



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Přínos paliativních týmů pro zdravotnická zařízení

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Helena Křížová

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Doležalová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Přínos paliativních týmů pro zdravotnická zařízení*“ jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů 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 jejích 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 9. 8. 2022

.....

Helena Křížová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí své bakalářské práce Mgr. Jitce Doležalové, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup. Mé poděkování patří rovněž informantům, kteří se ochotně podíleli na empirické části bakalářské práce a věnovali mi čas ze svého volna.

Přínos paliativních týmů pro zdravotnická zařízení

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zjistit funkčnost paliativních týmů, jejich přínos pro zdravotnická zařízení a potřebu při poskytování péče pacientům s nevléčitelným onemocněním a ukončenou léčbou. Práce se také zaměřuje na jednotlivé členy paliativního týmu a jejich role.

Metodika a výzkumný soubor: Ke splnění stanovených cílů bylo využito kvalitativního výzkumného šetření formou polostrukturovaného rozhovoru se členy paliativního týmu. Výsledky rozhovorů byly následně analyzovány pomocí otevřeného kódování metodou tužka–papír a následně rozděleny do jednotlivých kategorií s podkategoriemi. V rámci výzkumu k této bakalářské práci byly stanoveny čtyři základní kategorie, které jsme následně rozdělili na další tři podkategorie. Výzkumný soubor tvořilo jedenáct členů paliativních týmů čtyř vybraných nemocnic v České republice.

Výsledky: Bylo zjištěno, že vznik a působení paliativních týmů v dotazovaných nemocnicích jsou považovány za velký přínos pro zdravotnická zařízení. Námi získané výsledky mohou posloužit jako podklad pro vznik informačních brožur pro jednotlivá oddělení nemocnic, další zdravotnická zařízení, ale i veřejnost. Tato bakalářská práce může být použita jako téma pro vzdělávací semináře pro sestry, lékaře a další pomáhající profese.

Klíčová slova

Multidisciplinární tým; paliativní péče; role členů paliativního týmu; rozdělení paliativní péče

The Benefit of Palliative Care Teams for Healthcare Facilities

Abstract

The aim of this bachelor's thesis was to find out how palliative teams work and their benefit for healthcare facilities and need while providing care for patients with incurable diseases and finished treatment. The thesis is also focused on the individual members of the palliative care team and their roles.

Methodology and research: For the fulfilment of the aims was used qualitative research in the form of a semi-structured interview with members of the palliative care team. The results of the interviews were analysed using open coding method which is called the pencil–paper method, then they were divided into individual categories and subcategories. As part of research four categories with three subcategories were established. The research team consisted of eleven members of the palliative care teams of four selected hospitals in the Czech Republic.

Results: It was found that the establishment of palliative care teams in the interviewed hospitals is a great benefit for medical facilities. Results obtained by us can serve as a base for creation of an information brochure for individual departments, medical facilities, but also for the public. Bachelor thesis can be used for educational seminars for nurses, doctors and other helping professions.

Key words:

Multidisciplinary team; palliative care; the role of palliative care team members; division of palliative care

OBSAH

ÚVOD	8
1 Současný stav	9
1.1 Paliativní péče	9
1.1.1 Definice paliativní péče	10
1.1.2 Historie paliativní péče	11
1.1.3 Aspekty paliativní péče.....	13
1.2 Rozdělení paliativní péče	15
1.2.1 Mobilní hospic	16
1.2.2 Lůžkový hospic.....	16
1.2.3 Nemocniční paliativní péče	17
1.2.4 Ambulance paliativní a podpurné péče.....	18
1.2.5 Nemocnice poskytující paliativní péči.....	18
1.3 Složení multidisciplinárního týmu a role jejich role	19
1.3.1 Role sestry v multidisciplinárním týmu.....	21
2 Cíle práce a výzkumné otázky	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Výzkumné otázky.....	22
3 Metodika	23
3.1 Použité metody.....	23
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	24
3.3 Zpracování dat.....	24
4 Výsledky	25
4.1 Charakteristika informantů.....	25
4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů.....	27
Kategorie 1: Práce v paliativní péči.....	27
Kategorie 2: Informovanost zdravotnického personálu ohledně fungování, pracovní náplně paliativních týmů a jejich kontaktování.....	29
Kategorie 3: Postup v paliativní péči.....	31
Kategorie 4: Paliativní týmy a spolupráce personálu na odděleních.....	33
5 Diskuze	36
6 Závěr	41
7 Seznam použitých zdrojů	43

8	Seznam příloh	48
8.1	Příloha 1: Rozhovor s kaplanem o jeho roli v paliativním týmu.....	49
8.2	Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se členy paliativního týmu	55
9	Seznam použitých zkratek	57

ÚVOD

Téma pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila z důvodu nově vzniklé ambulance paliativní péče v Nemocnici České Budějovice, kde v současné době pracuji, a paliativního týmu, do kterého jsem se dobrovolně přihlásila. K volbě tématu přispělo i mé působení na onkologickém oddělení, kde se s tematikou smrti setkávám pravidelně. K rozvoji paliativní péče v nemocnicích dochází až v posledních letech a povědomí veřejnosti o této problematice je poměrně malé, proto bych ráda přispěla ke všeobecnému rozšíření informovanosti ohledně náplně práce a významu paliativního týmu.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak může paliativní tým přispět k celkové péči o pacienta i jeho rodinu a jak může pomoci zdravotnímu personálu a veřejnosti.

První část bakalářské práce se zaměřuje na historii, rozdělení a aspekty paliativní péče. V této části jsou popisovány i složení multidisciplinárního paliativního týmu a jednotlivé role jeho členů. Práce se zabývá popisem kompetencí a postavením sestry v paliativním týmu.

Druhá část bakalářské práce přibližuje úlohu sester v paliativní péči a jejich zkušenosti v zavádění paliativní péče v nemocnicích.

1 Současný stav

1.1 Paliativní péče

Každý rok u nás zemře přes 100 tisíc lidí, z nich pak tři čtvrtiny v důsledku chronického onemocnění. Při velmi častých komplikacích se téměř ve všech případech volá záchranná služba, a proto většina nemocných umírá právě v nemocničních zařízeních. Mnohdy se opomíjí domácí hospicová péče a rodina pacienta, která by péči o takto nemocné zvládla také, a rovněž pro pacienta by byl odchod snazší. V současné době patří k nejznámějším hospiciům *Cesta domů*. Ten každoročně ošetří kolem 300 nemocných ambulantně a 500 jich „doprovodí“ (Kopecký, 2020).

