostí, které souvisí s procesem zavedení principů paliativní péče.

Obecným cílem výzkumného projektu praktické části bylo zjištění a vyhodnocení podmínek, za jakých z pohledu pečujícího personálu v současnosti prožívají poslední fázi života pacienti, kteří v písecké nemocnici umírají. Konkrétním cílem bylo popsat současný stav, tj. popsat podmínky, které provázejí poslední dny pacientů před úmrtím. Dále pak bylo cílem zjištění osobních pocitů respondentů při setkání s umírajícím pacientem a jejich názoru na dané téma (úmrtí pacienta ve zdravotnickém zařízení). Dalším cílem bylo zmapování názoru zdravotníků na to, jakou formu péče o umírajícího člověka preferují. Posledním cílem bylo zjištění, jaká opatření by pomohla ke zlepšení podmínek pro umírající pacienty ve zdravotnickém zařízení.

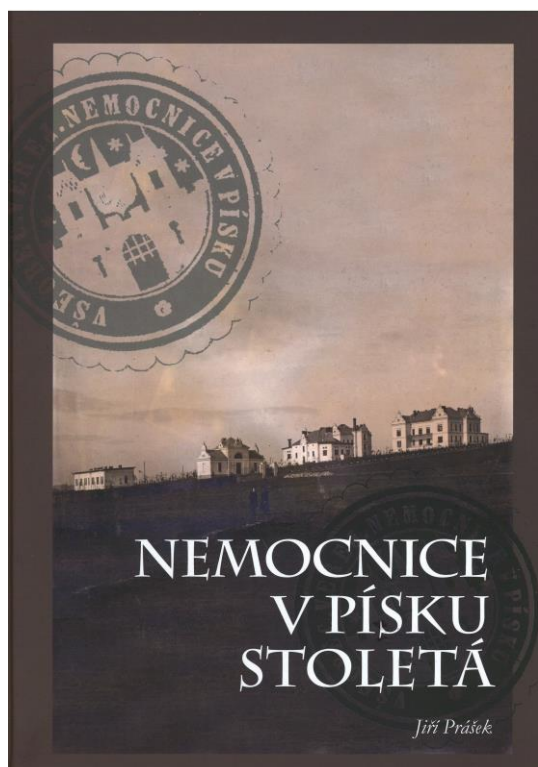
Všech těchto cílů bylo výzkumným šetřením dosaženo, praktická část popisuje zjištěná data a dává je do souvislostí.

Osobním cílem mé práce bylo napomoci procesu zavedení principů paliativní péče, byť v jednom jediném zdravotnickém zařízení. Doufám, že alespoň částečný přínos má práce mít bude.

Když jsem se v květnu r. 2017 začala zabývat myšlenkou na zpracování diplomové práce právě na toto téma, domnívala jsem se, že se bude jednat o proces, který bude postupovat a jednotlivé kroky budu moci popisovat a hodnotit ve své práci. O postupu a posunu se samozřejmě hovořit dá, ale následnost jednotlivých kroků je oproti mým očekáváním značně zpomalená a komplikovaná. Dnes již vidím složitost a spletnost procesu, množství determinantů a důležitých faktorů, které proces ovlivňují, časovou náročnost a provázanost s dalšími procesy.

Zavedení principů specializované paliativní péče do zdravotnického zařízení je úkol a proces, který není otázkou přání či názorů jednoho člověka nebo několika málo osob. Je to komplexní proces, který předpokládá součinnost, zájem a spolupráci mnoha stran, mnoha faktorů a mnoha pro proces důležitých osob.

Citát od neznámého autora praví, že „Kde je vůle, tam je i cesta“ (Citáty, 2018). Mým velkým osobním přáním je, aby projekt zavedení paliativní péče v písecké nemocnici byl realizován. Aby nemocnice přinášela pomoc, úlevu a podporu nejen těm, kteří z nemocnice odcházejí uzdraveni, ale i těm, kteří v nemocnici svůj život zakončí. Neboť i tito pacienti z nemocnice „odcházejí“ a okolnosti a průběh jejich odchodu jsou důležitou částí mozaiky, která vytváří obraz o kvalitě péče, úrovni poskytovaných služeb a humánním přístupu nemocnice, která své služby poskytuje pacientům nejen z Písku a okolí již více než 100 let.



