

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Marie Venclová

Implementace paliativní péče do pobytových služeb pro seniory

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Šaňáková Ph.D.

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a využila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 28.4. 2023

Marie Venclová

Podpis

Poděkování

Poděkování patří Mgr. Šárce Šaňákové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi věnovala při psaní mé bakalářské práce. Poděkování patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu mého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Paliativní péče v domovech pro seniory

Název práce: Implementace paliativní péče do pobytových služeb pro seniory

Název práce v AJ: Implementation of palliative care to residential services for the elderly

Datum zadání práce: 2022-11-24

Datum odevzdání práce: 2023-04-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav Ošetřovatelství

Autor práce: Marie Venclová

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Šaňáková, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Cílem této přehledové bakalářské práce bylo předložit aktuální dohledané publikované poznatky o poskytování paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory. První dílčí cíl se zaměřuje na implementaci paliativní péče do pobytových zařízení pro seniory, techniky využívané v zahraničí, možné problémy s implementací a komunikaci mezi personálem a rodinou. Druhý dílčí cíl je zaměřený na vzdělávání a podporu nelékařského personálu pobytových sociálních služeb pro seniory. Informace použité v bakalářské práci byly získány z databází (EBSCO, Pubmed, ProQuest).

Abstrakt v Aj: The aim of this bachelor thesis was to present the current searched published knowledge about provision of palliative care in residential social services for the elderly. The first part of the work is focused on the implementation of palliative care in residential care facilities for the elderly, techniques used abroad, possible implementation problems and communication between staff and family. The second part of the work is focused on training and support for non-medical staff in residential social services for the elderly. The information used in the bachelor thesis was acquired from databases (EBSCO, Pubmed, ProQuest).

Klíčová slova ČJ: paliativní péče, domov pro seniory, geriatrická péče, všeobecná sestra

Klíčová slova AJ: palliative care, residential care home, geriatric care, general nurse

Rozsah práce: 33

Obsah

Úvod.....	6
1 Popis řešeršní činnosti	8
2 Přehled publikovaných poznatků	10
2.1 Implementace paliativní péče do domovů pro seniory	10
2.1.1 Zlepšení kvality paliativní péče.....	13
2.1.2 Bariéry spojené se zlepšením kvality paliativní péče.....	16
2.1.3 Komunikace s klienty pobytových zařízení a jejich rodinnými příslušníky	18
2.2 Vzdělávání a podpora zdravotnického personálu domovů pro seniory v paliativní péči	22
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků.....	26
Závěr.....	28
Referenční seznam	30
Seznam zkratk	33

Úvod

Záměrem paliativní péče je zlepšit kvalitu života pacientů, a také jejich rodin, kteří čelí život ohrožujícímu onemocnění. Konkrétně se paliativní péče zaměřuje na prevenci a zmírnění fyzického a psychického utrpení a sociálních a existenčních problémů, a to bez ohledu na věk (Andersson, 2017, s. 72). Včasné rozpoznání zhoršujícího se stavu směřujícího ke smrti, může vést k lepšímu plánování péče, lepší kvalitě života a snížení utrpení (Liyanage, 2018, s.524).

Globální stárnutí populace a rostoucí výskyt chronických onemocnění omezujících život, zvýšilo potřebu kvalitní péče v závěru života, včetně i kvalitní paliativní péče. Paliativní péče má svůj původ v kontextu péče o onkologicky nemocné, zahrnuje však také péči na konci života o skupinu pacientů s postupujícími chronickými život limitujícími stavy napříč lékařskými obory (Davis, 2019, s. 369-370).

V domovech pro seniory se často personál setkává s polymorbidními a taktéž křehkými geriatrickými pacienty. Nejčastějšími trajektoriemi umírání v domovech pro seniory je syndrom křehkosti ve stáří, který se postupně rozvíjí, dále zde řadíme terminální geriatrickou deterioraci a jako poslední postupné orgánové selhávání, které je typické skokovým zhoršením stavu (Pechová, 2020, s. 8).

Pobytová zařízení pro seniory se stále častěji podílejí na podpoře staršího obyvatelstva a jejich rodin v závěru života (Johnston, 2016, s. 102). A to zejména díky nepřetržité péči, která je poskytována v těchto místech. Celosvětově 18% seniorů umírá v zařízeních dlouhodobé péče, a to včetně domovů pro seniory. Tuto informaci můžeme konkretizovat na Norsko, kde se jedná o 55% populace seniorů, USA, kde v domovech umírá 25% populace seniorů a na Jižní Koreu, kde hovoříme o 11% populace seniorů. Tato statistika naznačuje, že prostředí pobytových služeb pro seniory je klíčovým místem pro poskytování paliativní péče (Kim, 2022, s. 2).

Hlavním cílem této přehledové bakalářské práce je sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o implementaci paliativní péče do pobytových služeb pro seniory. Níže jsou zapsané jednotlivé dílčí cíle, které byly stanoveny pro tvorbu přehledové bakalářské práce.

Cíl 1

Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o implementaci paliativní péče do pobytových služeb pro seniory.

Cíl 2

Sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o vzdělávání a podpoře pracovníků domovů pro seniory v paliativní péči.

Vstupní literatura:

Klener, P. Klinická onkologie. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-246-0468-X.

Vorlíček, J., et al. Klinická onkologie pro sestry. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1716-6.

Sláma, O., et. al. Paliativní medicína. Praha: Galen, 2007. ISBN 9788072625055.

O'Connor, M., et. al. Paliativní péče pro sestry všech oborů. Praha: Grada Publishing, 2005.

Payne, S., et. al. Principy a praxe paliativní péče. Praha, 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

Marková. M. Sestra a pacient v paliativní péči. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3171-1

Pechová. K. Metodická doporučení pro spolupráci poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče a pobytových sociálních služeb pro seniory, Praha: Sue Ryder, 2020. ISBN 978-80-907190-4-0

1 Popis rešeršní činnosti

Pro rešeršní činnost bylo využito standartního postupu, při kterém se použilo hledávání klíčových slov za pomoci Booleovských operátorů.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, domov seniorů, geriatrická péče, všeobecná sestra

Klíčová slova v AJ: palliative care, residential care home, retirement home, nursing home, geriatric care, general nurse

Jazyk: český, anglický

Období: 2012-2022

Další kritéria: dostupnost plného textu



DATABÁZE:

EBSCO, PubMed, ProQuest



Celkem nalezeno 261 článků.



Vyřazující kritéria:

Období mezi 2012-2022

Duplicitní články

Články neodpovídající tématu

Recenzované články



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

EBSCO- 15

PubMed- 2

ProQuest- 3



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ

Age and ageing – 1 článek

American Journal of Hospice- 1 článek

Australian Journal of Primary Health- 1 článek

Australian Journal of Rural Health- 1 článek

BMJ supportive- 3 články

Časopis lékařů českých- 1 článek

International Journal of Nursing Studies- 1 článek

International Journal of Older People Nursing- 1 článek

International Journal of Older People Nursing- 1 článek

Journal for the Australian Nursing Profession- 1 článek

Journal of Pain and Symptom Management- 1 článek

Journal of the American Geriatrics Society- 1 článek

Nursing Ethics- 1 článek

Palliative Care- 1 článek

Scandinavian Journal of Caring Sciences- 1 článek

Supportive and Palliative Care- 1 článek

Tidsskrift for den Norske laegeforening- 1 článek

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie- 1 článek



Pro analýzu bylo použito 20 dohledaných článků.

2 Přehled publikovaných poznatků

S narůstajícím počtem stárnoucí populace je rezidenční péče pro seniory běžným místem úmrtí a také může být velmi významným poskytovatelem paliativní péče (Rainsford, 2020, s. 481). Dobře zvládnuté umírání a smrt a s tím spojená paliativní péče, jsou podmíněny kvalitní interdisciplinární péčí, anticipativní péčí a plánováním péče, která je zaměřena na jednotlivce (Lui, 2020, s.305). Avšak poskytování kvalitní paliativní péče v pobytových zařízeních pro seniory má své bariéry, mezi které patří zejména nedostatek kvalitních zaměstnanců a vysoké psychické nároky na ošetrovatelský personál (Hov, 2013, s. 56). Místo úmrtí je často považováno za ukazatel kvality péče. Ukazatelem kvality péče je také dostatečná komunikace mezi ošetrovatelským personálem, klientem residenční služby pro seniory a jeho blízkými příbuznými (Andersson, 2017, s. 78). Nedostatky v poskytování paliativní péče v domovech pro seniory se několik autorů snažilo vyřešit praktickým vzděláváním personálu zejména pomocí Need Rounds (Stefanacci, 2016, s. 17), (Lui, 2020, s. 305), ale i jinými možnými metodami vzdělávání.

