



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Hodnocení dostupnosti a kvality domácí hospicové péče
na Jindřichohradecku z pohledu pacientů a sester

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Alžběta Šabouková

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Hodnocení dostupnosti a kvality domácí hospicové péče na Jindřichohradecku z pohledu pacientů a sester“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 8. 8. 2022

.....

Bc. Alžběta Šabouková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Lence Šedové, Ph.D. za její profesionální přístup a cenné rady, které mi při zpracování práce byly velice užitečné. Poděkování patří také mým nejbližším rodinným příslušníkům za neutuchající lásku a podporu při studiu i psaní bakalářské práce.

Hodnocení dostupnosti a kvality domácí hospicové péče na Jindřichohradecku z pohledu pacientů a sester

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou hospicových služeb na vybraném území Jindřichohradecka se zaměřením na role sester v terénních hospicových službách, pokrytí těchto služeb a chováním zaměstnavatelů v podpoře psychického zdraví všeobecných sester v hospicové péči. Paliativní péče v terénních formách je rozvíjející se odvětví celosvětového zdravotnictví s očekávaným vzestupem.

V teoretické části práce je přiblížena problematika hospicové a paliativní péče, jako je její historie i současnost, legislativní rámec a financování. Práce si klade za cíle objasnit, jak se liší role sester v hospicové péči poskytované agenturou domácí péče a v multidisciplinární skupině mobilního hospice, dále analyzovat strukturu poskytování paliativní péče ve vybrané oblasti a popsat činnosti poskytovatelů pro práci s psychickým zdravím svých zaměstnanců.

V praktické části práce byl zpracován výzkum kvalitativní metodou za použití polostrukturovaných rozhovorů. Dohromady se výzkumu zúčastnilo 14 respondentů ze skupin všeobecných sester, vedoucích pracovníků paliativních služeb ve vybrané oblasti a pečujících nebo pacientů v péči hospicových poskytovatelů.

Z výsledků výzkumu vyplynulo překrytí rolí všeobecných sester v obou formách hospicové péče. Rozdíl výzkum shledává ve vlastnostech a osobnostních rysech všeobecných sester, a konceptu poskytované péče. V práci byla představena struktura poskytování hospicových služeb, kde výzkum poukazuje na nedostatečnou dostupnost a nevýdělečnost specializovaných služeb v nízké osídlených oblastech vybraného území.

Bakalářská práce popisuje činnosti pro zlepšení psychického zdraví všeobecných sester v hospicových službách. Výzkum shledává podcenění těchto činností u agentur domácí péče i celkově českého zdravotnického systému. Závěry bakalářské práce mohou sloužit zejména pro správní orgány, poskytovatele a všeobecné sestry se zájmem o hospicovou péči.

Klíčová slova

domácí hospic; mobilní specializovaná paliativní péče; obecná paliativní péče; role sestry; domácí péče

Evaluation of the availability and quality of hospice home care in the area of Jindřichův Hradec's region from the perspective of patients and nurses

Abstract

The bachelor's thesis deals with the issue of hospice services in the selected area of Jindřichův Hradec, with a focus on the roles of nurses in field hospice services, the coverage of these services and the behavior of employers in supporting the mental health of nurses in hospice care. Palliative care in field forms is a developing sector of global health with an expected rise.

In the theoretical part of the thesis, issues related to hospice and palliative care, such as its history and present, legislative framework and financing, are explained. The thesis aims to clarify how the roles of nurses differ in hospice care provided by a home care agency and in a multidisciplinary mobile hospice group, to further analyze the structure of palliative care provision in a selected area and to describe the activities of providers to work with the mental health of their employees.

In the practical part of the work, research was carried out using qualitative method of using semi-structured interviews. A total of 14 respondents participated in the research from groups of nurses, managers of palliative services in the selected area and caregivers or patients under the care of hospice providers.

The results of the research revealed an overlap of the roles of nurses in both forms of hospice care. The research finds the difference in the characteristics and personality traits of nurses and the concept of care provided. The thesis presented the structure of the provision of hospice services, where research points to the insufficient availability and unprofitability of specialized services in sparsely populated areas of the selected area.

The bachelor's thesis describes activities to improve the mental health of nurses in hospice services. The research finds an underestimation of these activities by home care agencies and the Czech healthcare system as a whole. The conclusions of the bachelor's thesis can serve especially for administrative authorities, providers and nurses interested in hospice care.

Keywords

hospice at home; mobile specialized palliative care; general palliative care; the role of the nurse; home care

2.2	Výzkumná otázka	28
2.3	Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce a hypotézách	28
3	Metodika	30
3.1	Popis stávající struktury pokrytí hospicové péče	30
3.2	Polostrukturované rozhovory	30
3.2.1	Schéma polostrukturovaných rozhovorů	30
3.2.2	Kritéria pro zařazení participantů	31
3.2.3	Postup zpracování a analýzy dat	32
3.2.4	Charakteristika výzkumných souborů a oblastí rozhovoru	33
4	Výsledky	34
4.1	Průběh péče o pacienty	34
4.2	Služba všeobecné sestry	37
4.3	Poskytovatelé	38
5	Diskuse	42
6	Závěr	49
	Seznam použitých zdrojů	50
	Seznam příloh a obrázků	59
	Seznam zkratk	60

Úvod

Bakalářská práce nese název „Hodnocení dostupnosti a kvality domácí hospicové péče na Jindřichohradecku z pohledu pacientů a sester“. Tato problematika byla mnou zvolena díky mému blízkému vztahu k domácí hospicové péči a také k vybranému regionu Jindřichohradecka.

Z veřejných průzkumů, jako jsou například průzkumy provedené agenturou STEM/MARK, a.s. v letech 2011 a 2013 na reprezentativním vzorku dospělé populace v České republice, uvedlo 78 % respondentů domácí prostředí jako preferované místo závěru života a smrti. Realita závěru života občanů ČR se výrazně liší od tohoto obecného přání. V domácím prostředí nastává pouze 20 % úmrtí. Pilotní programy Ministerstva zdravotnictví prokázaly, že mobilní hospice mají potenciál neutěšený stav umírání v Česku změnit.

Koncept hospicové péče je každým rokem známější jak zdravotníkům a zdravotním institucím, tak veřejnosti. V některých oblastech rozvoj domácího hospice stále není dostatečný, a proto probíhá jeho dotváření (Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023, 2018). Současné publikace a monografie o hospicové péči se věnují převážně tématice pacienta, jen málo z nich ukazuje perspektivu pečujících a členů pečujícího týmu v péči o pacienta v terminálním stádiu nemoci.

Bakalářská práce popisuje poskytování hospicové péče na Jindřichohradecku, interpretuje hodnocení dostupnosti hospicové péče z odpovědí pacientů a rodinných příslušníků se zkušeností hospicové péče na Jindřichohradecku. Dále porovnává role sestry poskytující hospicovou péči.

1 Současný stav

Péče o pacienty na konci života často není optimální. Paliativní péče se snaží pozitivně ovlivnit kvalitu života u nevléčitelně nemocných jedinců, u kterých již neprobíhá kurativní léčba. Prvořadá je kontrola bolesti a jiných symptomů, poté vyřešení sociálních, psychologických a duchovních problémů pacienta. Zatímco většina lidí by raději, aby se o ně někdo staral a zemřeli doma, v současnosti takto odchází poměrně málo lidí a většina umírá v nemocnici (Reymond et al., 2018). Velkou část umírajících západního světa tvoří dlouhodobě nemocní a geriatricí pacienti, často v péči minimálně paliativně proškoleného personálu (Burns, 2018). Významný počet zdravotnického personálu uvedl, že se často necítí sebevědomý v péči o tyto pacienty, s uvedenými důvody jako nedostatek zkušeností nebo znalostí (Le et al., 2017).

V současné době na území České republiky (dále ČR) od roku 2008 existuje Česká společnost paliativní medicíny při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále ČLS JEP), s cílem spolupráce s ostatními odbornými společnostmi. Tato společnost se udává jako hlavní nositel odbornosti v oblasti paliativní hospicové péče (Česká společnost paliativní medicíny, 2016). Můžeme se zde setkat s interdisciplinární specializovanou paliativní péčí prováděnou odborníky na tuto činnost zvláště vzdělanými. Nejčastějšími organizačními formami jsou zařízení lůžkových hospiců, domácích hospiců, oddělení paliativní péče v rámci nemocnic, konziliární týmy paliativní péče a ambulance paliativní medicíny v rámci nemocnic (Klin Onkologie, 2009).

Poskytování péče pomocí komunitních služeb je dle programu Zdraví 2030 prioritou pro vnitrostátní i regionální politiku. Je přínosné podporovat rozvoj komplexní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta jako upřednostňovaná alternativa k dlouhodobé hospitalizaci. Významným strategickým cílem je integrace včasné paliativní péče v závěru života. Paliativní péče by byla vhodná pro 78 % úmrtí. Ačkoli do roku 2018 byly učiněny pozitivní kroky a proběhly projekty zaměřené na mobilní paliativní péči, v řadě regionů jsou kapacity nedostatečné, což vede k nadužívání nemocniční péče (Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České Republice do roku 2030, 2020).

Dostupnost zdravotních služeb se v jednotlivých regionech výrazně liší a je také závislá na hustotě výskytu zdravotnického personálu. V námi zkoumané oblasti je obecná

dostupnost všeobecných sester čtvrtá nejmenší v celé ČR a to 6,8 sestry na 1000 obyvatel
(State of Health in the EU Czechia, 2021).

1.1 Hospicová a paliativní péče

Hospicová a paliativní péče jsou pojmy sobě velice blízké a provázané. V této kapitole bude rozebrána historie péče paliativní a hospicové, jejich definice, a nakonec působnost péče na námi zkoumaném území.

1.1.1 Historie pečovatelsví o umírajícího ve světě

Paliativní péče byla poskytována od nepaměti. Historicky doložené prameny máme již z doby antiky. Péče byla prováděna multidisciplinárně, nejen lékaři, ale také pečujícími sestrami, jeptiškami, duchovními, členy rodiny i ostatními laiky (Vorlíček, 2004).

Hospice bývaly útočištěm pro poutníky v nouzi, zraněné, vyčerpané i nemocné, a poskytovaly jim tělesné i duchovní zaopatření. Podobně doposud fungují v rozvojových zemích. Hospodářsky vyspělé země zakládaly hospicová hnutí s důrazem na důstojnost a lidskost péče. První hospicová zařízení byla zřizována počátkem 20. století zejména katolickými řády ve Francii, Irsku, Anglii, Austrálii a Spojených státech amerických (dále USA), tato zařízení kladla důraz na respektování individuality a celkovou pohodu jedince (Matoušek, 2013).

V padesátých letech dvacátého století začala být společností, zejména v západní Evropě a USA, péče v terminální fázi onemocnění kritizována pro nedostatek pozornosti a také pro nedostatečnou léčbu bolesti a nízkou dovednost personálu. Mezníkem moderní paliativní medicíny se stalo ustanovení pěti zásad rozvoje oboru ve Velké Británii.

Do zásad spadalo založení speciálních oddělení s komplexní multidisciplinární péčí, která by mohla provádět velkou škálu intervencí včetně vysoce odborné lékařské péče. Další dílčí zásadou byl rozvoj personálu multidisciplinárního týmu, vyškolení sester a lékařů pracujících v hospicích. Následující zásadou bylo zařazení péče do nemocničního provozu a založení takto orientovaných oddělení. Posledními zásadami byl rozvoj domácí formy hospicové péče a rozvoj konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích (Vorlíček, 2004).

Paliativní péče původně vděčí za svůj název lékaři Balfaouru Mountovovi z Montrealu v Kanadě, který se zajímal o onkologii z chirurgického pohledu. Mountov zavedl kvůli negativním konotacím slova hospic ve francouzsky mluvícím Québecu první nemocniční programy paliativní péče, které se postupně rozvinuly i do péče domácí (Tatum a Mills, 2020).

Začátkem šedesátých let dvacátého století bylo založeno hospicové hnutí a také první hospic St. Christofer hospic v Londýně díky dr. Cecilly Sauder. Myšlenka hospicového zařízení s vybraným personálem, který vytvoří prostředí lásky, uznání, péče a naděje, obletěla svět a dnes jich existuje více než dva a půl tisíce (Sláma a Svatošová, 2004). V USA Florence Waldová z Yale School of Nursing pokračovala v práci hospice St. Christofer a učila se jejich modelu, poté založila první hospic v USA v Bradfordu (Tatum a Mills, 2020).

V dnešní době je pokrytí paliativní péče různorodé nejen po celém světě, ale také v Evropě, dle dostupných analýz má 59 % evropských zemí omezenou nebo velmi nízkou dostupnost paliativních zdrojů. V přepočtu poměru specializovaných služeb ku službám nespécializovaným na populaci sta tisíce obyvatel je koeficient 0,79. V Německu je poměr 1,1; ve Velké Británii 1,3 a ČR dosáhla na pouhých 0,6 (Sánchez-Cárdenas et al., 2021).

1.1.2 Historie domácí hospicové péče na území České republiky

Česká historie s pečováním doma započala zmínkami o péči poskytované pomocí řeholních řádů v dvanáctém století (Jarošová, 2006). Prvním českým hospicem je od roku 1995 Hospic Anežky České v Červeném Kostelci, kde se dodnes poskytuje paliativní léčba (Sláma a Svatošová, 2004).

Tradičně byla domácí péče o umírající záležitostí velké rodiny, tato tradice zůstává zachována v některých venkovských oblastech. S urbanizací a moderní dobou vešla u nás domácí hospicová péče až do soudobého pojetí. Po válce, v době první Československé republiky předcházela hospicové péči zdravotnická domácí péče. V roce 1919 vznikl Červený kříž a převzal veškerou zdravotní péči v rodinách.

Československý červený kříž poskytoval pomoc dětem, chudým a nemocným lidem, a to dalo vzniknout sociálnímu ošetřovatelství. Předsedkyní organizace se stala Alice Masaryková, díky které do Československa přijeli američtí zdravotníci a české ošetřovatelství se jimi nechalo inspirovat (Jarošová, 2006).

Po druhé světové válce zajišťoval pečování doma stát, konkrétně Ústavy národního zdraví. V roce 1982 byl zavedený program zvaný „Úcta ke stáří“ za podpory mezinárodní gerontologické asociace. Sestry domácí péče se staly geriatrickými sestrami, docházejícími v určité lokaci za pacienty přímo do domácího prostředí v rámci obvodních

středisek (Tomeš et al., 2015). Po sametové revoluci byl institut geriatrických sester zrušen a místo něj vznikl nový typ péče zvaný Home care (Haškovcová, 2002).

Home care stejně jako geriatrické sestry úzce spolupracuje s praktickými (registrujícími) lékaři, zejména pro indikaci péče a zhodnocení jejího následného vývoje. Dále dostali lékaři a sestry možnost stáží v zahraničí, což vedlo k posunutí úrovně péče a vzniku prvního kamenného hospice. Provozování hospicové péče v domácím prostředí na sebe nenechalo dlouho čekat. V roce 2004 byl zřízen samostatný atestační obor Paliativní medicína a léčba bolesti (Peřina, 2016).

1.1.3 Pojem paliativní péče, hospicová péče

Pro pojem paliativní péče existuje mnoho formálních definic, což může být jeden z důvodů, proč je obtížné o paliativní péči mluvit s pacienty (Tatum a Mills, 2020). Paliativní péči charakterizuje World Health Organization (Světová zdravotnická organizace, dále WHO) jako obor paliativní péče poskytovaný formou specializované lékařské péče, jejímž cílem je optimalizace kvality života a zmírnění utrpení pacientů souvisejícího se zdravím fyzickým, psychologickým, sociálním nebo duchovním. Bez ohledu na to, jestli se jedná o kardiovaskulární onemocnění, rakoviny, selhání orgánů nebo chronické nemoci v konečném stádiu (Palliative care, 2022).

Paliativní péče je úzce spjatá s paliativní medicínou, kterou WHO definuje takto: „Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (Marková, 2010).

Jedním z hlavních způsobů, jak toho lze dosáhnout, je včasná identifikace a léčba nových příznaků spolu s léčbou těch, které jsou refrakterní. Paliativní péče se zabývá fyzickými, psychosociálními a duchovními aspekty pacientů s život ohrožujícím onemocněním prostřednictvím multidisciplinárního týmového přístupu (Tatum a Mills, 2020).

Multidisciplinární tým, dnes ve světě nazýván častěji interdisciplinární skupinou (Tatum a Mills, 2020), se skládá z široké řady odborníků, včetně paliativního lékaře, všeobecné sestry, sociálního pracovníka, (ergo)terapeuta, kaplana a lékárníka. Znázornění interdisciplinární skupiny jde vidět na obrázku 1 v příloze A. Je třeba poznamenat,

že paliativní péče spočívá v komplexní péči poskytované pacientům s život limitujícími nemocemi a neměla by být považována za alternativu k neúspěšné péči prodlužující život (Teoli a B. Kalish., 2021)

Paliativní péče dbá na zachování kvality života pacienta s nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terciálním stádiu nemoci. Jedná se o zmírnění pacientovy bolesti, udržování kontaktu s rodinou a přáteli a zachování důstojnosti, souběžně s paliativní péčí může pacient podstupovat léčebný proces. Cílem paliativní péče není uzdravení. Celková doba paliativní péče není nijak omezená, protože pacient může trpět nemocemi jejichž průběh může být po nějakou dobu stabilizovaný. K paliativní péči dochází ambulantní formou v nemocnicích a specializovaných poradnách, často také v hospicích (V čem se liší hospic a paliativní péče?, 2020).

Legislativní zakotvení paliativní péče je v § 5 Zákon č. 372/2011 Sb. v definici: „paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“ (Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), 2011).

1.1.4 Rozdělení paliativní péče

Pokud mluvíme o paliativní péči, jedná se o formu pomoci, obecnou nebo specializovanou péči. Rozdělení paliativní péče podle České společnosti paliativní medicíny (dále ČSPM) je následující: Kvalitní klinickou praxí poskytovanou zdravotníky v rámci jejich odborností se rozumí také obecná paliativní péče, jejím základem je zejména včasné rozpoznání onemocnění bez možnosti vyléčení a dále identifikace a práce s oblastmi významnými pro kvalitu života pacienta. Do této praxe je zařazeno například racionální využití kauzálních léčebných postupů, empatická komunikace, léčba syndromů, odkázání na další pomocné profese a služby, zajištění jejich návaznosti a logické posloupnosti. Tuto péči by měli používat všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti (Sláma et al., 2013).

Specializovaná paliativní péče je péče aktivní a multidisciplinární, péči poskytují odborníci se speciálním vzděláním v paliativní péči a také pracovníci opatření potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče by měla být poskytována pacientům, kteří komplexností svých potřeb péče přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (Sláma et al., 2013).