Obr. 2 – Přebal knihy – Nemocnice v Písku stoletá

(Zdroj: Nemocnice Písek, a.s., 2018)

## 6 ZDROJE

BADENAS, Roberto, 2016. *Jak čelit utrpení: odvaha a naděje ve světě plném problémů*. Vydání první. Praha: Advent-Orion, spol. s r.o. ISBN 978-80-7172-731-6.

BĚLOHLÁVEK, František, 1996. *Organizační chování: jak se každý den chovají spolupracovníci, nadřízení, podřízení, obchodní partneři či zákazníci*. 1. vyd. Olomouc: Rubico. Učebnice pro každého (Rubico). ISBN 80-858-3909-1.

BERNE, Eric, 2013. *Co řeknete, až pozdravíte: transakční analýza životních scénářů*. Vyd. 2., přeprac., V Portálu 1. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0486-2.

BOUZEK, Petr, 2017. *Medical Tribune: Jsou domácí hospice vždy optimálním řešením?* [online]. In: . [cit. 2018-02-23].

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

*Citáty: Vůle* [online], 2018. Zlín [cit. 2018-03-31]. Dostupné z: <http://www.mottak.cz/citaty/vule.php>

*Česká společnost paliativní medicíny: Atestace* [online], 2016. Praha [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: [http://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/atestace-z-oboru-paliativni-medicina/#new\\_tab](http://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/atestace-z-oboru-paliativni-medicina/#new_tab)

ČR, 1998. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR: Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. In: *Sbírka zákonů ČR*. Praha, ročník 1998, 46/1998, Vyhláška č. 134/1998 Sb. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-134>

ČR, 2011. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Zákon o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů*. Praha, 131/2011, Zákon č. 372/2011 Sb. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

DAVIDSON, Jason, 2016. Does the Culture of Modern Day Palliative Care Social Work Leave Room for Leadership?. *Journal of Social Work Practice*. **30**(2), 203-218. DOI: 10.1080/02650533.2016.1168385. ISSN 0265-0533. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02650533.2016.1168385>

DĚDINA, Jiří a Václav CEJTHAMR, 2005. *Management a organizační chování: manažerské chování a zvyšování efektivity, řízení jednotlivců a skupin, manažerské role a styly, moc a vliv v řízení organizací*. 1. vyd. Praha: Grada. Expert (Grada). ISBN 80-247-1300-4.

*Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.: Zahlen und Fakten* [online], 2018. Berlin [cit. 2018-02-24]. Dostupné z: [http://www.dhpbv.de/service\\_zahlen-fakten.html](http://www.dhpbv.de/service_zahlen-fakten.html)

DISMAN, Miroslav, 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.

*Domácí hospic Athelas* [online], 2018. Písek [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <http://www.hospic-pisek.cz/>

*Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyлéčitelně nemocných a umírajících.“: Charta práv umírajících*, 1999. In: . 24. zasedání, č. 1418/1999. Dostupné také z: [https://www.ochrance.cz/fileadmin/user\\_upload/ochrana\\_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta\\_prav\\_umirajicich\\_1999.pdf](https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/Umluvy/zdravotnictvi/Charta_prav_umirajicich_1999.pdf)

EGGLI, Peter, 2016. Stiftungsprofessur für Palliative Care besetzt. *Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* [online]. 1-2 [cit. 2018-02-24]. Dostupné z: [file:///D:/Users/lauer/Downloads/medienmitteilung\\_samw\\_palliative\\_care\\_stiftungsprofessur\\_20160201%20\(1\).pdf](file:///D:/Users/lauer/Downloads/medienmitteilung_samw_palliative_care_stiftungsprofessur_20160201%20(1).pdf)

FRANKL, Viktor, 1994. *Člověk hledá smysl: úvod do logoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 87 s. Psychoterapie. ISBN 80-901-6014-X.

FUNK, Karel, 2014. *Provázení stářím a umíráním, aneb, O prolínání obou světů*. Vyd. 1. Praha: Malvern. Adam a Eva. ISBN 978-80-87580-70-7.

GAWANDE, Atul, 2016. *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. První vydání v českém jazyce. Praha: Dokořán. ISBN 978-80-7363-702-6.