2.1 Implementace paliativní péče do domovů pro seniory

Geriatrická paliativní péče je označována jako péče na pomezí oborů. Jedná se o oblast, kde již křehkost nemocného v oblasti chronických i akutních zdravotních změn, přináší závažná dilemata etického, zdravotního, psychologického sociálního a s jistotou i ekonomického rázu (Kabelka, 2018, s. 35). Většina obyvatelstva vyspělých zemí umírá na nenádorová onemocnění, přičemž 50% obyvatel těchto zemí umírá na pokročilé chronické nemoci (Liyanage, 2018, s.524). Avšak pouze třetině těchto umírajících se dostává paliativní péče. Je tomu tak díky komplexním komorbiditám nemocného a pomalé trajektorii nemoci ve stáří, tudíž je včasné poskytnutí odpovídající péče v závěru života komplikované (Rainsford, 2020, s. 481). Jedním z klíčových témat tedy je včasná diagnostika potenciálu nemocného (Kabelka, 2018, s. 36).

V Evropě pozvolna nahrazují domovy pro seniory nemocnice jako místo, kde dochází k úmrtí a hrají důležitou roli v péči na konci života (Andersson, 2017, s. 72). Úmrtnost v domovech pro seniory je vysoká, ale péče o umírající obyvatele často není optimální a mnoho z domovů nemá přístup ke specializované paliativní péči (Lui, 2020, s. 305). Z tohoto důvodu jsou časté převozy klientů z domovů do nemocnic. Pro klienty jsou tyto převozy zatěžující a dezorientující. S těmito převozy a hospitalizací v nemocnici se také pojí riziko zatěžujících vyšetření a zákroků v závěru života (Rainsford, 2020, s. 482). Pro klienty s demencí bývá velmi častý problém vyjádření svých přání. Z tohoto důvodu je pro pacienti překládání do nemocnic, někdy i proti svému a nejlepšímu zájmu, a jsou vystavováni infekcím spojeným se zdravotním

prostředím (Healthcare- Associated Infection- HAI) (Eriksen, 2020, s. 4). Kabelka (2018) poukazuje na to, že Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně má snahu podpořit paliativní péči v přirozeném prostředí seniorů, ale ani toto řešení není dostačující pro 5-10% seniorů. Autor poukazuje na data týkající se četnosti hospitalizací seniorů před úmrtím: 75% pacientů bylo v posledních 3 měsících života minimálně jednou hospitalizováno, 14% pacientů mělo 3 a více hospitalizací, 47% pacientů absolvovalo neodkladné přijetí, 90% úmrtí v českých nemocnicích je personálem očekáváno (Kabelka, 2018, s. 34).

Economos (2020) ve své studii zmiňuje, že v příštích několika letech bude možno sledovat nárůst starších a na pomoci druhých závislých pacientů. Velká část této populace žije v domovech pro seniory a jejich převoz do nemocnic na konci života je stálým problémem. Cílem této francouzské studie bylo zkoumat faktory ovlivňující převoz pacientů žijících v pečovatelských domech do nemocnice v závěru života. Data byla sbírána pomocí dotazníků, které se skládali ze 4 různých částí. První část zjišťovala obecné informace o domově pro seniory, druhá část se zabývala epidemiologií úmrtí a počtem úmrtí v posledním roce v zařízení, třetí část byla zaměřena na základní okolnosti převozu obyvatel domova do zařízení akutní péče a poslední část se zabývala posouzením podmínek pro specializovanou paliativní péči (Economos, 2020, s. 228-229).

Přínosem je, že převozy klientů z domovů pro seniory do nemocnic byli častější v urgentních situacích než převozy plánované. Rozhodnutí o přeložení klienta nejčastěji učinil lékař (36,4%), poté všeobecná sestra (31,5%) a nejméně koordinátor zdravotní péče (32,1%). 68% pobytových služeb pro seniory mělo přístup k týmu poskytujícímu specializovanou paliativní péči anebo ke komunikační síti zaměřené na paliativní péči. V domovech seniorů, kde měly všeobecné sestry i noční směny, bylo průměrně 27 úmrtí, ve srovnání s průměrnými 12 úmrtími v domovech, kde na noční směně Všeobecná sestra není. S touto informací je spojeno, že v domovech, kde měly všeobecné sestry nepřetržitý provoz, bylo také méně urgentních převozů do nemocnic (Economos, 2020, s. 230).

"Dobrá smrt" je smrt, která bez ohledu na místo, kde k ní dojde, probíhá v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny. Jedná se o velkou společenskou výzvu, jelikož procento stárnoucí populace se v evropských zemích zvyšuje. V Evropě se odhaduje, že do roku 2050 povede

procentuální nárůst stárnoucí populace k vyšší poptávce po paliativní péči (Andersson, 2017, s.72- 73).

Hov (2013) poukazuje na 3 skupiny pacientů v domovech pro seniory, které představují diferentní cíle ošetrovatelské, a s tím spojené paliativní, péče. Prvními ze skupiny jsou klienti přijatí za účelem rehabilitace, u nichž se očekává brzké propuštění do domácího prostředí. Druhou skupinou jsou senioři s pokročilým progresivním onemocněním, u nichž se v blízké době očekává úmrtí. Poslední skupinou klientů jsou senioři trpící chronickou nemocí a senioři se závažným zdravotním postižením, kteří obvykle stráví zbytek života v pobytovém zařízení pro seniory. U poslední skupiny je celkovým cílem udržení nebo zlepšení zdravotního stavu, ale zhoršení a úmrtí jsou nevyhnutelnými důsledky (Hov, 2013, s. 50).

Cílem ošetrovatelské péče, a také paliativní péče, mohou být z počátku vytyčeny jasně, ale během pobytu klienta se jeho zdravotní stav mění, tudíž se mohou měnit i cíle péče. Jedním z cílů péče může být poklidná smrt, ale s tímto cílem je spojeno několik dilemat. Jedním z nich je, že několik klinických příznaků naznačuje, že pacient umírá, ukazuje se, že rozhodování o zadržení nebo vysazení kurativní léčby je pro zdravotnický personál obtížné, zejména z důvodu právního postihu při „špatném“ rozhodnutí. Nedostatečná kurativní léčba může urychlit smrt, zatímco léčba, jejímž cílem je prodloužit pacientův život, může být v rozporu s cílem klidné smrti (Hov, 2013, s. 51).

Norská studie z roku 2013 měla za cíl popsat představy sester o dobré ošetrovatelské péči a o tom, jak by mohla, ve spojení s paliativní péčí, být poskytována klientům na konci života v pobytových zařízeních pro seniory. Studie byla prováděna formou 2 rozhovorů s vybranými sestrami pobytových zařízeních. Je důležité podotknout, že některé domovy pro seniory v Norsku mají lůžka pro pacienty, kteří potřebují rehabilitace, lůžka na dočasný nebo přechodný pobyt, která zahrnují i léčebnou péči a také paliativní lůžka. Každý domov pro seniory má pak aspoň jedno oddělení pro pacienty s demencí. Na konci studie byla zjištěna dvě hlavní témata, která autor označuje jako „zachování důstojnosti pacienta“ a „překážky zastiňující příležitosti“. První téma poukazuje na to, že sestry znají a ovládají poskytování dobré ošetrovatelské péče založené na individuálních potřebách pacienta. Druhé téma však zmiňuje překážky, které zastínily možnost provádět kvalitní ošetrovatelskou péči na konci života. První překážkou byla nedostatečná personální obsazenost domova a jeho nastavený denní režim. Druhou překážkou byl nedostatek spolupráce a komunikace s pacientem, příbuznými a dalším zdravotnickým

personálem. Poslední překážkou byla samotná osobnost sestry a její loajalita (Hov, 2013, s. 51-58).