Paliativní péče má několik podobností s péčí hospicovou. Dalo by se říci, že hospicová péče vychází z péče paliativní. Jedná se o management bolesti a jiných symptomů, cíle péče a pokročilé plánování péče. Odlišností u paliativní péče je, že může být poskytována kdykoliv v případě život limitujících onemocnění a mohou na ní navazovat život prodlužující a léčící péče. Hospic poskytující hospicovou péči je zaměřený pouze na tišení bolesti a příznaků, poskytuje se při prognózách v řádu měsíců života, neobsahuje léčbu prodlužující život (Tatum a Mills, 2020).

1.1.5 Hospicová péče

Chápání termínu hospicová péče je v mnoha zemích odlišné zejména podmínkami zařazení pacienta do hospicové péče. V ČR hospice poskytují péči pro pacienty v terminálním stádiu onemocnění, na rozdíl například od USA, kde je hospicová péče omezena pouze na pacienty s prognózou života do šesti měsíců. U nás péče hospicová není časově omezena (Stránská, 2015).

Pod pojmem hospic má naše národní legislativa vyznění poskytovatele, který poskytuje zdravotní služby nevléčitelně nemocným pacientům v terminálním stavu ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu nebo ve vlastním sociálním prostředí pacienta. V takovém případě se jedná o domácí hospicovou péči (Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011). Domácí hospicová péče je poskytována dvěma druhy smluvních poskytovatelů na pomezí sféry zdravotní a sociální, a to agenturami domácí péče a mobilními hospici. Nositelem výkonu u obou poskytovatelů jsou všeobecné sestry.

1.2 Ošetřovatelství v paliativní péči

Pojem všeobecná sestra byl zaveden s reformou vzdělávání sester v roce 2004, v té době byly také přepracovány jejich kompetence a odborná způsobilost, která stále prostřednictvím vyhlášek může být pozměněna.

1.2.1 Kompetence všeobecné sestry

Kompetence sester jsou legislativně zakotveny v několika právních předpisech. Odborná způsobilost všeobecných sester je zakotvena v Zákoně č. 96 z roku 2004, kdy se také měnilo vzdělávání sester. V § 5 tohoto zákona je možné se dočíst, že odborně způsobilá osoba k výkonu povolání všeobecné sestry je tehdy, pokud absolvuje akreditované

bakalářské studium všeobecných sester, vyšší odborné studium diplomovaná všeobecná sestra, studium jednoročního programu diplomovaná všeobecná sestra po získání způsobilosti k výkonu povolání praktické sestry, středoškolské sesterské studium zahájené nejdéle ve školním roce 2003/2004 a další (Zákon č. 96/2004 Sb., 2004).

Vyhláška 424 z roku 2004 a později vyhláška 55 z roku 2011 upravují činnosti zdravotníků a i jiných odborných pracovníků. Vyhláška 55 z roku 2011 byla změněna vyhláškou 2 z roku 2016. Doteď obě prošly novelizací pomocí vyhlášky 391 v roce 2017 (Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011; Vyhláška č. 391/2017 Sb., 2017).

Ve vyhláškách je možné se dočíst, že zdravotnický pracovník, jako je i všeobecná sestra, pracuje bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti. K jeho činnostem patří poskytování zdravotní péče v souladu s právními předpisy a standardy, dodržování a dozor nad dodržováním hygienicko-epidemiologického režimu. Dále pracovník vede zdravotnickou a jinou dokumentaci, poskytuje pacientovi informace v souladu svých kompetencí, podílí se na praktickém vyučování a přípravě standardů (Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011).

Všeobecná sestra v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje a zajišťuje základní i specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Všeobecná sestra může vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, rizikových faktorů, projevů onemocnění i za použití měřících technik a zdravotnických prostředků, především pro změření fyziologických funkcí, dále všeobecná sestra pozoruje, zaznamenává a hodnotí stav pacienta (Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011).

Všeobecná sestra může zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami, provádět odsávání, zhodnocení cest dýchacích a zajišťovat jejich průchodnost, hodnotit a ošetřovat poruchy na celistvosti kůže spolu s hodnocením a ošetřováním stomií, chronických ran a ošetřováním centrálního a periferního žilního vstupu (Vyhláška č. 55/2011 Sb., 2011; Vyhláška č. 2/2016 Sb., 2016).

Dále všeobecná sestra může provádět edukaci pacienta i jiné osoby, nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti a ve spolupráci s fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem rehabilitační ošetrování, které se zaměřuje zejména na posazování, polohování, dechové cviky, metody bazální stimulace včetně prevence poruch mobility, a mnohé další (Vyhláška č. 2/2016 Sb., 2016; Vyhláška č. 391/2017 Sb., 2017).

V hospicové péči se uplatňují, mimo jiných, kompetence motivace a edukace jednotlivce, rodiny i skupiny, provádění psychické podpory umírajícímu a jejich blízkým, podávání léčivých přípravků, zavádění a udržování kyslíkové terapie (Vyhláška č. 2/2016 Sb., 2016).

Obecně se kompetence dělí na profesní, etické a zákonné, do kterých patří odpovědnost, etická praxe a zákonná praxe. Poté na poskytování a management péče. Poskytování péče spočívá v hodnocení stavu pacienta, plánování péče, realizaci, podpoře zdraví pacienta, terapeutické komunikaci a mezilidských vztazích. Management péče je tvořen z bezpečného prostředí, interdisciplinární péče a delegace úkolů s dohledem nad nimi. Poslední částí kompetencí je profesní rozvoj, který spočívá v profesním zdokonalování, zvyšováním kvality péče a kontinuálním vzdělávání (Krause, 2017).

1.2.2 Role sestry v domácí paliativní hospicové péči

Ošetřovatelství se v čase rozvíjí a proměňuje podobně jako všechny profese. Základní role sestry je role pečovatele pro zajištění ošetřovatelských diagnóz a samotná péče o pacienty během pravidelných návštěv. Role edukátora nemocného a jeho rodiny, poučení rodiny a nácvik praktických dovedností usnadňujících soběstačnost pacienta. Obhájce či advokát nemocného, kdy je všeobecná sestra jako mluvčí, když pacient nedokáže projevit své potřeby, sestra také zajišťuje pacientovi pocit bezpečí a jistoty. Sestra je také koordinátor s nutností aktivní spolupráce s týmem i rodinou pacienta, a v neposlední řadě je sestra také asistent pro diagnostickou a terapeutickou lékařskou péči aj. (Staňková, 2002).

1.2.3 Vzdělávání sester pro paliativní a hospicovou péči

Vzdělání sester je zakotveno ve výše zmíněných legislativních předpisech, a to zejména v Zákoně č. 96/2004 Sb. Do vzdělávacích programů specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky byl zařazen vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra – domácí a hospicová péče (Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., 2016).

Dále musí uchazeč o zařazení do vzdělávání pro specializaci v oboru Domácí péče a hospicová péče prokázat praxi: „alespoň jednoho roku výkonu povolání všeobecné sestry při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta podle

§ 10 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 372/2011 Sb.) nebo v hospici podle § 44a zákona č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nebo alespoň 2 roky výkonu povolání všeobecné sestry v lůžkové péči podle § 9 zákona č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nebo ambulantní péči podle § 7 zákona č. 372/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů, nebo 2 roky výkonu povolání všeobecné sestry v zařízeních sociálních služeb, podle § 34 zákona č. 108/2006 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů a to v rozsahu alespoň poloviny týdenní pracovní doby“ (Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra - domácí a hospicová péče, 2019).

Od roku 2015 je u nás možné i postgraduální vzdělání sester v paliativní péči ve Specifické ošetrovatelské péči v paliativní péči a je také možné splnit jiné akreditované kurzy (Cabrnok et al., 2016).

1.2.4 Specifikace role sestry v domácím hospici

Mezi náplň činností všeobecné sestry v Mobilní specializované paliativní péči (dále MSPP) je především nutnost sestry předvídat a minimalizovat rizika, která by se mohla podílet na vzniku komplikací. Činí tak prostřednictvím zajištění bezpečného prostředí, péči o invazivní vstupy či rány, polohováním, přiměřenou hydratací, kontrolou fyziologických funkcí a uskutečňováním stanoveného plánu péče. Nejčastějšími ošetrovatelskými intervencemi jsou u pacientů v paliativní péči sledování jednotlivých symptomů nemoci (bolest, dušnost, zácpa atd.) a jejich léčba dle ordinací ve spolupráci s ošetrujícím lékařem. Sestra se dále podílí na psychické, emocionální a sociální podpoře nemocného i jeho rodiny a pečujících (Standardy mobilní specializované paliativní péče, 2019).

1.3 Terénní poskytovatelé paliativní a hospicové péče

Poskytovatel paliativní péče zprostředkovává péči, jejímž účelem je zachování kvality života a zmírnění utrpení pacienta s nevléčitelnou nemocí. Paliativní péče je jedním z druhů zdravotní péče v souladu s platnou legislativou a lze ji poskytovat i ve vlastním sociálním prostředí (Pivoňková, 2020). Paliativní péče stojí na pomezí péče zdravotní s péčí sociální, proto poskytovatelé mohou poskytovat služby nejen ze zdravotní sféry, ale také ze sféry sociální (Bužgová, 2015).

V ČR je uznáváno Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky (dále VZP) dvoučlenné odbornostní spektrum poskytovatelů pro poskytování zdravotní paliativní péče. Výkony, které tyto společnosti vykazují, se nazývají „Agregovaný výkon domácí paliativní péče“ a „, Signální kód – ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stádiu“ (Registrační listy zdravotnických výkonů, 2022).

Od 1. ledna 2010 u VZP vznikla odbornost „925 – sestra domácí zdravotní péče“, kterou v roce 2018 doplnila odbornost „926 – mobilní specializovaná péče“. VZP podporuje rozvíjení paliativní péče a vedle zavedené komplexní domácí péče, která může pečovat o pacienta v terminálním stádiu v rozsahu obecné paliativní péče, zařadila do odborností i mobilní hospice pro doplnění spektra ve specializované paliativní péči (Pivoňková, 2020; Pivoňková, 2016).

Domácí hospicová péče je poskytována agenturami domácí péče a jednotkami mobilního hospice. Zásadní rozdíl oproti péči ústavní, vedle neodmyslitelných pozitiv pro pacienta plynoucích z pobytu ve vlastním sociálním prostředí, je v dostupnosti profesionální zdravotní péče a v míře podílení laiků na péči. Velmi významná je pomoc blízkých pacienta, bez které fungují domácí služby jen velmi obtížně (Hakl a Sláma, 2004).

1.3.1 Definice domácí hospicové péče

Domácí hospicová péče je integrovaná forma zdravotní, sociální, psychologické a duchovní péče, poskytovaná nemocným všech indikačních, diagnostických i věkových skupin v terminální fázi onemocnění ve vlastním sociálním prostředí. „*Domácí hospic je ve světě nejrozšířenější formou poskytování specializované paliativní péče. Pracuje zde multidisciplinární tým, který se skládá z lékařů, sester, sociálních a pastoračních pracovníků, psychologů a dobrovolníků.*“ Je snaha pomoci nejen umírajícím, ale také rodině, pečujícím nejen v době nemoci, ale také v období smrti a truchlení (Marková, 2010).

V rámci domácí hospicové péče je poskytována zejména paliativní péče jako celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na léčení vlastního závažného onemocnění. Zásadní je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních potřeb a problémů nemocných (Koncepte hospicové péče pro Českou republiku, 2017).

1.3.2 Komplexní domácí péče

Domácí péče v oblasti paliativní péče o pacienta zavedla komplexní domácí péči s principem zajistit maximální dostupnost služby v kvalitě, oblasti, čase a rozsahu péče pod odborností 925 – domácí péče. Přes mnohé překážky se Asociaci domácí péče podařilo v zásadě splnit tento cíl na většině území ČR.

Sestry z domácí péče zajišťují spolu s lékaři (ambulantními specialisty, registrujícími praktickými lékaři) obecnou paliativní péči prostřednictvím indikace návštěv lékaři, odbornými výkony sester a laickou péčí blízkých. Lékař ani sestry domácí péče nemusí vést pohotovost, nefungují nepřetržitě (je vyžadována dostupnost 24/7/365 v případě indikace), a tak může v době akutní nepředpokládané komplikace mimo pracovní dobu zasáhnout rychlá lékařská pomoc nebo nastane akutní hospitalizace (Kabelka et al., 2016).

Domácí péče má stanovené požadavky na personální zabezpečení při poskytování paliativní péče ve vyhlášce 99 z roku 2012 v příloze 8. Třetí bod ustanovuje možnost poskytování péče pouze pro osoby se vzděláním: „*všeobecná sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu, všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí v oboru způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud jsou vykonávány činnosti podle jiného právního předpisu a dětská sestra způsobilá k výkonu povolání bez odborného dohledu, pokud je poskytována domácí péče dětem do 3 let.*“ (Vyhláška č. 99/2012 Sb., 2012)

1.3.3 Výkony domácí péče

Poskytovatelé paliativní péče s odborností 925 mohou poskytovat zdravotní služby s následným vykazáním kódů výkonů zdravotní pojišťovně pacienta, pokud s ní poskytovatel má uzavřenou smlouvu. Portfolio výkonů, které mohou být po indikaci lékařem, je poměrně široké a je předmětem dodatku smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou.

Indikovat pacientovi péči hrazenou ze zdravotního pojištění může od 1. ledna 2022 nejen ošetřující lékař po hospitalizaci pacienta (péči až na 14 dní) nebo registrující praktický lékař (péči až na 3 měsíce), ale také lékaři s dalšími odbornostmi. Mezi další odbornosti patří ambulantní specialisté, lékaři a poskytovatelé poskytující lékařskou pohotovostní služby a také poskytovatelé poskytující zdravotní služby na urgentním příjmu, i v případě

pacienta, který nebyl hospitalizován. Indikaci domácí péče je možné u specialistů doporučit až na 14 dní, v případě paliativní péče až na dobu 3 měsíců. Tato změna je možná díky novelizaci zákona 48 z roku 1997 zákonem 371 z roku 2021. Všechny vykazované výkony musí být na poukazu vyšetření/ošetření DP uvedené s četností a pomocí číselného označení (Zákon 371/2021 Sb., 2021; Zákon 48/1997 Sb., 1997).

Prvotním výkonem vykázaným u pacienta bývá výkon 06311 – Zavedení, ukončení domácí péče. Každá návštěva je vázaná na časový výkon. Časové výkony jsou na nejméně čtvrt hodiny až jednu celou hodinu a najdeme je pod kódem 06318, 06313, 06315 a 06317. Materiální výkony jsou kódy od čísla 06319 až po 06335, mohou být u každého poskytovatele jiné v závislosti na možnosti poskytování péče s ohledem na materiální, personální a technické vybavení a znění příslušného dodatku se zdravotní pojišťovnou. Do této skupiny kódů patří vyšetření stavu pacienta, odběry biologického materiálu, aplikace léčiv, ošetření lokální a stomická a mnohé další (Registrační listy zdravotnických výkonů, 2022; Výkony, 2016).

Péče o paliativní pacienty je vykázána pomocí „klasických“ časových a materiálních kódů, a navíc se používá v terminální péči výkon 06349. Takzvaný signální výkon u odbornosti 925, díky kterému je maximální frekvence vykazování kódů zvýšena z tří na šest za jeden den. Pokud je péče prováděná mimo pracovní den nebo mezi 22–06 hodinou, je označena navíc výkony číslo 06137 a 06135 (Registrační listy zdravotnických výkonů, 2022; Výkony, 2016).

Oblast poskytování paliativní péče ze strany hospitalizačních zařízení, jednotlivých agentur domácí péče a domácích mobilních hospiců by se mohla u některých pacientů překrývat, proto nastalo vymezení oblasti působnosti. Orientace poskytovatelů je specifikována tak, aby nedocházelo k překrývání péče neboli duplicitám, takže v jeden den může péči o hospicového pacienta vykázat pouze jeden poskytovatel. Duplicity péče by s sebou nesly zbytečné finanční náklady pro státní zdravotní systém (Špinková a Špinka, 2004).

1.3.4 Domácí hospic

Domácím hospicem, nebo také mobilním hospicem, se označuje specializovaná domácí hospicová péče s omezeným počtem klientů, u nichž je předpokládána prognóza délky života na základě odborného lékařského posouzení kratší než šest měsíců. Domácí hospic

funguje v kontinuálním režimu (24/7/365) pomocí multidisciplinárního týmu (Kabelka et al., 2016).

Od roku 2018 fungují mobilní hospice pod odborností 926 - domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu, která je určena pro pacienty se symptomovou zátěží. Tito pacienti se do péče agentur domácí péče obvykle ani nedostávají a zůstávají do konce života hospitalizováni v lůžkových zařízeních. Domácí hospic má přesně stanovená kritéria pro přijetí do péče a je tedy zaručeno využití kapacity výhradně pro pacienty, kterým již nemůže být poskytována péče v součinnosti registrujícího praktického lékaře a domácí péče tak, aby nevznikala duplicita péče (Pivoňková, 2020).

Pacient je indikován lékařem pro hospic, pokud dva nezávislí lékaři posoudí, že je nevléčitelně nemocný. Pacient musí souhlasit s paliativní péčí bez kurativní léčby základního smrtelného onemocnění, pacient formálně podepíše prohlášení souhlasu (Tatum a Mills, 2020).

1.3.5 Výkony domácích hospiců

Výkony, které jsou vykazovány za hospicovou péči provedenou poskytovateli odborností 926, také najdeme na registračních listech MZ ČR a jsou pouze dva. Jedná se o výkon 80090 a 80091 odborností 926, které představují agregovaný výkon – paušální úhradu za den péče, za materiální, personální i technické vybavení. Celý název kódů je „Agregovaný výkon domácí paliativní péče - klinicky nestabilní pacient“ a „Agregovaný výkon domácí paliativní péče - klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy“ (Registrační listy zdravotnických výkonů, 2022; Výkony, 2016).

Výkony trvají jeden ošetrovací den a jsou definované takzvanou obligátní částí výkonu, která vymezuje minimální garantovaný objem poskytované péče každému pacientovi. Do obligátní části patří denní zhodnocení stavu konkrétního pacienta od každého člena týmu, dále se jedná o úpravu nebo potvrzení a následnou práci s plánem péče a zápis dokumentace v takovém rozsahu, aby bylo vyhověno potřebám další péče. Druhou částí kódu je variabilní část kódu, kdy se jedná o přímou návštěvu pacienta lékařem a sestrou. Variabilní část výkonu závisí na klinické indikaci a aktuálním zdravotním stavu pacienta, obsahuje také zhodnocení stavu pacienta a vyhodnocení následného postupu při poskytování paliativní péče (Registrační list - 80091, 2022; Registrační listy zdravotnických výkonů, 2022).

