

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2023**

**Dominika Faboková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Dominika Faboková**

Studijní obor: Zdravotnický záchranář Z19B0204P

## **ROLE PALIATIVNÍHO TÝMU V INTENZIVNÍ PÉČI**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

PLZEŇ 2023

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Dominika Faboková

Katedra: Katedra záchranářství, diagnostických oborů a veřejného zdravotnictví

Název práce: Role paliativního týmu v intenzivní péči

Vedoucí práce: Mgr. Eva Pfefferová

Počet stran – číslované: 40

Počet stran – nečíslované: 57

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: paliativní péče, intenzivní péče, paliativní tým, terminální onemocnění

### **Souhrn:**

Tato bakalářská práce s názvem Role paliativního týmu v intenzivní péči, je zaměřená na zmapování role konziliárního paliativního týmu v prostředí intenzivní péče ve zdravotnických zařízeních. Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části.

V teoretické části práce jsou v jednotlivých kapitolách podrobně zpracovány témata zaměřující se na paliativní péči, její historický a současný vývoj, dále paliativní tým a jeho funkce v současné medicíně a vybraná témata spojená s výskytem pacientů v terminálním stádiu onemocnění v prostředí intenzivní péče.

Praktická část práce je zaměřena na zpracování výzkumného šetření kvalitativního typu, které probíhalo formou rozhovorů s jednotlivými členy paliativního týmu. Informanty byly členové konziliárního paliativního týmu ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze.

Na základě získaných dat jsme schopni konstatovat, že práce paliativního týmu významně napomáhá pacientům v mnoha aspektech. Je prokazatelně jasné, že konziliární tým zaznamenává prospívání psychopodpůrných intervencí a konzilií v souvislosti s dobrým mentálním stavem pacientů, rodiny a příbuzných.

## **Abstract**

Surname and name: Dominika Faboková

Department: Department of Rescue Services, Diagnostic Fields and Public Health

Title of thesis: The role of the palliative care team in intensive care

Consultant: Mgr. Eva Pfefferová

Number of pages – numbered: 40

Number of pages – unnumbered: 57

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 29

Keywords: palliative care, intensive care, palliative team, terminal illness

## **Summary:**

This bachelor's thesis, entitled The role of the palliative team in intensive care, is focused on mapping the role of the consultative palliative team in the environment of intensive care in healthcare facilities. The bachelor thesis consists of a theoretical and a practical part.

In the theoretical part of the thesis, topics focusing on palliative care, its historical and current development, the palliative team and its functions in contemporary medicine and selected topics related to the occurrence of terminally ill patients in the intensive care environment are elaborated in detail in individual chapters.

The practical part of the work is focused on the processing of a qualitative research investigation, which took place in the form of interviews with individual members of the palliative care team. The informants were members of the consultative palliative care team at the General University Hospital in Prague.

Based on the obtained data, we are able to state that the work of the palliative care team significantly helps patients in many aspects. It is demonstrably clear that the counseling team notices the benefit of psychosupportive interventions and counseling in relation to the good mental state of patients, family and relatives.

**Poděkování:**

Tímto bych chtěla poděkovat své vedoucí bakalářské práce Mgr. Evě Pfefferové za odborné vedení, vzácné rady, vstřícnost a věnovaný čas.

# OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	11
1.1 Vývoj paliativní péče.....	11
1.2 Vývoj dětské paliativní péče.....	12
1.3 Rozdělení paliativní péče.....	13
1.3.1 Lůžkový hospic.....	14
1.3.2 Ambulantní specializovaná paliativní péče.....	14
1.3.3 Konziliární tým paliativní péče v nemocnici.....	15
1.4 Právní aspekty paliativní péče.....	15
1.4.1 Předem vyslovené přání.....	16
1.4.2 Eutanazie.....	17
1.5 Paliativní péče z pohledu zdravotnických pracovníků.....	19
2 PALIATIVNÍ TÝM.....	21
2.1 Vývoj paliativního týmu.....	21
2.2 Složení paliativního týmu.....	22
2.3 Standardy konziliárního paliativního týmu.....	22
2.3.1 Jednotlivé standardy.....	22
2.4 Indikace pro svolání paliativního týmu.....	23
2.4.1 Cílové skupiny.....	24
2.4.2 Časová dostupnost týmu.....	24
2.5 Minimální pracovní zabezpečení.....	25
2.6 Charakter konzilia.....	25
2.6.1 Struktura průběhu konzilia.....	26
2.6.2 Dokumentace péče paliativního týmu.....	26
3 INTENZIVNÍ PÉČE.....	28
3.1 Symptomatická léčba bolesti.....	29
3.2 Terminální stádium – „úmrtí pacienta“.....	29
3.3 Úmrtí ve zdravotnickém zařízení.....	30
3.4 Paliativní sedace.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE.....	33
5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY.....	33
6 METODIKA PRÁCE.....	34
6.1 Vzorek informantů.....	34

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	35
8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT .....	36
DISKUZE .....	44
ZÁVĚR .....	48
SEZNAM LITERATURY .....	49
SEZNAM PŘÍLOH .....	52
SEZNAM ZKRATEK .....	57



## ÚVOD

Umírání je nedílnou součástí života i medicíny. Ve zdravotnictví se se smrtí setkáváme denně a je velmi důležité vědět, jak s takovou situací naložit. Moderní medicína dosahuje vysoké úrovně a jsme schopni velmi efektivně prodlužovat délku života, avšak nejsme schopni smrt zcela odvrátit. Pacientům v terminálním stádiu onemocnění je dnes poskytována individuální a potřebná péče, a to jak v nemocničním, tak v domácím prostředí. Tato skutečnost umožňuje pacientům zvolit si, zda své poslední chvíle stráví ve zdravotnickém zařízení či doma. Jak ale paliativní péče vypadá na odděleních intenzivní péče?

S nástupem rychlého technologického pokroku se ale bohužel setkáváme s velkým počtem situací, kdy pacient, hospitalizovaný na jednotkách intenzivní péče, je zařazen do paliace až příliš pozdě. Podáváme velké množství léků, vystavujeme pacienta mnohým náročným vyšetřením a zákrokům, jen proto, že to nynější možnosti dovolují. Snažíme se udělat v našich očích to nejlepší, to ale ne vždy koresponduje s potřebami a přáními pacienta. Právě proto bychom se rádi zaměřili na zpracování celé podstaty paliativního týmu na těchto odděleních a jak je jejich role důležitá.

Mnoho zdravotnických pracovníků začalo pociťovat nedostatky v péči o pacienty dlouhodobě hospitalizované a o pacienty v terminálních stádiích onemocnění. Jedná se především o postrádající prvky v psychosociálním přístupu k pacientovi jako k osobě. I já sama jsem si tohoto začala při výkonu odborných praxí všimnout, a právě proto jsem se rozhodla k volbě tématu. Naší snahou je poukázat na nově vzniklé možnosti péče pro pacienty v terminálním stavu.

Cílem práce se stala snaha poukázat na nově vznikající projekty v souvislosti paliativní péče ve zdravotnických zařízeních. Koncipovali jsme bakalářskou práci do dvou částí, kde se v první věnujeme teoretickému popisu paliativní péče, intenzivní péče a paliativních týmů. V praktické části se věnujeme konkrétnímu mapování problematiky, k čemuž jsme využili postupu kvalitativního výzkumu

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péči můžeme definovat, dle zákona č. 372/2011 sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, jako „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí*“ (ČESKO, 2011). V současnosti se setkáváme s větším množstvím definic, protože nedošlo k ustanovení pouze jedné jediné. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization – WHO, dále jen WHO) v roce 2002 přišla s novým pojetím paliativní péče, kdy hlavním předmětem paliativní péče není terminální stádium onemocnění, nýbrž onemocnění, které ohrožuje pacienta na životě. (BUŽGOVÁ, 2015) V rámci paliativní péče se potýkáme s mnoha morálními aspekty, které není možné paušalizovat, a proto dochází k rozporům mezi tím, komu má být taková péče poskytována a jakými prostředky toho docílit. (BUŽGOVÁ, 2015)

Přestože se v obecných definicích paliativní péče nachází mnoho společných prvků, je nutné při jejich uplatnění v praxi přihlížet i na individuální potřeby pacienta. Pojmem paliativní péče se například rozumí specifická péče o pacienty s nevyléčitelnou nemocí, povětšinou v terminálním stádiu, která je zaměřená na mírnění bolesti a zlepšování či udržení dosavadní kvality života pacienta, nikoliv na aktivní léčbu. Použití paliativního přístupu přináší řadu pozitiv v péči o nemocné, a právě schopnost vymezení přiměřených postupů, vyslechnutí a porozumění pacientovým potřebám a preferencím se jeví jako těmi nejpřínosnějšími v celé problematice umírání. Humánní přístup zdravotnického personálu je jedním z hlavních aspektů, jež pacienti vyskytující se v situacích výše zmíněných vyhledávají nejvíce. Do procesu poskytování paliativní péče je vhodné zapojit také rodinu pacienta, která může být důležitou součástí celého procesu. (BUŽGOVÁ, 2015)

## 1.1 Vývoj paliativní péče

Mezi prvopočátky péče o umírající lze zařadit vznik hospicového hnutí na popud Cicely Saundersonové s názvem „*totální bolest*“. „*Koncept totální bolesti překračuje fyzické pojetí bolesti a zahrnuje také sociální, emoční a duchovní aspekty utrpení*“ (BUŽGOVÁ, 2015). Zlomovým okamžikem se v roce 1967 stává založení Hospice sv. Kryštofa (St. Christopher's Hospice) ve Velké Británii. Od tohoto okamžiku se na péči o nevyléčitelně nemocné začíná klást větší důraz, vznikají specializovaná centra po celém světě a paliativní péče začíná být v určitých zemích chápána, jako samostatné specializované odvětví medicíny. (BUŽGOVÁ, 2015).

V České republice jsme se mohli setkat s prvním oddělením paliativní péče v roce 1992 v Nemocnici v Babičích nad Svitavou v rámci vzniku Oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění. Rozkvětu se toto odvětví dočkalo až po revoluci, kdy bylo možné nahlédnout do systému jiných nemocnic v okolních státech a rozdílné postupy aplikovat i do metodiky zde v České republice. (PEŘINA, 2016)

V letech 2003-2004 byl v České republice proveden výzkum dostupné paliativní péče. Výchozím prvkem výzkumu bylo zjištění několika nedostatků v poskytované péči. Jedním z řešení byla tzv. „*Koncepce paliativní medicíny v ČR*“. Byla stěžejní pro následující rozvoj, protože touto koncepcí bylo uvedeno několik postupů, které měly sloužit k následnému rozvoji. Za další bod ve vývoji si můžeme uvést spolupráci Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče s Nadací rozvoje občanské společnosti, které v roce 2007 vydaly „*standards hospicové paliativní péče*“ kde je jasně definována metodika poskytování kvalitní péče. (BUŽGOVÁ, 2015)

Nesmíme samozřejmě opominout vznik tzv. „*České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP*“ (ČSMP) v roce 2009. ČSMP je členem Evropské asociace paliativní péče a podílí se i v nynější době na tvorbě mnoha důležitých dokumentů. Z minulosti můžeme jako příklad uvést „*Standards paliativní péče 2013*“. Další organizací, kterou je nezbytné zmínit, je Centrum paliativní péče v Praze. Toto centrum funguje od roku 2014. (BUŽGOVÁ, 2015) „*Cílem centra je rozvíjet výzkum, vzdělání a osvětovou činnost v této oblasti.*“ (BUŽGOVÁ, 2015)

## **1.2 Vývoj dětské paliativní péče**

V roce 1982 byl založen první dětský hospic, a to sestrou Frances Dominicou v Anglii. Je pojmenován podle první pacientky Helen Worswickové, jako „*Helen House*“. Jednalo se o dvouletou dívku s nádorem na mozku. Další důležitou osobností, která se zasloužila za vývoj dětské paliativní péče, se stala Anne Armstrong-Daileyová. V USA díky jejímu snažení vzniká organizace „*Children's Hospice International*“ kde hlavním snažením Anne bylo zařadit paliativní péči do pediatrické praxe a šíření povědomí o existenci a důležitosti dětské paliativní péče. Od tohoto okamžiku začaly vznikat speciální organizace, programy a nemocnice na příklad v New Yorku, Londýně nebo třeba v Polsku. Nicméně velkým milníkem se stalo založení prvního nemocničního týmu v čele s dětskou onkoložkou Ann Goldmannovou. Tým fungoval v Londýnské nemocnici „*Great Ormond Street Children's Hospital*“ a to od roku 1986. Ann Goldmannová se tímto stala první lékařskou

konzultantkou v tomto oboru s dětskou specializací. V Londýně vzniká organizace s názvem „*Association for Children's Palliative Care*“ jakožto výzkumné a informační středisko v oboru dětské paliativní péče. (BUŽGOVÁ, a další, 2019)

V dnešní době dětská paliativní péče, hlavně v Evropě, dosahuje velmi vysoké a kvalitní úrovně. Této problematice se skutečně věnovala velká pozornost a stále tomu tak je. Země jako je například Polsko nebo Velká Británie se zatím řadí na přední příčky. Rok 2003 s sebou přinesl prvopočátky založení světové organizace s názvem „*International Children's Palliative Care Network*“ (ICPNC). (BUŽGOVÁ, a další, 2019)

*„ICPNC tak až do současné doby sdružuje celosvětově jednotlivce i organizace poskytující dětskou paliativní péči a pomáhá k celosvětové implementaci paliativní péče do zdravotnictví“* (BUŽGOVÁ, a další, 2019)

Momentální situace v České republice vypadá následovně. Od roku 2015 funguje pod záštitou dětského onkologického oddělení Fakultní nemocnice Brno spolu s nadačním fondem Krtek mobilní paliativní tým. V Ostravě a Moravskoslezském kraji funguje od roku 2011 mobilní hospic Ondrášek a v roce 2015 svoji působnost rozšiřují i na denní stacionář. V Praze se nachází největší hospic, který pro dětské pacienty funguje od roku 2014 a pro Olomoucký kraj zde existuje mobilní hospic Nejste sami, fungující od roku 2016. V roce 2015 vznikla skupina dětské paliativní péče v rámci *České Společnosti Paliativní Medicíny ČLS JEP* se snahou sjednotit jednotlivé postupy, stanovit standardy pro poskytovanou péči a rozšířit povědomí ve zdravotnické sféře. (BUŽGOVÁ, a další, 2019)

### **1.3 Rozdělení paliativní péče**

V případě, že se pacient vyskytne v situaci, kdy je po důkladné konzultaci s lékařem pro další postup zvolena paliativní péče, je mu s přihlédnutím na průběh onemocnění, nabídnuto několik typů paliativní péče, které může začít využívat. Již v tomto momentě je klíčové, pro dosažení maximálního komfortu pacienta, postupovat na základně jeho vlastních rozhodnutí. Prioritou i nadále musí zůstat pacient a jeho autonomie v rozhodování o následné terapii. (BUŽGOVÁ, 2015)

Díky různorodosti onemocnění pacientů, kteří trpí nevléčitelným onemocněním, je nutné přizpůsobovat péči každému individuálně. Péče je odstupňovaná náročností a komplexností. Jako dvě hlavní skupiny můžeme uvést paliativní péči obecnou a specializovanou. (BUŽGOVÁ, 2015)

Obecná paliativní péče je zaměřena především na kvalitní symptomatickou léčbu a dobrou komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Tuto péči by měl být schopný poskytovat každý zdravotnický pracovník. „*Je to základní léčba symptomů, respekt k pacientově autonomii a efektivní komunikace*“ (BUŽGOVÁ, 2015).