Švýcarská studie z roku 2015 se zaměřila na symptomy spojené s umíráním u klientů trpících demencí. V posledních 90 dnech života bylo možné identifikovat deset častých symptomů. Řadíme zde problémy s mobilitou a krmením, neobvyklé chování, poruchy spánku, bolest, poruchy dýchání, agitovanost, apatie, úzkost a depresivní epizody. Autorka udává, že poruchy dýchání, apatie a agitovanost byly pozorovány u každého čtvrtého klienta a u každého pátého se k těmto symptomům připojila i úzkost. Příznaky deprese byly pozorovány nejméně. Byly také zjištěny dva odlišné vzorce symptomů. Jsou to příznaky se stoupající frekvencí a příznaky s klesající frekvencí. Mezi příznaky, jejichž počet se zvyšoval s blížícím se úmrtím, autorka řadí úzkost, apatii, poruchy dýchání, problémy s krmením a bolest. Příznaky, jejichž frekvence se s blížící se smrtí snižovala, jsou neobvyklé chování, problémy s mobilitou, poruchy spánku, agitovanost, a depresivní epizody. V posledních 7 dnech života se klientům zvýšil počet návštěv nejbližších příbuzných přibližně o 15%. Společně s tímto údajem se také zvýšila interakce mezi rodinou a zdravotnickým personálem. Všechny tyto údaje poukazují na to, že ošetrovatelský tým a rodinní příslušníci si velmi často uvědomují, kdy resident vstupuje do fáze umírání a podle toho reagují. Vzhledem ke schopnosti odhadnout blížící se smrt, byly některé terapie přizpůsobeny fázi umírání. Například fyzioterapeutická léčba byla pozastavena, podávání antibiotik bylo sníženo na polovinu, nebyla zavedena nová Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) a žádný pacient této studie nebyl odeslán do nemocnice. Koppitz, (2015) uvádí, že symptomy popsané u klientů pobytových služeb pro seniory trpících demencí jsou stejné jako například příznaky u rakoviny nebo Chronická plicní obstrukční nemoci. Jedinou výjimkou je neobvyklé chování, které je typické pro terminální stavy u demence (Koppitz, 2015, s 178- 181).

2.1.1 Zlepšení kvality paliativní péče

Mezi znaky kvalitní paliativní péče se řadí včasná identifikace, léčba bolesti a dalších komplikací a také získání této péče a možnost zemřít na místě, které nemocný preferuje. Indikátor kvality je definován jako explicitně definovaná a odsouhlasená měřitelná položka, která poskytuje údaj o kvalitě péče (Andersson, 2017, s. 73). Unroe (2015) uvádí, že paliativní péče může být v domovech pro seniory poskytována několika způsoby. Autorka popisuje tři modely: partnerství s hospici, externí týmy paliativní péče a tým nebo hospicové oddělení

přímo v zařízení. Ve všech těchto modelech musí být personál, včetně ošetrovatelských asistentů, praktických sester, všeobecných sester a sociálních pracovníků, zapojen do tvorby, koordinace a provádění plánů paliativní péče (Unroe 2015, s 623). V roce 2013 bylo ve Švédsku nalezeno sedm obecných indikátorů kvality paliativní péče. Řadíme zde například podíl rodinných příslušníků, kterým bylo nabídnuto poradenství, využívání číselné hodnotící škály pro určení bolesti během paliativní fáze, registrace ve švédském registru paliativní péče, předepisování injekčních opiátů podávaných parenterálně podle potřeby, pro úlevu od bolesti a dokumentace přechodu pacienta do fáze paliativní péče (Andersson, 2017, s. 73). Jako komplikace, v poskytování kvalitní paliativní péče v domovech pro seniory, se považuje nedostatek personálu, chybějící dovednosti a znalosti a dostupnost zkušených a kvalifikovaných lékařů specializovaných na paliativní péči (Rainsford, 2020, s. 481). Národní rada pro zdraví a sociální péči ve Švédsku definuje pojem "kvalita péče" jako míru, do jaké zdravotnická služba splňuje požadavky na ni kladené (Andersson, 2017, s. 73).

V australských domovech pro seniory aplikovali, jako jednu z možností zlepšení kvality umírání, „Need Rounds“. Jedná se o třídicí schůzky, které byly zavedeny v rezidenční péči o starší dospělé, aby pomohly identifikovat a upřednostnit péči o osoby nejvíce ohrožené úmrtím s nedostatečně kontrolovanými symptomy (Forbat, 2018, s. 347). Hrozící úmrtí lze také předpovědět na základě obecných parametrů, jako je zhoršující se fyzický a nutriční stav nebo časté převozy na pohotovost z důvodu rozvoje geriatrického syndromu, například dysfagie nebo časté pády (Liyanage, 2018, s. 524).

Další možností ve Skotsku vyvinutý Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT). Tento nástroj kombinuje řadu obecných ukazatelů zhoršení stavu s klinickými parametry pro dané onemocnění (Liyanage, 2018, s. 524). Liverpoolský systém péče (LPC) je také možností zlepšení kvality péče. Jedná se o přenos osvědčených postupů péče z hospiců do jiných zařízení. LPC se zaměřuje na fyzické, psychologické, sociální, duchovní a náboženské aspekty péče během posledních dnů či hodin života (Andersson, 2017, s. 74). Můžeme zde zařadit také Guidance for the Gold Standards Framework (GSF) (Liyanage, 2018, s. 524).

Need Rounds

Jedná se tedy o schůzky či obchůzky, které se konají každý měsíc, účastní se jich personál pod vedením lékaře nebo sestry se specializací v paliativní péči a také pacient s rodinou. Díky diskusi a vzdělávání na základě případů jsou zaměstnanci schopni lépe identifikovat a upřednostnit péči o ty pacienty, kteří jsou ohroženi úmrtím bez odpovídajícího

plánu a nedostatečně kontrolovanými symptomy (Rainsford, 2020, s. 482). Porady o potřebách byly úspěšně využity ke zvýšení kvality péče, zkrácení délky pobytu v zařízeních akutní péče a zlepšení možnosti obyvatel zemřít na místě, které preferují. Obchůzky podle potřeb ovlivnily dovednosti a znalosti personálu, které jim umožnily lépe komunikovat s obyvateli a rodinami a normalizovaly smrt a umírání (Forbat, 2018, s. 348).

Měsíčně tyto setkání trvali 60 minut, osvědčilo se využití počítače, a to zejména kvůli elektronickým poznámkám o zdravotním stavu pacientů a rozhodnutích učiněných na dřívějších setkání (Forbat, 2018, s. 349).

Po prvním kole těchto setkání se provádí revize opatření, určí se, která byla již dokončena a personál se společně s pacientem zaměří na ta nedokončená. Pro personál je tato zpětná vazba velmi důležitá, a to zejména z důvodu ujištění o úspěšnosti a tím pádem k povzbuzení činnosti personálu v zařízení (Forbat, 2018, s. 351).

Specializovaná paliativní péče není v Austrálii standardizovanou součástí poskytovaných služeb v residenční ošetrovatelské péči. Služby specializované paliativní péče (Specialist palliative care- SPC) mohou v těchto zařízeních zvýšit míru předběžného plánování péče, snížit počet hospitalizací a zlepšit léčbu symptomů. Dle Chapmana (2018) je zapotřebí nových přístupů k podpoře obyvatel domovů pro seniory, aby se vyhnuli zbytečné hospitalizaci. Tato studie se zaměřila na aplikaci proaktivního modelu (Need Rounds- NR) specializované paliativní péče a zda se díky ní snížil převoz klientů residenční služby pro seniory do zařízení akutní péče a dosáhlo se tak snížení počtu úmrtí v nemocnici (Chapman, 2018, s. 102- 103).

V zařízení byli vybráni klienti, u nichž personál vyhodnotil, že mají prognózu dožití 6 měsíců a méně. Tito klienti byli projednáni na kole potřeb (NR). Klienti museli splňovat minimálně jedno ze tří kritérií: klient byl projednán na NR, obdržel posouzení SPC z důvodu nekontrolovatelného symptomatického zhoršení, nebo že zemřel v průběhu studie. Intervence pro personál byla v setkávání jednou za měsíc na NR. Tato sezení vedla všeobecná sestra se specializací pro paliativní péči. Na sezeních se probírali plány předběžné péče, cíle péče a další doporučení dle potřeby. Průběžných diskusí o plánování péče o klienta se účastnil samotný klient, jeho rodina, personál rezidenčního zařízení, včetně lékaře a všeobecné sestry. NR umožnila nepřímý klinický vstup SPC, vzdělávání personálu a podpory personálu do residenční služby pro seniory. Všeobecná sestra se specializací na paliativní péči poskytovala klientům SPC, například klinické hodnocení, komplexní plánování péče a včasné ordinování léků umožňujících včasný přístup SPC (Chapman, 2018, s. 103- 104).