1.3.6 Úhrady z veřejného pojištění pro hospicové terénní poskytovatele v ČR

Výkony mobilních hospiců jsou propláceny dle výpočtu uvedeného níže, a neekonomičtěji vycházejí při péči 30 dní o dospělé a 180 dní o dětské pacienty. Dalším zdrojem mohou být dotace a dary.

Výpočet pro domácí paliativní péči o pacienta v terminálním stavu vychází z vyhlášky 396/2021 Sb. z části hodnota bodu a výše úhrad podle § 11...

B4. „Hodnota bodu odbornosti 926 podle seznamu výkonů se stanoví ve výši 1,03 Kč, přičemž celková výše úhrady nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$\min \{(\text{POPičz,dosp} * 30 * \text{PB80091} * \text{HB}) + (\text{POPičz,dět} * 180 * \text{PB80091} * \text{HB}); \text{Bodyh} * \text{HB}\}$$

kde: POPičz,dosp je počet unikátních dospělých, POPičz,dět je počet unikátních dětských pojištěnců, Bodyh je počet bodů vykázaných, HB je hodnota, která činí 1,03 Kč,

PB80091 je jednotkový počet bodů za výkon č. 80091 (Vyhláška č. 396/2021 Sb., 2021).

Výkony domácí péče mohou být po užití výkonu pro terminální péči (tzv. signálních kódů) vykazovány jako časové výkony v četnosti až 6x za den, takže maximálně 6 hodinových návštěv za den s využitím dalších materiálních a ošetrovatelsky–technických výkonů. Proplácení práce domácí péče spadá pod maximalizační výpočet uvedený níže. Dle výpočtu je neekonomičtější péče různorodá v zastoupení velké škály diagnóz a nákladných i málo nákladných pacientů s růstem oproti referenčnímu období do 27 %. Ostatní profese zapojené v péči o pacienta jako je například lékař, jsou hrazeny zvlášť jako další zdravotnickí poskytovatelé.

Výpočet pro domácí péči vychází z vyhlášky 369/2021 Sb. V části hodnota bodu a výše úhrad podle § 11:

A 4. „Pro poskytovatele ambulantní péče poskytující hrazené služby v odbornostech 916, 921 a 925 podle seznamu výkonů celková výše úhrady poskytovateli v dané odbornosti, mimo úhrady hrazených služeb uvedených v bodě 1, nepřekročí částku, která se vypočte takto:

$$(1,27 + KN) \times POPzpoZ \times PUROo + (1,27 + KN) \times \max [PUROo \times POPzpoMh; (UHRMh-UHRMr)]$$

kde: POPzpoZ je počet základních unikátních pojištěnců v hodnoceném období, PUROo je průměrná úhrada za výkony, PUROo nevstupují pojištěnci, POPzpoMh je počet mimořádně nákladných unikátních pojištěnců v hodnoceném období, UHRMh je úhrada za výkony v hodnoceném období, UHRMr je úhrada za výkony v referenčním období (Vyhláška č. 396/2021 Sb., 2021).

1.3.7 Sociální služby při hospicové péči

Vedle zdravotních služeb, označovaných historicky jako „home care“, začali poskytovatelé pečovat také pomocí sociální péče historicky označené „home help“, tedy domácí pomoc. Sociální služby jsou pro komplexní péči v sociálním prostředí pacienta nedílnou součástí pro zabezpečení a pomoc v úkonech péče o pacienta (respektive klienta pro sociální služby), osobní hygieně a chodu domácnosti. Při paliativním pečování je také často využívána služba poradenská zejména pro primárního pečujícího pacienta. Poskytovatelé sociálních služeb jsou registrováni krajskými úřady a vedeni v registru poskytovatelů sociálních služeb. Konkrétně při paliativní péči je možné využít sociální služby - pečovatelské služby, odlehčovací služby, osobní asistence, poradny a půjčovny pomůcek (Poskytovatelé služeb a pomůcky, 2022).

Jak by se mohlo zdát, když jsou zdravotní služby placené ze zdravotního pojištění, sociální služby by měly být placené z toho sociálního, opak je pravdou. Sociální služby jsou financované z dotačních programů, darů a plateb spotřebitelů služby. Klient si může zažádat o příspěvek na péči. Někteří poskytovatelé vedle zdravotních služeb v paliativní péči poskytují i služby sociální, nejčastěji terénní odlehčovací službu (Financování sociálních služeb, 2022).

1.4 Jindřichohradecký region

Okres Jindřichův Hradec je rozlohou druhým největším okresem v ČR, trvalý dlouhodobý pobyt má na území více než 90 tisíc osob, s hustotou osídlení 47 obyvatel na kilometr čtvereční – tím se řadí mezi nejhřidčeji osídlené okresy v ČR. Na Jindřichohradecku žije 27 tisíc seniorů, z čehož 64 % jsou osoby ve starobním důchodu. V daném okrese jsou čtyři domovy pro seniory s kapacitou 300 míst.

Oblast zájmu této bakalářské práce je zejména východní část okresu Jindřichův Hradec, administrativně území spadající do oblasti s rozšířenou působností (dále ORP) Dačice, na obrázku 2 v příloze A znázorněna žlutě. V oblasti žije 18,7 tisíc obyvatel, s hustotou osídlení 39,6 obyvatel na kilometr čtvereční (Charakteristika okresu Jindřichův Hradec, 2020). Počet osob v ORP Dačice nad 65 let byl v roce 2019 téměř 4 tisíce, současný stav kapacity ORP Dačice je plánováno rozvíjet (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb jihočeského kraje na období 2022 – 2024, 2021).

V okrese je obecná paliativní péče poskytována zdravotnickými pracovníky v lůžkových zařízeních v rámci vlastní odbornosti v nemocnici Jindřichův Hradec a Dačice. Lůžková specializovaná paliativní péče s konziliárním týmem je poskytována v Nemocnici Jindřichův Hradec s kapacitou 2 lůžka. Lůžkový hospic v okrese Jindřichův Hradec není, částečně do něj zasahují spádové oblasti z jiných okresů, jak je vidět na obrázku 3 v příloze A (Koncepte paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023, 2018).

1.4.1 Služby domácí hospicové péče na Jindřichohradecku

Terénní hospicové služby stojí na pomezí péče zdravotní a sociální. V oblasti existuje několik poskytovatelů mobilní specializované péče s odborností 926, jak jde vidět na obrázku 4 v příloze A.

Do oblasti také zasahuje mobilní hospic ze sousedního kraje sídlící v Telči (Koncepte paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023, 2018). V oblasti také fungují komplexní domácí péče s odborností 925, a to v Jindřichově Hradci a také v Dačicích. Celkem tedy do námi zkoumané oblasti zasahují svým územím čtyři terénní poskytovatelé zdravotních služeb (Národní registr služeb, 2022). Pouze dva poskytovatelé mají na území zřízené i sociální doprovodné služby, a to se sídlem v Dačicích a Třeboni (Odlehčovací služby, 2022).

2 Cíle práce a hypotézy

V následující kapitole jsou vytyčeny cíle a výzkumné otázky, kterými se zabývá tato bakalářská práce.

2.1 Cíle bakalářské práce

- Analyzovat stávající strukturu pokrytí hospicových služeb ve vybrané oblasti.
- Porovnat role paliativní sestry pracující v domácí zdravotní péči a role sestry z multidisciplinárního týmu mobilního hospice.
- Popsání činností poskytovatelů ke zlepšení a udržení dobrého psychického zdraví svých zaměstnanců.

K naplnění cílů bude užito kvalitativní výzkumné strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů, analýzy dostupnosti hospicových služeb a polostrukturovaných rozhovorů ve vybraných službách jindřichohradecké okresu.

Dostupnost bude v práci hodnocena pomocí zvolených kritérií, jako jsou dojezdová vzdálenost, kapacita služby, vybavenost odborným personálem, míra péče o personál a jeho psychické zdraví, osobní a kariéerní rozvoj sestry. Kvalita péče bude hodnocena dle vzdělání a odbornosti personálu a spokojenosti pacientů popřípadě rodinných příslušníků, která bude zjištěna pomocí polostrukturovaných rozhovorů.

2.2 Výzkumná otázka

V souvislosti se stanovenými cíli, byla zvolena výzkumná otázka:

1. Jak se liší role sestry v hospicové péči poskytované domácí zdravotní péči s rolí sestry multidisciplinárního týmu mobilního hospice?

2.3 Operacionalizace pojmů použitých v cíli práce a hypotézách

Hospicová péče - nekurativní péče o pacienty v terminálním stádiu nevyléčitelné nemoci.

Dostupnost - charakterizována dle kritérií jako jsou dojezdová vzdálenost, kapacita služby, průměrný počet hodin strávených u pacienta, vybavenost odborným personálem, technickým vybavením, míra péče o personál a jeho psychické zdraví, osobní a kariéerní

rozvoj sestry, vědomost pacientů ve vybrané oblasti dalších hospicových služeb, způsob spojení a navázání kontaktu s jimi využívanou službou.

Všeobecná sestra – sestra, která může provádět výkon odpovídající kvalifikaci zdravotnického pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, tj. všeobecné sestry, splňující podmínky požadovaného minimálního vzdělání uvedeného v zákonech 96/2004 Sb., 95/2004 Sb., a 201/2017 Sb.

Jindřichohradecko- oblast v okolí Jindřichova Hradce, v této práci brán v potaz zejména východ ORP Jindřichův Hradec a ORP Dačice.

3 Metodika

V praktické části práce byla zvolena výzkumná metoda kvalitativního výzkumu s kombinací technik hloubkových polostrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentace. Zvolená metodika umožňuje poznání širšího kontextu okolností, jevů a jejich poznání v přirozených podmínkách. Výzkumem kvalitativním se oproti výzkumu kvantitativnímu zjistí informace detailnější a daná problematika proto může být prozkoumána do hloubky (Kutnohorská, 2009).

3.1 *Popis stávající struktury pokrytí hospicové péče*

Stávající struktura byla analyzována dle veřejných smluv poskytovatelů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven, kde je uvedena i kapacita sester – jelikož jsou nositelé výkonu, a také území povolené působnosti organizace pro poskytování péče. Dále byla z rozhovorů zjištěna aktuální vytíženost, obvyklá vytíženost a kapacita poskytovatele.

3.2 *Polostrukturované rozhovory*

Při rozhovorech s respondenty je bráno v potaz i pozorování, které by se dalo specifikovat jako přímé, nestrukturované, otevřené a zúčastněné. V pozorování je možné zachytit nevyřčené okolnosti a vlivy, které na respondenta působí a některé z nich si nemusí ani uvědomovat. Na začátku rozhovorů po představení tazatele je respondent ujištěn o anonymitě, náležitostech a zaměření výzkumu.

Technika hloubkového polostrukturovaného rozhovoru spočívá nejen v metodice rozhovoru samotného, ale také v jeho přípravě a zejména v následné analýze. V předem připraveném seznamu otevřených otázek se nachází otázky úvodní pro navázání kontaktu s respondentem, otázky hlavní, které odkrývají zvolenou tematiku, s přídatnými navazujícími otázkami, poté otázky dynamické pro udržení vzájemné interakce a také otázky ukončovací pro správné a plné zakončení dotazování (Švaříček a Šedřová, 2007).

3.2.1 *Schéma polostrukturovaných rozhovorů*

Výzkum je situován pro tři skupiny respondentů, a to sestry poskytující terénní hospicovou péči v sociálním prostředí pacienta ve vybrané oblasti, koordinační pracovníci zdravotních poskytovatelů terénní hospicové péče ve vybrané oblasti a pečující s pacienty

těchto terénních služeb. Další podstatné informace jsou čerpány ze zdrojů Jihočeského krajského úřadu, obcí s rozšířenou působností a VZP.

Každý hloubkový rozhovor se sestrami je složen z minimálně 20 připravených otevřených otázek, u kterých byla ověřena validita. Před výzkumem bylo zhotoveno schéma pro hloubkový polostrukturovaný rozhovor se sestrami s 18 hlavními otázkami a 56 tazatelskými otázkami, viz příloha B. Otázky zjišťují, jakou péči sestry poskytují, jaké pacienty mají v péči, v jakých frekvencích péči poskytují, které činnosti do péče spadají a jakou k nim mají kvalifikaci. Dále otázky zjišťují intradisciplinární spolupráci včetně využívání laické péče pečujícího, a dopad a prevenci pro zachování psychického zdraví sestry.

Další skupinou respondentů jsou koordinační pracovníci terénní hospicové péče, u kterých byl hloubkový rozhovor založený na 8 hlavních otázkách a 22 tazatelských otázkách, viz příloha B. Otázky zjišťují strukturu poskytované péče, průběh péče, podporu okolí a vnitřní činnosti pro zachování psychického zdraví zaměstnanců.

Poslední dotazovanou skupinou respondentů jsou pacienti, jejich pečující a rodina, u kterých byl hloubkový rozhovor založený na 8 hlavních otázkách a 22 tazatelských otázkách, viz příloha B. Otázky objasňují téma způsobu využívání služby s hospicem, vnímání přítomnosti a práce sester a spokojenosti se službou. Příklad rozhovoru je vypsán v příloze C s ukázkou kódování výpovědi.

3.2.2 Kritéria pro zařazení participantů

Vstupními kritérii pro zařazení všech skupin respondentů neboli inkluze jsou zejména účast na hospicové péči ve vybrané oblasti, trvající indikace a využívání hospicové péče a souhlas s účastí ve výzkumu. Exkluzí je zejména jiná lokalita než vybrané oblasti působení/využívání služeb hospicové péče.

S výběrem participantů pomáhali přímo kontaktovaní poskytovatelé v dané oblasti, kteří respondenty doporučovali dle dohodnutých kritérií a jejich vlastního úsudku na základě vlastní praxe v oboru. Respondenti byli osloveni přes poskytovatele v dané oblasti dle kritérií výběru a zvážení vedoucích pracovníků oslovených poskytovatelů. Všeobecné sestry, pacienti a jejich rodiny byli vybráni pomocí techniky sněhové koule. Koordinační pracovníci byli osloveni dle poskytovatelů v dané oblasti. Do výzkumu se zapojila většina oslovených subjektů. Počet respondentů byl ustanoven v průběhu výzkumu

po saturování výpovědí respondentů, následní respondenti by se již opakovali ve výpovědích. Vzorek výzkumu byl zhodnocen jako nasycený.

3.2.3 Postup zpracování a analýzy dat

Z elektronicky přepsaných polostrukturovaných rozhovorů s respondenty byl následně vytvořen seznam kódů pomocí otevřeného kódování v softwaru MAXQDA. Na základě podobností a společných znaku byla provedena systematická kategorizace – dle vnitřních souvislostí. Pod pojmenovanými kategoriemi se hierarchicky slučují.

Pro analýzu dat byla zvolena technika „vyložení karet“, která je vhodnou nadstavbou pro otevřené kódování. Kategorie se uspořádají do obrazce či linky a na jejím základě se sestaví text převyprávějící obsah jednotlivých vybraných kategorií se vzájemnou souvislostí, podstatných pro výzkumné otázky (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Průměrná délka rozhovoru byla 14,75 minuty, všechny nahrávané rozhovory byly nahrávány se souhlasem, jiné poznamenány na papír. Respondenti byli seznámeni s problematikou bakalářské práce, účelem rozhovoru, bylo domluveno, že respondenti nemají povinnost odpovídat na všechny položené otázky a mají možnost kdykoliv rozhovor ukončit. Nakonec vždy proběhlo ubezpečení o dobrovolnosti a anonymitě. Respondenti byli označováni zkratkami S - sestra; P - pacient; K - koordinační pracovník a číslem 1-6, klíč k jejich identifikaci je uschovaný u autora bakalářské práce.

Celkem bylo syntézou všech analyzovaných rozhovorů sestaveno 9 komplexních kategorií s přiřazeným seznamem kódů, hierarchický seznam kategorií a kódů je uveden v příloze D. Díky vzájemné provázanosti otázek, dotazovaných oblastí a vnitřní podobnosti odpovědí bylo možné syntetizovat výpovědi koordinačních pracovníků, všeobecných sester i pacientů, jejich rodin a pečujících. Pro přehlednost, možnost výzkumu stanovené otázky a charakteristické rysy typu zařízení byly výstižné kódy vytvořené pouze z odpovědí respondentů z agentur domácí péče označeny **červeně** a respondentů z mobilních hospiců označeny **fialově**, ostatní vzájemné kódy jsou černě, jako je naznačeno v příloze D. Následně byly kategorie začleněny do tří podkapitol uvedených níže pro vhodnou komparaci s vytyčenými cíli práce, ve výsledcích byly zpracovány kódy vyhodnocené jako odlišné na základě vnitřních podobností s důsledkem a poukázáním na vzájemné odlišnosti.

3.2.4 *Charakteristika výzkumných souborů a oblastí rozhovoru*

Polostrukturované rozhovory probíhaly v březnu roku 2022, celkem bylo osloveno 14 osob. Základní soubor v této práci tvoří tři skupiny. Skupinou první jsou všeobecné sestry zaměstnané na vybraném území u poskytovatelů hospicových služeb konkrétně v agenturách domácí péče a týmech mobilních hospiců.

Polostrukturované rozhovory byly prováděny s pěti všeobecnými sestrami. Ze vstupních informací vyplývá, že všichni respondenti byly ženy, takže respondentky ve věku 24-57 let, s praxí poskytování hospicové péče 1-5let. Dosažené vzdělání bylo obvykle vysokoškolské, méně také středoškolské. Celková délka praxe se výrazně lišila od 3 až po 38 let. Kategorizací výsledků byly utvořené tři hlavní kategorie s dalšími podkategoriemi. Prostředí zvolené pro rozhovor bylo v místě příslušné organizace, aby se respondenti cítili příjemně. U některých byl pozorován drobný stres z oficiality celého rozhovoru a možná i částečně z přítomnosti kolegů a jejich vedoucích sedících poblíže.

Další skupinou byli koordinační pracovníci zmíněných služeb podílející se na plánování péče a spolupráce s pacienty. Rozhovory se sestrami a koordinačními pracovníky byly vedeny v zázemí organizací, některé z nich i skupinově. Zapojili se tři koordinátoři péče, se vzděláním nejméně středoškolské úrovně. Všichni respondenti byly taktéž ženy s praxí v oboru více jak tři roky a působením v hospici více jak rok. Věk respondentů se pohyboval od 32 let výše. Rozhovory byly vedeny v kancelářích pracovníků, pracovníci vypadali i odpovídali klidně.