Specializovaná paliativní péče přichází na scénu v momentě, kdy náročnost, rychlost a síla onemocnění nejsou zvládnutelné tzv. obecnou paliativní péčí. Jedná se o „*aktivní odbornou interdisciplinární péči poskytovanou týmem odborníků*“ (BUŽGOVÁ, 2015). Pacienti mohou využít například ambulantních návštěv, lůžek v hospicových zařízeních, denních stacionářů v nemocničních zařízeních, nebo v případě chybějící mobility pacienta, je možné využít tzv. specializovaných mobilních týmů, které navštěvují pacienty doma. (BUŽGOVÁ, 2015)

### **1.3.1 Lůžkový hospic**

Lůžkové hospice v České republice našly své nezastupitelné místo. Za kvalitním rozvojem stojí česká lékařka MUDr. Marie Svatošová, která ve svých publikacích, které se staly stěžejními pro následný rozvoj, definuje tři základní body poskytované péče v hospicových zařízeních, a to konkrétně tlumení krutých bolestí, naprosté respektování důstojnosti pacienta a zaručení fyzického i psychického doprovodu při umírání. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022) K roku 2023 je evidováno 36 hospiců. (2023)

Do hospicové péče odcházejí pacienti na základě indikace ošetřujícího lékaře. Je nutný souhlas pacienta a v případě nesvéprávnosti, nebo kdy to mentální stav nemocného neumožňuje, rozhoduje za něj zákonný zástupce. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Délka pobytu nemocných v takovýchto zařízeních se liší, jak diagnózou, tak pokročilostí nemoci. „*Průměrná délka pobytu v lůžkových hospicích v ČR je kolem 4 týdnů*“, ... „*Přibližně 30 % pacientů v českých hospicích umírá do 5 dnů od přijetí*“. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

### **1.3.2 Ambulantní specializovaná paliativní péče**

Ambulantní paliativní péče sestává z mobilního hospice, ambulance paliativní medicíny a stacionáře paliativní medicíny. V případě mobilního hospice se jedná o návštěvu pacienta doma týmem a poskytování péče přímo tam. Denní stacionáře fungují na principu poskytování specializované péče po dobu kratší než 24 hodin v prostorách zdravotnického zařízení. Tato možnost se jeví jako velmi výhodná pro pacienty, jejichž rodiny nejsou

schopny zabezpečit dostačující prostředí pro své blízké. Tomu bývá nejčastěji v případech, kdy rodina musí i nadále zajistit chod rodiny (ONDŘIOVÁ, 2021)

Ambulance paliativ medicíny na rozdíl od mobilního týmu nezaručuje nepřetržitou nabídku služeb. Fungování je zajištěno pouze v provozních hodinách. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

*„Ambulantní tým pečuje o pacienty, kteří mají fyzické a psychosociální symptomy, ale není nutné, aby byli hospitalizováni v nemocnici“.* (BUŽGOVÁ, 2015) Mnoho pacientů preferuje, na sklonku života, pobyt doma s rodinami, před pobytem v nemocničních zařízeních. Hlavním důvodem je příjemnějším prostředí. (KUPKA, 2014).

Mobilní hospice s možností domácí péče se v České republice začaly objevovat od roku 2000. Náplní práce členů týmu, tvořeného lékařem s atestací z oboru paliativní medicína a sestrou, jsou naplánované, či akutní návštěvy pacientů. V momentě, že se některý z pacientů, nebo členové rodiny vyskytnou v situaci, kdy potřebují odbornou radu, léky, nebo se stav pacienta změnil, mohou telefonicky kontaktovat sestru. Tato služba zahrnuje nepřetržitou dostupnost. V okamžiku, kdy pouze telefonická konzultace není dostačující, existuje možnost příjezdu členů týmu do 60 minut. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

### **1.3.3 Konziliární tým paliativní péče v nemocnici**

Tento tým funguje v konkrétním zdravotnickém zařízení, kde jeho působení plynule navazuje na klasickou ošetrující a léčebnou péči jednotlivých oddělení. Tým je tvořen lékaři, sestrami, sociálními pracovníky, knězem působícím v nemocničním prostředí, psychologem, psychiatrem a eventuálně dalšími specializovanými pracovníky. Velkou výhodou působení těchto týmů je zachování kontinuity péče o pacienta přímo v místě hospitalizace a poskytování velmi kvalitní specializované péče. (BUŽGOVÁ, 2015)

## **1.4 Právní aspekty paliativní péče**

Z právního hlediska poskytované odborné péče pacientům, je dle zákona č. 372/2011 sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování stanoveno, že *„pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni.“* (ČESKO, 2011) V případě poskytování paliativní péče se cíl poskytované péče mění ze snahy obnovit, nebo zlepšit zdravotní, či funkční stav nemocného, na snahu zmírnit utrpení a prodloužit život pacienta. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Rozdílné názory, povětšinou pacienta, či rodiny s lékařovými, se často střetávají v moment, kdy se zdravotní stav pacienta vyvine negativním směrem a v medicínské terminologii se začne jednat o tzv. nevléčitelné onemocnění. Jak již z názvu vyplívá, nevléčitelné onemocnění není možné žádnými způsoby vyléčit, a právě proto se přistupuje již k zmiňované paliativní péči. Tento moment je z etického hlediska pro lékaře a ostatní nelékařský personál velmi náročný. (SVOBODA, 2019)

Z pohledu paliativní medicíny je přijat fakt, že se na smrt nahlíží jako na přirozený vývoj života a není na ni nahlíženo v negativním světle. V tomto odvětví se v případech smrti nejedná o selhání medicínského systému, ani péče. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Nutné je taktéž zmínit fakt, že péče, kterou chceme poskytnout, musí být schválena souhlasem ze strany pacienta. Pacient má samozřejmě možnost péči a léčebné výkony odmítnou. V tomto případě je velmi důležité, aby se personál ujistil, že bylo pacientovi dostatečným způsobem vysvětleno, jaké následky s sebou může nést rozhodnutí o odmítnutí péče. (ČESKO, 2011)

Součástí kvalitního přístupu k pacientovi je zachování jeho autonomie. Je velmi důležité umožnit pacientovi v plném rozsahu samostatně rozhodovat o dalších postupech v léčbě. Pro situace, kdy pacient nebude kvůli zdravotnímu stavu schopen sám rozhodovat, existuje tzv. *předem vyslovené přání*. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

#### **1.4.1 Předem vyslovené přání**

V systému poskytování zdravotnické paliativní péče je kladen důraz na tzv. „předem vyslovené přání“. Dle zákona č. 372/2011 sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, se dá předem vyslovené přání definovat jako „*Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“)*“. (ČESKO, 2011)

Předem vyslovené přání může pacient sepsat v době, kdy ještě nemá žádné onemocnění, jeho vnímání reality a vlastního zdravotního stavu není zkreslené a ničím ovlivněné. Jedná se o právní dokument, který musí být úředně ověřený a zdravotník je povinen se jím řídit. Existuje však několik výjimek, kdy dokument nemusí být brán v zřetel. Tyto výjimky jsou taktéž definovány v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování. Jedná se konkrétně o situace, kde přání pacienta nabádá



k postupům, které by přímo vedly ke smrti pacienta, dále pokud by přání pacienta přímo vedlo k ohrožení jiné osoby, nelze uplatnit předem vyslovené přání pro pacienty nesvéprávné nebo nezletilé, předem vyslovené přání taktéž nelze respektovat v momentě, kdy v počátku poskytování terapie dříve vyslovené přání nebylo k dispozici a následné přerušování výkonů by vedlo k aktivnímu způsobení smrti a v poslední řadě se jedná o situaci, kdy předem vyslovené přání není nutné respektovat, protože došlo u pacienta k nečekanému vývoji zdravotního stavu a lze předpokládat, že by pacient s rozhodnutím souhlasil. (ČESKO, 2011) „*Rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.*“ (ČESKO, 2011)

#### **1.4.2 Eutanazie**

Paliativní medicína s sebou nese mnoho kontroverzních témat a to, ať se bavíme o samotné péči o umírajícího pacienta, nebo o smrti jako takové. Jedním z témat, kolem kterých se točí nejvíce rozporů a rozdílných názorů je jednoznačně otázka legalizace a provádění takzvané eutanazie. Pro lepší pochopení si můžeme eutanazii definovat dle holandské definice jako (KUPKA, 2014) „*záměrné zkrácení pacientova života na jeho žádost, obvykle prostřednictvím smrtící injekce.*“ (2010) Slovo eutanazie pochází z řečtiny, kdy eu znamená dobrý nebo správný a thanatos smrt, tedy „*dobrá smrt*“. (SLÁMA Ondřej, 2020).

Holandsko bylo první zemí na světě, kde došlo k legalizaci eutanazie, a to v roce 2002. V Evropě je eutanazie povolena pouze ve státech Belgie, Nizozemsko a Lucembursko a ve Švýcarsku je legalizovaná tzv. asistovaná sebevražda, a to i pro pacienty, kteří přicestují z jiných zemí. (SLÁMA Ondřej, 2020) (KUPKA, 2014) Belgie je prvním státem od roku 2014, kde je možné provést eutanazii dítěte a to bez ohledu na jeho věk. (PULGERTOVÁ, 2020) Co se týče zbylých států světa, eutanazie je legalizována v Japonském císařství, Oregonu, Washingtonu, Montaně (SLÁMA Ondřej, 2020) a Kanadě. (PULGERTOVÁ, 2020)

Existuje několik druhů eutanazie, která je dělená stylem provedení a podle toho, komu je poskytnuta. V první řadě je nutné rozlišit aktivní a pasivní eutanazii. V případě aktivní eutanazie se jedná o aktivní zásah lékaře, například prostřednictvím podání smrtícího léku. V případě pasivní, se jedná o úmyslné nezasáhnutí, nebo o neposkytnutí některých léčebných postupů pro jejich případnou zbytečnost s ohledem na závažný stav pacienta. Je

zde ale velká kontroverze ohledně celkového rozdělení, a to z důvodu, že samotné rozhodnutí nejednat, se stává samotným jednáním jen v opačném směru. (KUPKA, 2014) „Rozlišení tedy není snadné. Přesto rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií je zřetelnější, pokud máme na paměti, že závěru života ponecháváme přirozený průběh (pasivní eutanazie), než když dojde k aktivnímu usmrcení druhého člověka, byť na jeho žádost (aktivní eutanazie). (KUPKA, 2014)

Toto dělení není ale jediné. V potaz se musí brát několik dalších aspektů, a proto dochází i k dalším dělením.