HAJNOVÁ FUKASOVÁ, Erika, Radka BUŽGOVÁ a David FELTL, 2015. Hodnocení duchovních potřeb pacientů v paliativní péči. *Klinická onkologie* [online]. **28**(1), 13-19 [cit. 2018-03-16]. ISSN 0862-495X. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/191/4629.pdf>

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-736-7040-2.

*Hospic Anežky České* [online], 2018. [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/>

*Hospic sv. Jana N. Neumanna: Jak požádat o přijetí* [online], 2018. Prachatice [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <http://www.hospicpt.cz/prachatice/zadost-hospitalizace>

*Ich will Pflege: Palliativpflege heute: Bedeutung, Ziele & Aufgaben - Pflege 2017* [online], 2017. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <http://www.ichwillpflege.de/palliativpflege/>

*Institut vzdělávání - APSS ČR: Otevřené kurzy* [online], 2018. Tábor [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.institutvzdelavani.cz/nabidka-kurzu>

IPVZ - vzdělávací program paliativní medicína [online], 2017. Praha [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2283-vp-paliativni-medicina-cerven-2015.pdf>

KABELKA, Ladislav, 2018. Koncepce paliativní péče pro Kraj Vysočina: Proběhlý webinář. In: *Paliativní centrum* [online]. Praha [cit. 2018-04-06]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/cs/seminare/koncepce-paliativni-pece-pro-kraj-vysocina>

KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA, 2016. *PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 2016: Situační analýza*. České společnost paliativní medicíny ČLS JEP 2016. Praha.

KALA, Miroslav, 2012. Když rozhodnutí o setrvání v paliativním léčebném režimu vyžaduje zkušenosti a odvahu. *Interní medicína pro praxi: Sdělení z praxe*. **14**(5), 227-228. ISSN 1212-7299.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-2832-5.

KERN, Martina, 2000. *Palliativpflege: Richtlinien und Pflegestandards*. Bonn: Pallia-Med-Verl. ISBN 39-331-5442-1.

KISVERTOVÁ, Helena, 2013. *Důstojnost pacienta jako součást NIC intervence Duchovní podpora* [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav ošetrovatelství, **15**(3) [cit. 2015-12-28]. ISSN 1212-4117. s. 252-259. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20131003140235552014.pdf>

KOLÁŘOVÁ, Zdena, 2015. Zdravotnický deník: ČEŠI BY CHTĚLI UMÍRAT DOMA. *1 lékařská fakulta UK* [online]. Praha [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <https://www.lf1.cuni.cz/cesi-by-chteli-umirat-doma-ale-vetsina-z-nich-opousti-svet-v-instituci>

KONEČNÁ, Hana, Danica SLOUKOVÁ a Tonko MARDEŠIĆ, 2012. *Medicína založená na důvěře: o nebohém pacientovi v postmoderní době*. Vyd. 1. Praha: Galén, 155 s. ISBN 978-80-7262-878-0.

KUBEŠOVÁ, H., L. KABELKA, J. MATĚJOVSKÝ a P. WEBER, 2003. Umírání mimo nemocnici z etického, právního a ekonomického pohledu. *Česká geriatrická revue*. **1**(3), 48-52. ISSN 1214-0732.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Vydání druhé, přepracované, v Portále první. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth a David KESSLER, 2013. *Lekce života: o tajemstvích lidského bytí*. 1. vyd. Brno: Jota. Populárně naučná. ISBN 978-80-7462-327-1.

LAUEROVÁ, Dana, 2016. *Rozbor zkušeností s pastorační péčí v nemocnicích*. Praha. Bakalářská. FF UK. Vedoucí práce PhDr. Daniela Vodáčková.

MARKOVÁ, Alžběta, 2015. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy*. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 978-80-905809-4-7.

MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.

MATOUŠEK, Oldřich, Alois KŘIŠŤAN, ed., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 570 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

*Medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen Palliative Care: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* [online], 2017. 1-24 [cit. 2018-02-24]. Dostupné z: [file:///D:/Users/lauer/Downloads/richtlinien\\_samw\\_palliative\\_care.pdf](file:///D:/Users/lauer/Downloads/richtlinien_samw_palliative_care.pdf)

MILFAIT, René a Daniel BARTOŇ, 2013. *Lidská práva osob s postižením, nevléčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. 2., rozš. vyd. Středokluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-85-9.