Každý zdravotník se během své praxe dříve nebo později setká se smrtí nebo s umíráním. Setkání se smrtí a vyrovnání se s ní je pro každého jinak obtížné. Smrt je přirozenou a nedílnou součástí života a nejde o selhání zdravotníků. Principem paliativní péče je pomoc pacientům, kteří jsou v terminálním stadiu, v poslední etapě svého života. Paliativní péče využívá bio-psycho-socio-spirituální model zaměřený na zmírnění symptomů nemoci (Gawande, 2016).

Kisvertová (2018) chápe smrt jako konec lidského života, který čeká na každého z nás a nikomu z nás se nevyhne. Péčí o umírající, samotným umíráním a smrtí se v minulosti i v současné době zabývají všechny kultury i civilizace celého světa. Umíráním se rozumí postupný proces končící smrtí. V dnešní době existuje celá řada teorií a výzkumů zabývajících se tímto tématem a podrobně ho zkoumají. Umírání a smrt jsou dnes vnímány jako přirozená a nevyhnutelná součást lidského života. Biologický přístup k otázce smrti bohužel nenabízí příliš optimistickou perspektivu konce života, proto je tendence uchýlovat se k víře v posmrtný život, přinášející větší klid a naději, že život smrtí nekončí (Roučková, 2006).

Jako první popsala oficiálně fáze smrti Elisabeth Kübler-Ross ve své knize *O smrti a umírání*, která byla vydána v roce 1997, která popisuje pět fází umírání – popírání, hněv/agresi, smlouvání, depresi a smíření. Fáze popírání nastává v okamžiku sdělení nepříznivé diagnózy, kdy pacient tyto informace popírá. Nemocný se brání a odmítá uvěřit pravdivosti sdělení lékařů. Touto fází si pacient prochází velmi krátce. Ve fázi hněvu/agrese je pacient plný negativních emocí, vzteku nebo závisti. Může se stát, že přestane komunikovat s personálem oddělení. Ve fázi smlouvání se pacient začíná zamýšlet nad tím, čeho by chtěl ještě dosáhnout, co všechno by chtěl ještě udělat a čeho

by se chtěl ještě dožít, smlouvá o čas, upíná se k zázračným lékům moderní medicíny, hledá možné alternativní postupy. Ve fázi deprese již pacient ví, že umírá, jeho zdravotní stav se zhoršuje. Probíhá zde konfrontace se skutečností, že vše směřuje ke smrti. Pacient nechce nikoho obtěžovat, přestává přijímat návštěvy a uzavírá se sám do sebe. Většinu času propláče a pociťuje strach, smutek, beznaděj a úzkost. Poslední fází je smíření, kdy se pacient vyrovnává s vlastní smrtí, nebo se smrtí někoho blízkého. Zde je viditelný hluboký smutek nad ztrátou zdraví. V této fázi začíná pacient přistupovat k léčbě s rozumem a spolupracovat na ní. Délka fáze umírání je velmi individuální. Ze začátku byly tyto fáze používány jen u dlouhodobě nemocných, později se začínají využívat u jakékoliv tragické události. Na Elisabeth Kübler-Ross navazuje psychologie, která zkoumá jednotlivé fáze umírání, jejich pochopení vede k lepšímu doprovázení umírajících (Kutnohorská, 2007).

1.1.1 Definice paliativní péče

„Paliativní péče je přístupem, který zlepšuje kvalitu života pacienta a jeho rodiny, kteří jsou konfrontováni s problémy, které s sebou přináší život ohrožující onemocnění. To se děje skrz odvracení a zmírňování stavů utrpení tím, že jsou bolest a jiné problémy (ať už jsou tělesné, psychosociálního nebo spirituálního druhu) včas zjištěny, korektně vyšetřeny a léčeny“ (World Health Organization, 2002).

Paliativní péče o děti je aktivní, celková péče o tělo, mysl a ducha dítěte, a zahrnuje také poskytování péče rodině. Začíná, když je nemoc diagnostikována, a pokračuje bez ohledu na to, zda dítě dostává léčbu zaměřenou na onemocnění. Poskytovatelé zdravotní péče musí vyhodnotit a zmírnit fyzické, psychické a sociální utrpení dítěte. Efektivní paliativní péče vyžaduje široký multidisciplinární přístup, který zahrnuje rodinu a využívání dostupných komunitních zdrojů. Lze jej úspěšně implementovat i v případě, že jsou zdroje omezené. Může být poskytována v zařízeních terciární péče, v komunitních zdravotních střediscích a v dětských domovech (World Health Organization, 1998). Paliativní péči lze chápat jako soubor základních znalostí a dovedností, jež mohou využít všichni zdravotničtí pracovníci, kteří se starají o pacienty s život ohrožujícím onemocněním, nebo s pacienty v terminálních stádiích onemocnění. V této chvíli by měl zdravotnický personál být schopen rozpoznat základní psychické a fyzické symptomy a zajistit jejich efektivní řešení. Zároveň by měl zdravotnický personál porozumět tomu, co prožívá umírající pacient a jeho rodina, zapojit se aktivně do komunikace o individuálních

potřebách pacienta a vše konzultovat s odborníky v paliativní péči (O'Connor a Andra, 2005).

1.1.2 Historie paliativní péče

První hospic, který se shoduje i s dnešní představou, založila Jeanne Garnier francouzském Lyonu roku 1847 (Slámová et al., 2018). Založením hospice Jeanne Garnier zareagovala na nedostačující péči hospicového typu. O několik let dříve založila ženské společenství, které se věnovalo pouze péči o nevyлéčitelně nemocné. Díky aktivitám této ženy dostalo slovo hospic svůj typický význam, jak jej známe dnes.