Studie přináší důkazy o přínosech integrace NR do rezidenčních zařízení. Poukazuje na prokazatelně kratší hospitalizace obyvatel a na vysokou míru úmrtí na preferovaném místě. Dále má spojené zlepšení kvality péče významné ekonomické důsledky. Z toho vyplývá, že intervence přináší prospěch klientům a snižuje náklady zařízení (Chapman, 2018, s. 107).

Guidance for the Gold Standards Framework

GSF poskytuje přístup k identifikaci dospělých pacientů, kteří se blíží ke konci života. Tento screeningový nástroj umožňuje plánování péče a přístup ke kvalitní paliativní péči poskytované blíže k domovu (v rezidenční péči). GSF bylo vyvinuto a implementováno zejména ve Velké Británii, ale nyní je využíváno i v mezinárodním měřítku (Teo, 2018, s. 524).

Liverpolský systém péče

LCP je zaměřen na fyzické, psychosociální a náboženské aspekty během umírání. Je zde velká spolupráce rodiny, přátel a zaměstnanců zařízení (Andersson, 2017, s. 74). Rodina je velmi podporována v interakci s personálem v posledních dnech života. Personál zařízení se zaměřuje i na prožívání smrti rodinných příslušníků a provádí s nimi pravidelné rozhovory (Andersson, 2017, s. 76).

Cílem všech zmiňovaných systémů péče je poklidné umírání v prostředí, které probíhá v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny (Andersson, 2017, s. 72). K uspokojení přání klientů může také napomocť plán předběžné péče (Advance care plan- ACP). V rezidenční péči je nejčastějším podnětem k diskusi převoz pacienta do nemocnice, ale také například změna medikace nebo určení osoby s rozhodovací pravomocí (Forbat, 2018, s. 355).

2.1.2 Bariéry spojené se zlepšením kvality paliativní péče

I když sestry ví mnoho o tom, jak kvalitní ošetrovatelskou a paliativní péči provádět, překážky znemožnily provádět tuto péči v dostatečné kvalitě. Bariéry se týkají organizačních, vztahových a osobních faktorů (Hov, 2013, s. 55).

Organizační faktory

Za nejvýznamnější překážku dobré ošetrovatelské péče byl považován nedostatek kompetentního a zainteresovaného personálu a také nedostatek znalostí o jednotlivých pacientech. Příliš nízký počet všeobecných sester a zejména nedostupnost lékařů bylo také

velkým problémem. Sestry také zmiňují, že časté změny ošetřujících lékařů a to, že klient neměl jen jednoho stálého lékaře vedlo k přerušení kontinuity péče. Častým důsledkem bylo nesprávné plnění intervencí a nedorozumění, které zvyšovaly utrpení seniorů. Další důvody, proč byli klienti v některých situacích nevhodně léčeni nebo umírali osamoceni, byli uváděny malá flexibilita zdravotní péče, finanční škrty a nedostatek času (Hov, 2013, s. 55).

Vztahové faktory

Společné rozhodování o péči a léčbě o daného seniora by mohlo napomocť k lepší komunikaci a spolupráci personálu. Sestry jsou totiž obvykle vyloučeny z rozhodování o léčbě, která bude poskytována na konci života. V některých situacích mohli protichůdné názory sestry a lékaře, na cíl léčby a péče o klienta, prodloužit jeho utrpení. Snaha poskytnout pacientovi péči, kterou si přeje, může vést k rozporům právě s lékařem nebo i rodinnými příslušníky seniora. Nedostatky ve spolupráci sester, lékařů a pomocného zdravotnického personálu mohou způsobovat problémy při plánování a provádění ošetrovatelské péče a často mohou být příčinou opožděných nebo nesprávných rozhodnutí (Hov, 2013, s. 55).

Upřímnost a otevřenost v komunikaci s klienty je vnímána jako nesmírně obtížná. Tato bariéra může být způsobena nejasně vysloveným přáním ohledně udržování či naopak neudržování životních funkcí. V pobytových zařízeních pro seniory jsou lékaři přítomni jen zřídka. Proto jsou to sestry, kdo je zodpovědný, když se příbuzní dotazují na informace nebo chtějí diskutovat o léčbě a péči o pacienta. Tato komunikace je pro sestry velmi náročná, zejména, když se rodina ptá na otázky týkající se důležitých rozhodnutí, například poskytnutí kurativní léčby či nikoliv (Hov, 2013, s. 56).

Osobní faktory

Vnitřní silné stránky sestry a lojalita sestry vůči klientům je podstatná v poskytování kvalitní ošetrovatelské péče na konci života. Pokud by sestra v tomto selhala, mohlo by být ohroženo blaho a bezpečí klienta. Vedení pobytové zařízení klade často na personál vysoké nároky v péči o seniora na konci života. Pro sestru mohou být v některých situacích tyto nároky tak vysoké, že v zájmu své ochrany se od pacienta emočně vzdálí. Často tak dochází k hospitalizaci klienta v nemocnici, což je jedna z možností zbavení se odpovědnosti za klienta. Pokud jsou na sestru kladeny vysoké nároky, je často velmi obtížné ve všech situacích stát za nejlepšími zájmy seniora. Řešením takové náročné situace často bývá nechat věc být a neupozornit lékaře na potřebu změny péče nebo léčby, jejíž změna je zřejmě nutná. Sestrám

často chyběla odborná podpora, která by jim umožnila diskutovat o pacientech a potvrdit jejich hodnocení a vyrovnat se s jejich emocionálním strádáním, když jim bylo bráněno ve výkonu odborné péče. Hov (2013) mluví o vnitřních konfliktech sester, kdy si jejich loajalita rozdělila mezi pacienty, lékaře, organizace a jejich vlastní hodnoty. Domnívaly se, že jejich povinnosti vůči zákonu vyžadují, aby se řídili předpisy lékařů, i když to znamená, že jejich loajalita vůči pacientovi a vlastním hodnotám je zrazena. Řešení této situace mohou být dvě. Jedním řešením je provádět nastavenou léčbu a péči lékařem nebo provádět odlišnou péči a léčbu, než je nařízení lékaře, v případě, že je sestra přesvědčená, že její posouzení je v zájmu pacienta (Hov, 2013, s. 56).

2.1.3 Komunikace s klienty pobytových zařízení a jejich rodinnými příslušníky

Dobrá komunikace mezi umírajícími obyvateli domovů pro seniory a jejich rodinnými příslušníky a pečujícími odborníky je důležitým předpokladem pro kvalitní péči (Andersson, 2017, s. 73). Uspokojení osobních potřeb zemřelého, zapojení rodiny do rozhodování a zohlednění jejich pocitů je velmi důležité. Rodinný příslušník může působit jako zplnomocněný zástupce. Komunikace s rodinou nekončí úmrtím klienta, ale pokračuje i po něm. Personál rodině vyjadřuje podporu a diskutuje s ní o proběhlé léčbě (Forbat, 2018, s. 354- 356).

Komunikace je prostředkem rozvíjení vzájemného a důvěrného vztahu mezi zdravotnickým personálem a klienty. Pravidelná konverzace personálu s klientem může být pro personál v budoucnosti přínosná ve chvílích, kdy již klient nemůže vyjádřit své preference, například preference v oblasti tělesné péče. K těmto dialogům tváří v tvář starším osobám může docházet například při provádění tělesné péče. To zdůrazňuje důležitost komunikačních dovedností, protože citlivá komunikace může poskytnout pocit bezpečí osobám, které potřebují, aby o jejich tělo pečovaly jiné osoby a dále personálu poskytnou znalost jejich přání. Rozvíjení vztahů mezi personálem a klienty tak pomáhá rozpoznat jedinečnost a hodnotu jednotlivce, což může mít terapeutický přínos (Holmberg 2019, s. 729).