Eutanazie přímá a nepřímá. Přímá se dá vnímat jako chování které přímo vede k urychlení příchodu smrti, kdežto nepřímá je druh eutanazie, kdy lékař podává pacientovi například dávky léků proti bolesti ve velmi vysokých dávkách, a to může v určitých případech zapříčinit zkrácení života. (KUPKA, 2014)

V případě eutanazie dobrovolné a nedobrovolné je rozdělení založeno na tom, od koho žádost přijde. Nedobrovolné eutanazie jsou žádány rodinou nemocného pacienta, který se vyskytuje v takové situaci, že není schopen rozhodnout za sebe sám a je k tomu taktéž přidáno rozhodnutí lékaře, že léčba by v tento moment již k ničemu nepřispěla. Naopak dobrovolná eutanazie je provedena na popud ze strany pacienta. (KUPKA, 2014)

Dalším pojmem je asistovaná sebevražda. Jedná se o sebevraždu provedenou samotným pacientem lékem, který připraví samotný lékař. Jed nebo lék si pacient aplikuje sám. (KUPKA, 2014) Tento pojem se dá taktéž definovat takto: „*Asistovaná sebevražda je případ, kdy lékař předepíše a předá pacientovi léky, ten si je však vezme sám, aniž by lékař musel být přítomen nebo se nějak aktivně účastnil.*“ (2010)

I v dnešní velmi pokrokové době je na světě mnoho států, kde lékařská péče nedosahuje ani zdaleka světových norem a standardů. Nemocnice nemají dostatek personálu nebo potřebného materiálu. To má bohužel za následek to, že pacienti v určitých zemích umírají z příčin, které by jinde ve světě mohly být léčeny, ale v místě výskytu pacienta tato péče k dispozici není. Je však velmi důležité zmínit následující „*...lékař sociální eutanazii nevykonává, nýbrž bezmocně akceptuje daný stav*“ (KUPKA, 2014)

Posledním druhem dělení je tzv. prenatalní eutanazie. Jedná se o „*interrupci ze sociálních důvodů*“ (KUPKA, 2014)

V České republice je eutanazie nebo asistovaná sebevražda nelegální a při jejím provedení se jedná o trestní čin vraždy. V roce 2005 byla schválena novela trestního zákona, kde trestní sazba v případě vraždy činila až 30 let a vražda z milosrdenství od nuly až do maximální výše 6 let. (HAŠKOVCOVÁ, 2007)

## 1.5 Paliativní péče z pohledu zdravotnických pracovníků

Poskytování kvalitní péče pacientům vyžaduje od pracovníků vysokou úroveň profesionality. Pokud se jedná o péči poskytovanou pacientům nemohoucím, starým a s trvale alterovaným vědomím, je péče velmi vyčerpávající, jak po fyzické, tak po psychické stránce. Péče o pacienta zahrnuje taktéž spolupráci s členy rodiny, a to bývá častým úskalím. Rodina mnohdy nesouhlasí s rozhodnutím o změně poskytované péče, nebo s rozhodnutím nemocného. Pro zdravotníky se stává nechvalným standardem fakt, že čelí mnohdy výhrůžkám a stížnostem ze strany rodiny. To má samozřejmě za následek obrovský stres a nepohodu na pracovištích, který se přenáší i do osobních životů. (KUPKA, 2014)

Dlouhotrvající, vyčerpávající a stresující zátěž nejčastěji vyúsťuje v tzv. „syndrom vyhoření“. (KUPKA, 2014) *„Syndrom vyhoření se projevuje specifickou emoční únavou, dlouhodobým subdepressivním laděním a podrážděností. Příznaky jsou psychického, fyzického i sociálního charakteru“.* (KUPKA, 2014)

Prevence vzniku syndromu se zakládá na několika aspektech. Roli hraje jak osobnost pracovníka, tak prostředí výkonu práce. Jedinci s nezlomnou osobností mají větší předpoklad pro zvládnání dlouhodobého působení těžkých stresových situací. Lépe volí postupy následné péče a mají kvalitnější rozhodovací proces. Pozitivní dopad na kvalitní prevenci, či odvrácení již počínajících příznaků se taktéž jeví opora a porozumění ze strany spolupracovníků na jednotlivých odděleních, umění odpočívat, správné strukturování času a volení přiměřených metod a kroků. (KUPKA, 2014)

K stanovení, zda jedinec trpí syndromem vyhaslosti je nutné jasně diferenciovat, jaké příznaky se objevují a jaký vliv na jedince mají v běžném životě. Je nezbytné, aby bylo specifikováno, jaké pocity se objevují, na jaké aktivity jsou vázané a stanovit, zda se nejedná o úzkostně depresivní poruchu. Existuje zde velmi úzká spojitost s depresivním typem chování, nicméně je zde několik prvků, které tuto nemoc a syndrom oddělují.

*„Na rozdíl od deprese, s níž má vyhaslost několik společných příznaků (smutná nálada, ztráta motivace a energie, pocity zbytečnosti a zmaru), která má však vliv na celou*

*řadu životních aktivit, se negativní působení vyhaslosti omezuje převážně na myšlenky a pocity týkajícího se konkrétního zaměstnání“.* (KUPKA, 2014)

*„Lidé trpící depresemi mají sklony k automatizacím, kdežto u vyhaslosti jde většinou o obviňování okolí.“* (KUPKA, 2014)

Stanovení rozdílu mezi těmito dvěma diagnózami je důležité taktéž z důvodu rozdílnosti terapeutických postupů. *„...zatímco u deprese je základním terapeutickým prostředkem farmakoterapie, u vyhaslosti a s tím spojeného depresivního ladění se využívá především psychoterapeutických prostředků.“* (KUPKA, 2014)

## 2 PALIATIVNÍ TÝM

Existence paliativních týmů v rámci České republiky je velmi individuální záležitostí a jejich pokrytí zatím nedosahuje celé rozlohy státu. Členové týmu se profilují z řad zdravotníků, kteří z různých důvodů a přesvědčení tíhnou k řešení a rozvoji paliativní medicíny jako takové. Zdravotnická instituce, která se v ČR rozhodne k sestavení paliativního týmu, se musí vypořádat se zatím nejednotnou metodikou práce. Tuto metodiku se snaží unifikovat Česká společnost paliativní medicíny. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Konziliární paliativní tým poskytuje multioborovou péči a poradenství v oblasti specializované paliativní péče. Hlavním působištěm týmu je především nemocnice, kde se tento koncept ve světě začal rozvíjet koncem 90. let 20. století. Konziliární paliativní tým působící ve zdravotnických zařízeních se skládá z několika členů zaměřujících se na různé specializace. Není pravidlem, že složení paliativního týmu je vždy stejné. Nezapustitelnou roli zde však hraje lékař, sestra, psychiatr, psycholog. Proto existují malé i větší skupiny či organizace, které se zabývají právě touto problematikou. Česká společnost paliativní medicíny v rámci České republiky stanovuje standardy a typologii týmů spolu s minimálním personálním zabezpečením. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

V České republice existuje pilotní projekt s názvem „Podpora paliativní péče v nemocnicích“ pod záštitou Ministerstva zdravotnictví s cílem umožnění větší dostupnosti této péče v nemocnicích, kde tedy dosavadní snaha je zaměřována na zajištění fungování minimálně 5 pilotních nemocnic na území České republiky, které budou v programu pokračovat od roku 2026 podle předepsaných postupů. (MZČR, 2018)

Jedním z cílů zmiňovaného projektu je též *„Zvýšit povědomí a informovanost o problematice paliativní péče obecně, ale hlavně o dostupnosti péče, resp. o možnostech nabídky služeb paliativní péče nemocným (paliativním pacientům) v nemocnicích akutní a následné péče včetně dlouhodobé do konce roku 2021 prostřednictvím tiskových zpráv v novinách, výstupů v médiích, odborných konferencí, informační kampaně, webového portálu a vytvořením informačních materiálů (letáků).“* (MZČR, 2018)

### 2.1 Vývoj paliativního týmu

Pokud se zaměříme čistě na Českou republiku, jedná se v novodobé medicíně skutečně o rannou specializaci. Snaha vytvořit příjemné prostředí a podporu na tzv. poslední cestě zde byla již odnepaměti. Bohužel prvopočátky zavádění specifických modelů péče o

nevyčísitelně nemocné zaznamenáváme až v 90. let 20. století, a to konkrétně otevřením oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Dlouhá léta jsme bohužel nebyli schopni vyrovnat se standardům a postupům fungujícím ve vyspělých zemích. Období revoluce přineslo možnost českým lékařům získat informace ze zahraničních nemocnic a tuto velmi důležitou specializaci praktikovat i u nás. Naše česká lékařka MUDr. Marie Svatošová se zasloužila v roce 1993 o založení hnutí „*Ecce homo*“, a hned vzápětí, v roce 1995, přichází velký milník v paliativní péči, kde tedy můžeme tomuto hnutí vděčit za založení prvního samostatného lůžkového hospice s názvem „hospic Anežky České“ v Červeném Kostelci. (BUŽGOVÁ, 2015)

## **2.2 Složení paliativního týmu**

V rámci poskytování paliativní péče se jedná o velmi náročnou, emočně i psychicky vyčerpávající práci. Je nutné, aby péče o pacienta byla kvalitní, plynulá, splňovala zákonné normy a dostatečně plnila svůj účel. Pro splnění všech těchto kritérií je nutné zajistit kvalitní tým tvořený kompetentními lidmi. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Základní složení paliativního týmu je vesměs vždy stejné, řadí se sem lékař paliatr, sestra, psycholog, psychiatr a povětšinou i kaplan. Další členové týmu jsou voleni dle toho, jaké specializace jsou nutné k provedení jednotlivých intervencí, a které služby pacient vyžaduje. Dalšími členy tedy bývá výživový poradce, fyzioterapeut, logoped nebo klinický farmaceut. Česká společnost paliativní medicíny v rámci doporučení stanovuje složení tohoto týmu. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

## **2.3 Standardy konziliárního paliativního týmu**

Pro stanovení minimálních požadavků na kvalitu prováděné péče a jejich standardů je nutné, aby bylo zajištěno vypracování sjednocených metodických pokynů. V rámci České republiky posledním vytvořeným dokumentem pro poskytování paliativní péče konziliárním paliativním týmem je věstník Ministerstva zdravotnictví. Tento dokument byl vytvořen na základě nejnovějších poznatků a studií prováděných v tomto odvětví a nejnovější věstník byl vydán 21. ledna 2022. (2022)

### **2.3.1 Jednotlivé standardy**

Předpokládané činnosti paliativního týmu v rámci zdravotnického zařízení spočívají ve stanoveném systému identifikace potřeb pacienta a k tomu jim napomáhají směrnice, nebo metodické pokyny. V případě, že pacient vyřkne žádost o konzilium od paliativního

týmu, je nutné vyplnit žádost v podobě elektronické žádanky na oddělení, kde je pacient hospitalizovaný a dále konzilia probíhají i nadále v rámci oddělení hospitalizace. (2022)

Dále jsou stanoveny standardy na technické vybavení v rámci konziliárního týmu. Do této kategorie spadá například určení místností pro vykonávání specifických organizačních a administrativních činností. Musí být zajištěno dostatečné vybavení pro vedení a uchovávání dokumentace. Tímto vybavením se myslí tiskárny, počítače, telefony, ale například i napojení na jednotný nemocniční systém. (2022)

Konziliární paliativní tým je vedený buďto jako samostatná jednotka, anebo jako jednotlivé oddělení v rámci poskytovatele zdravotnických služeb. V případě, kdy se odborníci, nebo i široká veřejnost potřebují dozvědět více informací, tak k tomuto účelu slouží webové stránky, nebo informační tabule nacházející se přímo v místě oddělení. (2022)

Minimální personální zabezpečení prozatím není ustanoveno, nicméně v rámci doporučení se konziliární tým skládá z členů na pozici lékař, sestra, sociální pracovník a psycholog. Vedoucí lékař takového týmu je specializován v oboru paliativní medicína anebo paliativní medicína a léčba bolesti. Kvalitní péče o pacienty je zajištěna v rámci mezioborové spolupráce. Chod tohoto formátu spolupráce je zajištěn každodenní společnou rozvahou o pacientech a multidisciplinární konference, které se konají jednou týdně. (2022)

Péče o jednotlivé členy týmu je jedna z nezastupitelných povinností. Tato práce s sebou nese pro zaměstnance mnoho potencionálních negativ a je důležité jim předcházet. K dispozici jsou individuální supervize anebo supervize pro celý tým. (2022)

Služby paliativního týmu jsou dostupné každý pracovní den v pracovní době. V případě vyžádání služby dojde k setkání s pacientem maximálně do dvou dnů. (2022)

Vedení zdravotnické dokumentace týmu je vedena v rámci standardů zdravotnického zařízení. (2022)

## **2.4 Indikace pro svolání paliativního týmu**

Každému pacientovi, který se nachází ve zdravotnickém zařízení, jež nabízí služby paliativního týmu, má nárok na využití jejich služeb. U pacientů, kteří jsou v zařízeních bez aktivního využití konziliárního paliativního týmu, mají možnost docházet do ambulance takového týmu po ukončení hospitalizace, v jiném místě, než je jejich bydliště. Svolání paliativního týmu vždy vychází z žádosti ošetřujícího lékaře formou elektronické žádanky.

Tým žádost společně projedná a stanoví si další kroky. Schůzka na lůžku se většinou uskuteční do maximálního počtu dvou dnů od vystavení žádanky. Pacienta navštíví ti členové týmu, kteří jsou v danou chvíli žádáni. Existují situace, kdy k pacientovi není nutné vyslat lékaře paliatra, ale například kaplana, nebo sestru. Často se jedná pouze o psychosociální podporu, která je zvládnutelná i jiným členy týmu než pouze lékařem. Někdy si pacienti i sami vyžádají, kterého specialistu by upřednostnili, jako například kaplana, nebo sociální pracovníci. V jiných případech členové týmu, kteří se dostali do kontaktu s pacientem, sami nabídnou některé jiné členy, kteří by pacientovi pomohli s momentální situací, či se zodpovězením otázek. (CIBULKOVÁ, 2020)

#### **2.4.1 Cílové skupiny**

Služby takového týmu využívají pacienti, kteří se ocitli například v situaci, kdy se dozvěděli závažnou diagnózu a potřebují nastavit plán toho, jak se situace bude rozvíjet dál, jaké mají možnosti, na co mají nárok, co by si přáli. Zahájení péče paliativního týmu ale nemusí být pouze v závislosti s terminálním onemocněním, může to být právě i poskytnutí dalších služeb pacientům, kteří nemají pouze terminální diagnózu, ale jejich zdravotní stav je vážný, průběh nemoci komplikovaný a potřebují například psychosociální podporu pro zvládnutí nastalé situace. Dále můžeme hovořit o skupině pacientů s potřebou aktivního řešení zvládnutí akutních bolestí. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

#### **2.4.2 Časová dostupnost týmu**

Paliativní tým je dostupný pro pacienty každý pracovní den provozních hodinách. Ambulantní návštěvy probíhají většinou v ranních hodinách, kdy se na jednotlivých časech domlouvají zaměstnanci s pacientem individuálně, dle jejich potřeby. Doporučení na návštěvu ambulance může podat ošetřující lékař kterémukoliv pacientovi, který by z této nabídky profitoval. Indikace pro takový postup jsou například situace, kdy je pacient mobilní, není důvod pro dlouhodobou hospitalizaci a je nutné s ním prodiskutovat následující vývoj jeho dosavadního zdravotního stavu. Návštěvy jednotlivými členy konziliárního týmu u pacienta probíhají v dopoledních a odpoledních hodinách. Čas návštěvy se přizpůsobuje preferencím pacienta. Pacient má v denním režimu naplánované terapeutické výkony, cvičení, nebo jiné důležité schůzky, a proto je důležité respektovat jeho schopnost udržet pozornost a množství energie. Tým plánuje návštěvu pacienta vždy s časovým předstihem a každý den na začátku směny se stanoví časový harmonogram. V momentě, kdy pracovník týmu přijde k pacientovi, ale vyskytla se situace, kdy pacientovi není dobře, má před neplánovaným výkonem, nebo jednoduše schůzku odmítne, není



problém schůzku přesunout, nebo služby odmítnou. Služby jsou stylizované potřebám pacienta. (2022)