Marie Aikenhead doprovázela umírající v jejich posledních chvílích a v roce 1878 založila v Dublinu komunitu Sestry lásky. Toto společenství v následujících letech založilo několik hospiců ve Velké Británii (Vorlíček et al., 2004). V jednom z těchto domů pracovala po druhé světové válce lékařka, spisovatelka a sociální pracovnice Cicely Saunders která se v 50. letech 20. století zasloužila o formulování zásad v paliativní péči. Tato světově uznávaná lékařka věděla, že medicína postupuje rychle kupředu, ale také měla neustále na paměti, že se nesmí zapomínat na ty, kterým již medicína k vyléčení nepomůže. Cicely Saunders byla první, kdo se zabýval konceptem péče o „celkovou bolest“. Kladla proto důraz na multidisciplinární tým. S touto myšlenkou založila v roce 1967 Hospic svatého Kryštofa v Sydenhamu v Londýně, kde zakladatelka tohoto moderního hospicového hnutí ve svých 87 letech podlehla rakovině (Cicely Saunders Biography, 2019). Saunders dala hospici koncept umírání s ohledem na bio--psycho-sociální potřeby nemocných nejen v Británii, ale v celém světě. Základní kameny její filozofie o důstojném umírání proluly do definice Světové zdravotnické organizace, která charakterizuje paliativní péči komplexně (Baldwin, Woodhouse, 2011). Postupem času byla hospicová péče rozšířena i do domácího prostředí. Forma domácí hospicové péče se rozvinula především v USA, kde je dodnes považována za základní formu paliativní péče. V 70. letech 20. století docházelo k prvním pokusům o začlenění hospicové péče do nemocnic (Vorlíček et al., 2004). Kanadský lékař Belfour Mount roku 1975 použil pro oddělení označení *oddělení paliativní péče*, aby zamezil případnému nedorozumění a zaměnění pojmu s hospicem (Cesta domů, 2015).

Historie dětské paliativní péče ve světě se datuje k roku 1982, kdy sestra Frances Dominicae v anglickém Oxfordu založila první dětský hospic. Výstavbu realizovala

s rodiči své první dětské pacientky, po níž byl hospic pojmenován, Helen Hause. V Londýně v roce 1986 vznikl *Children's Hospital* s prvním nemocničním týmem zaměřeným na léčbu symptomů pokročilého onemocnění, který založila a vedla Ann Goldmann dětská onkoložka. Evropská paliativní péče je na vysoké úrovni. V Polsku vznikl v roce 1994 první mobilní dětský hospic a v Bratislavě v roce 2002 byl založen domácí hospic *Plamienok*, poskytující dětskou paliativní péči a systematické vzdělávání odborníků v této oblasti (Bužgová et al., 2019). V České republice se začala paliativní péče, jako specifický model péče o nevléčitelně nemocné, rozvíjet až po roce 1989. Prvním pokusem o zřízení lůžkového oddělení paliativní péče v rámci nemocnice bylo v roce 1992 otevření oddělení paliativní péče v nemocnici v Babičích nad Svitavou. Od začátku se specializovaná paliativní péče v České republice rozvíjí především jako lůžková hospicová péče, zejména pro pacienty s onkologickým onemocněním. V posledních letech začínají vznikat kromě lůžkových hospiců také domácí hospicové jednotky a ambulance paliativní péče. Mnozí odborníci začínají poukazovat na nutnost rozvoje paliativní péče i v jiných oborech, než je onkologie. Například v gerontologii a neonkologické paliativní péči (Kabelka, 2018). K rozvoji paliativní péče v ČR přispěla Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, která byla založena v roce 2005. Roku 2017 za podpory Nadace rozvoje občanské společnosti vznikly *Standardy hospicové paliativní péče* s cílem definovat požadavky, které by měli splňovat poskytovatelé paliativní péče v ČR, aby byla zajištěna její potřebná úroveň a odpovídající kvalita. Dalším důležitým krokem byl rok 2009, kdy byla založena Česká společnost paliativní medicíny ČLSJEP (ČSPM), která si dala za cíl rozvíjet a podporovat vzdělávání dobrou klinickou praxi v oblasti obecné a specializované paliativní péče v závěru života. V České republice byl první hospic otevřen v roce 1995 v Červeném Kostelci. Velkou zásluhu na jeho založení měla MUDr. Marie Svatošová, zakladatelka hospicového hnutí v ČR, která toto hnutí neúnavně rozvíjí a podporuje dodnes (Bužgová, 2015). Počátek dětské paliativní péče v České republice se datuje k roku 1991, kdy začal fungovat nadační fond *Klíček*, který poskytuje individuální paliativní podporu rodinám vážně nemocných dětí. Péče o onkologicky nemocné děti v domácím prostředí začala fungovat v Brně. Tuto péči začal poskytovat mobilní dětský paliativní tým pod vedením MUDr. Petra Lokaje ve spolupráci s nadačním fondem *Krtek* pod Klinikou dětské onkologie FN Brno. V roce 2015 byla tato péče rozšířena i o neonkologicky nemocné pacienty. V roce 2011 zahajuje Mobilní hospic *Ondrášek* dětskou paliativní péči, i když byl tento hospic původně zaměřen jen na dospělé pacienty. Mobilní hospic *Nejste sami* poskytuje od roku

2016 dětskou paliativní péči pro Olomoucký kraj. V roce 2017 tuto péči začal poskytovat tým mobilní specializované péče Krajské nemocnice Ústí nad Labem. Ve Středočeském kraji tuto péči nabízí tým Centra domácí péče v Berouně (Bužgová et al., 2019).

„Osamělost, neosobní jednání nastupují, když je nemocný vytržen z domácího prostředí a je horečně dopravován do nemocnice. Kdo předtím toužil, aby mu v takovém okamžiku byl dopřán klid a dána útěcha, nikdy nezapomene na to, jak ho naložili na nosítka a s vyjící sirénou ho dopravili do nemocnice“ (Elisabeth Kübler-Ross).