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

*Nadační fond AVAST: Spolu až do konce* [online], 2018. [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://nadacnifond.avast.cz/co-delame>

*Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů: Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči* [online], 2015. Brno [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://www.nconzo.cz/web/guest/specificka-osetrovatelska-pece-v-paliativni-peci>

*Národní datová základna paliativní péče: Národního zdravotnický informační systém (NZIS)* [online], 2016. Praha [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=home>

*Nemocnice Písek, a.s.* [online], 2018. Písek [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://www.nemopisek.cz/>

*Nemocnice Písek, a.s.: Informace o nadstandardním pokoji* [online], 2018. Písek [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: <http://www.nemopisek.cz/index.php/informace/697-informace-o-nadstandardnim-pokoji>

*Oblastní charita Rajhrad-Edukační centrum* [online], 2018. Rajhrad [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.vzdelavani.rajhrad.charita.cz/akreditovane-kurzy>

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

ÖPG, 2018. *Österreichische PalliativGesellschaft: Kontakte & Adressen* [online]. [cit. 2018-02-05]. Dostupné z: <https://www.palliativ.at/>

*Paliativní centrum-ELNEC Unikátní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro zdravotní sestry* [online], 2018. Praha [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>

Paliativní péči ročně potřebuje 70 000 lidí, 2017. *Medical tribune* [online]. **13**(8) [cit. 2018-02-04]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/41910>

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 528 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK, 2012. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

ŘEŘICHOVÁ, Lenka, 2017. *Vzdělávání pracovníků v oblasti paliativní péče*. Praha. Diplomová. Univerzita Jana Amose Komenského. Vedoucí práce PhDr. Martin Loučka, PhD.

SEYMOUR, Jane, 2012. Looking back, looking forward: the evolution of palliative and end-of-life care in England. *Mortality*. **17**(1), 1-17. DOI: 10.1080/13576275.2012.651843. ISSN 1357-6275. Dostupné také z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13576275.2012.651843>

SLÁMA, Ondřej, 2009. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie*. **22**(4), 183-185. ISSN 0862-495x.

SLÁMA, Ondřej, 2012. Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba bolesti*. **5**(1), 10-12. ISSN 1339-4193.

SLÁMA, Ondřej, 2014a. Paliativní medicína a dobrá smrt. *Vnitřní lékařství*. **60**(2), 75-79. ISSN 0042-773x.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007a. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK, 2007b. *Paliativní medicína pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-505-5.

SLÁMA, Ondřej a Marek SOCHOR, 2014b. Paliativní péče jako součást komplexní onkologické péče. *Zdraví.Euro.cz: Postgraduální medicína* [online]. **16**(3), 335-337 [cit. 2018-02-24]. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/paliativni-pece-jako-soucast-komplexni-onkologicke-pece-474647>



SLÁMA, Ondřej a Štěpán ŠPINKA, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. 1. vyd. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.

*Slovník cizích slov* [online], 2005-2017. Brno [cit. 2017-09-19]. Dostupné z: <http://www.slovník-cizich-slov.cz/>

STAKE, Robert, 1995. *The art of case study research*. Londýn: Sage.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2003. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce homo. ISBN 80-902-0494-5.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. 1. vyd. Praha: Grada, 109 s. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela, 2018. Ministerstvo zdravotnictví spouští projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích: Tisková zpráva. In: *Ministerstvo zdravotnictví ČR: Tiskové zprávy* [online]. Praha [cit. 2018-03-16]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v%C2%A0nemocnic\\_14847\\_3801\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v%C2%A0nemocnic_14847_3801_1.html)

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ, 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

Umírání – nový výzkum, nové výsledky, 2013. *Stemmark* [online]. Praha [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <http://www.stemmark.cz/wp-content/themes/stemmark/files/umirani.pdf>

ÚZIS - Zpráva z workshopu *Následná, dlouhodobá a paliativní péče 19. 1. 2017* [online], 2017. Praha [cit. 2018-03-13]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/akce/Zprava-z-workshopu-dlouhodobá-následná-paliativní-pece>

ÚZIS 2016: Zdravotnická statistika Zemřelí, 2016. *Www.uzis.cz* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2017-08-28]. Dostupné z: <file:///D:/Users/lauer/Downloads/demozem2015.pdf>

VODÁČKOVÁ, Daniela, 2012. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7.