Mnoho obyvatel potřebuje specializovanou paliativní péči, aby zvládali komplexní symptomy v posledních měsících života. V australské studii příbuzní uvádějí, že paliativní péče zlepšuje kvalitu péče o obyvatele a kvalitu umírání. Také zde uvádí, že plánování předběžné péče, vedené všeobecnými sestrami, zmírňuje utrpení a zlepšuje komunikaci s příbuznými (Lui, 2020, s. 305-307). Kvalitní ošetrovatelská péče má uspokojovat potřeby důstojnosti pacientů a měla by zahrnovat tyto kategorie: potřeba připravenosti na budoucnost, empatický přístup vůči pacientovi a tělesné pohodlí a bezpečí. S touto ošetrovatelskou péčí se pojí i správná

komunikace s pacientem (Hov, 2013, s. 50). Zachování důstojnosti je chápáno jako vnímání klienta jako celistvé a jedinečné osoby, které je poskytována léčba a ošetrovatelská péče dle jejich potřeb (Hov, 2013, s. 53).

Potřeba připravenosti

Naplnění potřeby připravenosti, klienta na konci života, na budoucnost je jeden z důležitých aspektů důstojnosti, ať už se týká života, umírání nebo toho, co přijde po smrti. Komunikace se seniorem na toto téma může mít příznivý vliv na úlevu od úzkosti. Možnost klienty připravit se na budoucí situaci byla ovlivněna schopností pochopit a porozumět informacím, které jim byli předávány sestrou. Některé onemocnění seniorům dovolují verbálně nebo neverbálně naznačit, že si situaci uvědomují, avšak častá jsou i ta, při kterých se senior nedokázal jasně vyjádřit. Často se klienti pobytových služeb pro seniory, kteří se nedokážou vyjádřit, snaží reagovat pomocí neklidného chování, ale je těžké určit, na co tato reakce byla a tyto projevy jsou spíše chápány jako úzkost a zoufalství. U klientů domovů pro seniory na konci života je snaha, aby byla vyjádřena a sepsána jejich přání a byli stanoveny cíle, což je velkým usnadněním následné péče. K tomuto však dochází sporadicky. Důvodem je pozdní diagnostika a s tím spojené zařazení klienta do paliativní péče. Spolupráci ohledně určování plánů a cílů může za klienta převzít jeho blízká rodina. Tento způsob je v rezidenční péči velmi podporován a je na něj kladen důraz. Avšak i s tímto způsobem, určování cílů a plánů, se může objevit komplikace v podobě nesouladu možného přání seniora a vysloveného přání rodiny. Příkladem může být zavedení enterální výživy za pomoci PEG na žádost rodiny, i když v dřívější době pacient vyslovil nesouhlas. Je možné zdravotní stav pacienta vnímat jako bariéru v komunikaci, což je však špatně. Komunikace o jeho diagnóze, budoucnosti, smyslu života a naději je pro pacienta velmi důležitá. V rámci kvalitní ošetrovatelské péče a komunikace by se nemělo zapomínat i na náboženské potřeby klientů, které se mohou uspokojit například návštěvou kaplana či kněze (Hov, 2013, s. 53-54).

Empatický přístup vůči pacientovi

Každý člověk je jedinečný a jedinečný přístup ke každému jedinci je součástí péče na konci život. Někteří senioři dokážou svá přání, o potřebě blízkosti druhé osoby, sdělit verbálně. Potřebu druhé osoby klienti sdělují i nonverbálně, pomocí pevného stisku ruky personálu nebo křikem. Jsou však senioři, kterým vyhovuje samota. Velmi důležitá je komunikace s klientem v bezvědomí nebo s kognitivními poruchami. Přítomnost personálu nebo rodiny se může

vyjádřit dotykem nebo samotnou mluvou. Podstatný je při těchto stavech koncept Bazální stimulace. Personálem domovů pro seniory jsou podporovány návštěvy rodiny, blízkých a přátel. Sociální kontakty klientů s příbuznými a přáteli často zanikají, a to z důvodů geografické vzdálenosti, úmrtí manžela nebo manželky, úmrtí příbuzných nebo z důvodů snížení schopnosti pacienta komunikovat. Proto je ze strany sestry důležitá také podpora blízké rodiny klienta. V některých případech mohou sestry pocitově pacientovi nahrazovat rodinu, ale i přes veškerou snahu se mohou někteří klienti domovu pro seniory jevit jako osamělí a opuštění (Hov, 2013, s. 54).

Tělesné pohodlí a bezpečí

Pacienti pobytových služeb pro seniory jsou často nesoběstační až závislí jedinci v základních denních činnostech. V rámci pomoci se základními denními činnostmi je nutné identifikovat přání, možnosti a potřeby každého klienta a vypracovat tak vhodný plán péče. Neklidný pacient může být často uklidněn pomocí základní ošetrovatelské péče, jako je například změna nevyhovující polohy na pohodlnější, péče o ochranu kůže anebo intenzivnější péče o ústa. Důležitá je také podpora autonomie klientů a toho můžeme dosáhnout povzbuzováním vyjádření přání ohledně osobní hygieny, vhodného oblékání a vzhledu. Je potřebné, aby atmosféra během péče o pacienta, a zejména té intimní, byla pozitivně naladěna a personál byl profesionální a empatický. Pohodlí pacienta není nutné vždy uspokojovat za pomoci tlumících léků. O podání tlumících léků a s tím spojeném pohodlí by si měl každý pacient rozhodnout sám a jeho přání by mělo být zdravotnickým personálem respektováno (Hov, 2013, s. 55).

Anderson (2017) ve své studii zmiňuje srovnání stejné populace ve 2 zařízeních, v nemocnici a v hospici. Bylo zjištěno, že lepší komunikace, lepší ošetrovatelskou péčí, větší důstojnost a lepší osobní péči o klienty byla v hospici. Hospic také dle pacientů poskytoval vyšší kvalitu péče na konci života, která jim poskytuje emocionální podporu a lepší sebepojetí. Tato studie probíhala formou dotazníků, které se rodině zaslaly měsíc po úmrtí příbuzného a cílem této studie bylo popsat kvalitu života zemřelých podle zpráv rodinných příslušníků. Rodinní příslušníci byli v rámci dotazníku také dotazováni na symptomy spojené s odchodem. Byly to otázky jako například: měl v posledních 3 dnech života nějaké bolesti, ulevilo mu léčení od bolesti, myslíte si, že ho jeho dušnost trápila nebo obtěžovala. Téměř polovina klientů (46,5%) ve studii udávala bolest, více jak polovina klientů (55,9 %) udávalo také dušnost.

Většina z nich (86,4%) uvedla, že byla léčena kvůli bolesti a 39,7% bylo léčeno kvůli dušnosti. Většina rodinných příslušníků také uvedla, že zemřelému blízkému byl poskytnut dostatek pomoci a ošetrovatelské péče. 86% rodinných příslušníků bylo informováno personálem, že klient nejspíše brzy zemře a mělo možnost si o tom v té době promluvit. Také v této době měli dostatek soukromí s umírající osobou. 4/5 rodinných příslušníků bylo v posledních dnech zapojeno do rozhodování o péči nebo léčbě o klienta. Po odchodu nemocného téměř 1/2 rodinných příslušníků hovořila s někým z personálu a sociálních služeb a uvedlo, že rozhovor byl užitečný. I na toto téma byly v dotazníku otázky jako například: měli jste tehdy možnost o tom mluvit, věděli jste, co máte očekávat, když umírá, musel se někdo vzdát práce nebo udělat jiné zásadní změny ve svém životě, aby se o něj mohl postarat (Andersson, 2017, s. 72- 78).

Tato studie naznačuje, že péče v domovech pro seniory ve Švédsku je vysoce kvalitní, pokud jde o osobní a ošetrovatelskou péči, odchod na preferovaném místě a komunikaci s rodinou (včetně respektujících interakcí, poskytování informací o blížící se smrti a společném rozhodování). Úleva od symptomů v posledních dnech života byla řízena nedostatečně, téměř polovina umírajících obyvatel trpěla bolesti a dušností (Andersson, 2017, s. 78).