Kisvertová (2018) popisuje všechny formy paliativní péče, včetně roků založení jednotlivých hospiců. Lůžková oddělení paliativní péče najdeme například v ÚVN, v Nemocnici Příbram, Nemocnici Prostějov, Nemocnici Milosrdných sester, Nemocnici na Pleši. Tamní oddělení přijímají pacienty, u nichž byly vyčerpány všechny možnosti péče v ambulantní podpůrné a paliativní péči. Vznik dalších hospiců se datuje od roku 1998, kdy vznikly Hospic Štrasburk v Praze a Hospic sv. Lazara v Plzni. O rok později vznikl Hospic sv. Josefa v Rajhradu. Roku 2001 začal nabízet své služby Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. Následujícího roku byl v Olomouci otevřen Hospic na Sv. Kopečku. V roce 2004 se otevřel v Brně Hospic sv. Alžběty, téhož roku ve Valašském Meziříčí zahájil činnost Hospic Citadela. Most otevřel svůj první hospic v roce 2005, stejného roku začal poskytovat své služby také prachatický Hospic sv. Jana N. Neumanna. Rok 2007 byl významný pro Hospic sv. Lukáše v Ostravě. Další rok byl otevřen Hospic Dobrého Pastýře. V roce 2010 se v Chrudimi otevřel Hospic Smíření. Mezi zástupce kamenných hospiců patří Hospic sv. Alžběty v Brně, Hospic Anežky České, který se nachází v Červeném Kostelci. Roku 2020 vydal Hospic sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích vlastní knihu popisující historii zařízení, způsob fungování hospice, formy poskytované péče, osoby starající se o pacienty a nadstandardní služby (15 let hospice v obrazech, 2020).

1.1.3 Aspekty paliativní péče

„Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Je těžko uchopitelný pro svou mnohostrannost a komplexnost. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka“ (Payne, 2007).

Paliativní péče by měla zahrnovat komplexní péči o nevléčitelně nemocného člověka a jeho rodinu s cílem prevence a úlevy od jejich utrpení. Důležité jsou i léčba bolesti a řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Hlavním cílem paliativní péče je dosáhnout co nejlepší kvality jejich životů (Stiborová, Frei, 2018). Niedermann et al. (2016) popsali devět základních aspektů paliativní péče týkající se kvality života, základního postoje plného respektu a solidarity, radikální orientace na pacienta a klienta, zmírnění zatěžujících symptomů, zapojení blízkých osob, doprovázení při umírání, kultury rozloučení, spolupráce mezi profesemi a institucemi, předvídatého jednání a neustálé evaluace. S kvalitou života souvisí schopnost pacienta vyrovnat se se svou chorobou. Smíření se s nemocí závisí na intenzitě, trvání a dynamice klinických symptomů onemocnění, přítomnosti bolesti, prognóze apod. Tyto faktory se odrážejí v kvalitě života pacienta, která se podílí na popisu, případně kvalifikaci dopadu onemocnění, léčby, úrovně zdravotní péče, fyzického a psychického stavu pacienta na způsob života a jeho pocit životní spokojenosti (Linková et al., 2010). Cílem paliativní péče je nahlížet na pacienta jako na holistickou bytost, tedy jako na celek. K pacientovi se přistupuje s respektem k jeho důstojnosti a autonomii, respektují se jeho hodnoty života a přesvědčení. Paliativní péče má za úkol podporovat pacienty ve využití jejich vlastních možností a vedení k samostatnému životu po celou dobu nemoci. Důležitým úkolem je také zmírňování zatěžujících symptomů, tělesných obtíží, psychického, sociálního, kulturního a spirituálního utrpení. Jedním z důležitých aspektů paliativní péče je zapojení osob blízkých do péče o pacienta. Pro umírajícího člověka jsou důležité podpora okolí a splnění představ o konci života. Součástí umírání jsou i způsob rozloučení a jeho kultura. Paliativní péče rozvíjí kulturu loučení a doprovází umírající a pozůstalé v jejich zármutku. Velký důraz se v paliativní péči klade na spolupráci mezi profesemi a institucemi, na partnerskou spolupráci všech odborností a institucí, které jsou ve prospěch umírajícího. Péče v paliativní medicíně se snaží dopředu promýšlet možné změny v průběhu nemoci, neustále vyhodnocuje vývoj a přizpůsobuje se aktuální situaci, a současně sebekriticky zkoumá vlastní jednání, aby odpovídalo prioritám umírajícího, proto jsou důležité předvídaté jednání a neustálá evaluace (Niedermann et al., 2016).

1.2 Rozdělení paliativní péče

V České republice je možné se setkat se všemi modely paliativní péče. Základní rozdělení rozlišuje obecnou a specializovanou paliativní péči. Obecná paliativní péče se zabývá kvalitní klinickou péčí o pacienta v pokročilé fázi onemocnění. Jako obecná je označena dobrá klinická péče o pacienta v pokročilé či konečné fázi nevléčitelného onemocnění. K nejdůležitějším součástem péče náleží komunikace s pacientem a rodinou, zaměření na kvalitu života, léčba doprovázejících symptomů a psychosociální podpora. Tato péče je poskytována v rámci základní zdravotní péče a měl by ji umět poskytnout každý zdravotník bez ohledu na jeho odbornost (Plevová et al., 2011). Nováková (2011) popisuje obecnou paliativní péči jako péči poskytovanou zdravotnickým personálem ve všech zdravotnických zařízeních. Základním principem této péče je sledování zdravotního stavu pacienta, jeho zhodnocení, kontrola aktivní léčby, zajištění péče umožňující co nejlepší kvalitu pacientova života (Nováková, 2011). Obecná paliativní péče je v dnešní době zajišťována také praktickými lékaři ve spolupráci s agenturami domácí péče, specialisty, kteří se zabývají nevléčitelnými onemocněními v rámci své odbornosti. Do této kategorie se řadí onkologové, internisté, neurologové, pediatři, lékaři se zaměřením na geriatrické pacienty. Do obecné péče patří sociální poradenství a služby s tím spojené, psychologická pomoc, práce dobrovolníků a pastorační pomoc (Kabelka, 2018). Specializovaná paliativní péče se definuje jako péče, která je označena jako aktivní interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků se speciálním vzděláním a disponujících potřebnými zkušenostmi v otázkách paliativní péče. Tato péče je indikována pacientům, jejichž obtíže přesahují možnosti poskytnutí obecné péče (Skála, 2011). Specializovanou paliativní péči dnes můžeme také chápat jako aktivní péči poskytovanou pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří mají formální vzdělání v oboru paliativní péče a zároveň mají v tomto oboru potřebné zkušenosti. Velmi důležité je, aby obě úrovně služeb měly vytvořenou a dobře fungující komunikaci (Kabelka, 2018). Mezi další formy paliativní péče, s nimiž se v současnosti můžeme setkat, zahrnujeme lůžkový hospic, domácí hospic, ambulance podpůrné a paliativní péče, oddělení paliativní péče (Kupka, 2014). Dětskou paliativní péči lze rozdělit do tří stupňů – na paliativní přístup, obecnou a specializovanou paliativní péči. Prvním stupněm je paliativní přístup, který by měl dodržovat každý zdravotnický pracovník. Jde o proces, kdy se základní principy paliativní péče implementují do každodenní praxe. Mezistupeň mezi paliativním přístupem a specializovanou paliativní péčí představuje obecná

paliativní péče. Tento druh péče se používá v klinické praxi u pokročilého onemocnění. Tuto péči poskytují řádně proškolení a zkušení zdravotníci, kteří se přímo nezaměřují na dětskou paliativní péči. Aktivní odborná péče poskytovaná multidisciplinárním týmem odborníků, kteří mají odborné vzdělání v oboru paliativní péče, se nazývá specializovaná paliativní péče a jde o třetí stupeň. Tento stupeň se zaměřuje na zajištění péče u dětských pacientů, kde dynamika a intenzita obtíží převyšují veškeré možnosti obecné paliativní péče (Bužgová et al., 2019).