Třetí skupinu byli pacienti hospicových služeb ve vybrané oblasti v terminálním stádiu své nemoci. Do této skupiny taktéž patří jejich rodiny a primární pečující. Pečující a pacienti poskytovali rozhovory v domácím prostředí pouze u dvou organizací, které k tomu svolili. Pacienti byli o této skutečnosti dopředu informováni a dali k ní svůj souhlas. Do rozhovorů se zapojili dva pacienti, z toho jeden s dopomocím pečujícího, další čtyři rozhovory byly vedeny s primárním pečujícím nebo s členem rodiny pacienta. Rozhovor byl ve všech případech vedený v domácnosti pacienta, kam jsem byla dopravena společně se sestrou služby. Protože pacienti dopředu souhlasili s rozhovorem a očekávali ho, byla atmosféra velmi příjemná a přátelská. Pečující často odpovídal za pacienty a bylo možné pozorovat vzájemné vztahy a konexe.

4 Výsledky

Po analýze dokumentace a analýze rozhovorů, bylo vytvořeno několik souborů kategorií. Z rozhovorů se sestrami bylo vytvořeno několik kategorií: zaměstnání; služby; směny; počty pacientů – které dohromady vytvořily kategorii prostředí, dále indikace; pečující a rodina; začátek péče; úkony v průběhu; konec péče – vytvořily kategorii péče o pacienty, ostatní profese; komunikace – vytvořily kategorii spolupráce, osobní péče; podpora; přínosy – psychické zdraví sestry.

Z rozhovorů s koordinačními pracovníky vznikly kategorie: zaměstnanci; financování; podporovatelé; průběh služeb – vytvořily strukturu poskytování, dále vznikly kategorie pacienti v péči a všeobecné sestry. Z rozhovorů s pacienty a pečujícími vznikly kategorie: hospicové služby a průběh péče. Kategorie se vzájemně ovlivňovaly a potvrzovaly. Například výpověď všeobecné sestry o tom jak probíhá návštěva, byla potvrzena pacienty výpovědí o podobných činnostech a tak podobně. Závěry výzkumu byly utvářeny ze souhrnných nadkategorií: průběh péče o pacienty, služba všeobecných sester, poskytovatelé. Do těchto nadkategorií byly synteticky zvoleny kategorie vzniklé ze všech rozhovorů od pacientů, sester a koordinátorů. Rozdělení kategorií a kódování viz příloha D. Pro přehlednost výsledků a znázornění rozdílů je vhodné uvést původ respondentů. Respondenti S1-S3, K3 a P1-P4 přísluší agenturám domácí péče, respondenti S4-S5, K1-K2 a P5-P6 jsou ze specializovaných mobilních hospiců.

4.1 Průběh péče o pacienty

Pacientské výpovědi potvrzovaly délku péče 925 slovy u P1: *„S péčí o babí nám pomáhají sestřičky roky, léčba bolesti trvá už několik měsíců.“* K tomu P5 z 926 dodává: *„Jsem onkologický pacient, před dvěma týdny jsem přišel z nemocnice s doporučením pro hospic, od minulého týdne, přesněji v úterý, k nám domácí hospic přijel a přijal mě do péče, přivezl postel a nastavil dávky proti bolesti, zítra prý přijde duchovní.“*

Ke zavedení služeb 925 přispívá P4: *„Nebýt sestřičky z domácí péče co chodila tady k sousedům o žádné ze služeb, co teď máme, bychom nevěděli, původně jsme chtěli pečovatelku na pomoc, řekli nám, že nemají místo. Ted máme sestřičky z domácí péče“*

a když potřebujeme, posílají i pečovatele, abych mohl do města, na nákup nebo pro léky.“ k tvrzení dodává P3: *„Máme výborného praktika, podporuje mě v péči o maminku a ten nám služby domácí péče předepsal.“*

Pacienti v obou druzích služeb vykazují podobné onemocnění a diagnózy, a to jak uvádí S1: *„Často jsou to velmi staří lidé, výjimečněji lidé s rakovinou.“*, S3 doplňuje: *„Máme v péči pacienty s demencí, polymorbiditou, a také imobilní pacienty.“* k čemu S5 přidává: *„Staráme se také o děti.“* Ke vzniku péče S2 uvádí: *„Vznik péče je většinou předáním z jiného zdravotnického zařízení nebo návazností domácí péče.“* Délka péče agentur domácí péče byla uvedena v měsících oproti délce péče mobilního hospice, která trvá kratší dobu v řádu dnů týdnů což potvrzují výpovědi K2: *„Průměrně se o pacienta staráme 10 dní, někdy jsou to 2 hodiny jindy i přes měsíc.“* K3 doplňuje: *„Za pacientem docházíme někdy i léta, průměrně vykazujeme u pacientů signální kód – hospic asi dva až tři měsíce, v kterých se péče stává intenzivnější“.*

Péče o pacienty specializované paliativní péče podle K1 spočívá v tom, že: *„Sestry mohou zůstat po vhodné dlouhou dobu dle potřeb rodiny, věnují se komunikaci jak s pacientem, tak pečujícím, celkově se snaží o zpříjemnění a ulehčení celé situace.“*, toto tvrzení doplňuje K2: *„Kmenová sestra hospice dle potřeb rodiny zajišťuje návštěvy ostatních členů multidisciplinárního týmu, nejlépe tak, aby se nepřekrývali, pacient i pečující se cítili dobře a měli čas vše zpracovat.“*, průběh péče S4 popisuje: *„Pacienti mají pohotovostní číslo na sestry, na které se mohou kdykoliv obrátit.“*

Všeobecné sestry a lékaři specializovaných mobilních hospicích mají péči o pacienta na starost 24 hodin denně jak vyjadřuje K2 slovy: *„Pacient má číslo na které může vždy zavolat a mimo pracovní dobu drží vždy jedna sestra a jeden lékař pohotovost.“* a každý den je nutné vytvořit zápis z péče a mít sestavený plán péče z poskytování mobilní specializované paliativní péče, jak uvádí K1 i K2 slovy: *„Máme ze zákona dáno, že za každý den péče musí být vytvořený jeden zápis.“* Pacient v péči odbornosti 926 přechází pod celkovou péči lékařů, všeobecných sester a dalších profesí ze skupiny, jak vyjadřuje K1 slovy: *„Po převzetí pacienta je péče plně předána našemu zařízení, péče dalších lékařů a zařízení je ukončena, následná spolupráce bývá až s koronerem.“*

Po konzultaci stavu, zjištění aktuální situace u přidělených pacientů a vyhodnocení aktuální situace a patientských potřeb je adekvátně upraven a doplněn paliativní plán, stanoveny návštěvní činnosti, které dle plánu posléze pracovníci vykonávají, jak doplnila

S5 slovy: „Při vytvoření plánu stanovíme jaké návštěvy budou u klientů provedeny a s jakým zaměřením.“. K činnostem 926 se S4 vyjádřila: „U klientů se přizpůsobíme jejich potřebám, a když je to nutné, můžeme v klidu posedět, popovídat a zůstat i déle.“ a S4 uvádí: „Někteří pečující se smrti bojí a na závěr chtějí pacienta nechat převést do lůžkového hospice, ale s většinou to nakonec zvládneme sami doma.“.

P6 k péči 926 dodal: *Péči nám doporučil náš lékař, předtím jsem nevěděl, že nějaká služba sester existuje.*“ a „Při návštěvně hospice sestry provedou kontrolu, zhodnocení bolesti, podání léků nebo nám dovezou pleny a nutridrinky, vždycky si se mnou příjemně popovídají a ptají se jak vypadali předchozí dny.“, doplňuje: „Sestry nám všechno zařídí, takže je to pohodlnější než v nemocnici.“. Pacient P5 dodává: „Služba je přínosná, ale po třech týdnech už péče začíná být poněkud drahá, platíme za každý den 150 korun.“.

Ukončení péče probíhá v poslední návštěvě společně s rozloučením s rodinou nebo předáním pacienta do jiné péče jak uvádí S5: „Po smrti pacienta vyřídíme ukončení péče na poslední návštěvě, kde se rozloučíme, poté máme možnost si za rodinou přijít popovídat a podporovat je ještě rok po odchodu.“ dále doplňuje podobně jako S4: „Na pohřbu jsem byla jednou, už na ně nechodím, ani si nemyslím, že by nás tam rodina chtěla, rozloučíme se s nimi doma.“.

Pečující na téma samotného vzniku péče 925 v domácím prostředí uvádějí jako P3: *Nepřicházelo v úvahu dát maminku do nějakého ústavu, ona se o mě také postarala, tak jsem si ji vzala k sobě, už spolu takto žijeme 3 roky.*“, P2 doplnil: „Maminku jsme nechtěli nikam dávat, ale bez sestřiček bychom to nezvládli, jsou velká pomoc.“. K tomu jak proběhlo zřízení péče P1 dodává: „Péče začala nenápadně již před 2 lety jen pomocí s hygienou, protože jsem v té době byla v jiném stavu, postupně se bábi zhoršila a dnes si nedokážu přestavit den bez sester, už jsou vlastně rodina, se všemi se znám.“.

Všeobecné sestry z 925 většinu dne tráví v terénu u pacientů na výkonech jako vypovídá S1: „Vykonáváme základní ošetrovatelské intervence pro zhodnocení stavu, fyziologických funkcí, dodržování léčebného režimu, včetně hodnocení bolesti, běžně provádíme hygienu, podání léčiv, převazy ran, polohování, rehabilitaci a odběry biologického materiálu.“, což doplňuje S2 : „U hospicových pacientů se staráme často o oxygenoterapii a management bolesti, do kanclu jezdím jen pro materiál a vyzvednutí potřeb pro péči a taky na porady, ale ty jsou vždy v odpoledních hodinách. Službu trávíme na cestách a mezi pacienty, často komunikujeme s lékaři a kancelářskou přes telefon“.

V oblasti četnosti pacientů v jedné službě byly u všech poskytovatelů podobná tvrzení, a to konkrétně ta, jako měl P1: „*Za babičkou jezdí každý den jedna nebo i více sestřiček, ze začátku jezdili jen jednou za den, teď už častěji.*“. O péči 925 P2 říká: „*J sme s péčí moc spokojeni, doporučili nám, co babičce koupit, půjčili elektrickou postel s hrazdou a půjčili nám i ten kyslík, co babičce pouštíme dle domluvy a pomáhá jí to s dýcháním*“ to doplňuje P4: „*Poslední dny u nás jsou sestry tak čtyři hodiny denně, včera jsme je volali i v noci, sestřička M. přijela do patnácti minut.*“.

K ukončení doplňuje S2: „*Rozloučení s pacientem i rodinou bývá většinou v rámci péče o zemřelého kdy si nás rodina zavolá na pomoc anebo pohřbu.*“ a S1: „*Definitivně se loučíme při vyzvednutí pomůcek. Na pohřby nás rodiny často zvou, pokud je to dlouhodobý pacient, chodím.*“.

4.2 Služba všeobecné sestry

Podobnosti výpovědí všeobecných sester byly v možnostech být zaměstnaný na plný nebo zkrácený pracovní poměr a také v délkách denních služeb, které mají přibližně od 7:00 ranní směnu na 8 hodin nebo méně, tak jak vypovídá za 925 například S1: „*Pracuji na 0,4 úvazek.*“ a S5: „*Pracuji na celý úvazek, dělám směny i pohotovost.*“. Podobné jsou také výpovědi respondentů k telefonické pohotovosti přes noc, které jsou v mobilních hospicích každou noc a o víkendech, v agenturách jsou v noci při indikaci lékařem jak odpovídala S2: „*Na výjezd v noci jezdíme jen u hospicových pacientů, většinou ke konci péče o pacienta nebo při častých aplikacích léčby bolesti.*“, což doplňuje K3 slovy: „*Akutně se sestry nebo pacienti, a to zejména standardní domácí péče, obracejí na rychlou záchranou službu.*“.

Den všeobecných sester v agenturách domácí péče je takový, že sestra má průběh směny předběžně naplánovaný od koordinačního pracovníka jak uvádí S2: „*Večer si v programu přečtu jaké pacienty a výkony budu na službě mít, abych se na ně mohla připravit.*“, S1 doplňuje: „*Připravuji se na každou návštěvu, kontrolou stavu pacienta z minulých ošetrovatelských zápisů, přípravou materiálu a prostředků, které budu při péči využívat.*“. Hospicové návštěvy mají doporučené od lékařů včetně četnosti a délky. Ke spolupráci s lékaři dodává S3: „*J sme ruce a oči praktických lékařů, stává se mi, že mám pacienta a je ve vesnickém domku úplně sám a my jsme jediní, kdo se o něj stará, děti daleko a bez zájmu. Lékaři na nás spoléhají a my jim předáváme informace, odebraný biologický materiál, vývoj péče i potřeby pacienta například při zhoršení*

situace.“ K dokumentaci S2 uvádí: „*Podklady pro dokumentaci nasbíráme u pacientů a zápisy zapíšeme až večer v klidu a pohodlí svého domova na PC, kde se taky připravím na další den.*“.

U všeobecných sester v mobilních hospicích je výrazná část dne strávená v organizaci na společných poradách, konzultacích prezenčních i telefonických s kolegy multidisciplinárního týmu a také s pacienty a pečujícími, jak uvádí S5 slovy: „*Hned ráno se všichni společně sejdeme a pobavíme se o všech našich pacientech a různých pohledech na péči, při ranní poradě si předáme službu, potom některé dny následuje velká porada a organizační vyřizování. Dopoledne zavoláme všem našim pacientům abychom zjistily, co je u koho potřeba a podle toho naplánovaly a upravily paliativní plán.*“ tvořením zdravotnické dokumentace, a to zejména paliativních plánů, což vystihuje S4 slovy: „*Naštěstí dokumentaci můžeme dělat dodatečně, ale musíme psát zápis každý den stejně jako paliativní plán.*“. Respondentka S5 ke své službě uvedla: „*Obyčejně máme na starost několik pacientů, nastavení plánu a vykonání návštěv, zajištění veškerých potřeb pacienta, osobně jsem moc ráda, že na péči nejsem sama, jsme tým, vždy mohu zavolat lékaři na pohotovosti a domluvit se s ním nebo za pacientem poslat terapeutického pracovníka nebo duchovního.*“

4.3 Poskytovatelé

Dle analýzy dokumentace v Národního registru poskytovatelů je v okrese pouze jeden poskytovatel zdravotních paliativních služeb, tyto informace byli doplněny na stránkách Všeobecné zdravotní pojišťovny s konečným nalezením dvou poskytovatelů odbornosti 926 a dvou 925 s nasmlouvanými paliativními kódy na území Jindřichohradeckého okresu (Národní registr služeb, 2022; Smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, 2022). Tato situace se po ukončení výzkumu v oblasti ještě změnila v květnu roku 2022. Momentálně jsou v oblasti stále dva poskytovatelé 925 s nasmlouvanými paliativními kódy, ale také 2 poskytovatelé bez paliativních kódů, z nichž jeden organizačně spadá pod jednoho poskytovatele s 926 s předpokládanou spoluprací a tudíž ovlivněním hodin kapacity pro dané území.

Poskytovatelé odbornosti 926 mají dohromady kapacitu sester dle smlouvy 408 hodin. Ve srovnání s minimální kapacitou sester v jedné paliativním týmu mobilní jednotky 5 úvazků - tedy 200h. Poskytovatel 925 disponuje dle smluvních dokumentů kapacitou

sester 365h, paliativní výkony jsou ale menšinově zastoupeny v mixu komplexní domácí péče (Smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, 2022).

Kapacitu zařízení 926 vyjádřili K1 a K2: „*Máme tady 5 sestřiček a dohromady přes 15 zaměstnanců.*“, a u 925 se vyjádřila K3: „*U nás pracuje přes 20 sester*“. K1 k obsazenosti a kapacitě 926 dodala: „*Naše maximální kapacita je až 30 pacientů, standardně pracujeme s 10.*“, K2 doplnila: „*Stanovili jsme si pro sebe kapacitu 15, momentálně máme klidnější období a tak máme 3 pacienty.*“ k respondentů doplnila informace o kapacitě 925 K3 slovy: „*Nemáme stanovenou kapacitu hospicových pacientů momentálně máme v péči 4, ale jsou období, kdy žádného nemáme a je zase více jiné práce*“ Dojezdové vzdálenosti 926 jsou v desítkách km jak vystihla K1: „*Povolená dojezdová vzdálenost je do hodiny času, takže jezdíme i 40 km.*“ což za 925 doplnila K3: „*Za pacienty jezdíme všude kde je potřeba v rámci našeho terénu, snažím se ale dát to do služby té sestřičce která to bude mít na trase nejbliže. Jezdíme až do 25 km od výjezdních míst*“.

Ke struktuře 926 nám K1 řekla: „*Mobilní specializovaní paliativní péče je pod odborností 926, a má multidisciplinární tým.*“ to znamená, že jsou tvořeny kolektivem multidisciplinární skupiny. Dále K1 uvádí: „*Tým se skládá z 5 úvazků všeobecných sester, a 5 lékařů, psychoterapeuta, spirituálního pracovníka, fundreiserů a administrativních pracovníků.*“ Při péči v odbornosti 926 služba zajišťuje veškerou péči o pacienta včetně pomůcek, léků a nutrice pro pacienta, jak vyjadřuje K1 a K2: „*Po převzetí do péče pro pacienta vyřídíme všechno, už nemusí nikam pro léky ani jiné vybavení.*“ K2 se dále vyjadřuje: „*K pacientům chodí nejen sestry ale i ostatní členové týmu, vždy se domluvíme abychom na pacienta nevytvářeli přílišný tlak.*“

O spolupráci a péči rodiny S2 řekla: „*Rodina si zajišťuje léky, komunikaci s lékařem a doporučení péče. Pomůcky nově můžeme po indikace opakovaně předepisovat i my, čímž můžeme proces výrazně urychlit.*“, k tomu K3 doplnila: „*Naše sestry nebo i dispečer doporučují možnosti pro rozšíření péče, pomůcek nebo vhodné doplňky, mimo spolupráci se sociálními složkami péče zajišťujeme pacientům také půjčovnu zdravotnických prostředků a pomůcek.*“.