## 2.5 Minimální pracovní zabezpečení

Každé oddělení v nemocničním zařízení vyžaduje stále standardy a není tomu jinak ani pro paliativní tým, nicméně k roku 2023 zatím neexistují dané standardy pro jednoznačné stanovení minimálního pracovního zabezpečení, pouze doporučení vydané Ministerstvem zdravotnictví v podobě věstníku, který byl vydán v lednu v roce 2022. (2022)

Co se týče standardu minimálního vzdělání, pro jednotlivé zaměstnance týmu, u lékaře je podmínkou atestace v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. V tomto oboru jsou nezbytně důležité znalosti v péči o nemocné v pokročilých stádiích onemocnění, ale i o nemocné s diagnózou velmi závažného onemocnění, které je v dané situaci ohrožuje na životě. Dále do náplně práce lékaře paliatra spadá i diagnostika a následná léčba chronické bolesti. Pro všechny členy týmu, lékaře nevyjímaje, je doporučeno absolvovat kurz krizové intervence, nebo kurz komunikace. U všeobecných sester je kurz krizové intervence dokonce podmínkou, kterou si stanoví vedení týmu samo. Pro profesionální zvládnutí náročných situací při komunikaci s pacientem, či rodinou je tento kurz velkým přínosem. (ČR, a další, 2021)

Dalším přínosným kurzem je tzv. kurz ELNEC. „*ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium) Core je intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licencí pro všeobecné sestry pracující s pacienty v konečné fázi života. Kurz vznikl v roce 2000 v USA, odkud se rozšířil i do České republiky.*“ (Centrum paliativní péče)

## 2.6 Charakter konzilia

Každé konzilium týmu je vedeno dle předchozí domluvy. V případě kontaktování paliativního týmu daným oddělením, telefonicky, nebo formou elektronické žádanky, je nutné určit charakter konzilia. Potřeby každého pacienta se liší, a proto je nutné předem stanovit, jakým způsobem bude konzilium vedeno, s kým bude nutno spolupracovat a jaké jsou požadavky. Existují případy, kdy je potřeba jen jednorázová návštěva, bez jakéhokoliv dalšího pokračování, jindy se pokračuje v konziliích, kdy jsou sezení vedena například jinými členy týmu, ne vždy výhradně lékařem. (SLÁMA Ondřej, 2019)

Situace, kdy se pacient dozvídá závažnou diagnózu, jsou vždy velmi náročné. Lékař paliatr v určitých situacích může převzít tento úkol a po předchozí domluvě s ošetřujícím

lékařem, může i on sám sdělit závažnou diagnózu, zdravotnická sestra, ani nikdo jiný z konziliárního týmu tuto kompetenci nemá. (ČESKO, 2011)

### **2.6.1 Struktura průběhu konzilia**

Aby konzilium splnilo všechny standardy a očekávání, snahou bývá dodržet jasnou strukturu v přístupu k pacientovi a zvládnutí situace. Konzilium týmu probíhá nejdříve představením týmu pacientovi, či rodině. Dalším krokem bývá ujasnění důvodu uskutečnění konzilia a snaha vzbudit důvěru. Jedná se z velké části o práci čistě psychologického rázu a právě důvěra, kterou k týmu pacient chová, bývá klíčovou. Dalším důležitým krokem je zjistit, jak pacient rozumí celé situaci, zda chápe vážnost situace, zda diagnózu nepopírá a jaké má očekávání. S tímto se pojí i úroveň informovanosti. Je nutné vždy podrobně zmapovat množství přijatých informací, protože v momentě, kdy pacient nebo rodina byla informována všemi informacemi, a i přesto nebyla pochopena závažnost situace, může v momentě použití nevhodných slov, nebo velkého množství informací, situace rychle eskalovat. Pacient má právo na to, si určit, jaké informace by si přál, nebo naopak nepřál znát a jakého rázu, a toto rozhodnutí je nutné respektovat. Může se jednat o jednoduché informace týkající se čistě onemocnění, jeho druhu a eventuálně stádia, jiní pacienti ale upřednostňují například znát všechny podrobnosti. V průběhu rozhovoru je nutné zjistit od pacienta, koho chce uvést jako blízkou osobu. Pacient volí jako blízkou osobu zpravidla někoho, s kým situaci sdílí a kdo by eventuálně mohl převzít pacientovu autonomii, v situacích, kdy by sám nebyl kompetentní k dalším rozhodnutím. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

V případě, že pacient opouští nemocniční zařízení, konziliární tým poskytne několik možností, jak nadále pokračovat. Existují pro tyto případy možnosti návštěv ambulancí, nebo domácích mobilních hospicových služeb. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

### **2.6.2 Dokumentace péče paliativního týmu**

Zpracování dokumentace je rozdílné pro prvotní vyšetření a pro opakovaná konzilia. Pro prvotní vyšetření je důležité zaznamenat do dokumentace, jaká je indikace k vyšetření pacienta, jak probíhala komunikace s ošetřujícím lékařem a jaké jsou požadavky od konziliárního paliativního týmu. Dále se zaznamenávají velmi stručná anamnestická data, která jsou relevantní pro následnou intervenci, potřeby po psychologické, spirituální a somatické stránce. Následuje vyhodnocení pravděpodobného průběhu onemocnění a nastavení léčebného plánu. Poslední část je věnována návrhům a kontaktům na následnou péči. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Pokud dochází k pravidelným návštěvám pacienta kterýmkoliv členem týmu, za účelem konzultace, intervence nebo konzilia, jsou zprávy zpracovány po každém setkání. Úvodní část zprávy je tvořena dosti podobně, jako je tomu u zpráv z jednorázových konzilií. Začíná se informací o indikaci k vyšetření a relevantními anamnestickými údaji. Následují odborné informace a záznam průběhu sezení. Poznatky, vývoj a doporučení ze strany pracovníka. A závěrem následují kontaktní údaje na konziliární paliativní tým. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

### 3 INTENZIVNÍ PÉČE

Intenzivní péče je důležitou součástí medicíny. Péče je poskytována na vysoce specializovaných odděleních, kde se situují pacienti v kritických stavech onemocnění, nicméně jsou to ve většině případů stavy léčitelné a reverzibilní. Pacienti na odděleních intenzivní péče trpí život ohrožujícím onemocněním a označují se jako tzv. kritičtí pacienti. Tato medicínská specializace může být poskytována v rámci multidisciplinárního přístupu na jednom konkrétním oddělení intenzivní péče, nebo v prostředích specializovaných oddělení s jednotlivým zaměřením, jako například jednotka intenzivní péče chirurgická. (ZADÁK Zdeňek, 2017)

Intenzivní péči můžeme rozdělit do skupin dle stupňů na nižší, vyšší a nejvyšší. V rámci nižšího stupně se jedná o kontinuální monitoraci pacienta se zvýšenou péčí ze strany sester, dále do této kategorie řadíme možnost ventilace pacienta, kde tento terapeutický výkon je potřeba na dobu kratší než 24 hodin. Vyšší stupeň intenzivní péče zahrnuje již i invazivní měření vitálních funkcí. Jako příklad můžeme uvést invazivní měření krevního tlaku nebo srdečního výdeje. Pacienti jsou na trvalé umělé ventilaci, ale do této skupiny nespadá specializované formy invazivního měření nebo orgánová podpora. Je zajištěn nepřetržitý přístup k lékařskému personálu. Dalším specifikem je možnost provedení více druhů laboratorních vyšetření formou *statim*, kde jsou výsledky dostupné do jedné hodiny od přijetí vzorku, a dále je to nepřetržitá dostupnost kterékoliv ze zobrazovacích metod. Nejvyšší stupeň intenzivní péče je dostupný na místech velkých krajských nebo fakultních nemocnic. Jedná se o vysoce specializovaná oddělení s lékařskými odborníky specializovanými právě v oboru intenzivní péče, dále je nutné speciální sesterské zabezpečení. Tito zaměstnanci jsou dostupní na oddělení v nepřetržitém režimu. Do této skupiny pracovníků řadíme i rehabilitační a nutriční pracovníky, kteří jsou v procesu péče o pacienta v kritickém stavu nepostradatelnou součástí týmu. Oddělení tohoto typu mají přístup ke všem druhům vyšetření, které je dosti často u pacientů potřeba provést kdykoliv během dne, závisle na dynamice postupu jejich onemocnění. (ZADÁK Zdeňek, 2017)

Pro lůžka intenzivní péče je doporučena kombinace otevřeného typu lůžek se zavřeným typem. Zavřené typy lůžek neboli izolovaná lůžka, se využívají pro pacienty se sníženou odolností imunitního systému, nebo s nálezem multirezistentní mikrobiální infekce. Tyto izolace jsou prevencí proti šíření infekcí po celém oddělení. Tento druh lůžek nemusí být nutně jen pro pacienty, kteří patří do výše zmíněných skupin. Boxový systém je pro

pacienta, který je na lůžkách intenzivní péče hospitalizovaný dlouhou dobu, velkým přínosem. Je mu takto zajištěno soukromí, což v případě pacienta, který je při vědomí, bývá velmi profitující, z hlediska psychického stavu. (SKÁLA Bohumil, 2011)

### 3.1 Symptomatická léčba bolesti

Kvalitní léčba bolesti u pacientů v paliativní péči bývá často klíčovou, pro zajištění dobré kvality života v posledních fázích. V terminálních stádiích není vždy možné bolest úplně vyřadit, nicméně snahou je vždy úroveň utrpení výrazně snížit. Další symptomy závažného onemocnění, které trápí pacienta v běžném životě jsou únava, dušnost, přetrvávající zácpy a deprese. Stejně, tak jak přistupujeme k bolesti, musíme přistupovat i (Assessment Scale), který pomáhá mapovat závažnost symptomů. Pacient vybírá čísla na stupnici od jedné do deseti, kde číslo jedna značí nejmenší obtíže a číslo deset ty největší. Hodnotící škála je sestavena z otázek týkajících se únavy, bolesti, ospalosti, nevolnosti, ztráty chuti k jídlu, dušnosti, deprese, úzkosti, jak se pacient celkově cítí a další. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

### 3.2 Terminální stádium – „úmrtí pacienta“

Umírání můžeme definovat jako *„poslední dny a hodiny života, kdy dochází k nevratnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav.“* (SLÁMA Ondřej, a další, 2022) Tento stav je nevyhnutelný, ale existují situace, kdy selhání životních funkcí může být zvrátitelné. Pokud se jedná o stav náhle vzniklý, jako jsou například traumatické úrazy, nebo infarkt myokardu, je indikovaný léčebný postup urgentní medicíny. Opakem je umírání, které je očekávané a jedná se o plynulý vývoj terminálního onemocnění. Signalizačními prvky tohoto stavu se mohou objevovat v časovém intervalu několika minut, až dnů. Dojde k rapidnímu zhoršení stavu, které se může prezentovat jako krvácení do gastrointestinálního traktu, bronchopneumonie, nebo jako progredující alterace vědomí. Péče o umírajícího pacienta vyžaduje speciální přístup. Není vždy jednoduché tento stav rozpoznat. V případě, kdy se jedná o polymorbidního pacienta, rozpoznání příznaků nově vzniklých, pojících se s umíráním, od příznaků pojících se s přetrvávajícím onemocněním, bývá velmi obtížné. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Pacienti ve vážném stavu na odděleních intenzivní péče, musí mít od ošetřujících lékařů jasně daný cíl a plán péče. Tato strategie velmi efektivně předchází situacím, kdy se pacientům, kteří by měli být zařazeni do programu paliativní péče, poskytuje nepotřebná naddimenzovaná terapie. Příkladem této situace, by bylo poskytnutí extrakorporální

resuscitační metody, podání antibiotické léčby, nebo zahájení kardiopulmonální resuscitace u pacienta s terminální diagnózou. Výsledný efekt terapeutické metody by neměl žádný přínos v rámci zlepšení zdravotního stavu, a proto se volí symptomatická léčba. Pacienti, by se v nejlepším případě měli sami podílet na rozhodnutí o cílech péče a tím se myslí i rozhodnutí o nezahájení kardiopulmonální resuscitace, v případě zástavy. Když nemocný v terminálním stádiu není schopný poskytnout informaci ošetřujícímu lékaři, jaká jsou jeho přání a preference, bývají nápomocná dříve vyslovená přání. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

### **3.3 Úmrtí ve zdravotnickém zařízení**

Pokud pacient umře v prostředí nemocničního zařízení, je nutné o tom kontaktovat rodinu nebo osobu blízkou, uvedenou v dokumentaci. Tuto informaci sděluje ošetřující lékař. V případě, že existují nějaké osobní věci pacienta, předají se členům rodiny, nebo osobám blízkým. Po předání osobních věcí daná osoba podepisuje dokument o převzetí a zaznamenává se číslo občanského průkazu, telefonní číslo a vztah k pacientovi. Pacienti mohou také vlastnit cennosti. Ty jsou předávány pouze nejbližším příbuzným v podobě tzv. pozůstalosti. Informace o pozůstalostech se oznamují okresnímu soudu v místě bydliště pacienta a jsou vydány rodině až v momentě, kdy dojde k rozhodnutí o nároku na dědictví. Do té doby jsou uloženy v depozitu nemocnice. (Praha, 2019)