1.2.1 Mobilní hospic

Domácí hospicovou péči lze realizovat pouze za podpory rodiny a dostatečně funkčního rodinného zázemí pacienta. Tato péče představuje ideální formu pro umírajícího pacienta, který je ošetřován ve známém prostředí. Tento druh péče je velmi individuální a garantuje trvalou dostupnost péče o pacienta. Fungovat může pouze za předpokladu dostupnosti služeb domácího hospice a jeho ochoty převzít zodpovědnost za péči o pacienta a spolupodílet se na ní. Pro rodinu pacienta je tato forma péče zatěžující psychicky, fyzicky i finančně (Kupka, 2014). Mobilní hospicová péče poskytuje komplexní zdravotní, sociální i laickou péči a je dostupná 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Tuto odbornou péči ordinuje vždy ošetřující lékař pacienta nebo odborný lékař po ukončení léčby pacienta ve zdravotnickém zařízení. Rozsah ordinací nebo také intervencí obměňuje ošetřující lékař podle stavu a aktuálních potřeb pacienta. I tuto péči poskytuje multidisciplinární tým zahrnující lékaře, sestru, sociálního pracovníka, rehabilitačního pracovníka, psychologa, duchovního. V této formě péče je možné setkat se s dobrovolníky připravenými částečně nahradit rodinné příslušníky (Misconiová, 1998).

1.2.2 Lůžkový hospic

Lůžková paliativní péče je opakem mobilní paliativní péče. Místo nemocnice by měl lůžkový hospic navozovat atmosféru domova a většinou nabízí jednolůžkové pokoje s přistýlkou pro příbuzné pacienta, již chtějí být nablízku umírajícímu a doprovázet ho. Návštěvy si většinou určuje sám pacient, ale záleží na domluvě s ošetřujícím personálem (Kupka, 2014). Lůžkový hospic zajišťuje 24hodinovou péči o pacienty, cílem lůžkového hospice není vyléčení nevléčitelných pacientů. Lůžkový hospic se nesnaží o kompletní vyléčení pacientů s nevléčitelnými onemocněními, ale jeho cílem je poskytnutí kvalitní péče a zpříjemnění závěru života. Důraz se klade na psychickou péči, a pokud má pacient zájem, pak mu může být poskytnuta i péče spirituální (Arnoldová, 2016). Primárně je

hospicová péče určena pacientům, kteří nemohou nebo nechtějí prožít závěr života doma. Lůžkové hospice nabízejí komplexní péči, poskytují podporu pacientům i jejich příbuzným, kteří mají neomezené návštěvní hodiny a mohou být se svými blízkými ubytováni přímo v hospici. Péče je přizpůsobena aktuálnímu stavu pacienta a zaměřuje se na kvalitu, nikoliv na kvantitu. V České republice jsou všechny lůžkové hospice nestátní zdravotnická zařízení, která jsou financována z příspěvků na péči, příspěvků od pacientů, sponzorských darů nebo i z veřejného zdravotního pojištění. V hospicových zařízeních se nachází edukační centra, jejichž úkolem je podpora dalšího vzdělávání a propagace myšlenek hospicové péče nejen mezi odbornou, ale i laickou veřejností. Hospice mohou v dnešní době také nabízet stáže zdravotníkům, studentům, laikům. V hospici pomáhají personálu i dobrovolníci (Kisvertová, 2018). Bužgová (2011) popisuje hospic jako zařízení, které neposkytuje paliativní péči obecnou, ale specializovanou, zaměřenou na preterminální a terminální stadia onemocnění. Délka pobytu se pohybuje od tří do čtyř týdnů a je kladen důraz na individuální potřeby a přání jednotlivých pacientů.

1.2.3 Nemocniční paliativní péče

První možností paliativní péče v nemocničním zařízení, se kterou se můžeme setkat, je forma konziliárních vyšetření paliativním týmem, který pomáhá s péčí o pacienty na různých odděleních nemocnice, slouží jako expertní poradenský tým pro kolegy z jiných oddělení a často pracuje s rodinou pacienta. Druhou možností jsou lůžková oddělení paliativní péče, která mají podobu klasických oddělení s hospicovými lůžky. Typickým příkladem je ÚVN, starající se o pacienty na lůžkovém oddělení paliativní péče a přijímající pacienty s onkologickým nebo nevyлéčitelným onemocněním. Péče je zde intenzivní a začíná v okamžiku, kdy jsou vyčerpány všechny možnosti ambulance podpůrné a paliativní péče. Nemocniční paliativní péče zatím není v České republice běžnou součástí nemocničních služeb (Česká společnost paliativní medicíny, <https://www.paliativnimedicina.cz>). Paliativní péče u nemocničního lůžka se neobejde bez vyššího počtu zdravotnického personálu na oddělení, jako jsou ošetřovatelky, sestry a zdravotní asistenti. Nedostatek personálu je jedním z faktorů ovlivňujících paliativní péči v nemocnici. Mezi tyto faktory patří také kvalita vzdělání sester a lékařů v paliativní péči a v paliativní medicíně. Důležitými faktory jsou fungování multidisciplinárního týmu a kvalitní komunikace mezi jeho členy, ať už se jedná o formální, nebo neformální úroveň komunikace. Otevřenost oddělení pro rodinné příslušníky jako „civilní“ personál

je také v paliativní péči podstatné (Marková, 2010). Jednou z nevýhod lůžkového oddělení paliativní péče je ve většině případů také nevhodné prostředí pro příbuzné a rodinné příslušníky pacienta, pokud by chtěli s nemocným zůstat přes noc, případně delší dobu přes den. Dále je poukazováno na neadekvátní podporu příbuzných ze strany zařízení (Bužgová, 2011).