Domácí péče vedená pod odborností 925 je komplexní péče ošetřující pacienta v jeho sociálním prostředí poskytující mobilní obecnou paliativní péči, jak popisuje K3 společně s S2 slovy: „*Staráme se o pacienty v jejich domácnostech a zajišťujeme i hospicovou*

péči, která většinou navazuje na předchozí péči standardní. “ Pracovní kolektiv je tvořen zejména všeobecnými sestrami ve spolupráci s dalšími poskytovateli zdravotních služeb a externistů jak uvádějí k 925 K3, S2 a S1: *„Nejčastěji spolupracujeme u paliativy s praktickými lékaři a specialisty z ambulance bolesti. Méně spolupracujeme s terapeuty, knězi, policií, hasiči atd.“.* Časté je zaměstnávání sociálních pracovníků, technické a administrativní výpomoci. Služba poskytuje péči v rozsahu a četnosti doporučené lékařem, který má pacienta v péči souběžně s domácí péčí, a dalšími specialisty, jak vypovídá K3: *„O pacienta se staráme na základě poukazu DP, který nám musí vystavit lékař pacienta, ať už praktický nebo specialista, který nám také stanoví přesné návštěvy.“* Dále doplnila K3: *„K činnosti nás zavazuje poukaz vystavený lékaři, kteří někdy bývají od pojišťoven za předepisování sankciovaní, takže si pohlídají, aby nebyla pod jejich razítkem zbytečná péče.“* K aktuální vytíženosti dodala: *„Standardně má sestra jednoho nebo dva hospicové pacienty.“*

Péče ze strany agentur domácí péče je prováděná formou návštěvních výkonů, doporučených registrujícím praktickým lékařem nebo specialistou. Péče je primárně přiřazená kmenové sestře, ale u pacienta se střídají i jiné všeobecné sestry. K3 uvádí: *„Našim pacientům nabízíme odlehčovací službu a služby externistů, terapeutů využívají v menší míře než spirituální pracovníky.“* Všeobecné sestry zprostředkovávají lékařům aktuální stav a vývoj u pacienta jak uvádí S1: *„Spolupracujeme s lékaři, nejvíce telefonicky, často přes naší kancelář, která píše emaily.“*

Vzdělání potřebné k vykonávání práce je téměř totožné s malým rozdílem, že v dalším vzdělání všeobecné sestry z agentur domácích péčí udávaly jako S1: *„Byli jsme na hospicové konferenci.“* což S3 doplňuje: *„Mám za sebou několik akreditovaných kurzů zaměřených na speciální ošetrovatelské výkony.“*, dále K2 za speciální mobilní hospice uvedla: *„Naše sestřičky chodí na paliativu v kostce.“*, což S5 doplnila: *„Nedávno jsem byla na kurzu zaměřeném na komunikaci.“*

Na všeobecné sestry působí rozdílná míra péče o hospicové pacienty, zaměstnanci mobilních hospiců poskytují pouze paliativní a hospicovou péči jak uvádí S4: *„Staráme se o pacienty v terminálním stádiu onemocnění o dospělé i o děti.“*, u zaměstnanců agentur domácí péče je hospicová péče menšinová v celé škále poskytované péče, jak potvrzuje K3 a zejména S1 větou: *„Standardně máme tak 10-13 pacientů za den, hospicový jsou 0-2.“*

Specializované mobilní hospice disponují spirituální a psychoterapeutickou podporou přímo v pracovní skupině viz výše K2 a obvyklé jsou také supervize jak uvádí K1: „*Naši pracovníci mají množnost vše probrat s naší psychoterapeutkou v aktuálním čase a také si pravidelně zveme supervizi.*“. Všeobecné setry uvádějí svoje psychické zdraví v dobrém stavu jako říká například S4: „*Myslím, že se práce na mém psychickém zdraví neodráží. Největší oporou jsou pro mě holky tady, celkově ten kolektiv.*“, k čemu S5 přidává: „*Je dobře, že si všechny věci můžeme společně probrat na poradě a nenosím si je domů.*“

Všeobecná sestra z domácí péče S2 k své psychice uvádí: „*Kdybych se starala pouze o hospicové pacienty asi by mě to převálcovalo, ale máme službu proloženou různými úkony a pacienty, takže si vždycky odpočinu.*“ S1 doplňuje: „*Máme porady a osobní pohovory, s našimi kolegyněmi a vedoucí.*“. Respondentka S3 poznamenala: „*Supervize vedené externistou nejsou u mě vůbec oblíbené, nic mi to nepřináší.*“, k čemu K3 dodává: „*Supervize u nás nevedeme, jako kolektiv čerpáme firemní benefity, chodíme na společné popracovní aktivity a zaměstnavatel dlouhodobým zaměstnancům platí lázně a rekreační pobyty.*“ Jako největší oporu uvádí většina dotázaných sester svou rodinu a rodinu pacienta, jako například S5: „*Největší podporu pociťuji od mé rodiny.*“.

5 Diskuse

Bakalářská práce si klade za cíl několik zjištění v oblasti hospicové péče. Průzkumy ukazují, že 78% respondentů by preferovalo závěr života a smrt v domácím prostředí (Paliativní péče v domácím prostředí v ČR, 2018). Indikaci paliativní péče v ČR odpovídá 70 tisícům pacientů ročně, což je 75 % z počtu celkových úmrtí za rok. Aktuálně většina chronických nemocných pacientů umírá při hospitalizaci na akutních lůžkách nebo oddělení následné péče, významná část těchto pacientů je hospitalizována kvůli komplikacím a očekávané progresi chronických onemocnění, jejíž velkou část by bylo možné zabezpečit bez hospitalizace (Loučka et al., 2016).

Hospicová péče je dnes na území ČR poskytována prostřednictvím hospitalizačních zařízení, ale také domácí formou. Hospicová a paliativní specializace byla v ČR zavedena již roku 2004 s myšlenkou rozšíření působnosti domácí péče. V roce 2018 vznikla nová odbornost 926 a náležitým vymezením působností: pro mobilní hospice, poskytovatele mobilní specializované paliativní péče a pro poskytovatele obecné paliativní péče.

Domácí paliativní péče, stejně jako lůžková, je poskytována ve dvou klasifikačních formách a to jako paliativní péče obecná a specializovaná. Obecná paliativní péče je 80 % z celkově potřebné paliativní péče, kterou mohou poskytovat domácí péče, praktičtí lékaři a další zdravotničtí odborníci. Asi 20 % pacientů je vhodných pro indikaci specializované paliativní péče. Publikace dále uvádí formulaci o existencích paliativní péče a jejich forem v metafoře, že je pravda, že všichni lidé potřebují vzdělání, ale není potřeba mít gymnázium v každé obci (Uhlíř et al., 2021; Kabelka, 2018).

Specializovaná paliativní péče vznikla pro klinicky nestabilní a vysoce symptomově náročné pacienty, kteří potřebují 24 hodinovou pohotovost týmu lékařů (specialista v oboru paliativní medicína) a všeobecná sestra, aby skutečně mohli dožít doma a nebyl nutný převoz na akutní lůžko. Méně náročné pacienty by měl mít v péči registrující praktický lékař ve spolupráci s dalšími ambulantními specialisty a agenturami domácí péče, kteří zabezpečují obecnou paliativní péči a přinášejí menší finanční zátěž pro systém veřejného zdravotního pojištění (Mobilní specializovaná paliativní péče v roce 2018, 2017).

Hranice mezi péčí obecnou a specializovanou je uvedena ministerstvem zdravotnictví ve věstníku z roku 2017 následujícími kritérii pro zvýšení péče a zavedení specializované paliativní péče: pacient si přeje prožít zbývající čas svého života ve vlastním sociálním prostředí, míra pacientovy symptomové zátěže, jeho klinická nestabilita a rychle se měnící nároky na objem potřebné péče jsou natolik závažné, že by potřeby pacienta nebyl možný lékař s odbornou způsobilostí v oboru všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost nebo lékař se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie ani ve spolupráci s agenturou domácí péče dostatečně saturovat. Věstník také uvádí, že by měla být indikace pacienta doporučena na základě konkrétních hodnotících škál (Věstník č 13/2017, 2017).

Do posouzení stavu mohou vstupovat subjektivní domněnky, osobní zkušenosti, zvyklosti a také fakt odlišné představy usazení této hranice z pohledu jednotlivých poskytovatelů. Pomyslnou hranici pochopitelně ovlivňuje dostupná kvalita lokální obecné paliativní péče, respektive do jakého bodu náročnosti péče je dostupná obecná paliativní péče plnit potřeby svých pacientů, což záleží na jejím technickém, personálním a kapacitním vybavení.

Obecnou i specializovanou domácí hospicovou péčí zajišťují poskytovatelé odbornosti 925 a 926 na základě udělení registrace příslušnou krajskou samosprávou, po splnění podmínek personálního zabezpečení, věcného a technického vybavení a smluvní úpravy se zdravotními pojišťovnami. Oba typy poskytovatelů v oblasti zaměstnávají všeobecné sestry s formálně stejnými požadavky a stejnými kompetencemi. Portfolio výkonů má částečně shodnou množinu u obou forem péče. Odbornost 926 nabízí specializovanější výkony v oblasti paliativní péče, které vyžadují lékařskou intervenci, jako jsou vyšetření přenosným ultrazvukem, dialýza aj. Odbornost 925 nabízí širokou škálu výkonů vedle paliativních i ty kurativní, jako například péči o stomie, rány, rehabilitace aj., které poskytuje častěji.

Osobně bych všeobecné sestry z domácí péče charakterizovala jako výkonově a rozhodně založené osoby s velkým darem pro flexibilitu nejen mezi výkony, ale také pacienty. Všeobecné sestry z paliativních týmů svým charakterem rozveselují nejen pacienty, velkou předností je u nich komunikace a při práci většinou nikam nespěchají.

V péči zastávají sestry z agentur domácí péče funkci plnění předepsané péče a úkolů, ale v terénu jsou samy, nikdo jim takzvaně „nekryje záda“. Často jsou prodlouženou

rukou registrujících praktických lékařů a některé pacienty i po dlouhé měsíce vidí z odborného pohledu právě jen tyto všeobecné sestry. Proto sestra v domácí péči musí být zkušená a kvalifikovaná, aby nezanedbala a nepřehlédla akutní stavy a hrozby zhoršení zdravotního stavu pacienta. Mnohdy jsou jediné, které posuzují, zdali s daným stavem má pacient kontaktovat lékaře, pomoc, pohotovost atd.

Všeobecné sestry v specializovaných mobilních hospicích mají u svých přiřazených pacientů vedle péče samotné na starost management péče, koordinaci návštěv ostatních členů v týmu u daného pacienta a správu paliativního plánu péče. Dále zastávají pohotovosti, kdy přebírají povinnost řešit vzniklé události u všech aktuálních pacientů, ale po celou dobu, jak uvádí, mají možnost vše konzultovat s lékařem nebo se mohou spolehnout i na jeho výjezd k pacientovi.

Role sester v obou formách zařízení se velmi překrývají, odchylka by mohla být zakořeněná přímo v pojetí služeb obou poskytovatelů. Mobilní hospicové týmy pracují s pacienty, kteří jsou si vědomi, že v péči nebudou léčeni a také mají vědomost toho, že k nim dojíždí hospicové služby. Hospice fungují na bázi agregátních výkonů a vše se počítá na dny péče, častá je také spolupráce s uzavřeným týmem profesních kolegů se zaměřením na psychiku a komunikaci. Specializované hospice kromě příjmů z veřejného zdravotního pojištění, pracují na propagaci pro zajištění sponzorských darů a pacienti si každý den péče hradí denní příspěvek společnosti.

Domácí péče provozují obecnou paliativu, paliativu se signálními kódy, často po delší dobu než domácí hospice, přechod na hospicovou péči je pozvolný stejně jako ubírání kurativních metod v péči. Domácí péče je založená na doporučení specialistů a plnění předepsaných výkonů, péče často využívá spolupráce s rodinou a dalšími externisty se zaměřením především na výkon.

Všeobecné sestry odbornosti 926 a 925 se mohou na územích vzájemně nahrazovat / zaměňovat stejně jako poskytovatelé samotní, s nadsázkou a pohledem do historie se zde bavíme o matce s dcerou, v ideálním případě dvou spolupracujících kamarádkách. Rozhodně bych si však nedovolila tvrdit, že péče obou těchto forem je stejná, nebo že by do organizací patřili zaměstnanci stejného typu. Zásadním ukazatelem je dle výzkumu osobní charakter všeobecné sestry, laicky její nátura, motivace, schopnost rozhodování a odhadnutí situace, výkonového nasazení, emoční inteligence, vlastní spiritualita a přesvědčení.

Ve vybrané oblasti poskytovatelé speciální a obecné paliativní péče k poskytování přistupují z naprosto jiných úhlů, co se týče formy, komunikace, frekvence, financování, prezentace společností. V obou typech péče je na poskytovateli jak kvalitní a zkušený si sestaví pracovní kolektiv a tím vznikají rozdíly v kvalitě poskytované péče. Úroveň péče se u poskytovatelů liší, i když ohodnocení za výkony dostávají stejné, v ČR na hospicovou nadstavbu odborností nefunguje žádný kontrolní orgán kvality péče.

Bakalářská práce, podobně jako jiná bakalářská práce z Jihočeské univerzity, byla zaměřená na sestry v hospicové péči. Grausgruberová (2021) uváděla jako hlavní zásady poskytování péče osobnostní rysy a schopnost samostatného rozhodování sestry, výzkum spojený s touto bakalářskou prací tyto tvrzení podpořil (Grausgruberová, 2021).

Každý poskytovatel by měl mít specifikované území a kapacitu poskytování tak, aby síť poskytovatelů byla celistvá a dostačující. Dle doporučení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. je cílový stav jednoho týmu specializované paliativní péče území s cca 100 tisíci osobami tak, aby se postarali o 200 pacientů ročně. Doporučená dojezdová vzdálenost v oblasti je maximálně do 60 minut. Dle tohoto doporučení by byl vhodný jeden paliativní tým mobilního hospice na celý Jindřichohradecký okres, reálně v oblasti působí minimálně dva týmy a dle spádového území mohou do okrajových částí další dva (Loučka et al., 2016).

Dle dostupných zdrojů by se pokrytí odborností 926 zdálo jako dostatečné až nadbytečné. Nastavené kapacity a aktuální vytíženost pracovišť byla dle výzkumu o mnoho nižší, než by se z předpokladů počtu obyvatel mohlo zdát. Za příčinu by mohl být považována, kromě přebytku poskytovatelů, nízká informovanost obyvatel o těchto službách nebo ochota si blízkého nechat doma či svolení k využití hospicových služeb. Tato tvrzení jsou ale pouze domněnkou, jelikož nebyla předmětem výzkumu.

Poskytovatelé domácí péče se signálními výkony byli donedávna na území dva s celkovou kapacitou přes 600 hodin v týdnu, kapacita je pro výkonový mix péče. Poměr hospicové a kurativní péče u poskytovatelů není konstantní ani veřejný a je závislý na nastavení a přijímání pacientů v dané organizaci. Nyní jsou ve vybrané oblasti již tři potencionální poskytovatelé komplexní zdravotní péče a oblast by teoreticky měla být péčí dostatečně pokryta viz příloha E.

Častá je návaznost sociálních služeb na péči paliativní, zejména terénní odlehčovací služby, která primárně podporuje pečující osobu (Poskytovatelé služeb a pomůcky,

2022). Poskytovatelé terénní odlehčovací péče z řad mobilních hospiců a domácích péčí jsou v celém Jindřichohradeckém okrese celkem dva s celkovou kapacitou celkem čtyři pacienti v daný okamžik (Odlehčovací služby, 2022). Podpůrné sociální služby pro pečující v oblasti prokazují poměrně nízkou kapacitu vzhledem k potenciálnímu počtu pacientů.

Lokalita zájmu bakalářské práce je nízce osídlena, zejména v příhraničních oblastech. Na území je teoreticky hospicová péče poskytována větším množstvím poskytovatelů, než je doporučeno. V praxi s klesající občanskou vybaveností mizí informovanost o těchto službách a ani v těchto oblastech, které jsou vzdálenější od měst, nejsou organizace hojně vidány při poskytování péče. Vědomost rodin o hospicových službách dle rozhovorů úměrně koreluje s hustotou osídlení. Domnívám se, že je to způsobeno faktem převyšujících výdajů na dopravu pracovníků, nad úhradou z nízkého počtu pacientů. Pro organizace je časově a finančně nevýhodné působit v oblastech s nízkým zalidněním.

Výsledky výzkumu můžeme porovnat s diplomovou prací zaměřenou na oblast Písecka a potřebnost domácí hospicové péče, ve které autorka uvádí, že pacienti a rodiny se musejí aktivně zapojovat do zjištění informací a následné zaopatření služeb, po využití služeb jsou spokojeni a v případě potřeby by je rádi využili znovu. Výsledkem práce také bylo zjištění, že služby jsou do budoucna potřebné a poptávka po nich bude stoupat i přes to, že mají své mezery, které by se měli doplnit (Nechvátalová, 2016).

Další problematikou, na kterou výzkum poukázal, mimo chybějících nástrojů pro kontrolu kvality péče, je absence prověřování spravedlivého a solidárního přijímání pacientů do péče, zabránění záměrného nepřijetí pacienta. Dovolím si tvrdit, že tato situace nenastává pouze na vybraném území nebo jenom ve zdravotnictví, ale například i v sociálních službách.

Ze všech rozhovorů se všeobecnými sestrami na mě působila jejich spokojenost s vykonávanou prací a pracovním kolektivem, i když každý poskytovatel má jiné zvyklosti vykonávání péče. Zaměstnavatelé pečují o psychické zdraví svých zaměstnanců i sester podle dostupných možností a zvyklostí oboru, bylo vidět, že někteří poskytovatelé pracují na podpoření psychického zdraví rozhovory s psychoterapeuty, supervizory, jiní pořádají teambuildingy, další zvyšují dny volna a finanční ohodnocení nebo přidávají benefity.

Ve vybrané oblasti z výzkumu dle mého názoru vyplynulo podhodnocení až zanedbání péče odborníků o psychické zdraví personálu u agentur domácí péče, pramenící s největší pravděpodobností z výkonově – efektivního charakteru služby, dlouhodobější existence a tudíž přejímaných historických modelů leadershipu s absencí důrazu na individualitu a potřeby zdravotníka samotného. Tento problém je komplexnější a prostupuje většinou českého zdravotního systému. Samotný personál domácí péče na absenci psychoterapeutických sezení s odborníkem reagoval se souhlasem, dle jejich názoru je jejich zavedený systém psychické podpory a prevence vyhoření příjemnější.

Při výzkumu u pacientů hospicových služeb vyšlo jednohlasně najevo, že pečující, kteří mají svého blízkého doma a pečují o něj, by nestáli o hospitalizaci a péče doma byla jejich rozhodnutí, zcela jistě v oblasti existují i jinak smýšlející pečující a také pro to se doporučuje, aby na 100 tisíc obyvatel byl jeden mobilní a jeden lůžkový specializovaný paliativní tým. Dále z výzkumu vyplynula souvislost s místem bydliště a danou preferencí formy hospicové péče, roli v tom hrají předchozí hospitalizace a ošetřující lékaři se zvyklostí spolupráce s dalšími poskytovateli zdravotní péče. Mohli bychom také říci, že lidé žijící v nízké osídlených oblastech projevovali znatelný vděk spolu s daleko menší počáteční informovaností o daných službách a doslova plakali, když jim poskytovatel pomohl, poskytl informace a rady a postaral se o následnou péči.