Zdravotnické zařízení, dle zákona č. 193/2017 sb., o pohřbniectví, je povinno hradit náklady, které jsou spojeny s uložením lidského těla, a to po dobu 48 hodin od úmrtí. Po uplynutí této doby, je za všechny výdaje spojené s uložením lidského těla v zdravotnickém zařízení, v zařízení sociálních služeb, nebo přepravu, zodpovědný vypravitel pohřbu. (ČESKO, 2017)

Ministerstvo práce a sociálních věcí ukládá nárok na pohřebné ve výši 5000 pro osoby, které zajistí pohřeb dítěti, které se narodilo již mrtvé, nebo dítěti nezaopatřenému. Dále jsou to osoby, které samy byly rodiči nezaopatřeného dítěte a dítětem se v tomto případě rozumí dítě do věku 26 let. V momentě, kdy pohřebné není uplatněno do 1 roku od úmrtí, nárok na vystavení automaticky zaniká. Zemřelý musí mít registrovaný trvalý pobyt na území České republiky. (Praha, 2019)

### **3.4 Paliativní sedace**

Paliativní sedaci, jinými slovy „*forma symptomové terapie spočívající v podání léků, které vede k utlumení vědomí pacienta*“ (STEINLAUF, 2022), bývá voleným postupem

terapie pro pacienty, kteří z důvodu svého onemocnění trpí velkými bolestmi a není možné žádnými jinými dostupnými prostředky zajistit udržení dobré úrovně kvality života. Snahou zvolení terapeutického postupu paliativní sedace, není zkrácení pacientova života, nýbrž aktivní odvrácení nepříjemných symptomů spojených se závěrem života. Konkrétně se jedná o nauzeu, silné bolesti, dušnost. (STEINLAUF, 2022)

Z právního hlediska, je paliativní sedace v České republice plně legálním terapeutickým postupem, nicméně z etického hlediska je toto téma velmi kontroverzní a dochází k častému vyzdvihování eventuální spojitosti s eutanázií. (STEINLAUF, 2022)

Hlavní rozlišnost mezi paliativní sedací a eutanázií můžeme sledovat ve výstupním cíli. Jak bylo již zmíněno, paliativní sedace je aktivně zaměřena na tlumení vědomí pacienta v různých rovinách. Prioritou zůstává zmírnění utrpení, spjatého s progresí terminálního onemocnění. Úmrtí pacienta je tudíž přímým výsledkem jeho terminálního onemocnění. Léky požívané při paliativní sedaci, jsou titrovány v malých dávkách a lékař může zvolit tento terapeutický postup bez další konzultace s jinými odborníky, je ale nutné zajistit informovaný souhlas pacienta, nebo blízké oprávněné osoby. V případě eutanázie se jedná o podání smrtelné dávky léčiva, která aktivně vede ke zkrácení života pacienta. Důvod úmrtí pacienta tudíž není přirozené vyústění onemocnění, nýbrž aktivní ukončení života z pozice zdravotnického personálu. (STEINLAUF, 2022)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**



## **4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE**

- C1 Zmapovat roli paliativního týmu v intenzivní péči.
- C2 Zmapovat postupy paliativního týmu na lůžkách intenzivní péče.
- C3 Zjistit z jakých členů se skládá konziliární paliativní tým.

## **5 VÝZKUMNÉ PROBLÉMY/OTÁZKY**

**VO1:** Jaká je role paliativního týmu v oblasti intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení?

**VO2:** Jaký vliv má paliativní tým na pacientův subjektivní proces zvládnání nemoci?

**VO3:** Co nového přineslo fungování paliativního týmu do intenzivní péče?

**VO4:** Jakým způsobem působení paliativního týmu ovlivňuje ošetrovatelskou péči na lůžkách intenzivní péče?

## **6 METODIKA PRÁCE**

V praktické části bakalářské práce, kde šlo o zmapování role paliativního týmu v intenzivní péči, jsme zvolili výzkum kvalitativního typu. Práce paliativního týmu je velmi specifická a jedná se o uzavřenou skupinu profesionálů. Jedná se o průzkum samotného týmu, a z tohoto důvodu byl upřednostněn způsob kvalitativního zpracování dat. Formou individuálních strukturovaných rozhovorů s členy týmu, kde byly pokládány otázky zaměřené na konkrétní činnosti, spjaté s fungováním paliativního týmu v prostředí lůžek intenzivní péče, jsme docílili kvalitního zmapování a popsání činností týkajících se poskytování paliativní a psychosociální péče indikovaným pacientům.

Sběr dat se uskutečnil v roce 2023, během týdenní odborné praktické stáže na Klinice paliativní medicíny ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Schválené žádosti o výkonu dotazníkové akce a sběru dat pro bakalářskou práci jsou přikládány v podobě přílohy 1 a přílohy 2 v souboru této bakalářské práce.

Strukturovaný rozhovor obsahoval 10 předem připravených otevřených otázek, které byly vytvořené na základě výzkumných otázek. Odpovědi informantů byly zaznamenávány v psané formě a následně zpracovány do bakalářské práce. Všichni dotazovaní předem souhlasili s výběrem otázek a s předem vybraným způsobem zaznamenávání informací. Cíl projektu, výzkumné otázky a jednotlivé otázky pro informanty byly schváleny Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Cílem zvoleného postupu byla snaha co nejlépe zmapovat a přiblížit význam role paliativního týmu, a toho jsme docílili získáním odpovědí od konkrétních členů

### **6.1 Vzorek informantů**

Výzkumné šetření proběhlo ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze na Klinice paliativní medicíny, během výkonu praktické stáže, v lednu v roce 2023. Informanty byly členové konziliárního paliativního týmu, kteří jsou jeho součástí od samotného vzniku.

## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

Kvalitativní výzkum byl uskutečněn na pracovišti Všeobecné fakultní nemocnice v Praze na Klinice paliativní medicíny. Tato klinika vznikla v Praze v roce 2021 a od té doby poskytuje pacientům širokou škálu služeb, a to konkrétně konziliární služby, symptomatickou a psychologickou péči, sociální poradenství, duchovní podpora, edukační činnost a poradenství pro pozůstalé. K roku 2023 zatím na klinice neexistuje možnost hospitalizace na lůžku, nicméně konziliární tým funguje po celé nemocnici na jednotlivých odděleních.

Informanti pro výzkum, byli vybráni členové paliativního týmu, konkrétně dvě všeobecné sestry, lékař paliatr, zdravotně-sociální pracovnice a kaplanka. Pro tyto informanty jsme se rozhodli, protože jejich zkušenosti v oboru a v již zaběhlém projektu jsou velmi obsáhlé.

## 8 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

V této části se zaměříme na samotné rozhovory s jednotlivými členy konziliárního týmu. Otázky jsou stylizované na téma samotné role paliativního týmu v oblasti intenzivní péče. Získaná data interpretujeme stylem přímé citace v podobě odpovědí na jednotlivé otázky.

Pro některé otázky nebylo potřeba shromažďovat odpovědi od všech informantů, protože odpověď byla jednoznačná anebo se týkala pouze lékaře. Jednotlivé odpovědi jsou sepsány pod konkrétními otázkami. Tímto způsobem nám vznikla možnost pro srovnání jednotlivých odpovědí.

### **Otázka č. 1: Jakými členy je tvořen paliativní tým na klinice?**

Jako informanta pro tuto otázku jsme zvolili pouze jednoho člena týmu, a to konkrétně vrchní sestru.

**Vrchní sestra odpovídá na otázku takto:** „*Náš tým se skládá z lékařů paliativní péče, všeobecných sester, psychologů pro dětské a pro dospělé pacienty, kaplanů a zdravotně-sociálních pracovníků. V určitých případech volíme spolupráci i s farmaceuty a fyzioterapeuty. Pacientů přibývá, tudíž je nutné náš tým postupně rozšiřovat o další členy, nicméně tyto pozice jsou stále stěžejní.*“

### **Otázka č. 2: Jakých členů se využívá v prostředí intenzivní péče?**

**Vrchní sestra uvádí:** „*V prostředí intenzivní péče záleží na tom, o jaký případ se jedná. V případě, že jde o pacienta v kritickém stavu, kdy je diagnóza velmi nepříznivá a je nabídnuto pacientovi spolu s paliativním týmem projednat následující kroky, zorganizuje se první konzilium s lékařem paliativní péče a všeobecnou sestrou. Když je to nutné, nebo pacient sám žádá o další sezení a doplňující informace, zpravidla se využívá psychopodpůrných služeb poskytovaných všeobecnou sestrou. Velmi často se setkávám se situacemi, kdy je potřeba krizové intervence, jak pro pacienta, tak pro rodinu a blízké. Situace spojené se sdělováním závažných situací jsou vždy velmi psychicky náročné a situace může velmi rychle eskalovat. Dále je možné pro pacienty využít služeb našich kaplanů, nejedná se ale o péči pouze pro věřící. Kaplani mají samozřejmě svou nezastupitelnou roli a znalosti v oblasti náboženství, nicméně v případě přivolání kaplana se nemusí vždy jednat o religionistické činnosti, i oni jsou schopni poskytovat psychopodpůrné intervence. Povětšinou až v dalších*

sezeních se přivolává i zdravotně-sociální pracovnice. První konzilium je vedeno lékařem z našeho týmu a sestra je jako přisedící. Pacienti mívají ze začátku mnoho otázek týkajících se jejich zdravotního stavu a sestra nemá kompetence pacientovi sdělovat žádné diagnostické informace, tudíž tuto roli zastoupí lékař. “

### **Otázka č. 3: Jaká je vaše role v paliativním týmu?**

**Vrchní sestra odpovídá takto:** „Má role v paliativním konziliárním týmu spočívá převážně v organizaci konzilií a ambulantních činností. Jinými slovy přiděluji jednotlivé profese k požadavkům. Přijímám telefonáty z jednotlivých oddělení, dále od pacientů navštěvujících ambulantní péči, nebo i od členů rodin pacientů. Dále připravuji program na další den. To obsahuje vytvoření časového harmonogramu pro mě a pro mé kolegy. Každý takový plán se prezentuje ráno na začátku směny před všemi členy týmu. Každý pacient, který ten den vyžaduje naše služby, je krátce představen spolu s předem naplánovaným plánem péče. Někteří pacienti od nás vyžadují pouze psychopodpůrné intervence pro zlepšení mentálního stavu během dlouhé hospitalizace. Proto, když je nějaký takový pacient v harmonogramu dne, sdělím kolegovi, který intervenci povede všechny důležité informace o pacientovi, jeho diagnóze a dále jeho požadavky. Během ranní schůzky společně prodiskutujeme jednotlivé případy, poznatky a nápady. Mým dalším úkolem je administrativa. Konkrétně se jedná o zápisy listů na statistiky, které nám poté poskytují důležitá data. Sepisuji sesterské zprávy z jednotlivých intervencí u pacienta, kompletuji zprávy od lékařů paliatrů, vykazují poskytnutou péči pro pojišťovny a v posední řadě z administrativy zajišťují i telefonické intervence. Telefonické intervence mohou být opět psychopodpůrného typu, může se jednat o intervenci s pozůstalými, anebo se může jednat o krizovou intervenci, to bývá ale velmi náročné. Do mé role v týmu spadá i samotná přímá péče o pacienta, kde je ale důležité podotknout, že se nejedná o přímou ošetrovatelskou péči. Do přímé péče o pacienta v tomto případě spadají právě podpůrná sezení a konzilia. V rámci dodatečného vzdělávání jsem absolvovala tzv. kurz ELNEC, který je zaměřený na péči sestry v oblasti paliativní péče, léčby bolesti, etiky a kulturních aspektů u paliativního pacienta a komunikace. Tento kurz zmiňuji z důvodu jeho nepostradatelnosti v přímé péči o pacienta. “

**Všeobecná sestra uvádí:** „Má role v týmu je koordinační a administrativní. Má kolegyně, vedoucí sestra, je ve vedoucí pozici, nicméně naše náplň práce je skoro stejná. Přijímám telefonické požadavky z jednotlivých klinik a hledám vhodného kolegu pro psychopodpůrnou intervenci, nebo lékaře a na základě požadavku vytvořím plán programu. “

*Z administrativní stránky mám za úkol koordinovat naše intervenční návštěvy u pacienta, zpracovávat výkazy pro pojišťovny, sepisovat sesterské zprávy z intervencí. Naší možností, z pozice sestry, je možné vést první konzilium. Toto se děje v případech, kdy nastane situace nedostatku personálu. Během takového konzilia sestavím první screening pacienta a jeho potřeb. Vše, co je v mých kompetencích, se pokusím splnit na místě a všechny podstatné informace posléze předávám lékaři z našeho týmu, který pacienta navštíví v následujících dnech.*

**Lékař paliatr odpovídá:** *„Já jsem v týmu na pozici lékaře, mám několikaletou praxi v oboru anestezie a intenzivní medicíny. Spolupracuji s ošetřujícím týmem na konkrétních odděleních a konzultuji s nimi postup péče o pacienta. Konzultuji s pacientem jeho požadavky a subjektivní náhled na situaci, upravuji medikaci tak, aby bylo zajištěno co nejlepší úroveň zachování kvality života. Má profesní pozice si vyžaduje atestaci z oboru paliativní medicína a léčby bolesti*

**Zdravotně-sociální pracovnice uvádí:** *„Zaujímám roli zdravotně-sociální pracovnice v paliativním týmu. Mým úkolem je řešení sociální podpory pro pacienty ve všech parametrech, to obsahuje zjištění bytové a finanční situace pacienta. Na základě získaných dat vyhodnotím, zda je potřeba dále projednat eventuální podporu, nebo zajistit příspěvky. Zajímám se také o rodinné vztahy, které mi pomohou lépe vyhodnotit, co mohu pacientovi nabídnout. Pro příklad mohu uvést situaci, kdy zjistím, že pacient žije doma sám a nemá nikoho, kdo by mu v domácím prostředí pomáhal s každodenními činnostmi, ošetrovatelskou péčí, nebo samotnou paliativní péčí. V takových situacích pacienta informuji o všech dostupných možnostech, jako například zřízení domácí ošetrovatelské péče, asistenčních služeb, pečovatelské péče, zajištění návštěv mobilním hospicovým týmem, nebo možnost přesunu do sociálních domů. Všechny žádosti do hospicových zařízení, lůžek dlouhodobé péče, služeb homecare vyplňuji a zařizuji já.“*