1.2.4 Ambulance paliativní a podpůrné péče

V ambulanci podpůrné a paliativní péče se pacienti setkávají s lékařem, všeobecnou sestrou a sociálním pracovníkem. Tento tým poskytuje péči v oblasti paliativní medicíny. Pacient, jemuž je poskytována tato forma péče, zůstává na oddělení, na kterém je hospitalizován. Tam tento tým dochází, aby poskytl komplexní paliativní péči a postupnou edukaci pacientovi i rodině, a to jak v průběhu aktivní léčby, tak i po jejím ukončení (Kupka, 2014). Tyto ambulance mohou být zřízeny přímo ve zdravotnickém zařízení při odděleních paliativní péče nebo v lůžkových hospicích. Mohou působit i v zařízeních sociálních služeb. Tým ambulance se stará o pacienty propuštěné do domácí péče. Náplň práce těchto ambulancí, respektive jejich týmů, představuje péče o pacienty s psychosociálními a fyzickými symptomy, které nevyžadují hospitalizaci v nemocnici. Velkou nevýhodou poskytované péče mohou být návštěvy pacientů v posledním stadiu onemocnění (Bužgová, 2015).

1.2.5 Nemocnice poskytující paliativní péči

Centra podpůrné a paliativní péče se nachází ve všech větších nemocnicích po celé České republice. Mezi známější patří Nemocnice České Budějovice a. s., Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, od 1. ledna 2021 první klinika paliativní péče v ČR, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Fakultní nemocnice v Motole, ambulance pro děti i dospělé, Fakultní nemocnice Olomouc, Krajská nemocnice Tomáše Bati Zlín, Masarykův onkologický ústav – Nemocnice Brno, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Nemocnice Nové Město na Moravě, Nemocnice Hořovice, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Nemocnice Jihlava. Úplný seznam všech nemocnic poskytující paliativní péči naleznete na stránkách České paliativní medicíny (<https://www.paliativnimedicina.cz>).

„Lépe dvěma než jednomu, mají dobrou mzdu ze svého pachtění. Upadne-li jeden, druh jej zvedne. Běda samotnému, který upadne; pak nemá nikoho, kdo by ho zvedl.“

Bible, Kazatel 4: 9,10

Nevyléčitelné onemocnění, které je spojeno s umíráním a truchlením, je z mnoha hledisek velmi náročná životní situace nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké, a je velmi těžké se s touto situací vyrovnat. Základem je zvládnutí psychických, tělesných a existenčních obtíží. Kromě tělesných příznaků spjatých s nemocí je třeba nutně zvládnout praktické aspekty péče, proto je paliativní péče poskytována multidisciplinárním týmem, v němž úzce spolupracují lékaři, všeobecné sestry, sociální pracovníci, psychologové, psychoterapeuti i duchovní. Společně s pacientem a jeho rodinou hledají možnosti, jak v dané situaci umožnit co nejlepší kvalitu života. Multidisciplinární tým se skládá z paliativního lékaře, paliativní sestry, sociálního pracovníka, psychologa či psychoterapeuta, duchovního (Marková, 2010). Multidisciplinární tým je základem pro úspěšné poskytování paliativní péče a je tvořen lékařem (paliatrem), všeobecnými sestrami, dietní sestrou, sociálním pracovníkem, rehabilitačním pracovníkem, psychologem nebo psychiatrem, duchovním, rodinnými příslušníky, příbuznými, dobrovolníky. K úkolům tohoto týmu patří i pravidelná setkání, kde se diskutuje, jak individuálně řešit problémy pacienta, aby se zapojili všichni členové multidisciplinárního týmu, včetně rodinných příslušníků (Bužgová, 2011).

1.3 Složení multidisciplinárního týmu a role jejich role

„Mě nezajímá dav. Kdybych viděla davy ubožáků, nikdy bych nemohla svoji práci začít. Zajímá mě jen můj bližní, jednotlivec. Tomu mohu pomoci, a tak mu pomáhám.“

Matka Tereza

Složení paliativního týmu je velmi specifické. Hlavní úlohu hraje lékař se specializací v oboru paliativní medicíny a pomáhají mu všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, sociální pracovník, psycholog nebo psychoterapeut, fyzioterapeut, pastorační pracovník nebo duchovní a nutriční specialista podle aktuálních potřeb pacienta (Marková, 2010).

Lékař v paliativní péči – paliatr – přijímá pacienta do péče, vyhodnocuje aktuální zdravotní stav i příznaky onemocnění, navrhuje a nastavuje průběh léčby a aktuálně ji mění v závislosti na vývoji nemoci.

Specifika práce sestry v této péči se odvíjí od samotné definice paliativní péče, respektive od toho, co se od sestry očekává v paliativní ošetrovatelské péči. Světová zdravotnická organizace ve svém současném pojetí paliativní péče klade důraz na důležitost pacienta a jeho rodiny. *„Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin“* (Marková, 2010). Sestra v paliativní péči má na starosti