Novinkou tohoto roku jsou změny v minimálním požadovaném personálním složení mobilních hospiců a také v kompetencích agentur domácí péče. Od ledna 2022 byla zavedena možnost preskripce vymezených zdravotnických prostředků v ošetrovatelské péči sestrami a také došlo k rozšíření spektra doporučení domácí péče lékaři o další odbornosti, jako je například ambulantní specialista, poskytovatel pohotovostní služby nebo urgentního příjmu (Novinky v roce 2022 při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí, 2021).

Zajímavým vedlejším aspektem výzkumu bylo financování služeb v dané oblasti, počáteční hypotéza nákladnější specializované mobilní hospicové péče oproti péči obecné byla potvrzena. Překvapivý byl podíl jiného financování než z veřejného pojištění u mobilních hospiců, což značí nedostatečnost pokrytí výdajů z úhrad zdravotních pojišťoven. A bylo by jistě zajímavé vyzkoumat, jestli tato situace nastává celorepublikově nebo jen lokálně.

Domácí pečování o pacienty v terminálním stádiu onemocnění je velkým tématem nejen dneška, ale také do budoucna ve všech oblastech ČR. Každý člověk, všeobecná sestra, poskytovatel nebo organizace, která se rozhodne pro činnost ve světě hospicové péče a má pozitivní efekt na kvalitu života pacientů nebo jejich rodiny, si zaslouží obrovské díky. Je to nelehká a náročná práce. Bohužel ani v tomto odvětví Bismarckův model a solidarita nefungují tak, aby je neutlačovaly finanční zájmy, protože kde nejsou peníze ani smrt nebere.

6 Závěr

Bakalářská práce s názvem „Hodnocení dostupnosti a kvality domácí hospicové péče na Jindřichohradecku z pohledu pacientů a sester“ si kladla za cíl porovnat a popsat role paliativní sestry pracující v domácí zdravotní péči a v multidisciplinárním týmu mobilního hospice, výzkum bakalářské práce ukázal hlavní rozdíl v charakteru a osobité složce péče, naopak úkony péče sester v obou formách služeb se lišily jen velmi málo.

Bakalářská práce analyzovala strukturu pokrytí hospicových služeb ve vybrané oblasti, kapacitní vybavenost daného území výzkum vyhodnotil teoreticky jako dostatečnou, dle doporučení České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. Bakalářská práce mapuje vybrané území z hlediska informovanosti pacientů a využívání péče, kde byl znatelný úpadek se snižující se ekonomickou profitabilitou oblasti.

Dále práce porovnává role sester ve formách domácí hospicové péče obecné a speciální, které se nelišily kompetencemi, jen drobně úkony. Velmi se lišily individuálním přístupem zařízení, firemní politikou, vytížeností a odpovědností pracovníků. Práce ukazuje na odlišné postavení sestry v plánování a plnění péče. Legislativně je hranice, mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí ve vlastním sociálním prostředí, stanovená na pohyblivých mírách, posouzení lékařů a přání pacientů, respektive rodiny, v praxi tato nepřesná hranice spolu s omezenými zdroji přináší konkurenční boje a přetahování pacientů.

Byly popsány činnosti poskytovatelů pro zlepšení a udržení dobrého psychického zdraví svých zaměstnanců. V sociálních službách, které často doplňují portfolio služeb mobilních hospiců, jsou tyto procesy minimálně v nejnútnejším provedení povinné, kdežto ve službách zdravotních není nastavena žádná norma. Činnosti podporující psychické zdraví zaměstnanců výzkum vyhodnotil s ohledem na nastavení systému jako odlišné a ovlivněné zvyklostmi daných organizací.

Zjištěné výsledky této bakalářské práce mohou sloužit pro objasnění aktuální situace poskytování hospicové péče ve vybrané oblasti, zejména pro správní orgány zdravotních a sociálních oborů a konkrétním ORP. Dále by toto šetření mohlo pomoci sestřím při rozhodování o zaměstnání v hospicové péči, nebo budoucím poskytovatelům nejen ve vybrané oblasti.

Seznam použitých zdrojů

1. BURNS, E., 2018. *Palliative and end of life care for older people: GOOD PRACTICE GUIDE*. [online]. British Geriatrics Society. London: British Geriatrics Society [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: <https://www.bgs.org.uk/resources/palliative-care>
2. BUŽGOVÁ, R., 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
3. CABRNOCH, M., DUŠÁNKOVÁ, J., KREJČÍ, J., LOUČKA, M., 2016. *Výzvy hospicové péče* [online]. 1.vydání. Čerčany: Tři [cit. 2022-08-08]. ISBN 977-88-0270-0455-3. Dostupné z: <https://www.hospic-cercany.cz/wp-content/uploads/2018/12/V%C3%BDzvy-hospicov%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De.pdf>
4. *Česká společnost paliativní medicíny* [online], 2016. Brno: ČSPM ČLS JEP [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/cspm/>
5. *Financování sociálních služeb*, 2022. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Praha: MPSV [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/financovani-socialnich-sluzeb>
6. GRAUSGRUBEROVÁ, L., 2021. *Paliativní a hospicová péče z pohledu sestry*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce Mgr. Michaela Abrmanová.
7. HAKL, L., SLÁMA, O., 2004. *Paliativní medicína*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN 8024702797.
8. HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vydání. Brno: IDVPZ Brno. ISBN 978-80-7013-363-7.
9. *Charakteristika okresu Jindřichův Hradec*, 2020. [online]. Český statistický úřad. České Budějovice: ČSÚ [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/xc/charakteristika_okresu_jh

10. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7368-110-2.
11. KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-802-0450-494.
12. KABELKA, L., SLÁMA, O., LOUČKA, M., 2016. *PALIATIVNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE 2016*. [online]. Paliativa. Praha: České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP 2016 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>
13. *Klin Onkologie: Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě*, 2009. SCOPUS, 22(4). ISSN 1802-5307.
14. *Koncepce hospicové péče pro Českou republiku*, 2017. [online]. Hospic Hořice. Praha: Asociace poskytovatelů mobilní paliativní péče [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/wp-content/uploads/Koncepce-hospicov%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De-pro-%C4%8CR.pdf>
15. *Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023*, 2018. [online]. Kraj Jihočeský. České Budějovice: Jihočeský kraj [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: https://www.kraj-jihocesky.cz/sites/default/files//ku_usneseni/Zastupitelstvo/2018-09-06/Navrhy/261-ZK-18_Koncepce_paliativni_pece_v_Jihoceskem_kraji_na_obdobi_do_roku_202.pdf
16. KRAUSE, M., 2017. *Kompetence všeobecné sestry: Repetitorium teorie ošetrovatelství*. [online]. Technická univerzita v Liberci. Liberec: Fakulta zdravotních studií [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: <https://www.fzs.tul.cz/skripta/data/2017-03-16/08-59-39.pdf>
17. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1.vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4.

18. LE, B. et al., 2017. Palliative care in general practice: GP integration in caring for patients with advanced cancer. *Aust Fam Physician*. 46(1), 51-55. PMID 28189134. Jan/Feb.
19. LOUČKA, M., SLÁMA, O., KABELKA, L., 2016. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza*. 1.vydání. Praha. Dostupné také z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pece.pdf>. Česká společnost paliativní medicíny ČLS J.E.P. Paliativní centrum.
20. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1.vydání. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
21. MATOUŠEK, O., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1.vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
22. *Mobilní specializovaná paliativní péče v roce 2018*, 2017. [online]. Paliativní medicína. Brno: ČSPM ČLS JEP [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/mobilni-specializovana-paliativni-pece-v-roce-2018/>
23. *Národní registr služeb*, 2022. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Praha: ÚZIS [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?kraj=CZ031&okres=CZ0313&obec=&obor=&forma=400¢rum=&Submit=Vyhledat&pg=mapa-poskytovatelu&ids=&token=ed36e1f0b9d1658c1cee287ddf5832d41c3de07d5d93ad3c28f8017393f1e116>
24. NECHVÁTALOVÁ, D., 2016. *Potřebnost domácí hospicové péče na Písecku*. České Budějovice. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce JUDr. Martin Šimák, Ph.D.
25. *Novinky v roce 2022 při poskytování zdravotní péče ve vlastním sociálním prostředí*, 2021. [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-04-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/novinky-v-roce-2022-pri-poskytovani-zdravotni-pece-ve-vlastnim-socialnim-prostredi/>

26. *Odlehčovací služby: Služby vyhovující zadaným kritériím*, 2022. [online]. Registr poskytovatelů sociálních služeb. Praha: MPSV [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?pg=3&sd=odleh%C4%8Dovac%C3%AD+slu%C5%BEby&zak=Jiho%C4%8Desk%C3%BD&zaok=&SUBSESSION_ID=1647247626564_2#results
27. *Paliativní péče v domácím prostředí v ČR*, 2018. [online]. Paliativa. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://paliativa.cz/podpora-domaci-paliativni-pecce/pro-verejnost/paliativni-pecce-v-domacim-prostredi-v-cr>
28. *Palliative care*, 2022. [online]. World health organization. Geneva: World health organization [cit. 2022-03-11]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
29. PEŘINA, J., 2016. *Historie a současnost paliativní péče v Česku*. [online]. Umírání. Praha: Cesta domů [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pecce-v-cesku>
30. PIVOŇKOVÁ, L., 2016. *Domácí zdravotní péče o pacienta v terminálním stavu*. [online]. <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-zdravotni-pecce-o-pacienta-v-terminalnim-stavu>. Praha: VZP [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: Domácí zdravotní péče o pacienta v terminálním stavu
31. PIVOŇKOVÁ, L., 2020. *Domácí paliativní péče o pacienta v terminálním stavu*. [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna. Praha: VZP [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/poradna/domaci-paliativni-pecce-o-pacienta-v-terminalnim-stavu>
32. *Poskytovatelé služeb a pomůcky*, 2022. [online]. Umírání.cz. Praha: Cesta domů [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/poskytovatele-sluzeb-a-pomucky>
33. *Registrační list - 80091: AGREGOVANÝ VÝKON DOMÁCÍ PALIATIVNÍ PÉČE – KLINICKY NESTABILNÍ PACIENT SE ZÁVAŽNÝMI SYMPTOMY*, 2022. [online]. Seznam zdravotnických výkonů. Praha: ÚZIS [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon/Detail/80091>

34. *Registrační listy zdravotnických výkonů: Výkony*, 2022. [online]. Seznam zdravotnických výkonů. Praha: ÚZIS [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=80090&nazevvykonu=&odbornost=&aktivni=true#>
35. REYMOND, L., PARKER, G., GILLES, L., COOPER, K., 2018. Home-based palliative care. *Australian Journal of General Practice*. 47(11), 747-752. DOI: 10.31128/AJGP-06-18-4607. ISSN 2208794X. Dostupné také z: <https://www1.racgp.org.au/ajgp/2018/november/home-based-palliative-care>
36. SÁNCHEZ-CÁRDENAS, M. et al., 2021. Palliative Care Coverage across European National Health Systems: Proposal of a Synthetic Indicator. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 18(20) [cit. 2022-04-02]. DOI: 10.3390/ijerph182010753. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/20/10753>
37. SLÁMA, O., KABELKA, L., ŠPINKOVÁ, M., 2013. *Standardy paliativní péče 2013*. [online]. Paliativní medicína. Praha: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wpcontent/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
38. SLÁMA, O., SVATOŠOVÁ, M., 2004. *Paliativní medicína*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN 8024702797.
39. *Smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb*, 2022. [online]. Všeobecná zdravotní pojišťovna. Praha: VZP [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/smluvni-vztahy/smlouvy-s-poskytovateli-zdravotnich-sluzeb>
40. *Standardy mobilní specializované paliativní péče*, 2019. [online]. Paliativní medicína. Praha: Česká paliativní společnost [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2019/02/2018-standardy_mobilni_paliativni_pece_a4_final.pdf
41. STAŇKOVÁ, M., 2002. *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. Praktické příručky pro sestry. ISBN 80-701-3368-6.

42. *State of Health in the EU Czechia: Country Health Profile 2021* [online], 2021. 1. ed. Brussels: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies [cit. 2022-03-11]. ISBN 9789264958289. SSN 25227041. Dostupné z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/8b341a5e-en.pdf?expires=1647029949&id=id&accname=guest&checksum=3A7090B53869DC71B160348D2CE33F68>
43. STRÁNSKÁ, O., 2015. *Vysvětlení pojmů „hospicová“ a „paliativní“ péče*. [online]. Umírání. Praha: Cesta domů [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/poradna/dotaz-5>
44. *Strategický rámeček rozvoje péče o zdraví v České Republice do roku 2030: Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, ministr zdravotnictví* [online], 2020. 2018–2019. vláda České republiky: Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit. 2022-03-11]. usnesení vlády České republiky č. 743/2020. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
45. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb jihočeského kraje na období 2022 – 2024*, 2021. [online]. Jihočeský Kraj. České Budějovice: JčK [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/files/sprss_2022_2024.pdf
46. ŠPINKOVÁ, M., ŠPINKA, Š., 2004. *Standardy domácí paliativní péče: podklady pro práci týmů domácí paliativní péče*. 1.vydání. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4329-4.
47. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
48. TATUM, P., MILLS, S., 2020. Hospice and Palliative Care. *Medical Clinics of North America* [online]. 104(3), 359-373 [cit. 2022-03-12]. DOI: 10.1016/j.mcna.2020.01.001. ISSN 00257125. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025712520300018>
49. TEOLI, D., B. KALISH., V., 2021. *Palliative Care*. 1.vydání. Rockville Pike: StatPearls Publishing. ISBN NBK537113.
50. TOMEŠ, I., DRAGOMIRECKÁ, E., SEDLÁROVÁ, K., VODÁČKOVÁ, D., 2015. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry*. 1.vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2941-4.

51. UHLÍŘ, M., IVANOVÁ, V., KLIMEŠ, P., VRÁBKOVÁ, B., ZÁVADOVÁ, I., 2021. *Průvodce (nejen) pro nově vznikající mobilní hospice*. Praha. Dostupné také z: České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Centrum paliativní péče
52. *V čem se liší hospic a paliativní péče?*, 2020. [online]. Péče.cz. Praha: Péče [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://pece.cz/blog/v-cem-se-lisi-hospic-paliativni-pece.html>
53. *Věstník č 13/2017*, 2017. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ročník 2017, číslo 13. Dostupné také z: <https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-13-2017/>
54. VORLÍČEK, J., 2004. *Paliativní medicína*. 1.vydání. Praha: Grada. ISBN 8024702797.
55. *Vyhláška č. 2/2016 Sb.: Vyhláška č. 2/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, 2016. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ročník 2016, číslo 2. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-2>
56. *Vyhláška č. 391/2017 Sb.: Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.*, 2017. In: 2017. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ročník 2017, číslo 391. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-391>
57. *Vyhláška č. 396/2021 Sb.: Vyhláška o stanovení hodnot bodu, výše úhrad za hrazené služby a regulačních omezení pro rok 2022*, 2021. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ročník 2021, číslo 396. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2021-396>
58. *Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, 2011. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ročník 2011, číslo 55. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
59. *Vyhláška č. 99/2012 Sb.: Vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb*, 2012. In: . Praha: Ministerstvo zdravotnictví

České republiky, ročník 2012, číslo 99. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99>

60. *Výkony*, 2016. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925&aktivni=true>
61. *Vzdělávací program specializačního vzdělávání v oboru všeobecná sestra - domácí a hospicová péče*, 2019. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-04-04]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/4225/39483/P%C5%99%C3%ADloha%20%C4%8D.%2063%20VS%20-%20Dom%C3%A1c%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De%20a%20hospicov%C3%A1%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
62. *Vzdělávací programy specializačního vzdělávání pro nelékařské zdravotnické pracovníky dle Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.* [online], 2016. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/vzdelavaci-programy-specializacniho-vzdelavani-pro-nelekarske-zdravotnicke-pracovniky/>
63. *Zákon 371/2021 Sb.: Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony*, 2021. In: . Praha: Parlament České republiky, ročník 2021, číslo 371. Dostupné také z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=371&r=2021>
64. *Zákon 48/1997 Sb.: Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*, 1997. In: . Praha: Parlament České republiky, ročník 1997, číslo 48. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
65. *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách)*, 2011. In: 2011. Praha: Parlament České republiky, ročník 2011, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>
66. *Zákon č. 96/2004 Sb.: Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s*

poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. In: . Praha: Parlament České republiky, ročník 2004, číslo 96. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

67. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*, 2011. In: . Praha: Parlament, ročník 28, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372/zneni-20220201>

Seznam příloh a obrázků

Příloha A – Obrázky	61
Příloha B – Schéma pro hloubkové polostrukturované rozhovory.....	64
Příloha C – Ukázka kódování přepsaného rozhovoru.....	71
Příloha D – Hierarchický seznam kódů a kategorií.....	76
Příloha E – Tabulka poskytovatelů.....	81
Obrázek 1 interdisciplinární skupina v hospici a paliativní medicíně (autorova tvorba).....	61
Obrázek 2 mapa okresu (Administrativní rozdělení okresu Jindřichův Hradec, 2020).....	62
Obrázek 3 Pokrytí lůžkovými hospici (Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023, 2018).....	62
Obrázek 4 rozmístění poskytovatelů mobilního hospice.....	63

Seznam zkratek

Zkratka	Význam
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	České společnosti paliativní medicíny
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
ORP	Oblast s rozšířenou působností
USA	Spojených státech americký
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

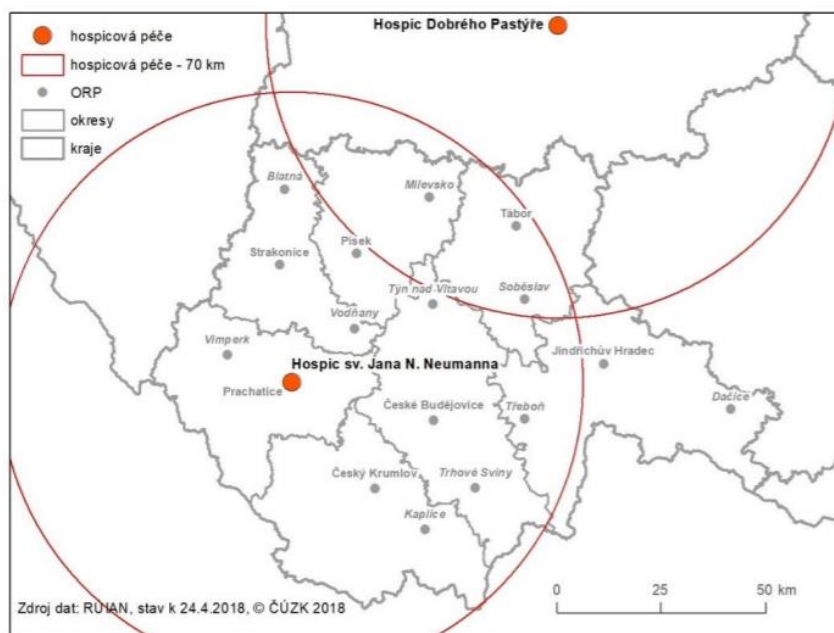
Příloha A: Obrázky



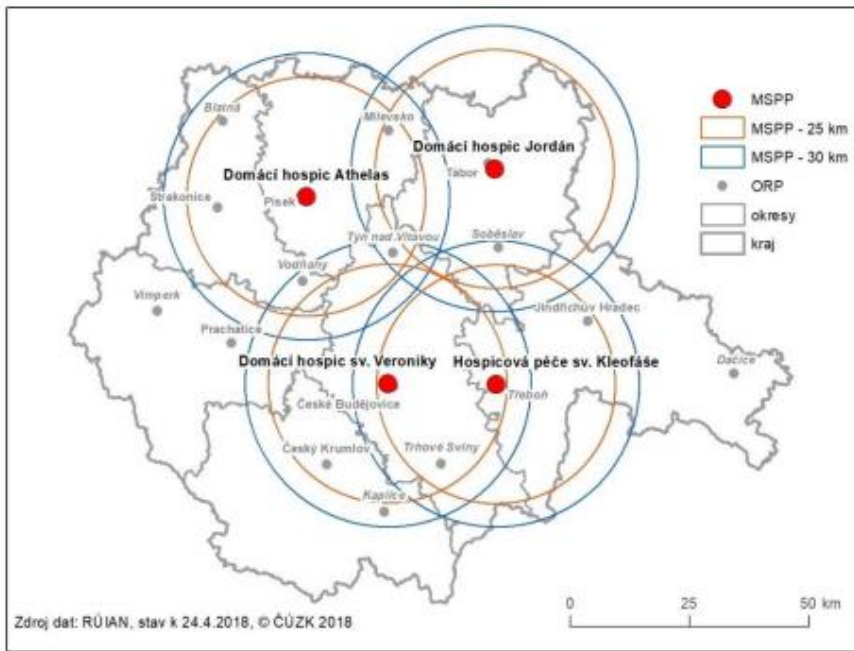
Obrázek 1 interdisciplinární skupina v hospici a paliativní medicíně (autorova tvorba)



Obrázek 2 mapa okresu (Administrativní rozdělení okresu Jindřichův Hradec, 2020)



Obrázek 3 Pokrytí lůžkovými hospici (Koncepte paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023, 2018)



Obrázek 4 rozmístění poskytovatelů mobilního hospice

Příloha B: Schémata pro hloubkové polostrukturované rozhovory

Schémata byla sestavena s označením hlavních otázek SO pro otázky určené sestřám, KO pro koordinační pracovníky a PO pro otázky na pacienty/pečující. Každá hlavní otázka obsahuje několik otázek tazatelských, které mají před již uvedeným označením ještě T.