2.2 Vzdělávání a podpora zdravotnického personálu domovů pro seniory v paliativní péči

Pro implementaci paliativní péče na konci života do rezidenční péče, hrají ústřední roli lékaři a zejména nelékařský personál (Rainsford, 2020, s.481). Navzdory přínosům specializované paliativní péče jsou spolehlivé důkazy, že jejich implementace v rezidenční péči je velmi omezená (Lui, 2020, s. 306). Nedostatečné školení personálu domovů pro seniory bylo uvedeno jako překážka poskytování optimální péče o obyvatele domovů na konci života (Unroe 2015, s. 623). Intervence v oblasti vzdělávání by měly zlepšit výsledky pro personál a také obyvatele vyžadující paliativní přístup (Lui, 2020, s. 305).

Lui (2020) ve své studii zmiňuje, že vzdělávání v oblasti předběžného plánování péče, formou Needs rounds, jako součást paliativní péče například vedlo ke zvýšení počtu vyplněných plánů a předběžných přání, což zlepšilo soulad klinických rozhodnutí s preferencemi obyvatel a rodiny. Mezi faktory, které ovlivňují zavádění osvědčených postupů paliativní péče, v rámci širších zdravotnických zařízení byli zařazeny postoje a přesvědčení personálu, povaha změny, procesy zavádění a systémy a zdroje na podporu zavádění. Konkrétněji se jedná o řídicí a organizační struktury, podpůrné systémy a zdroje a kapacity pracovníků (Davis 2019, s. 371).

Všichni kliničtí pracovníci, zapojení do studie Lue (2020), působili na specializovaném oddělení paliativní péče a poskytovali intervenci osobně. Personál domova pro seniory, který se účastnil Needs Rounds, zahrnoval všeobecné sestry, praktické sestry, ošetrovatelské asistenty, koordinátory aktivit a manažery. Needs Rounds jsou měsíční hodinové třídící schůzky, během nichž se setkává personál až s desíti klienty domova pro seniory, kteří jsou nejvíce ohroženi úmrtím bez zavedení plánu péče, mají velké množství symptomů, jako je například bolest nebo dušnost (Lui, 2020, s. 307).

Teoretickým modelem, na němž je složena intervence byla stratifikace rizika a vyhledání případu s cílem podpořit spravedlivou a efektivní distribuci služeb specializované paliativní péče. Sezení byla vedena specializovaným personálem paliativní péče, který zahrnoval 2 všeobecné sestry a 1 klinickou sestru, která působila jako konzultantka a měla přístup k poradenství od specialistů na paliativní medicínu (Lui, 2020, s. 307).

Lui (2020) udává, že jejich intervence je účinná při zlepšování informovanosti a schopnosti personálu, při podpoře obyvatel v posledních měsících jejich života. Pozdní informovanost o blížící se smrti ochuzuje personál o možnost zmírnění bolesti a dalších příznaků. Intervence se zaměřuje na obyvatele s největší zátěží symptomů a poskytuje jim odbornou klinickou péči,

vzdělávání a plánování léčby. Needs Rounds poskytují tolik potřebnou strukturu a přínos pro personál, ale i obyvatele. Personál domovů pro seniory, se díky zavedeným intervencím, aktivně zapojuje do diskuse s rodinami o předběžné péči a předběžných lécích. Diskuse o proaktivní a anticipační péči je zavedenou cestou ke zlepšení péče na konci života, redukcí hospitalizací a posílení v diskusi o smrti a umírání, protože přání obyvatele domova pro seniory jsou často neznámá (Lui, 2020, s. 310).

Cílem studie Unroe (2015) bylo porovnat znalosti a postupy v oblasti paliativní péče u jednotlivých pozic personálu rezidenční služby za pomoci Průzkumu paliativní péče (PCS). PCS je validovaný dotazník o 51 otázkách, který zjišťuje zapojení personálu domova pro seniory do praxe paliativní péče a znalosti o osvědčených postupech v péči o pacienty na konci života (Unroe 2015, s. 622).

Autoři zjistili, že všeobecné sestry měly vyšší celkové skóre znalostí o paliativní péči než ošetrovatelský personál a praktické sestry, kteří mají menší klinické vzdělání. Ošetrovatelský personál dokonce dosáhl nižšího skóre, jak ve znalostech paliativní péče, tak v praxi. Studie také dokazuje, že PCS je užitečným nástrojem pro hodnocení personálu rezidenční péče. Autoři také poukazují na to, že dlouholetá praxe v domově pro seniory a s tím spojené zkušenosti nenahrazují školení v oblasti paliativní péče. Zdá se, že více přispívá vzdělání a odborná příprava pro danou pozici než roky praxe (Unroe 2015, s. 630).

Davis (2019) ve své studii podporuje zavádění paliativního přístupu v péči o seniory s využitím facilitačního školícího modelu a existujících nástrojů paliativního přístupu. Vzdělávací intervence v rámci celé organizace byli prováděny specializovaným facilitátorem se specializací na paliativní přístup po dobu 6 měsíců. Školení zahrnovalo zásady paliativního přístupu, předběžné plánování péče, klinický management, používání vybavení, případové konference, plánování péče a sebeděče (Davis 2019, s. 369).

Přínosem bylo zvýšení znalostí a sebedůvěry personálu při diskusích týkajících se plánování péče, péče v závěru života a podpory pozůstalých rodin. Zpětná vazba personálu ukázala, že intervence zlepšila přístup k možnostem neakutní péče díky budování kapacit pracovníků a také znalosti místních podpůrných služeb. Zpětná vazba také ukázala, že intervence pomohla při budování a rozšiřování stávající dovednosti a zlepšila využití stávajících zdrojů. Písemná zpětná vazba poskytla důkazy o dopadu školení na zlepšení znalostí, motivace a sebedůvěry personálu, což vedlo ke změně praxe a zlepšení kvality paliativní péče. Kontrola

záznamu klientů a zpětná vazba od klientů a jejich rodin ukázala, že zapojení klientů a rodin do rozhodování bylo, jak zdokumentováno, tak pozorováno, že k němu dochází a bylo pozitivně přijímáno klienty a jejich rodinami. Klíčové pro poskytování kvalitní paliativní péče v závěru života je dle autora zajištění odpovídajících zdrojů a vytvoření a udržení kritického množství vyškolených pracovníků. Udržení proškoleného personálu může být ztíženo fluktuací personálu (Davis 2019, s.373- 375).

Studie z roku 2016 zkoumá mezi řediteli ošetrovatelských ústavů v USA míru a zásady týkající se paliativní péče a hospicové péče. Jedná se o celostátní průzkum, který byl distribuován online. Ředitelé byli v dotazníku tázáni na dostupnost a zásady paliativní péče v jejich zařízení. Autor poukazuje na to, že hospic má velmi jasně definované své služby, zatímco paliativní péče je definována v rámci jednotlivých institucí a mohou mít různé definice zahrnutí služeb (Stefanacci, 2016, s. 171- 172).

Studie poukázala na to, že zisková zařízení mají častěji formální programy paliativní péče ve srovnání s neziskovými zařízeními, které tyto programy nemají. Také zisková zařízení měla častěji lékaře se specializací na paliativní péči, kterého neziskové zařízení neměli (Stefanacci, 2016, s. 175). Studie byla realizována v USA a nebylo nalezeno obdobné studie jinde ve světě.

Studie z roku 2014 se zaměřuje na vzdělanost praktických sester v paliativní péči a jak je intervence s přístupem paliativní péče ovlivnila v jejich práci v domovech pro seniory. Data pro výzkum byla shromažďována pomocí individuálních rozhovorů a studijních skupin, které byly kombinované s workshopy (Beck, 2014, s. 140).

Přínosem studie bylo to, že intervence zvýšila vhléd praktických sester do významu jejich vlastního a významu jejich kolegů pro kvalitu péče, ale taky zvýšila jejich frustraci z překážek při zavádění přístupu paliativní péči. Praktické sestry udávaly, že díky intervenci získaly náhled na to, jak chápou význam kvality péče. To zahrnovalo větší povědomí o potřebách obyvatele a jeho příbuzných a respektování času, který klient trávil právě s nimi. Po intervenci také pociťovali větší otevřenost a porozumění mezi kolegy. Praktické sestry si více uvědomovaly, že je důležité věnovat dostatek času obyvatelům rezidenční péče a jejich blízkým. I praktické sestry poukazují na věci, které jim brání soustředit se na zlepšení péče v souladu s přístupem paliativní péče. Zejména poukazyvaly na důležitost dostatečného počtu personálů, aby mohly pracovat v souladu s tím co se naučily. Taky je zde zmiňováno, že jako největší problém jsou

považovány ekonomické škrty, které brání v implementaci paliativní péče, kterou se díky intervencím praktické sestry naučily (Beck, 2014, s. 146- 148).