kontakt s pacientem i rodinnými příslušníky. Tento kontakt může mít různou intenzitu. Sestra zajišťuje a koordinuje vykonávání péče předepsané lékařem, zjišťuje aktuální zdravotní, psychický stav všech zúčastněných a podle potřeby koordinuje ostatní služby poskytované týmem. Sociální pracovník pomáhá pacientovi a jeho rodině zorientovat se v sociálních službách, snaží se sehnat dostupné příspěvky na péči, poskytuje potřebné informace a zajišťuje různé sociální služby. Sociální pracovník může navrhnout podporu jiných profesí, pravidelně komunikuje s rodinou a vyhodnocuje míru využití dostupné podpory v péči o těžce nemocného pacienta. V nemocnicích často sociální pracovník zabezpečuje kvalitu volného času pacienta a zajišťuje jeho drobná přání (Kalvach, 2010). Psycholog či psychoterapeut se nesoustředí pouze na umírajícího pacienta, ale věnuje stejnou péči i rodině umírajícího, která může být zaskočena rychlým či náhlým zhoršením nemoci (především u onkologických pacientů), nebo ji dlouhotrvající péče vyčerpává (nejčastěji u geriatrických pacientů). Psychoterapeut by měl také pracovat s pozůstalými a provázet je obdobím vyrovnání se se ztrátou. Důležitá je pomoc v komunikaci rodiny se členy týmu. Psychoterapeut, který by měl být členem týmu, má pracovat také s jeho členy, být jim k dispozici při řešení situací vyžadujících jeho kompetenci (Kalvach, 2010). Duchovní nebo pastorační pracovník se do péče o pacienta zapojuje pouze na přání pacienta či jeho rodiny. V rámci spirituální podpory pečuje tým nejen o pacienta na konci života, ale i o jeho nejbližší. V tomto konceptu je nezbytné vždy sledovat všechny potřeby pacienta, jeho rodiny i blízkých, rozpoznat je včas a nabídnout adekvátní podporu i v oblasti spirituální. Duchovní podpora a doprovázení mohou mít mnoho podob, které jsou určeny kulturním a náboženským prostředím pacienta i jeho blízkých, jejich zvyky, chápáním smyslu života apod. V této oblasti je nutné co nejvíce respektovat vyslovená přání pacienta, dbát na zachování jeho důstojnosti a ponechat mu možnost rozhodování. Nemocný má možnost využít přítomnosti některého z duchovních různých vyznání, případně duchovní může být přímo členem paliativního týmu (Kalvach, 2019). Duchovní, pastorační a spirituální péče hraje velkou roli také v dětské paliativní péči. Zaměřuje se na dítě samotné, rodiče, sourozence a také na ošetřující personál, který se o pacienta stará. Pastorační služba v dětské paliativní péči se chápe jako udržování, provázení a léčení. Může mít podíl na utužování osobních nebo sociálních vazeb v rodině. Tuto péči může poskytovat buď člen církve, nebo osoba, která vyznává stejnou víru s dítětem nebo klientem (Amery, 2018). Jak důležitá je role kaplana v paliativní péči, ukazuje rozhovor s kaplanem vedený v rámci výzkumu (viz přílohu 1).

1.3.1 Role sestry v multidisciplinárním týmu

Sestra je osoba, která dokončila program základního všeobecného ošetrovatelského vzdělávání a je oprávněna příslušným regulačním orgánem k výkonu ošetrovatelské péče ve své zemi. Základní vzdělání v ošetrovatelství je formálně uznávaný studijní program poskytující široký a pevný základ v behaviorálních, životních a ošetrovatelských vědách pro všeobecnou praxi ošetrovatelství, pro vůdčí roli a pro postzákladní vzdělávání, pro speciální nebo pokročilou ošetrovatelskou praxi. Sestra je připravena a oprávněna zapojit se do obecného rozsahu ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o tělesně, duševně a zdravotně postižené osoby všech věkových skupin a ve všech zdravotnických i jiných komunitních zařízeních. Sestra může provádět výuku zdravotní péče, plně se účastnit jako členka týmu zdravotní péče, dohlížet na pomocné zdravotní i ošetrovatelské služby a školit je, a podílet se také na výzkumu *International Council of Nurses* (ICN). Všeobecná sestra v paliativním týmu se snaží dívat se na člověka nejen s ohledem na jeho zdravotní problémy, ale klade důraz i na kvalitní pacientův život, ukazuje mu možnosti, aby se dokázal na naplňování svých potřeb podílet. Pomáhá pacientovi porozumět jeho onemocnění, zjišťuje, jaké informace a v jakém rozsahu si přeje a potřebuje znát, komunikuje s jeho rodinou. Zajišťuje kontinuální kontakt s pacientem s ohledem na jeho potřeby, předává aktuální informace o zdravotním stavu a změnách ostatním členům týmu. Přijímá konzilia, eviduje pacienty, spolupracuje s primárním ošetrovatelským týmem (Marková, 2010).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat, jak může paliativní tým přispět k celkové péči o pacienta i jeho nejbližší a ovlivnit ji.

Cíl 2: Zjistit, do jaké míry je paliativní péče přínosem pro zdravotnický personál v péči o nevléčitelně nemocné pacienty.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jak fungují paliativní týmy ve vybraných nemocničních zařízeních?

Výzkumná otázka 2: Jak pomáhají paliativní týmy v péči o pacienty s nevléčitelným onemocněním?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci bylo provedeno pomocí kvalitativní výzkumné strategie. K získání informací byla zvolena metoda dotazování a technika sběru dat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum byl zrealizován v dubnu a květnu 2022 ve čtyřech nejmenovaných nemocnicích České republiky s písemným souhlasem vrchní sestry nebo náměstkyně pro ošetrovatelskou péči. Osnova rozhovoru byla zpracována před zahájením šetření. Žádost o výzkumné šetření byla zaslána nemocnicím v Praze, nemocnicím Pardubického, Jihočeského, Plzeňského, Moravskoslezského a Středočeského kraje. Z oslovených pracovišť s výzkumem souhlasily pouze čtyři nemocnice, kde jsme nejprve písemně kontaktovali náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a poté byla telefonicky domluvena možnost návštěvy u vrchní sestry daného oddělení. Tato část bakalářské práce zmiňuje problémy spojené s průběhem výzkumného šetření. Hlavní problém představovala poměrně dlouhá čekací doba k udělení povolení výzkumu od náměstkyň ošetrovatelské péče nebo hlavních sester jednotlivých nemocnic. V jedné nemocnici byla naše žádost zamítnuta a ve třech nemocnicích na oslovení vůbec nereagovali, ve dvou nemocnicích jsme byli odkázáni na konkrétní osobu, jež také na naši žádost nereagovala. K důvodům zamítnutí výzkumu patřilo nejčastěji velké vytížení informantů. Zbylá zdravotnická zařízení realizaci výzkumu zamítla, protože spolupracují pouze se studenty vysoké školy daného města, nebo si nepřála zatěžovat členy paliativního týmu. Rozhovor sestával ze souboru 23 otevřených, předem stanovených otázek (viz přílohu 2), které se zaměřují na identifikační údaje participantů – věk, pohlaví, pracovní pozici v multidisciplinárním týmu, jejich role a náplň práce v paliativním týmu, délku praxe v tomto týmu, na všeobecnou informovanost personálu ohledně fungování, náplně práce a přínosu těchto týmů v péči o pacienty s ukončenou léčbou. Pokud bylo potřeba, byly otázky během rozhovoru rozšířeny o doplňující otázky, a to tak, aby bylo dosaženo komplexního rozhovoru a realizován sběr dat v rámci bakalářské práce.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor dotazovaných byl tvořen všeobecnými sestrami, lékaři, psychology, sociálními pracovníci a kaplany/kaplankami, kteří pracují v multidisciplinárním paliativním týmu. Kritérii výběru výzkumného vzorku byly ochota spolupracovat a souhlas s rozhovorem. Celkem se uskutečnilo jedenáct rozhovorů se členy paliativních týmů. Dva rozhovory byly s kaplany, jeden s psychologem, další se sociální pracovníci, se třemi lékaři, čtyřmi sestrami. Všichni členové paliativních týmů byli předem osobně, e-mailem nebo telefonicky informováni o průběhu šetření, o době konání rozhovoru, jeho časové náročnosti. Dále byli informováni o daném tématu a cíli výzkumného šetření.