Otázky pro všeobecné sestry:

Základní informace: věk, dosažené vzdělání, délka praxe v oboru a v hospicové službě

(SO1) Jakou péči poskytujete u pacienta?

(TSO1) Pro jaký druh zdravotního zařízení pracujete?

(TSO2) Na jaké pozici a jak dlouho na pozici pracujete?

(SO2) Jaký je průběh vaší služby?

(TSO3) Kolik hodin týdně/ denně pracujete?

(TSO4) Jaké je standardní rozvržení služeb ve vašem zařízení?

(TSO5) Kolik obvykle za službu máte pacientů?

(SO3) Jak probíhá první návštěva u pacienta?

(TSO6) Je první návštěva u pacienta rozdílná od návštěv následujících?

(TSO7) Připravujete se na první návštěvu u pacienta jinak než na následující?

(TSO8) Co standardně obsahuje první návštěva u pacienta?

(SO4) Jak probíhá běžná návštěva u pacienta?

(TSO9) Můžete mi prosím stručně popsat činnosti, které při práci vykonáváte?

(TSO10) Jak často obvykle za pacientem docházíte?

(TSO11) Probíhá u pacientů střídání pracovníků?

(TSO12) Je něco, co obsahuje úplně každá vaše návštěva?

(TSO13) Jakým způsobem je stanovený omezený strávený čas u pacienta?

(SO5) O jaké pacienty se staráte?

(TSO14) O jaké věkové kategorie nejčastěji pečujete?

(TSO15) Jaké onemocnění nejčastěji potkáváte při vaší práci?

(TSO16) Jaké jsou nejobvyklejší diagnózy pacientů ve vaší péči?

- (SO6) Je součástí péče u vás také rodina/ pečující pacienta?
- (TSO17) Vnímáte rodinu v péči jako nápomocnou?
- (TSO18) Edukujete rodinu do některých činností?
- (TSO19) Jaké činnosti rodina/pečující vykonává?
- (SO7) Jak probíhá dokumentace péče a stavu pacienta?
- (TSO20) Kde a jak pořizujete dokumentaci?
- (TSO21) Ke zjištění stavu využíváte, jaké metody?
- (TSO22) Vracíte se po nějaké době k zapsaným zprávám?
- (SO8) S jakými dalšími profesemi spolupracujete?
- (TSO23) Máte kontakt na další pomáhající profese, které k pacientovi můžete přivolat?
- (TSO24) Spolupracujete u pacientů s dalšími profesemi kromě lékaře?
- (TSO25) Předáváte/sdílíte svoji dokumentaci dalším profesím?
- (SO9) Jak probíhá komunikace s lékaři?
- (TSO26) S jakými lékaři obvykle spolupracujete?
- (TSO27) Jak často průměrně probíhá kontakt?
- (TSO28) Jakou formou probíhá komunikace?
- (TSO29) Jak jednáte, pokud zjistíte výrazné zhoršení/změnu u pacienta?
- (SO10) Jaký postoj podle vašeho názoru má většina rodin pacientů?
- (TSO30) Máte pocit, že vaši přítomnost v domácnosti vnímá rodina jako přínos?
- (TSO31) Setkáváte se s pochvalami ze strany rodiny?
- (TSO32) Zahrnují vaše návštěvy také komunikaci/péči o rodinu/pečujícího?
- (SO11) Jak osobně vnímáte hospicovou péči?
- (TSO33) Vnímáte rozdíl mezi péčí paliativní a hospicovou?
- (TSO34) Víte, jaký druh paliativní péče poskytujete?
- (TSO35) Vnímáte terénní hospicovou péči jako nutnost v každé oblasti?
- (SO12) Jaké je vaše dosažené vzdělání v paliativní péči?

- (TSO36) Absolvovala jste v posledních letech nějaký vzdělávací program v této oblasti?
- (TSO37) Znáte trendy hospicové péče?
- (SO13) Jak probíhá poslední návštěva u pacienta?
- (TSO38) Jak postupujete při smrti pacienta?
- (TSO40) Provádíte při úmrtí pacienta nějaké specifické úkony?
- (TSO41) Přivoláváte si na pomoc další profese?
- (SO14) Probíhá kontakt s rodinou i po úmrtí pacienta?
- (TSO42) Jaká je náplň spolupráce s pozůstalými?
- (TSO43) Probíhá nějaké „rozloučení“ s rodinou?
- (TSO44) Byla jste někdy na pohřbu svého pacienta/ chodíte pravidelně?
- (SO15) Setkala jste se někdy s vyhořením/depresí v práci?
- (TSO45) Potkalo vás v práci někdy „depresivní období“?
- (TSO46) Znáte kolegyni/ kolegu, který má zkušenost vyhořením?
- (TSO47) Jaká je náplň spolupráce s pozůstalými?
- (SO16) Pracujete se svým psychickým zdravím?
- (TSO48) Potkalo vás v práci někdy „depresivní období“?
- (TSO49) Znáte kolegyni/ kolegu, který má zkušenost vyhořením?
- (TSO50) Máte v zaměstnání nějaké supervize nebo debriefing po péči?
- (TSO51) Byla jste účastníkem psychologického/psychoterapeutického pohovoru/schůzce?
- (TSO52) Používáte některé nástroje pro podporu vašeho psychického zdraví?
- (TSO53) Má vaše zaměstnání vliv na vaši psychickou pohodu? Jaký?
- (SO17) Kdo vás v práci podporuje?
- (TSO54) Kde osobně cítíte největší podporu a motivaci pro vaši práci?
- (TSO55) Podniká váš nadřízený kroky podpory a ocenění vaší práce?
- (SO18) Jaké emoce vám nejčastěji vaše práce přináší?

Otázky pro koordinační pracovníky poskytovatele:

Základní informace: věk, dosažené vzdělání, délka praxe v oboru a v hospicové službě

(KO1) Jakou strukturu poskytování hospicové péče má vaše zařízení?

(TKO1) Jaké profese ve vašem zařízení zaměstnáváte?

(TKO2) Kolik je potřeba zaměstnanců/sester pro poskytování?

(TKO3) Jaké předpoklady musí splňovat uchazeč o práci?

(TKO4) Jaké oprávnění, registrace smlouvy vás zavazují k činnosti?

(KO2) Jakou kapacitu poskytování hospicové péče má vaše zařízení?

(TKO5) O kolik pacientů se obvykle staráte?

(TKO6) Jaká je vaše kapacita obsazenosti?

(TKO7) Jaká je průměrná měsíční vytíženost pracovníků?

(KO3) Jakou financováno poskytování hospicové péče ve vašem zařízení?

(TKO8) Z jakých zdrojů cítíte největší podporu?

(TKO9) Jaké má vaše zařízení možnosti pro získání finančních prostředků za vykonanou práci?

(TKO10) Jaký podíl úhrady má pacient?

(KO4) Jaké je oblastní působnost vašeho zařízení?

(TKO11) Do jaké vzdálenosti v okolí jezdíte poskytovat péči?

(TKO12) Které úzení spadá pod vaši oblast poskytování péče?

(KO5) Jaké služby vaše zařízení poskytuje?

(TKO13) Jaké služby nejčastěji u pacientů poskytujete?

(TKO14) Které služby patří do vašeho portfolia?

(KO6) Jak vypadá péče o pacienta?

(TKO15) Jaká je průměrná délka péče pacienta?

(TKO16) Kolik návštěv/úkonů denně obvykle péče zahrnuje?

(KO7) Jak pečujete o psychickou kondici svých zaměstnanců?

(TKO17) Jsou potřeba speciální činy pro podporu psychické pohody vašich zaměstnanců?

(TKO18) Jaké nástroje používáte pro psychickou podporu a rozvoj vašich sester?

(TKO19) Mají vaši zaměstnanci nějaké pracovní benefity (sport karty, lázně...)?

(KO8) Pokrytí služby ve vybrané oblasti?

(TKO20) Jaké byla historie vzniku vaší služby ve vybrané oblasti?

(TKO19) Jaký máte názor o pokrytí hospicovými službami ve vybrané oblasti?

(TKO20) Znáte nějaká konkurenční zařízení?

(TKO21) Spolupracujete s nimi?

(TKO22) Existuje nějaký orgán/společnost, který se výrazně podílí/ nebo by se měl na podpoře vašich služeb v dané oblasti?

Otázky pro pacienty/pečující osobu, popřípadě rodinu pacienty:

Základní informace: věk, onemocnění, délka hospicové péče, bydliště

(PO1) Jakým způsobem se léčíte?

(TPO1) Jakou diagnózu / onemocněním pacient trpí?

(TPO2) Jak dlouho vás onemocnění trápí?

(TPO3) Co předcházelo onemocnění?

(PO2) Jak hodnotíte poskytovanou službu?

(TPO4) Jaká služba je vám poskytována?

(TPO5) Vnímáte službu jako přínosnou a účinnou?

(TPO6) Jste se službou spokojeni?

(PO3) Jak došlo ke vzniku služby?

(TPO7) Jaká služba je vám poskytována?

(TPO8) Kdo nebo co hrálo roly při výběru služby?

(TPO9) Byla u pacienta před službou poskytována nějaká péče?

(TPO10) Bylo pro vás náročné službu zařídit/vyhledat?

(PO4) Jak probíhá návštěvní péče?

(TPO11) Jak často k vám sestřičky a jiní pracovníci dochází?

(TPO12) Vyhovuje vám frekvence návštěv?

(TPO13) Kolik hodin denně u vás sestřičky stráví?

(TPO14) Jak často komunikujete s lékařem?

(TPO15) Jaké činnosti dělá sestra při návštěvě?

(TPO14) Pokrývají návštěvy potřeby pacienta?

(PO5) Jak probíhá komunikace s poskytovatelem?

(TPO15) Jaký komunikační kanál s poskytovatelem nejčastěji využíváte?















(TPO16) Za jak dlouho po kontaktování se dostaví odezva/pracovníci služby?

(TPO17) Využili jste někdy návštěvu v nočních hodinách?

- (PO5) Které profese s vámi v rámci služby spolupracují?
- (TPO18) Navštívili vás jinací profese než všeobecné sestry?
- (TPO19) Dostali jste možnost přizvání dalších pomáhajících profesí ke spolupráci?
- (PO6) Jak jste spokojeni s kroky, které pracovníci služby podnikají?
- (TPO20) Informují vás pracovníci o následující činnostech/skutečnostech?
- (TPO19) Berou vás pracovníci při rozhodování jako partnera – sobě rovného
- (TPO20) Máte pocit, že vás pracovníci při rozhodování berou jako partnera – sobě rovného?
- (TPO20) Pomáhají vám pracovníci vstřebet blízcí se události jsou nápomocni i vám jako pečujícímu“?
- (PO7) Má služba přesah i mimo intervence?
- (TPO21) Pomáhá vám služba jinak než jen v dané intervenci/ podporují vás sestřičky v péči/ vaší životní situaci?
- (TPO22) Je nějaká pomoc/péče kterou sestřičky poskytují pečujícímu/rodině?
- (PO8) Jaký je váš názor na hospicovou péči?
- (TPO23) Co si myslíte o péči v nemocnici versus mobilní hospicová péče v případě pacienta v termální fázi života?
- (TPO24) Vnímáte docházení služby do vašeho domova jako pomoc/ulehčení nebo naopak narušení atmosféry
- (TPO25) Co hodnotíte jako nejvíce pozitivní na mobilní hospicové péči?
- (TPO26) Vnímáte nějaké negativa mobilní hospicové péče? Pokud ano, tak jaké to jsou?
- (TPO27) Máte nějaká výtky a připomínky k poskytovaným službám?

Příloha C: Ukázka přepsaného rozhovoru

Před začátkem polostrukturovaného rozhovoru byla respondentka oslovena telefonicky a požádaná o schůzku, po souhlasu byla domluvená schůzka, na kterou participantka dorazila o něco později. Na začátku rozhovoru byla ujištěna, že rozhovor je anonymní, znovu vyslovila souhlas s participací a nahráváním celého rozhovoru pro jeho následné využití ve výzkumu k bakalářské práci. Rozhovor probíhal v přirozeném pracovním prostředí sestry, a to přímo v prostorách terénní služby, kde participantka tráví mnoho času. Místnost byla vzdušná, prosvětlená, vybavená zdravotnickými přístroji, materiálem, léčivý, kancelářským nábytkem, lednicí a sadou pro přípravu kávy vedle umyvadla, my obě jsme seděly na pohodlných křeslech, a kromě pozdního příchodu, který respondentku malinko trápil, nebyla žádná překážka v tom, začít s rozhovorem. První otázky na participantka byly zejména pro navázání komunikace a o ujištění, že jsou splněna kritéria pro rozhovor. Poté respondentka odpovídala s klidnějším a níže položeným hlasem než na počátku. Dále je pod písmenem T označen tazatel a pod P participant výzkumu.

domácí péče		1	T: Pro jaký druh zdravotního zařízení pracujete?
		2	P: Pracuji pro domácí péči.
všeobecná sestra		3	T: Na jaké pozici a jak dlouho na pozici pracujete?
		4	P: Pracuji jako všeobecná sestra na 0,4 úvazek už 5 let.
..10-20h/T		5	T: Kolik hodin týdně/ denně pracujete?
		6	P: Většinou beru 3 směny, 10-20 hodin.
..2 směny provozu		7	T: Jaké je standartní rozvržení služeb ve vašem zařízení?
		8	P: Standartně máme rozdělený den na ránní která je od 7h do 11-14h podle počtu pacientů a poté od 15h je odpolední s pokrytím výjezdů až do dalšího rána (většinou jde ale tak o 3h práce)
..max 2 hospicový pacienti/Dt		9	T: Kolik obvyčejně za službu máte pacientů?
		10	P: Standatně tak 10-13, hospicový jsou 0-2.
..přechod z DP		11	T: Je první návštěva u pacienta rozdílná od návštěv následujících?
..oxygenerátor		12	P: U hospicových pacientů většinou přijde přechod ze standartní komplexní domácí péče, takže je zvýšená frekvence návštěv nebo větší využití zdravotních prostředků jako je oxygenerátor nebo infuzní pumpa, ale jinak běžně nepoznáme kdy péče přejde do péče hospicové, je to hodně provázané.
..infuzní pumpa			
..provázanost péče domácí zdravot		13	T: Je první návštěva u pacienta rozdílná od návštěv následujících?
..pacienta 3-4 sestřičky,		14	P: Pokud je to úplně první návštěva, probíhá domácí šetření a zhodnocení stavu pacienta které provádí naše vedoucí.
..saturace		15	T: Připravujete se na první návštěvu u pacienta jinak než na následující?
.. příjem provádí vedoucí		16	P: Připravuji se na každou návštěvu kontrolou stavu pacienta z minulých ošetrovatelských zápisů, přípravou materiálu a prostředků, které budu při péči využívat.
..zhodnocení stavu		17	T: Můžete mi prosím stručně popsat činnosti, které při práci vykonáváte?
..F Fce		18	P: Stručně? Nu dobrá, vykonáváme základní ošetrovatelské intervence pro zhodnocení stavu, fyziologických funkcí, dodržování léčebného režimu včetně hodnocení bolesti, běžně provádíme hygienu, podávání léčiv, převazy ran, polohování, rehabilitaci a odběry biologického materiálu.
..hodnocení bolesti		19	T: Jak často obvykle za pacientem docházíte?
..podání léčiv		20	P: Za hospicovým pacientem standartně docházíme minimálně 1x denně, v pozdějších fázích je typické provádět 3-4 návštěvy a maximum pro nás je 6 návštěv za den.
..převazy ran		21	T: Probíhá u pacientů střídání pracovníků?
..odběry		22	P: Ano, většinou se toř u jednoho pacienta 2-4 sestřičky, v jednom by se to nedalo.
..max 6h/denně		23	T: Je něco, co obsahuje úplně každá vaše návštěva?
..pacienta 3-4 sestřičky,		24	P: Každá návštěva zahrnuje odběr alepoň minimální anamnézy a zhodnocení stavu pacienta, hospicové návštěvy obsahují kontrolu příjmu a výdeje a zejména management bolesti.
..zhodnocení stavu		25	T: Jakým způsobem je stanovený omezený strávený čas u pacienta?
..bilence tekutin		26	P: Ano máme možnost být u pacienta max 6 návštěv po 60minutách.
..hodnocení bolesti		27	T: O jaké věkové kategorie nejčastěji pečujete?
..max 6h/denně			