**Kaplanka odpovídá:** *„Zastupuji v týmu roli kaplana. Z mojí pozice poskytuji podporu, nejen věřícím pacientům. Povzbuzuji je v těžkých situacích, naslouchám jim a mohu jim nabídnout i psychosociální intervence. Věřící pacienti v náročných chvílích zpochybňují svou víru, nerozumí nastalé situaci a prosí mě o radu a vysvětlení. Existují i situace, kdy se s pacienty pouze pobavíme o symptomech, které zažívají, jaké nové informace mají o jejich zdravotním stavu, nebo co nového se děje v jejich rodinných kruzích. Mohu jim i předčítat z jejich oblíbených knih.“*

**Otázka č. 4: Jaké jsou, podle Vás, přínosy paliativního týmu v prostředí intenzivní péče?**

**Vrchní sestra udává:** „Péče v takovém prostředí vyžaduje především velkou péči o rodiny pacientů, kteří jsou často v bezvědomí. Setkáváme se samozřejmě i s pacienty, kteří jsou při vědomí, poté se z naší strany se jedná především o psychopodpurné motivační intervence. Pacienti poté méně trpí tzv. hospitalismem. Naše péče spočívá v dostatečné edukaci pacienta a kvalitní komunikaci. Tyto intervence jsou časově velmi náročné. Tím, že s pacientem trávíme hodně času a věnujeme mu všechnu naši pozornost, utvrzuje jeho pocit o individualitě a důležitosti jeho problému a potřeb. Sestry pracující na daných odděleních na tyto služby nemají dostatek volného času, z důvodu velkého počtu hospitalizovaných pacientů. Individuální a lidský přístup z naší strany pomáhá pacientovi lépe zvládat situaci po mentální stránce a setkáváme se také s pojmem nefarmakologické podpory hojení operačních ran, kdy při dosažení kvalitní komunikace a správného vedení při hospitalizaci, můžeme zaznamenat lepší hojení operačních ran u pacientů.“

**Všeobecná sestra uvádí:** „Myslím si, že je nejvíce patrný pacientův profit po psychické stránce. Všímáme si i profitujících faktorů v komunikaci s rodinou. Hospitalizovaní pacient, kteří se nemohou fyzicky setkat s rodinou, a to z jakýchkoliv důvodů, jako například velká vzdálenost nebo karanténní opatření na lůžku, bývají často velmi depresivní, nervózní a úzkostní. Pokoušíme se tuto situaci zpříjemnit, jak je to jen možné a jedním z našich postupů je snaha spojit rodinu s pacientem pomocí videohovorů přes mobilní telefon.“

**Lékař paliatr odpovídá:** „Přínosy jsou zásadní. Mezi ty primární bych zařadil lepší ladění očekávání rodiny v rámci přiměřenosti poskytované péče, toho se snažíme docílit dobrým plánem, zmapování preferencí pacienta a porozuměním pohledu rodiny na samotné preference pacienta. Umožňuje nám to více přiblížit rodinám hospitalizovaných pacientů, o co se vlastně snažíme, jaký je náš cíl a z jakých důvodů postupujeme, tak jak postupujeme. Dalším přínosem je jednoznačně velká eliminace dehumanizace medicíny. Individuálním přístupem se tomuto snažíme aktivně vyhýbat.“

**Zdravotně-sociální pracovnice odpovídá:** „Já vnímám přínosy hlavně v tom, že lze dobu hospitalizace pacienta výrazně zkrátit, protože je následná péče zajištěna včas. Dále si myslím, že lékaři intenzivisté, se ve svém oboru tak často nepotýkají s potřebou zařizovat administrativní záležitosti, týkající se sociální sféry, tudíž se může stát, že nemusí vědět o

*všech dostupných možnostech, které mohou pacientovi nabídnout, a tím, že náš tým má zastoupenou i tuto pozici, jsme schopni v tomto ohledu pomoci.“*

**Kaplanka uvádí:** *„Vídám pacienty, u kterých je jejich fyzický stav výrazně ovlivněn jejich duševním rozpoložením. Poskytnutím našich služeb umožňujeme pacientů lépe zvládnout těžké situace a pomáháme s nastavením lepšího psychického rozpoložení. Věnujeme pacientům čas a osobní přístup, což jsou dva hlavní faktory ovlivňující celý prožitek z hospitalizace. Ošetřující personál bohužel kvůli vysokému vytížení na oddělení na tento přístup nemá vždy dostatek prostoru a personálního zabezpečení.“*

**Otázka č. 5: Jak přistupujete k situacím, kdy pacient odmítá konzilium paliativního týmu?**

**Vrchní sestra uvádí:** *„S odmítnutím konzilia se často nesečkáváme. Pro svolání konzilia je nutný souhlas pacienta a vystavení žádanky od ošetřujícího lékaře, tudíž situace, kdy pacient nechce naše služby, po již vysloveném souhlasu, nejsou časté. Ale samozřejmě mohou nastat situace, kdy si pacient svoje rozhodnutí rozmyslí, i v těchto situacích se i přesto za pacientem sama zastavím, představím se a zjistím jaká je situace. V těchto situacích se stává, že pacienti přehodnotí svá rozhodnutí a ke konziliu dojde, nikdy je ovšem nenutíme.“*

**Všeobecná sestra na otázku odpovídá takto:** *„Setkala jsem se se situacemi, kdy pacient sám nechce žádnou osobní schůzku s týmem a všechnu komunikaci předává příbuzným. My komunikujeme tedy pouze s rodinou, která získané informace sama interpretuje pacientovi, pokud o to pacient stojí. Proces tohoto rozhodnutí probíhá tak, že se pacientovi osobně představím já, nebo jiný člen týmu a tento postup se s ním osobně vykomunikuje. Je k tomu potřebný jeho osobní souhlas.“*

**Lékař paliatr odpovídá:** *„U pacientů odmítajících konzilia se snažím zjistit, jaký důvod je k rozhodnutí vede. Bývá to snaha o oddálení uvědomění závažnosti situace a pokus o docílení falešné naděje, jinými slovy pacienti často mívají pocit, že pokud jim progres onemocnění nebyl sdělen, reálně se změny nedějí. Dále to bývají situace spojené s přesvědčením pacienta o nesprávném stanovení postupu léčby. V takových momentech je důležité pacientovi vysvětlit, jaké úvahy o další terapii jsou racionální a jaké postupy by naopak byly pouze ztrátou pacientovo času a síly. Pokud i přes zjištěné informace a snahu vysvětlit nastalou situaci pacient stále odmítá, jeho rozhodnutí respektujeme a s našimi službami nepokračujeme.“*



**Zdravotně-sociální pracovnice uvádí:** „Z mojí pozice občas zažívám situace, kdy pacient nemá zájem o péči všech členů týmu, ale sociální služby vítá. Vidí v nich hmatatelnou pomoc, něco, na co se jejich mysl může zaměřit a úplně vypustí jejich přemýšlení o zdravotním stavu. Sama bych řekla, že si myslím, že věci, které mohou řešit se mnou pro ně nejsou tolik bolestné.“

**Otázka č. 6: Jakými výkony vaše práce na oddělení intenzivní péče začíná? Čím se liší od jiných oddělení?**

**Vrchní sestra odpovídá:** „V momentě příchodu na oddělení intenzivní péče, se naše postupy v ničem markantně neliší. Začínáme systematicky nejdříve komunikací s ošetřujícím personálem a poté jdeme za pacientem. Důležitý je screening potřeb, stanovení plánu podpory a péče a porozumění komunikačním dovednostem pacienta. Určitě věnujeme velkou pozornost komunikaci s rodinou, obzvláště v případech, kdy je pacient v bezvědomí. Po skončení sezení předáváme získané informace ošetřovatelskému týmu.“

**Lékař paliatr uvádí:** „Péče se v tomto ničem neliší. V první řadě je důležitý screening, stanovení preferencí pacienta a jeho osobu důvěry. Jediné, v čem já osobně pociťuji rozdíl je, zda se péče týká pacienta při vědomí nebo v bezvědomí. Z pravidla první konzilium probíhá s vedením lékaře paliatra, kde proběhne prezentace reálných možností s reálnou prognózou. Na základě tohoto postupu se snažím zjistit, co pacient sám plánuje a jaká má očekávání.“

**Zdravotně-sociální pracovnice odpovídá:** „Nemyslím si, že se naše péče v něčem liší, pokud se jedná o pacienta na lůžku intenzivní péče. Má to svá specifika, nicméně se nejedná o úplně jiný druh poskytování péče. Komunikace s personálem na oddělení je stěžejní pro mou i jejich informovanost. U pacienta začínám představením samy sebe, pokračuji vysvětlením mé agendy a co mohu nabídnout, nebo s čím mohu pomoci. Po celou dobu vyhodnocuji situaci, zda pacient všemu rozumí. S pacientem do kontaktu přicházím až po jeho setkání s lékařem. Tudíž pracuji už s jasně stanovenými fakty a diagnózou, to mi umožňuje lepší orientaci v plánování následné péče. S dovolením pacienta je možné uskutečnit rozhovory s rodinou a informovat i je. V mé náplni práce je i komunikace s pozůstalými, kteří jsou často zmatení.“

**Otázka č. 7: Jakými výkony vaše práce a role na oddělení intenzivní péče končí?**

**Vrchní sestra odpovídá:** „*Naše péče končí v momentě propuštění pacienta z nemocnice do následné péče, nebo v momentě kdy pacient zemře. Není to ale tak, že se v těchto situacích náš kontakt úplně přeruší. Po úmrtí pacienta většinou probíhá 3 až 5 telefonických intervencí s rodinou, kde se jim snažíme poskytnout všechny potřebné informace. Když je pacient přeložen na jiné oddělení, naše péče stále pokračuje.*“

**Lékař paliatr uvádí:** „*Ukončením hospitalizace pacienta, nebo jeho úmrtím*“

**Zdravotně-sociální pracovnice odpovídá:** „*Konec nastává tehdy, kdy je pacientovi ukončena hospitalizace nebo došlo k úmrtí.*“

**Otázka č. 8: Co nespadá do náplně práce paliativního týmu v nemocnici?**

**Vrchní sestra:** „*Myslím si, že pokud se budeme bavit přímo o paliativním týmu, většina funkcí a kompetencí vychází z názvu. Do naší náplně práce nespadá celodenní přímá péče o pacienta.*“

**Všeobecná sestra:** „*Zatím nemáme vytvořená lůžka celodenní péče pro přímou hospitalizaci našich pacientů, tudíž v naší náplni zatím není celodenní přímá péče o pacienta. Dále neprovádíme žádné invazivní výkony. Víím, že v ambulanci na Vinohradech provádí více invazivní výkony, jako například odběry krve, punkce a podobně, to u nás zatím není běžně praktikováno.*“

**Lékař paliatr:** „*Jako konziliární paliativní tým neprovozujeme přímou celodenní péči o pacienta.*“

**Otázka č. 9: S čím jste se setkal/a, že po Vás kolegové požadovali, ale nesplňovalo to Vaše kompetence?**

**Vrchní sestra:** „*Nemyslím si, že jsem se s takovou situací setkala.*“

**Všeobecná sestra:** „*Myslím, že to jsou pouze situace, kdy při příchodu na oddělení, je po mne žádáno, abych v rámci konzilia pacientovi sdělila vývoj prognózy. Já jakožto všeobecná sestra nemám kompetence pro to sdělovat diagnostický vývoj zdravotních stavu pacientovi, tudíž toto musím přenechat pouze lékaři.*“

**Lékař paliatr:** „S takovou situací jsem se nesešel, nicméně pokud můžu zmínit něco co si z mé pozice nemůžu dovolit, tak je to limitace dalších oborů. Já, jakožto lékař, můžu navrhnout postup péče, ale nemůžu omezovat další ošetřující obory.

**Zdravotně-sociální pracovnice:** „Myslím si, že jsem se s tímto setkala pouze v situacích, kdy jsem začala sezení na nějaké téma spojené s vývojem prognózy, čistě na základě získaných informací od lékaře, ale to neodpovídalo reálné úrovni informovanosti nebo pochopení ze stran pacienta. Dále je to konkrétní situace, kdy lékař řekne pacientovi, že je možné zajisti určité služby, podpory, příspěvky, ale já nejsem reálně schopna některé věci zařídit, protože náš systém v České republice nefunguje stylem, jakým se lékař domníval. Pro upřesnění to jsou situace, kdy pacient sdělí lékaři, že nemá dostatečné finance na zaplacení hospice a lékař mu na to konto sdělí, že je možné pro tento případ domluvit příspěvek na péči. Toto ale bohužel vůbec není možné.“

**Otázka č. 10: Jakým způsobem lékař paliatr spolupracuje s původním ošetřovatelským týmem na oddělení?**

**Lékař paliatr uvádí:** „Já, jakožto lékař paliatr, můžu zrušit rozhodnutí o DNI, DNR, mohu naordinovat vytažení drénů, a zrušení parenterální výživy. S ošetřujícím týmem na oddělení spolupracuji přímo, bez přítomnosti pacienta, kde promýšlíme další postupy v péči a sdělujeme si poznatky. Z mé pozice ale jen vznáším doporučení, nic nediktuji.“

## DISKUZE

Ve výzkumném šetření bakalářské práce s názvem „Role paliativního týmu v intenzivní péči“ jsme se snažili zmapovat samotnou roli paliativního týmu. V celé problematice jsme se zaměřili na definování specifík v poskytování paliativní péče pacientům konziliárním paliativním týmem v prostředí intenzivní medicíny. Pro výzkum jsme zvolili paliativní tým fungující ve Všeobecné nemocnici v Praze. Tento tým má již k roku 2023 dvouletou historii fungování na klinice paliativní medicíny. Projekt samotného vzniku a rozvoje konziliárního týmu na pražské klinice je pod záštitou paní přednostky Kateřiny Rusínové a pana primáře Ondřeje Kopeckého. Oba jsou lékaři s dlouholetou praxí v oboru intenzivní medicíny. Vypracováním této bakalářské práce se snažíme poukázat na náplň a důležitost konziliárního paliativního týmu v prostředí intenzivních lůžek. Kvalitativním šetřením se nám podařilo zmapovat náplň práce členů týmu a samotný význam provozu.