Zákon o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů*. 37/2006, 108/2006 Sb.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997. In: *Sbírka zákonů*. 16/1997, 48/1997.

*Zemřelí | ÚZIS ČR: Zemřelí 2016* [online], 2018. Praha [cit. 2018-02-04]. Dostupné z: <file:///D:/Users/lauer/Downloads/demozem2016.pdf>

Zur palliativmedizinischen Versorgungssituation in Deutschland: Palliative Versorgung in Deutschland, 2006. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. **49**(11), 1077-1086. DOI: 10.1007/s00103-006-0068-7. ISSN 1436-9990. Dostupné také z: <http://link.springer.com/10.1007/s00103-006-0068-7>

## 7 SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s. – Odd. sociální a paliativní péče.....	14
Obr. 2 – Přebal knihy – Nemocnice v Písku stoletá.....	92

## 8 SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Místo úmrtí v letech 2007 – 2016.....	20
Graf 2 – Ambulantní hospicové a paliativní služby v Německu .....	22
Graf 3 – Počet lůžkových hospiců a paliativních stanic v Německu .....	22
Graf 4 – Vzdělání respondentů .....	42
Graf 5 – Pohlaví respondentů.....	42
Graf 6 – Věk respondentů .....	42
Graf 7 – Délka zaměstnání ve zdravotnictví.....	43
Graf 8 – Délka zaměstnání v Nemocnici Písek, a.s. ....	43

## 9 SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Počty zemřelých osob v ČR dle místa úmrtí v letech 2007–2016	20
Tabulka 2 – Současná situace a přínos organizační změny	37
Tabulka 3 – Identifikace respondentů výzkumu	41

## 10 SEZNAM SCHÉMAT

Schéma 1 – Skupiny kódů výzkumného šetření .....	47
Schéma 2 – Skupina kódů „Úmrtí v nemocnici“ .....	48
Schéma 3 – Kód „Počet úmrtí“ .....	49
Schéma 4 – Skupina kódů „Podmínky pro umírající v nemocnici“ .....	50
Schéma 5 – Skupina kódů „Chybějící paliativní péče“ .....	53
Schéma 6 – Kód „Potřebnost zaměření se na umírání“ .....	56
Schéma 7 – Skupina kódů „Přístup k umírajícímu v nemocnici“ .....	57
Schéma 8 – Skupina kódů „Přístup k umírajícím podle profese“ .....	60
Schéma 9 – Skupina kódů „Vzdělání a praxe personálu v paliativní péči“ .....	62
Schéma 10 – Skupina kódů „Nemocnice versus hospic“ .....	65
Schéma 11 – Skupina kódů „Hospicová péče“ .....	66

Schéma 12 – Skupina kódů „Úmrtí v domácím prostředí“ .....	68
Schéma 13 – Skupina kódů „Eutanázie“ .....	70
Schéma 14 – Skupina kódů „Osobní přístup k úmrtí“ .....	70
Schéma 15 – Kód „Strach zdravotníků ze smrti“ .....	71
Schéma 16 – „Word Cloud“ z realizovaných rozhovorů .....	75

## 11 SEZNAM ZKRATEK

ČLK	Česká lékařská komora
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Diagnoses Related Groups
EKG	Elektrokardiogram
IPM ČSPM	Institutu paliativní medicíny při České společnosti paliativní medicíny
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
JčK	Jihočeský kraj
KÚ JčK	Krajský úřad Jihočeského kraje
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NHS	Národní program péče o konec života
OD	Ošetrovací den
ONP	Oddělení následné péče
OPP	Oddělení paliativní péče
OSL	Oddělení sociálních lůžek
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization
ZP MV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

## **12 SEZNAM PŘÍLOH**

1. Počty úmrtí v letech 2007–2016 podle místa úmrtí (kompletní)
2. Informovaný souhlas – vzor
3. Klasifikace a výše nákladů předpokládaných pro financování 10 lůžek paliativní péče
4. Projekt diplomové práce