		28	P: O seniory 75+
		29	T: Jaké onemocnění nejčastěji potkáváte při vaší práci?
..rakovina	🔗	30	P: Často to jsou to velmi staří lidé, výmečnější lidé s rakovinou.
..stáří		31	T: Jaké jsou nejobvyklejší diagnózy pacientů ve vaší péči?
..rakovina	🔗	32	P: Nejčastěji diabetes ale pro hospicovou péči je to stáří, rakovina, selhání srdce a imobilita.
..stáří		33	T: Vnímáte rodinu v péči jako nápomocnou?
..imobilita	🔗	34	P: Ano, určitě, pokud je tam pečující snažíme se ho motivovat ke spolupráci aby s pacientem trávil čas, ale je nutné také umět pečujícího naučit odpočívat aby se po krátkém čase úplně nevysílil.
..selhání srdce	🔗	35	T: Edukujete rodinu do některých činností?
..pečující pomáhá ze sociálně		36	P: Do sociálních a lidských ano, do speciálních nikdy. Uíme je například jak efektivněji dát napít nebo nekrmit bližního popřípadě jak ho napolohovat.
..důležitý odpočinek pečujících	🔗	37	T: Jaké činnosti rodina/pečující vykonává?
..pečující pomáhá ze soc		38	P: Často si sami chtějí provádět hygienu a také sipping.
..sipping dělá pečující	🔗	39	T: Kde a jak pořizujete dokumentaci?
..hygienu rodiny		40	P: Podklady k dokumentaci pořizujeme přímo při návštěvě výslednou elektronickou dokumentaci tvoříme doma na PC.
..sipping dělá pečující	🔗	41	T: Ke zjištění stavu využíváte jaké metody?
..podklady u pa		42	P: Základní vyšetřovací - tlak, pulz, saturace, příjem výdej, bilance tekutin, stav vědomí atd.
..elektronicky do PC doma	🔗	43	T: Vracíte se po nějaké době k zapsaným zprávám?
..bilance tekutin	🔗	44	P: Ano, před návštěvou se dívám na minulé zápisy, abych věděla o aktuálním dění u pacienta.
..saturace	🔗	45	T: Máte kontakt na další pomáhající profese, které k pacientovi můžete přivolat?
..pulz		46	P: Ano, voláme kněze, terapeuty, praktické lékaře lékaře i speciality - často nám stačí předat požadavek do kanceláře a oni zbytek vyřídí.
..tlak	🔗	47	T: Spolupracujete u pacientů s dalšími profesemi kromě lékaře?
..vědomí	🔗	48	P: S terapeuty, knězi, policií, hasiči atd.
..informuji se o	🔗	49	T: Předáváte/sdílíte svoji dokumentaci dalším profesím?
..lékaře	🔗	50	P: Myslím, že ano v rámci firmy ale já osobně ne.
..policie		51	T: S jakými lékaři obvykle spolupracujete?
..měně terapeuty	🔗	52	P: Nejčastěji u paliativy s praktickými lékaři a specialisti s ambulance bolesti.
..kněz	🔗	53	T: Jak často průměrně probíhá kontakt?
..dispečing		54	P: Podle potřeby, na začátku denně pak při každé změně, průměrně pak 1-2x týdně.
..policie	🔗	55	T: Jakou formou probíhá komunikace?
..kněz	🔗	56	P: Nejvíce telefonicky, často přes naší kancelář, která píše emaily.
..měně terapeuty		57	T: Jak jednáte, pokud zjistíte výrazné zhoršení/změnu u pacienta?
..hasiči	🔗	58	P: Zkontaktuji kancelář, kmenovou sestru, lékaře - podle situace a

	☪		59	upravujeme léčebný režim.
..v domácnosti jsme přínos	☪		60	T: Máte pocit, že vaši přítomnost v domácnosti vnímá rodina jako přínos?
			61	P: Myslím, že ano, často nám děkují a říkají to.
..dostáváme pochvaly a oceně	☪		62	T: Setkáváte se s pochvalami ze strany rodiny?
			63	P: Pochvaly a vděk jsou časté a je to něco co nás žene dál a dává nám sílu pokračovat.
..komunikace s pečujícím/rod	☪		64	T: Zahrnují vaše návštěvy také komunikaci/péči o rodinu/pečujícího?
			65	P: Určitě návštěvy jsou komplexní a v hospicové péči je potřeba komunikovat s rodinou a pečujícími, často skrze ně získáváme informace.
..jemně	☪		66	T: Vnímáte rozdíl mezi péčí paliativní a hospicovou?
			67	P: Vnímám jen jemné niance.
..nevím	☪		68	T: Víte, jaký druh paliativní péče poskytujete?
			69	P: Tak to jste mě dostala, ne to nevím.
..potřebná péče	☪		70	T: Vnímáte terénní hospicovou péči jako nutnost v každé oblasti?
			71	P: Určitě, tato péče je potřebná.
..konference	☪		72	T: Absolvovala jste v posledních letech nějaký vzdělávací program v této oblasti?
			73	P: Před covidem jsme byli na hospicové konferenci.
..znám trendy	☪		74	T: Znáte trendy hospicové péče?
			75	P: Myslím, že ano.
..dle rodiny	☪		76	T: Jak postupujete při smrti pacienta?
			77	P: Zejména dle rodiny pro vhodné rozloučení a podporu.
..otevírání oken	☪ ☪		78	T: Provádíte při úmrtí pacienta nějaké specifické úkony?
			79	P: Nevím jestli specifické rituály, ale nabízíme například některé křesťanské úkony, otevírání oken, a pomáháme s péčí o zemřelého.
..křesťanské úkony	☪ ☪		80	T: Přivoláváte si na pomoc další profese?
			81	P: Přivoláváme si kolegyně, lékaře a méně často terapeutky.
..méně terapeutky	☪ ☪		82	T: Jaká je náplň spolupráce s pozůstalými?
			83	P: V péči jde o vyzvednutí pomůcek a zařízení, rozloučení s rodinou, kdy pokud je to možné chvíli pobudeme.
..lékaře	☪ ☪		84	T: Probíhá nějaké „rozloučení“ s rodinou?
..rozloučení s rodinou	☪ ☪		85	P: Loučím se většinou 2-7 dní po smrti při vyzvednutí pomůcek.
..vyzvednutí pomůcek	☪		86	T: Byla jste někdy na pohřbu svého pacienta/ chodíte pravidelně?
..společný čas	☪		87	P: Často nás rodiny zvou, pokud je to dlouhodobý pacient, chodím.
..s rodinou se loučíme při vyz	☪		88	T: Potkalo vás v práci někdy „depresivní období“?
			89	P: Náročná byla péče v jarních měsících covidu ale na depresi nebyl čas.
..chodíme na pohřby			90	T: Znáte kolegyni/ kolegu, který má zkušenost vyhořením?
..znám vyhoření ale z jiného :	☪		91	P: Ano mám ale z jinací práce.
..porady	☪ ☪		92	T: Máte v zaměstnání nějaké supervize nebo debriefing po péči?
				P: Máme porady a osobní pohovory, s našimi kolegyněmi a vedoucí.

osobní pohovory v rámci firmy

..nemáme psychologické	♀	93	T: Byla jste účastníkem psychologického/psychoterapeutického pohovoru/schůzky?
..dlouhé procházky	♀ ♀ ♀	94	P: Nebyla.
..spiritualita		95	T: Používáte některé nástroje pro podporu vašeho psychického zdraví?
..zpověď	♀	96	P: Jsem věřící, chodím na zpověď a ráda chodím na dlouhé procházky do přírody a největším nabitím je pro mě čas s mými dětmi.
..pokud se daří v práci je mi lépe		97	T: Má vaše zaměstnání vliv na vaši psychickou pohodu? Jaký?
..rodiny pacientů	♀ ♀	98	P: Určitě má, pokud se daří a mám dobrý pocit z odvedené práce mám zaručeně klidnější psychiku.
..můj muž		99	T: Kde osobně dáváte největší podporu pro vaši práci?
..myslím že nás oceňují	♀ ♀	100	P: Myslím, že u rodin pacientů a mého muže.
..máme benefity		101	T: Podniká váš nadřazený kroky podpory a ocenění vaší práce?
..smysluplnost	♀ ♀	102	P: Myslím, že ano, jsem ve firmě dlouho, máme nějaké benefity a příští měsíc asi pojedeme i do lázní, na což se moc těším.
..užitečnost	♀ ♀ ♀	103	T: Co je pro vás osobně největší motivací pro vaši práci?
..občas únava, smutek		104	P: Pocit užitečnosti a smysluplnosti mé práce.
..spokojenost		105	T: Jaké emoce vám nejčastěji vaše práce přináší?
..radost		106	P: Spokojenost a radost, ale občas samozřejmě i únavu a smutek, ale to asi jako všechno v životě.
..jako v životě			

Celý rozhovor probíhal v přátelském duchu, účastníka po začátku rozhovoru nebyla stydlivá a klidným hlasem zodpověděla všechny mé otázky. Délka rozhovoru byla 24 minut a poté jsme s dotyčnou ještě několik minut hovořili mimo záznam.

Příloha D: Hierarchický seznam kódů a kategorií

Výzkum všeobecných sester

Prostředí:

- Podmínky v zaměstnání
 - Všeobecná sestra, domácí péče, hospic
 - Služby: plný úvazek, zkrácený úvazek
 - Pracovní čas, 7-13/14, 7-15, pohotovost mimo směnu, noční výjezdy pouze po indikaci, denní směny, v noci doma na telefonu, organizace, v terénu u pacientů
 - 2 směny provozu, 10-20h/T, 35h/T, 40h/T, denní směna a pohotovost, včetně víkendů
 - Počty pacientů ve směně: max 2 hospicový pacienti/Den, podle obsazenosti, průměrně 1, 1-2, podle období, 0,
 - Vzdělání a povědomí o hospici: samostatně vykonávající činnost, znám trendy, konference, mám dva semestry paliativní péče, cévkování, hospicová péče v kostce,
 - rozdíl mezi hospicem a paliací: jemně chápu, nevím, jsou to synonyma, 0¹, jedná se o rozdíl v délce péče
 - dokumentace: elektronicky do PC, podklady u pacienta, informuji se o aktuálním stavu, dokumentace, plán péče je základ, zápis každý den, pomoc díky aplikaci software, možnost pozdějšího zapsání
- Péče o pacienty
 - Hospicový pacienti
 - Indikace: rakovina, stáří, demence, onkologičtí pacienti, selhání srdce, max6h/denně, pacienta 3-4 sestřičky, imobilita
 - pečující a rodina: musí být u pacienta v domácnosti, důležitý odpočinek pečujícího, pečující pomáhá se sociálně lidskými

¹ 0 = bez odpovědi na otázku

činnostmi, hygiena rodiny, bilance tekutin, sipping, je taktéž naším zájmem

- Začátek péče
 - doporučení obvodním lékařem, provázanost péče domácí zdravotní a následné hospicové, indikace naším lékařem z týmu, zajištění rodinou, doporučení z nemocnice
 - první návštěva: příjem provádí vedoucí, přechod z DP, standardní, uzavření smlouvy, prvotní šetření, nastavení plánu
- Úkony a průběh péče
 - F Fce, saturace, pulz, tlak, vědomí, zhodnocení stavu, podání léčiv, hodnocení bolesti, odběry, komunikace s pečujícím/rodinou, převazy ran, několikrát denně,
 - při zhoršením stavu: dám vědět ostatním spolupracovníkům, zhoršení stavu řeším individuálně, volám našeho lékaře, volám kolegyně a kaplana, pokud je to nad naše síly volám sanitku
 - používání ZP: infuzní pumpa, oxigenerátor,
- Konec péče– úmrtí- opora pro rodinu, zvládneme to s rodinou, většinou krásný zážitek, otavírání oken, křesťanské úkony, dle rodiny,
 - rozloučení s rodinou společný čas, ještě rok poté podporujeme v truchlení, vyzvednutí pomůcek, s rodinou se loučíme při vyzvednutí věcí, pohřby u dlouhodobých pacientů, nechodím na pohřby
- Spolupráce s ostatními
 - Ostatní profese: lékař, praktiční lékaři, policie, hasiči, náš tým lékařů, kněz, karmelitáni, kaplan, méně terapeutů, psychoterapeut a sociální pracovník v týmu, řádová sestra, dispečing, koronér, pohřebáci
 - Komunikace: potřebná péče, telefonicky, ambulance bolesti, záchranáři, emaly, zavolám lékaři,
 - Frekvence: v případě potřeby, každý den 1x, s lékaři komunikujeme průměrně 1xT, ze začátku častěji
- Psychické zdraví sestry

- Osobní péče: zpověď, znám vyhoření z jiného zaměstnání, náš kolektiv, v domácnosti jsme přínos, radostná mysl, dostáváme pochvaly a ocenění, spiritualita, dlouhé procházky a příroda,
- Podpora
 - myslím, že nás oceňují, můj muž, rodiny pacientů, od mých kolegyň
- Péče zaměstnavatele: porady, porada úzkého týmu každé ráno, velké týdenní porady, osobní pohovory v rámci firmy, možnost kdykoliv si popovídat z dalšími členy týmu – kaplan, psychoterapeut, supervize, nemáme psychoterapeutické pohovory,
 - co práce v hospice přináší: máme benefity, máme přátelskou vtipnou povahu, jako v životě, užitečnost, smysluplnost, pokud se daří v práci je mi lépe, spokojenost, umění udělat poslední chvíle krásné, přehodnocení životních hodnot

Výzkum koordinačních pracovníků péče

- Struktura poskytování služeb: Odbornost 926, sestřičky, které mají standardní i hospicové ošetřování, struktura terénní služby, pomůcky, dodáváme léky, mobilní hospicová péče, spolupráce s ambulancemi specialistů, pohotovost všech sester a lékařů multidisciplinární tým, půjčovna pomůcek, oproti návštěvě službě po indikaci noční a víkendové návštěvy, léky z našeho skladu, předepisuje náš lékař, lékaři, podpůrný tým, sestřičky, kaplan, sociální, možnost podpory RZS, pracovník, administrátorky pro lékaře z týmu, lokalita upravená smluvně s pojišťovnou, spolupráce s místními lékárnami,
 - Zaměstnanci: 5 sester, 20 sester, min 5 sester, psychoterapeut, 925, sociální pracovník, kaplan, kněz a psychoterapeut externě, praxe na lůžku 2 roky, paliativní plán, všeobecné sestry, samostatnost, osobnostní rys, spolupráce s lékaři a sociálními pracovníky, S2 a více, zkušená rozhodná sestra, km, administrativní podpora sester,
 - Financování: Vícezdrojové financování, pojišťovna je tak 50%, 50% shání fundreiserky, dotace, krajská podpora, vlastní zdroje, financování od obcí a jiných společností, dárce, spoluúčast pacienta ve stovkách na den, úhrady pacienta podmínka kraje, zejména pojišťovna,
 - Podporovatelé: Pojišťovny, kraj, město, rodiny, vznik společnosti díky rozpadu obvodů, naši zaměstnanci
 - Průběh služeb: Pokrytí neustálého provozu, telefonické noční pohotovost, poskytování indikované péče, ranní porada, kompletní tým porada 1xT, předání hlášení a řeč k rodinám každé ráno,
- Pacient v péči: řekli jsme si max 15, dle indikace až do přeplnění kapacity, oficiálně 20, poslední roky čím dál více, momentálně 2, momentálně 4, průměrně kolem 10, momentálně slabší vlna, posedět si u pacientů, péče ještě rok s pozůstalým, 4h/T, noční a víkendové výjezdy, nevyplácíme přesčasy, při slabší vlně náhradní volno, přechod z ošetřovatelské péče,0*,
- Všeobecné sestry jako zaměstnanci: každý den zápis sestry i lékaře, odlehčovací služby, průběžná komunikace a konzultace, oddělená, každá služba samostatně, nekombinujeme péči zaměřenou na léčení a hospic, omezení nechtěné supervize, kompenzace hospice jinými výkony, spolupráce odlehčovací terénní sociální služby s hospice, pacient při podpisu smlouvy souhlasí s plánem hospicové péče,

hospic neléčí, nutné mít v domácnosti pečujícího, sdílení emocí a prožitků na poradách, péče o osamělé osoby v domácnosti, není to rychlá péče, sedíte a zůstáváte v rodinách, spolupráce se specializovanými ambulancemi

Výzkum pacientů a pečujících

- Hospicové služby: Hospic od minulého týdne, domácí péči už měsíce, rakovina, stáří, leukémie, vlastně se neví celková selhání orgánů, přišlo to plíživě, léky, mám kontakt na sestru v práci, už dlouhá nemoc, denně i vícekrát, několikrát týdně, na zavolání 2x týdně, moc o nich nevím, dovezou nutridrinky, postel, pohotovostní linka pomůcky, léky, povídání a uvědomění, přijedou do hodiny, doporučí mi co pořídit
- Průběh péče: nápomocná, prospěšná, vysvobozující, ptají se na bolest, pomáhají, hlídají, nemusím nic shánět, převazy, nedala bych člena rodiny do nemocnice, málo vybavení, aplikují náplasti, zařizují úplně všechno, 1-3h/D, pomáhají i psychicky, jezdí v noci, jedu si na nákup, hodně dalších povinností, hygiena, náplasti, 1-4x/T, kyslík, kalhotky, povzbudí mě, platí to rodina, desky s informacemi, doma je doma, spokojenost, z nemocnice/ hospitalizace, jednoduše přes katalog, přes našeho lékaře, po internetu, bylo to náročné, využívám dispečink, máme kmenovou sestru, od známého, děti pomáhají, sestřičky jsou milé, dobře se starají

Příloha E: Tabulka poskytovatelů

terénního hospice na Jindřichohradecku k 7/2022

Umístění pracoviště	Smluvní odbornost	Kapacita v hodinách	Sociální služby pro hospic	Další služby	Počet hodin poskytování péče v týdnu	Počet dnů poskytování péče v týdnu
Dačice	925	364,38	+ terénní odlehčovací služba (kapacita: 1)	+půjčovna kompenzačních pomůcek	168	7
Studená	925	40	-	+ návaznost na 926 -bez nasmlouvaných paliativních výkonů	80	5
Jindřichův Hradec	925	248	-	-	168	7
Telč	926	236	-	+půjčovna pomůcek pro zvládnutí běžných úkonů	168	7
Třeboň	926	196	+ terénní odlehčovací služba (kapacita: 3)	+půjčovna kompenzačních pomůcek	168	7

zdroj: webové stránky poskytovatelů a (Smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, 2022)