Pro výzkum jsme stanovili jsme si tři cíle. Hlavním cílem se stala snaha **zmapovat roli paliativního týmu v intenzivní péči**. V kontextu hlavního cíle jsme pokládali výzkumnou otázku VO1: „**Jaká je role paliativního týmu v oblasti intenzivní péče ve zdravotnickém zařízení?**“ Pro zodpovězení VO1 jsme v rozhovorech položili otázku č. 4: *“Jaké jsou, podle Vás, přínosy paliativního týmu v prostředí intenzivní péče?”* Hlavní sestra ve své odpovědi uvádí, že důležitost role paliativního týmu v prostředí intenzivní péče vidí v aktivním přístupu k pacientovi a v zaměření na jeho osobní potřeby a preference. Z výpovědi všeobecné sestry se dal vyvodit podobný závěr jako z odpovědi vrchní sestry, Dále také uvádí přínosy v reálném umožnění propojení rodiny s pacientem v situacích, kdy osobní návštěvy nejsou možné. Ostatní informanti v se v rozhovoru u této otázky svými odpověďmi taktéž shodují na nepostradatelném profitu pro pacienta z hlediska osobního přístupu a aktivním vedením celou hospitalizací.

V souvislosti dalších cílů, kde šlo konkrétně o snahu zmapovat postupy péče v prostředí intenzivní péče a zjistit z jakých členů se paliativní tým skládá, jsme pokládali následující výzkumné otázky: VO2: „**Jaký vliv má paliativní tým na pacientův subjektivní proces zvládnání nemoci?**“, VO3: **“Co nového přineslo fungování paliativního týmu do intenzivní péče?”** a VO4: **“Jakým způsobem působení paliativního týmu ovlivňuje ošetrovatelskou péči na lůžkách intenzivní péče?”**

Abychom docílili kvalitního sběru dat, týkajícího se tématu, zvolené otázky do rozhovoru byly stylizované tak, aby bylo patrné, že vycházejí ze stanovených výzkumných otázek.

Za účelem zodpovězení hlavního cíle **„snaha zmapovat roli paliativního týmu v intenzivní péči“** v této bakalářské práci jsme položili otázku č. 3 v rozhovoru *“Jaká je vaše role v paliativním týmu?”*, kde se nám podařilo z rozsáhlých odpovědí vyvodit důležitost role celého týmu. Pro zodpovězení hlavního cíle jsme předpokládali, že působení paliativního týmu v prostředí intenzivní péče s sebou přináší mnoho pozitiv a jeho role je nepostradatelná. V rámci výzkumu v praktické části bakalářské práce jsme se dozvěděli, že tým musí být tvořen z mnoha členů specializovaných v širokém spektru oborů pro to, aby byl zajištěný kvalitní postup při poskytování služeb spojených s paliativní péčí. Informanti popisovali náplň své práce a co vše jejich pracovní pozice obnáší za funkce a povinnosti. Konziliární paliativní tým má nyní, nejen v prostředí intenzivní péče, velký význam a nezastupitelnou roli.

Na základě rozhovoru v otázce č.4: *Jaké jsou, podle Vás, přínosy paliativního týmu v prostředí intenzivní péče?* jsme se pokusili zodpovědět druhou výzkumnou otázku **VO2: „Jaký vliv má paliativní tým na pacientův subjektivní proces zvládnání nemoci?“** a také výzkumnou otázku **VO3: “Co nového přineslo fungování paliativního týmu do intenzivní péče?”** Po sepsání odpovědí od členů týmu bylo patrné, že pacienti velmi profitují zejména z psychopodpůrných intervencí, individuálního přístupu a široké nabídky pomoci od různých specialistů z týmu. Jak uvádí ve své odpovědi lékař paliatr, dalším, poměrně novým a důležitým přínosem bývá eliminace dehumanizace medicíny.

V případě stanovení **druhého cíle „Zmapovat postupy péče paliativního týmu v prostředí intenzivní péče“** jsme mohli předpokládat, že postupy v péči poskytované konziliárním paliativním týmem bývají aplikovány v obecné rovině v podobných schématech a konkrétní péče je stylizována dle individuálních potřeb pacienta. Ze získaných odpovědí bylo patrné, že paliativní tým skutečně postupuje v péči o pacienta na lůžkách intenzivní péče tak, že se snaží nejdříve co nejlépe porozumět subjektivním potřebám pacienta a stanoví si, co mohou pacientovi nabídnout. Informanti uvedli, že zvolení správného postupu vždy vychází z individuálních potřeb a preferencí pacienta.

Pro zodpovězení **třetího cíle „zjistit z jakých členů se skládá konziliární paliativní tým“** jsme předpokládali, že pro dobré fungování paliativního týmu je nutné vytvořit tým odborníků, kteří pokryjí celé spektrum pacientových potřeb a požadavků.

Vedoucí sestra na podkladě otázky č.2: „*Jakých členů se využívá v prostředí intenzivní péče?*“ v rozhovoru uvedla, že paliativní tým je tvořen členy z mnoha oborů, a je tomu tak, protože pacienti zařazení do paliativní péče mají mnoho specifických potřeb týkajících se jejich léčby a zabezpečení osobního života. Paliativní tým je složený z lékařů, všeobecných sester, kaplanů, psychologů a zdravotně-sociálních pracovníků a každý má svou nezastupitelnou roli. Je nutné zmínit, že na základě odpovědí členů týmu u otázek č.2, č.3 a získaných zkušeností autorky bakalářské práce z odborné praxe, nastávají situace, kdy není využito všech členů týmu u každého jednotlivého pacienta. Někteří pacienti nemají o poskytnutí služeb kaplanů nebo psychologů zájem a toto jejich rozhodnutí je respektováno.

Na výzkumnou otázku **VO4: “Jakým způsobem působení paliativního týmu ovlivňuje ošetrovatelskou péči na lůžkách intenzivní péče?”** nám odpovídá otázka č. 4 “*Jaké jsou, podle Vás, přínosy paliativního týmu v prostředí intenzivní péče?*”. Jako příklady si můžeme uvést jednotlivé odpovědi informantů. Zdravotně-sociální pracovnice uvádí, že pomáhá pacientům zajistit administrativní věci týkající se přesunu do domácího prostředí nebo do hospicového zařízení. Z toho nám vyplývá, že nejen že má lékař více prostoru pro terapii jako takovou, ale dokonce je možné hospitalizaci v nemocnici zkrátit na minimum, právě díky rychlé péči zdravotně-sociální pracovnice, která se vyzná v konkrétním oboru. Vrchní sestra odpověděla, že ošetrovatelský tým sester často nemá dostatek času pro uspokojení všech pacientových potřeb, a právě díky provozu specializovaného týmu dokážou tyto individuální potřeby splnit pomocí přivolání konziliárního paliativního týmu a poskytnutím například psychopodpůrné intervence.

Pro porovnání získaných dat jsme použili bakalářskou práci Chrásta s názvem “*Využití paliativní péče v intenzivní medicíně*”, kde se sám zaměřil na poukázání důležitosti využití paliativní péče pro pacienty na intenzivních lůžkách. Ve své práci došel k závěru, že i přes rozdílnost diagnóz u pacientů má tým velmi důležitou roli v napomáhání dosažení lepšího psychického stavu pacienta. K závěru dospěl během zpracování dat získaných během přímé spolupráce s paliativním týmem. Ke stejnému závěru jsme dospěli i my v této bakalářské práci. (CHRÁST, 2020)

Pro další porovnání jsme zvolili knihu s názvem “*Paliativní medicína pro praxi*”. MUDr. Ondřej Kopecký v této publikaci v kapitole s názvem “*Konziliární tým paliativní péče v nemocnici*” uvádí, že přínosy pro pacienta z konziliárního týmu jsou primárně zvýšení šance pro prožití posledních chvílí tam, kde to pacienti sami preferují. Dále zvýšení kvality

úrovně života a snaha pomoci v dosahování individuálních cílů. V naší práci se nám podařilo, v rámci našich rozhovorů s jednotlivými členy týmu prokázat, že stejné přínosy uvádí i oni a že tyto přínosy jsou skutečně reálné a pro pacienta stěžejní. MUDr. Ondřej Kopecký ve stejné kapitole dále popisuje hlavní složení konziliárního paliativního týmu, které se shoduje s tím, co nám v praktické části bakalářské práce v rozhovorech uvedli informanti. Ti nám odpověděli, že konziliární paliativní tým je primárně složený z lékaře paliatra, sester, kaplanů, sociální pracovnice a psychologa. (SLÁMA Ondřej, a další, 2022)

Pro budoucí praxi je možné doporučit častější využívání paliativního týmu, a to nejen v prostředí intenzivní péče. Zajištění autonomie a kvalitní úrovně života pro pacienta by stále mělo být prioritou. Vypracováním této práce jsme se přesvědčili, že poskytování služeb paliativního týmu může zajistit plynulost navázání služeb u terminálně nemocných, tudíž je jím tímto způsobem zajištěn klidný proces umírání v nemocničním zařízení anebo v domácím prostředí.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřená na zmapování role konziliárního paliativního týmu v prostředí intenzivní péče. Paliativní týmy a jejich praktické převedení do zdravotnických zařízení je zatím ve velmi rané fázi. Zpracováním této práce jsme se snažili o sjednocené popsání významu a náplně práce paliativního týmu v prostředí intenzivní péče. Stanovili jsme si tři cíle pro tuto práci a všechny se nám podařilo splnit formou kvalitativního zpracování dat.

První části bakalářské práce se zabýváme teoretickým sepsáním paliativní péče jako takové. Dále jsme rozepsali několik témat, která s paliativní péčí a jejím poskytováním velmi úzce souvisí. Věnovali jsme se taktéž paliativním týmům z historického i nynějšího hlediska, a jejich fungování v nemocničním i mimo nemocničním prostředí. V poslední části teoretického zpracování jsme zvolili kapitoly týkající se intenzivní péče, které přímo souvisí s paliativní péčí, a to proto, že jsme chtěli přiblížit konkrétní problematiku terminálně nemocných pacientů na lůžkách intenzivní péče.

V druhé části bakalářské práci se snažíme popsat roli paliativního týmu v nemocničním zařízení, a to především v oblasti intenzivní medicíny. Rozhovory přímo s členy paliativního týmu nám umožnili přímým způsobem zdokumentovat postupy a specifika péče o terminálně nemocného pacienta na lůžkách intenzivní péče, z pohledu celého týmu.

V bakalářské práci jsme si stanovili tři cíle, od kterých jsme odvíjeli jednotlivé výzkumné otázky. První cíl „*zmapování role paliativního týmu v intenzivní péči*“ se nám podařilo splnit na základě rozhovorů, které byly stylizovány se zaměřením poskytované péče pacientům v intenzivní péči. Zbylé dva cíle, které se zabývali zmapováním jednotlivých činností a pracovním zabezpečením týmu, se nám taktéž podařilo naplnit.

Výsledkem této práce je znázornění činností paliativního týmu v prostředí intenzivní péče a zdůraznění důležitosti jeho role. Naše stanovené cíle se přesně zabývaly zmíněnou problematikou a specifíčkou péče.



## SEZNAM LITERATURY

**BUŽGOVÁ, Radka. 2015.** *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.

**BUŽGOVÁ, Radka, SIRKOVÁ, Lucie a kolektiv. 2019.** *Dětská paliativní péče.* Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0584-7.

**Centrum paliativní péče, z. ú.** [www.paliativni.centrum.cz](http://www.paliativni.centrum.cz). *centrum paliativní péče-kurzy.* [Online] Centrum paliativní péče, z. ú. [Citace: 2. březen 2023.] <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/el nec-core>.

**CIBULKOVÁ, Veronika. 2020.** Paliativní léčba. [nadacehippokrates.cz](http://nadacehippokrates.cz). [Online] © Nadační fond Hippokrates, 2020. [Citace: 7. Březen 2023.] <https://www.nadace-hippokrates.cz/paliativni-lecba/>.

**ČESKO. 2011.** Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákon pro lidi.* [Online] © AION CS, s.r.o. 2010-2023, 2011. [Citace: 7. Březen 2023.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55#cast2>.

— **2017.** Zákon č. 193/2017 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony. *zákon pro lidi.* [Online] © AION CS, s.r.o. 2010-2023 , 2017. [Citace: 8. Březen 2023.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-193#cast1>.

— **2011.** Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování. *zákon pro lidi.* [Online] © AION CS, s.r.o. 2010-2022, 2011. [Citace: 29. 11 2022.] <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

**ČR, MZ a Špírková. 2021.** *Vzdělávací program nástavbového oboru PALIATIVNÍ MEDICÍNA.* [pdf dokument] Praha: Ministersvo Zdravotnictví, 2021.

**HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2007.** *Thanatologie-nauka o umírání a smrti.* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

**CHRÁST, Štěpán. 2020.** *Využití paliativní péče v intenzivní medicíně.* [editor] MUDr. Tomáš Heřman. PRAHA: FAKULTA BIOMEDICÍNSKÉHO INŽENÝRSTVÍ, 2020. Bakalářská práce (Bc.).

**KUPKA, Martin. 2014.** *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4650-0.

**2023.** Linkos-Česká onkologická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. *Linkos pacient a rodina-mapa hospiců*. [Online] © 2023 ČOS ČLS JEP, 2023. [Citace: 18. leden 2023.] <https://www.linkos.cz/pacient-a-rodina/pece-o-pacienta/paliativni-pece-1/mapa-hospicu/#search=1>. ISSN 2570-8791.