Ve švédských rezidenčních službách se nejvíce skloňuje, co se péče o stárnoucí populaci týče, pomoc s asistovanou tělesnou péčí (Assisted bodily care- ABC). ABC zahrnuje pomoc při oblékání a svlékání, jídle, přesunech a osobní hygieně. Zahrnuje také pomoc při úkonech, které jsou klientem považovány za důležité, ale které jsou obtížně splnitelné a jsou ovlivněny zejména sníženou fyzickou silou. Starší lidé tuto péči vnímají dvojím způsobem. Buď znamená potěšení a pohodu nebo uvěznění a sklíčenost. Rozdíl pramení z toho, kdo poskytuje ABC. Zda je ABC poskytováno v přátelské atmosféře, která odsouvá potřeby péče do pozadí, nebo zda je poskytována ve spěchu, bezohledně, je spojeno s dlouhými čekacími dobami a je bez uznání osobních preferencí. Ideální vztah mezi klientem a poskytovatelem ABC je popsán jako blízký a přátelský, vyznačuje se klidným a uctivým chováním, kdy se poskytovatel dozvídá o preferencích seniorů a přizpůsobuje tomu i ABC. Důležité je taky podotknout, že role příjemce ABC není volitelná (Holmberg, 2022, s. 2).

Cílem této studie bylo porozumět a konceptualizovat setkání mezi obyvateli a ošetřujícím personálem v situacích tělesné péče na konci života v domově seniorů. Studie se zúčastnili, jak pracovníci rezidenční služby, tak klienti a jejich rodiny. Data byla sbírána pomocí pozorování a digitálně zaznamenaných rozhovorů (Holmberg, 2022, s. 1).

V této studii vyplynula 4 témata objasňující překážky a usnadnění etického jednání v ABC. Jedná se o vyrovnání se s dopadem požadavků na pracovišti, interakce prostřednictvím dialogu a komunikace, prožívání zapojení do poskytování ABC a přizpůsobení se dobré péči a pohodlí. U prvního tématu, což je vyrovnání se s dopadem požadavků na pracovišti, je jako bariéra označen nedostatek zdrojů a časové omezení. Usadnit by toto téma mohla vzájemná spolupráce a přerozdělení zaměstnanců. Co se týče interakce prostřednictvím dialogu a komunikace, jsou vnímány jako bariéra urážlivé komentáře o obyvatelích a hrubý a odmítavý jazyk. Jako řešení by mohl posloužit vřelý komunikační tón s humornými prvky nebo uklidňující komunikace. Jako bariéra, v tématu zkušenosti se zapojením do poskytování ABC, je vnímáno rušení samostatných úkonů obyvatel a ignorování oděvů a stravovacích preferencí obyvatel. Řešením by mohlo být provádět pečovatelské aktivity v souladu s preferencí obyvatel a umožňovat obyvatelům provádět čeho jsou schopní. Posledním tématem popisujícím překážku v péči je přizpůsobení se dobré péči a pohodlí, jehož bariérou je neznalost schopnosti obyvatel a odmítání preferencí obyvatel. Řešení by mohlo přijít ve chvíli, kdy by personál začal

podporovat nezávislost obyvatel a upřel by pozornost k fyzickým potřebám a zájmům obyvatel (Holmberg, 2022, s. 5-6).

Přístup ke klientům rezidenční péče by měl být profesionální. Z důvodu nedostatku času a personálu jsou zaměstnanci často frustrováni a tyto frustrace zrcadlí na své klienty. Tento přístup v péči o starého klienta by mohl v důstojném umírání a s tím spojené paliativní péči hrát velmi významnou roli (Holmberg, 2022, s. 10-12).

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Bakalářská práce se zabývá implementací paliativní péče do domovů pro seniory a jejími bariérami. Práce předkládá aktuální dohledané poznatky o implementaci paliativní péče do pobytových zařízení pro seniory a zaměřuje se také na vzdělávání a podporu zdravotnického personálu v paliativní péči. Dohledané informace by mohly být užitečné zejména pro všeobecné sestry a další nelékařský personál pracující v pobytových zařízeních pro seniory. Paliativní péče v domovech pro seniory je v České republice nové téma, proto by tato bakalářská práce mohla být použita jako podklad pro organizace zavádějící koncept paliativní péče do svých zařízení, případně i pro poskytovatele z řad mobilní hospicové péče. Práce by mohla také posloužit jako studijní materiál studentům zdravotnických oborů.

Hlavní limitací práce je čerpání zejména ze zahraničních studií a článků. Díky tomu nelze poznatky získané ze studií spolehlivě implementovat do českých domovů pro seniory a na české všeobecné sestry a další nelékařský personál. Jako další limitaci vnímám nedostatek článků na téma paliativní péče v domovech pro seniory, a naopak velké množství různorodých studií spojených s tématem bakalářské práce. Avšak se jedná o nový trend, takže je pochopitelné velké množství studií a minimum článků. Také různorodost zemí, kde studie vznikaly může být považováno za limitaci. Nejčastěji studie vznikaly v Austrálii a skandinávských zemích, ale minimum jich bylo ve více zemích na jedno téma. Zahraniční zdroje popisují časté zapojení rodiny klienta domova pro seniory do samotné péče, rozhodování a plánování přání a cílů paliativní péče. Zahraniční autoři zmiňují účast příbuzných na sezení s lékaři a všeobecnými sestrami, což není v našich podmínkách tolik běžné. Přítomnost rodiny u vizit, či vyšetření nebo péče a její zapojení do poskytování péče v domově je spíše velkou vzácností. Důvodem může být přesvědčení rodiny a blízkých, že na tuto přítomnost nemají nárok nebo samotná nechť rodiny se zapojit. Jednou z dalších možných limitací může být fakt, že hodnotiteli ve využitých studiích jsou zejména příbuzní seniora nebo naopak personál pobytového zařízení, což může na některé působit nedůvěryhodně. Na druhou stranu diagnostika terminálního stavu chronického onemocnění u starší populace není tak jednoduchá a často k ní dochází pozdě. Jako

limitace může být vnímáno i vzdělávání zdravotnického personálu pobytových zařízení. Studie povětšinou vytkla nedostatky, pokusila se implementovat způsob provádění paliativní péče nebo personál jiným způsobem vzdělávat a někteří mohou vytknout, že zde chybí pohled po delším časovém období.

Závěr

Paliativní péče je péčí o osoby s život ohrožujícím onemocněním. Život ohrožující onemocnění mohou být také poslední fáze chronických onemocnění, kterými často trpí dnešní polymorbidní senioři. Vzhledem k závažnosti zdravotních stavů seniorů a častého umístění seniorů do pobytových zařízení, je nutné implementovat paliativní péči i do těchto zařízení. Cílem této přehledové bakalářské práce bylo předložit aktuální dohledané publikované poznatky o implementaci paliativní péče. Tento cíl byl rozdělen na dva dílčí cíle, které byly splněny.