**2022.** Ministerstvo zdravotnictví- věstníky. *Věstník č. 1/2022*. [Online] 21. Leden 2022. [Citace: 7. Březen 2023.] [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ\\_1-2022.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/01/Vestnik-MZ_1-2022.pdf).

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

**MZČR, © 2018. 2018.** Podpora paliativní péče v nemocnicích. *www.paliativa.cz*. [Online] © 2018 MZČR, 2018. [Citace: 2. leden 2023.] <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/o-projektu/popis-projektu>.

**ONDŘIOVÁ, Iveta. 2021.** *Etické problémy a dilemata v ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2021. ISBN: 978-80-271-1696-6.

**PEŘINA, Jakub. 2016.** Historie paliativní péče. *umírání.cz*. [Online] Cesta domů, z.ú., 21. říjen 2016. [Citace: 18. leden 2023.] <https://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>.

**Praha, Všeobecná fakultní nemocnice. 2019.** Informace pro pozůstalé. *www.vfn.cz*. [Online] © 2019 Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, 2019. [Citace: 8. Březen 2023.] <https://www.vfn.cz/pacienti/informace-pro-pacienty/informace-pro-pozustale/>.

**PULGERTOVÁ, Tereza. 2020.** *www.mylaw.cz. Eutanazie v českém právu*. [Online] © 2023 MYLAW s.r.o., 20. únor 2020. [Citace: 7. leden 2023.] <https://mylaw.cz/clanek/eutanazie-v-ceskem-pravu-802>.

**SKÁLA Bohumil, SLÁMA Ondřej, VORLÍČEK Jiří, KABELKA Ladislav. 2011.** *Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. [Dokument] Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci. ISBN: 978-80-86998-51-0.

**SLÁMA Ondřej, KABELKA Ladislav a al., et. 2022.** *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2022. ISBN 978-80-7492-627-3.

**SLÁMA Ondřej, KREJČÍ Jiří, AMBROŽOVÁ Jana. 2019.** *Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení*. [pdf dokument] Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019.

**SLÁMA Ondřej, VAFKOVÁ Tereza. 2020.** *www.muni.cz. Asistovaná smrt (eutanasie a asistovaná sebevražda)*. [Online] © 2020 Masarykova univerzita, leden 2020. [Citace: 7. leden 2023.] [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni\\_pece/web/pages/08\\_10\\_asistovana\\_smrt.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/08_10_asistovana_smrt.html).

**STEINLAUF, Barbora. 2022.** *Právo a péče v závěru života*. místo neznámé : Wolters Kluwer, 2022. 978-80-7598-714-3.

**SVOBODA, Pavel. 2019.** *Paliativní medicína pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Raabe, 2019. ISBN 978-80-7496-448-0.

**VORLÍČEK Jiří, ADAM Zdeňek, POSPÍŠILOVÁ Yvona, kolektiv. 2004.** *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 2004. ISBN: 80-247-0279-7.

**2018.** *www.irozhlas.cz. V Nizozemsku poprvé od legalizace stíhají lékařku kvůli eutanazii, neměla zcela jasný souhlas*. [Online] © 1997-2023 Český rozhlas, 9. listopad 2018. [Citace: 7. leden 2023.] [https://www.irozhlas.cz/zpravy-svet/nizozemsko-eutanazie-lekarka-soud-souhlas\\_1811092315\\_cen](https://www.irozhlas.cz/zpravy-svet/nizozemsko-eutanazie-lekarka-soud-souhlas_1811092315_cen).

**2010.** *www.Umírání.cz. Cesty z beznaděje v kontextu legalizované euthanasie v Holandsku*. [Online] Cesta domů, z.ú., 8. listopad 2010. [Citace: 7. leden 2023.] <https://www.umirani.cz/clanky/cesty-z-beznadeje-v-kontextu-legalizovane-euthanasie-v-holandsku>.

**ZADÁK Zdeňek, HAVEL Eduard, kolektiv. 2017.** *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství, 2. doplněné a přepracované vydání*. Praha: GRADA, 2017. 978-80-271-0282-2.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha 1:** Schválení o provedení výzkumného šetření

**Příloha 2:** Schválení sběru dat Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

**Příloha 3:** Seznam otázek určených pro členy konziliárního paliativního týmu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

# PŘÍLOHY

## Příloha 1: Schválení o provedení výzkumného šetření



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE  
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | F-VFN-075 | strana 1 z 2 | verze 4

### ŽÁDOST O DOTAZNÍKOVOU AKCI

Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s odbornou prací			
Příjmení a jméno žadatele		Dominika Faboková	
Kontaktní adresa		Horní Bělá 133, 33152	
Telefon	608676967	e-mailová adresa	domdafabokova@gmail.com
Škola / fakulta	Fakulta zdravotnických studií, Plzeň		
Obor studia	Zdravotnický záchranář		
Téma závěrečné práce			
Role paliativního týmu v intenzivní péči			
Termín sběru dat	30.01.2023 - 03.02.2023		
Pracoviště, kde bude sběr probíhat			
Klinika paliativní medicíny 1. LF UK a VFN			
Zjišťované informace			
Rozhovor s členy paliativního týmu z důvodu tvorby bakalářské práce s cílem zmapovat postupy a metodiku týmu.			
Forma prezentace dat:			
Obhajoba bakalářské práce na státních závěrečných zkouškách.			
Nahlášení do ZD:	ano		
Poučení žadatele:			
Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní. Po zpracování výsledků je žadatel povinen je předložit příslušnému náměstkovi, který dotazníkové šetření povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je možná pouze se souhlasem ředitele VFN.			
Datum:	11.01.2023	Podpis žadatele	
<b>Vyjádření vedení pracoviště</b>			
Vyjádření vrchní sestry / primáře / přednosta		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Datum	2.2.2023	Podpis	
<b>Vyjádření vedení Všeobecné fakultní nemocnice v Praze</b>			
Odpovědný náměstek / ředitel			
Vyjádření příslušného náměstka / ředitele		<input checked="" type="checkbox"/> Souhlasím <input type="checkbox"/> Nesouhlasím	
Bude za šetření vyžadována úhrada		<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne Částka	
Datum	2.02.2023	Podpis	

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE  
NÁMĚSTEK PRO NELÉKAŘSKÁ ZDRAVOTNICKÁ POVOLÁNÍ  
128 08 PRAHA 2, U NEMOCNICE 499/2

## Příloha 2: Schválení sběru dat Etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice v Praze



### ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

Vážená paní  
Dominika Faboková  
Horní Bělá 133, Dolní Bělá

16.2.2023  
č.j.: 26/23 S-IV

Vážená paní Faboková,  
Etická komise VFN projednávala na svém zasedání dne 16.2.2023 Vámi předložený individuální výzkumný projekt  
č.j. 26/23 S-IV – bakalářská práce.

**Název studie/Title of CT:** Role paliativního týmu v intenzivní péči

**Žadatel/Applicant:** Dominika Faboková, Horní Bělá 133, Dolní Bělá, Praha; e-mail: domdafabokova@gmail.com

Úhrada nákladů spojených s posouzením žádosti a vydáním stanoviska / Reimbursement of costs related to assessment of the EC:  
 Ano/Yes  Ne, důvod/No, reasons: nesponzorovaný projekt

**Datum doručení žádosti / Date of submission of the Application Form:** 2.2.2023

**Datum jednání EK+čas/Date and time of Ethics Committee's session:** 16.2.2023 (15:30 – 18:45 hod.)

Seznam míst hodnocení s označením míst, ke kterým se EK vyjádřila jako místní EK a kde vykonává dohled

Místo hodnocení / Jméno zkoušejícího Trial Site / Name of Investigator	Místní EK Local EC	Adresa místní EK Address
Dominika Faboková, Klinika paliativní medicíny I. LF UK a VFN v Praze, Karlovo nám. 32, 128 08 Praha 2	<input checked="" type="checkbox"/>	EK při VFN, Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Seznam hodnocených dokumentů / List of all submitted documents:

Název dokumentu, verze, datum Document title, version, date	Schváleno/ Approved		Na vědomí / Taken into account	
	ANO Yes	NE No	ANO Yes	NE No
Průvodní dopis z 2.2.2023	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dotazník – Víceúčelový formulář EK VFN, 2.2.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anotace projektu vě. Dotazníku – Soupisu otázek pro rozhovor	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žádost o dotazníkovou akci z 2.2.2023	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Životopis hlavní zkoušející: Dominika Faboková	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Stanovisko etické komise:

EK vydává / EC issues

- Souhlasné stanovisko / Favourable opinion  
 Nesouhlasné stanovisko / Unfavourable opinion

EK VFN vydává souhlasné stanovisko s provedením individuálního výzkumu – sběru dat formou rozhovoru se členy paliativního týmu na Klinice paliativní medicíny I. LF UK a VFN v Praze.

Podpis předsedy / zástupce EK VFN  
Signature of Chairperson / Vice-Chairperson  
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D.

PharmDr.  
Zbyněk  
Sklenář, Ph.D.  
Datum: 2023.02.22  
14:31:40 +01'00'

Digitálně podepsal  
PharmDr. Zbyněk  
Sklenář, Ph.D.  
Datum: 2023.02.22  
14:31:40 +01'00'



## ETICKÁ KOMISE VŠEOBECNÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2 | eticka.komise@vfn.cz | tel. 224964131

### Seznam členů etické komise/ List of the Ethics Committee Members:

	Muž/ Žena Male/ Female	Odbornost Specialist	Zaměstnanec zřizovatele EK*		Funkce v EK Role in EC	Přítomen Attendance		Hlasoval Voted	
			Ano Yes	Ne No		Ano Yes	Ne No	Ano Yes	Ne No
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., MBA	M/M	Pharmacist Pharmacologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Předseda/ Chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Magda Šišková, CSc.	Ž/F	Haematologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mistopředseda/ Vice-chairperson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jana Farkačová	Ž/F	Lab. Technician	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. MUDr. Pavel Freitag, CSc.	M/M	Gynaecologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ing. Antonín Grošpic, CSc.	M/M	Engineer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Eva Kubala Havrdová, CSc.	Ž/F	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Hana Honová	Ž/F	Oncologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Humhal	M/M	Cardiologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Anna Jedličková	Ž/F	Microbiologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
MUDr. Ladislav Korábek, CSc., MBA	M/M	Dental surgeon	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mgr. Michael Pauly	M/M	Lawyer	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jan Roth, CSc.	M/M	Neurologist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Mgr. Libuše Roytová Mgr. ThLic. of Theologie	Ž/F	Member of clergy	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doc. PharmDr. Martin Šíma, Ph.D.	M/M	Clinical Pharmacist	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JUDr. Šárka Špeciánová	Ž/F	Lawyer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Marcela Trojánková	Ž/F	Privat Nefrologist	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUDr. Jiří Valenta	M/M	Anesthesiologist -Intensive Med.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. MUDr. Jiří Zeman, DrSc.	M/M	Paediatrist – AdolescentMed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Člen/Member	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pozn: \*Zaměstnanec zřizovatele EK/ Employee of EC appointing authority)

Etická komise prohlašuje, že byla ustavena a pracuje v souladu se správnou klinickou praxí (GCP) a platnými právními předpisy. Poslední sloupec udává, zda členové EK byli přítomni hlasování, ale nikoli jak hlasovali ve věci. /The Ethics Committee hereby declares that it was established and operates in accordance with its Rules of Procedure in compliance with GCP and valid legal regulations. EC members personally presented the voting procedure (and NOT their individual voting result to or against the cause) are indicated in the last column:

Ano/Yes Ne/No

Komentář/Comments:

Datum/Date: 16.2.2023

Etická komise  
Všeobecné fakultní nemocnice  
v Praze  
Na Bojišti 1, 128 08 Praha 2

Podpis předsedy EK nebo zástupce  
Signature of Chairperson or Vice-Chairperson  
PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., v.r.

### **Příloha 3: Seznam otázek určených pro členy konziliárního paliativního týmu Všeobecné fakultní nemocnice v Praze**

Vážená kolegyně, vážený kolego,

v rámci bakalářské práce se zaměřením zmapovat roli paliativního týmu v intenzivní péči, si Vás dovoluji požádat o rozhovor v délce přibližně 30 minut. Jeho cílem je zmapovat postupy paliativního týmu na lůžkách intenzivní péče. Pokračováním v rozhovoru udělujete souhlas s rozhovorem a s vytvořením psaného záznamu rozhovoru. Záznam bude po získání dat anonymně zpracován.

Rozhovor má 10 otázek v popisovaných oblastech a zaznamenávám si Vaši odpověď.

Děkuji za Váš zájem a spolupráci.

Otázky do rozhovoru:

1. Jakými členy je tvořen paliativní tým na klinice? (otázka bude položena pouze 1x)
2. Jakých členů se využívá v prostředí intenzivní péče? (otázka bude položena pouze 1x)
3. Jaká je vaše role v paliativním týmu? (otázka pro všechny členy)
4. Jaké jsou, podle Vás, přínosy paliativního týmu v prostředí intenzivní péče?
5. Jak přistupujete k situacím, kdy pacient odmítá konzilium paliativního týmu?
6. Jakými výkony vaše práce na oddělení intenzivní péče začíná? Čím se liší od jiných oddělení?
7. Jakými výkony vaše práce a role na oddělení intenzivní péče končí?
8. Co nespadá do náplně práce paliativního týmu v nemocnici?
9. S čím jste se setkal/a, že po Vás kolegové požadovali, ale nespĺňovalo to Vaše kompetence?
10. Jakým způsobem lékař paliatr spolupracuje s původním ošetrovatelským týmem na oddělení? (otázka bude položena pouze 1x)



## **SEZNAM ZKRATEK**

ČR	Česká republika
ČSMP	České společnosti paliativní medicíny
DNI	Do Not Intubate (neintubovat, nezahajovat umělou plicní ventilaci)
DNR	Do Not Resuscitate (neresuscitovat)
ELNEC	End Of Life Nursing Education Consortium
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Sv.	Svatý
Tzv.	Takzvaně
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)