První dílčí cíl bakalářské práce se zaměřil na sumarizaci aktuálních dohledaných poznatků o implementaci paliativní péče do pobytových zařízení pro seniory. Výsledky dohledaných výzkumných studií poukazují na vysoký počet staršího a polymorbidního obyvatelstva umístěného v domovech pro seniory a poukazují na nutnost implementace paliativní péče do těchto zařízení. Nedostatečná paliativní péče v pobytových zařízení má za příčinu časté hospitalizace v zařízení akutní péče. Kvalitní paliativní péče může být dosaženo za pomoci NR, GSF anebo LPC metod. NR bylo nejvíce zmiňováno v dohledaných studiích a aplikace byla pro zařízení přínosná. Ukazatelem kvality péče, dle několika autorů, je i místo, kde nemocný zemře. Zda nemocný umře na místě jím preferovaným nebo ne. Paliativní péče a její implementace má samozřejmě i své bariéry. Jednou z hlavních bariér je nedostatek kvalifikovaného personálu v čele s všeobecnou sestrou a s tím spojené nedostatečné finanční ohodnocení. Nepřítomnost lékaře v pobytové službě pro seniory je také bariérou. Další bariérou je i nedostatečná komunikace mezi personálem, pacientem a rodinnými příslušníky nebo například samotné vlastnosti všeobecné sestry a její přetěžování v pracovním procesu. Komunikace mezi pacientem, zdravotnickým personálem a rodinou je velmi důležitá a ulehčuje vytyčení cílů a přání ošetrovatelské, ale i paliativní, péče na konci života. Studie zdůrazňují nutnost komunikace zaměstnanců s nemocným. Díky komunikaci se buduje pevné pouto a personál získává informace a zvyčích pacienta v různých činnostech. Tyto informace mají využití ve fázi nemoci, kdy pacient nedokáže sám vyslovit své preference. Zmiňovaná je také komunikace s rodinnou nemocného, která je taktéž velmi důležitá. Rodina nemocného může zastávat roli opatrovníka ve fázi nemoci, kdy nemocný není schopný rozhodovat sám o sobě. Rodina v tomto případě komunikuje se zdravotnickým personálem a zejména se všeobecnou sestrou při každé návštěvě a konzultuje s ní a popřípadě s lékařem stav. Rozhodování rodiny za

pacient může přinést i negativní vlivy, jelikož rodina může mít tendence nemocného udržet při životě za každou cenu i proti přání nemocného. První dílčí cíl byl splněn.

Druhý dílčí cíl bakalářské práce se zaměřil na sumarizaci aktuálních dohledaných poznatků o vzdělávání a podpoře zaměstnanců pobytových zařízení pro seniory. Většina studií prokázala, že personál má zájem se v paliativní péči vzdělávat, a že má zájem postupy paliativní péče, společně s ošetrovatelskou péčí, využívat. I vzdělání a podpora personálu má své bariéry, a to opět v nedostatku personálu a tím způsobené frustraci zaměstnanců. Frustrace všeobecných sester byla způsobena nedostatečnými možnostmi poskytování paliativní péče všem klientům, kteří ji potřebují. Důležité je také zmínit model ABC. Jedná se o pomoc s asistovanou tělesnou péčí. Je důležité, aby byla poskytována individuálně, na míru každému klientovi, empatickým personálem. Druhý dílčí cíl byl splněn.

Závěry dílčích cílů této bakalářské práce mohou být využity jako podklad pro organizace zavádějící koncept paliativní péče do svých zařízení. Přínosem mohou být i pro všeobecné sestry zaměstnané v domovech pro seniory, mohou je motivovat k zařazení paliativní péče i do jejich zařízení. Pro studenty zdravotnických oborů mohou být prezentované poznatky užitečné ke zvýšení informovanosti o tomto tématu.

Referenční seznam

- ANDERSSON, S., et al. End-of-life care in residential care homes: a retrospective study of the perspectives of family members using the VOICES questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2017, 31(1), 72 - 84 [cit. 2023-04-23]. ISSN 14716712. Dostupné z: doi:10.1111/scs.12317
- BECK, I., et al. Nurse assistants' experience of an intervention focused on a palliative care approach for older people in residential care. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 2014, 9(2), 140-150 [cit. 2023-04-23]. ISSN 17483735. Dostupné z: doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00343.x
- DAVIS, J., et al. Supporting adoption of the palliative approach toolkit in residential aged care: an exemplar of organisational facilitation for sustainable quality improvement. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession* [online]. 2019, 55(4/5), 369-379 [cit. 2023-04-23]. ISSN 10376178. Dostupné z: doi:10.1080/10376178.2019.1670708
- ECONOMOS, G., et al. Nursing home hospital transfers in the terminally ill: night shift nurses matter!. *BMJ supportive* [online]. 2020, 10(2), 228-233 [cit. 2023-04-25]. ISSN 20454368. Dostupné z: doi:10.1136/bmjspcare-2019-001832
- ERIKSEN, S., et al. Palliative treatment and care for dying nursing home patients with COVID-19. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke* [online]. 2020, 140(8) [cit. 2023-04-23]. ISSN 08077096. Dostupné z: doi:10.4045/tidsskr.20.0306
- FORBAT, L., et al. Improving specialist palliative care in residential care for older people: A checklist to guide practice. *BMJ Supportive and Palliative Care* [online]. 2018, 8(3), 347 - 353 [cit. 2023-04-23]. ISSN 20454368. Dostupné z: doi:10.1136/bmjspcare-2017-001332
- HOLMBERG, B., et al. Barriers to and facilitators of ethical encounters at the end of life in a nursing home: an ethnographic study. *BMC Palliative Care* [online]. 2022, 21(1), 1-13 [cit. 2023-04-23]. ISSN 1472684X. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-022-01024-0
- HOLMBERG, B., et al. End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives. *Nursing Ethics* [online]. 2019, 26(6), 1721-1733 [cit. 2023-04-25]. ISSN 09697330. Dostupné z: doi:10.1177/0969733018779199
- HOV, R., et. al. Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *International Journal of Older People Nursing* [online]. 2013, 8(1), 50-60 [cit. 2023-04-25]. ISSN 17483735. Dostupné z: doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x

CHAPMAN, M., et. al. Avoiding costly hospitalisation at end of life: findings from a specialist palliative care pilot in residential care for older adults. *BMJ supportive* [online]. 2018, 8(1), 102-109 [cit. 2023-04-25]. ISSN 20454368. Dostupné z: doi:10.1136/bmjspcare-2015-001071

JOHNSTON, N, et. al. Avoiding costly hospitalisation at end of life: findings from a specialist palliative care pilot in residential care for older adults. *BMJ Supportive* [online]. 2016, 8, 102-109 [cit. 2023-04-24]. ISSN 20454368.

KABELKA, L. Geriatrická paliativní péče. *Časopis lékařů českých* [online]. 2018, 157(1), 34-36 [cit. 2023-04-23]. ISSN 00087335.

KIM, H., et. al. End-of-life care practices in Korean nursing homes: A national survey. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2022, 129 [cit. 2023-04-24]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104173

KOPPITZ, A., et. al.. Type and course of symptoms demonstrated in the terminal and dying phases by people with dementia in nursing homes. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* [online]. 2015, 48(2), 176-183 [cit. 2023-04-25]. ISSN 09486704. Dostupné z: doi:10.1007/s00391-014-0668-z

LIU, W., et al. Improved Quality of Death and Dying in Care Homes: A Palliative Care Stepped Wedge Randomized Control Trial in Australia. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. 2020, 68(2), 305-312 [cit. 2023-04-23]. ISSN 00028614. Dostupné z: doi:10.1111/jgs.161

LIYANAGE, T., et al. Identifying palliative care needs in residential care. *Australian Journal of Primary Health* [online]. 2018, 24(6), 524-529 [cit. 2023-04-23]. ISSN 14487527. Dostupné z: doi:10.1071/PY17168

RAINSFORD, S., et al. The impact of introducing Palliative Care Needs Rounds into rural residential aged care: A quasi-experimental study. *Australian Journal of Rural Health* [online]. 2020, 28(5), 480-489 [cit. 2023-04-23]. ISSN 10385282. Dostupné z: doi:10.1111/ajr.12654

STEFANACCI, R., et al. Prevalence and Description of Palliative Care in US Nursing Homes: A Descriptive Study. *American Journal of Hospice* [online]. 2016, 33(2), 171-172 [cit. 2023-04-23]. ISSN 10499091. Dostupné z: doi:10.1177/1049909114558585

TEO, S., et al. Internationalisation of Gold Standards Framework use in Primary Health Care. *Age and ageing* [online]. 2018, 47(5), 762 [cit. 2023-04-23]. ISSN 14682834. Dostupné z: doi:10.1093/ageing/afy100

UNROE, K., et al. Nursing Home Staff Palliative Care Knowledge and Practices: Results of a Large Survey of Frontline Workers. *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 2015,

50(5), 622-629 [cit. 2023-04-23]. ISSN 08853924. Dostupné z:
doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.06.006

Seznam zkratk

ABC	Assisted bodily care
ČR	Česká republika
GSF	Guidance for the Gold Standards Framework
HAI	Healthcare- Associated Infection
NR	Need Rounds
LCP	Liverpoolský systém péč
SPC	Specialist palliative care
PCS	Průzkumu paliativní péče
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
USA	United States of America