3.3 Zpracování dat

Členové paliativních týmů byli informováni o anonymitě a obdrželi potvrzení o použití údajů pouze za účelem zpracování pro bakalářskou práci. Rozhovory byly vedeny formou polootevřeného rozhovoru a zaznamenány diktafonem, popřípadě písemně na papír. Následně byly všechny rozhovory přepsány do MS Word. Všichni informanti byli seznámeni s jeho pořízením a souhlasili s ním. Dotazovaní byli ujištěni o zachování jejich anonymity a možnosti seznámení se s výsledky výzkumu. Rozhovory byly rozděleny do jednotlivých kategorií a podkategorií.

4 Výsledky

4.1 Charakteristika informantů

Tabulka 1: Charakteristika informantů

Informant	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Délka praxe v PT
Informant 1	Žena	46 let	Sestra	2 roky
Informant 2	Žena	41 let	Sestra	6 let
Informant 3	Žena	49 let	Sestra	5 let
Informant 4	Žena	46 let	Sestra	2 roky
Informant 5	Žena	49 let	Sociální pracovnice	2 roky
Informant 6	Žena	44 let	Lékařka	2 roky
Informant 7	Žena	53 let	Lékařka	3 roky
Informant 8	Žena	44 let	Lékařka	2 roky
Informant 9	Muž	45 let	Psycholog	5 let
Informant 10	Muž	40 let	Kaplan	3 roky
Informant 11	Žena	41 let	Kaplanka	2,5 roku

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 1 obsahuje údaje o pohlaví informantů, jejich věku, pracovním zařazení v paliativním týmu. Následuje délka celkové praxe v paliativním týmu. Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi sestrami, třemi lékařkami, jednou sociální pracovnící, jedním psychologem a kaplanem i kaplankou pracujícími v týmech podpůrné a paliativní péče. Jejich věk se pohybuje od 41 let do 53 let. Průměrná délka jejich praxe v paliativním týmu činí tři roky.

I1: žena, 46 let, pracuje jako sestra na onkologickém oddělení, v paliativním týmu je na pozici všeobecné sestry. V tomto týmu působí dva roky.

I2: žena, 41 let, pracuje jako vrchní sestra na klinice paliativní péče. Délka jejího působení v paliativním týmu je šest let.

I3: žena, 41 let, pracuje v dětském paliativním týmu na pozici všeobecné sestry. Členkou paliativního týmu je pět let.

I4: žena, 46 let, pracuje v paliativním týmu na pozici všeobecné sestry. Délka jejího působení v paliativním týmu je dva roky.

I5: žena, 49 let, pracuje jako sociální pracovníce na onkologickém oddělení, zároveň působí jako sociální pracovníce paliativního týmu. Délka, po kterou působí v paliativním týmu, je dva roky.

I6: žena, 44 let, pracuje jako lékařka na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, v paliativním týmu je na pozici lékařky. V paliativním týmu působí dva roky.

I7: žena, 57 let, pracuje jako lékařka na onkologickém oddělení, v paliativním týmu rovněž jako lékařka. Délka jejího působení v paliativním týmu je tři roky.

I8: žena, 44 let, pracuje jako lékařka v dětském paliativním týmu. Členkou paliativního týmu je dva roky.

I9: muž, 45 let, pracuje jako psycholog na psychiatrickém oddělení. V paliativním týmu je na pozici psychologa. Délka jeho působení v paliativním týmu činí pět let.

I10: muž, 41 let, pracuje jako nemocniční kaplan, v paliativním týmu je také na pozici kaplana. Součástí tohoto týmu je tři roky.

I11: žena, 40 let, pracuje jako nemocniční kaplanka, tuto roli zastává i paliativním týmu. V civilním zaměstnání působí jako faráčka. V paliativním týmu působí dva a půl roku.

4.2 Kategorizace výsledků rozhovorů

Výsledky rozhovorů jsou rozděleny do čtyř kategorií, které se následně člení do několika podkategorií.

Kategorie 1: Práce v paliativní péči

První kategorie je zaměřena na náplň práce jednotlivých členů paliativního týmu, na motivaci k práci v paliativní péči a naplnění jejich očekávání.

Pracovní náplň

Na otázku, co je náplní práce jednotlivých členů paliativního týmu, se informanti ve většině odpovědí shodli. I1 až I4 mají společnou náplň práce. I2 svoji práci ještě specifikuje: *„My máme práci s lékaři rozdělenou, já mám spíše na práci klinickou, organizační stránku paliativního týmu. Hlavním úkolem jsou první návštěvy pacientů s lékařem a další návštěvy dle aktuálních potřeb pacienta. Dále mám na starosti administrativu, telefonické konzultace a intervence. Koordinuji stážisty, mediky a ostatní členy paliativního týmu. Dále kontroluji, zda proběhly návštěvy u pacientů. Mou náplní však zůstává kontakt s pacienty a jejich rodinnými příslušníky. Nově začínáme spolupracovat se sestřičkou z Cesty domů, která se specializuje na dětskou paliativní péči, máme již také pár dětských pacientů.“* I3 doplňuje svoji náplň práce v dětské paliativní péči: *„K mé náplni práce ještě patří kontakt s rodiči, sourozenci, propojování specialistů a práce s nimi.“* I1 ve své odpovědi také zmiňuje toto: *„Součástí náplně mojí práce je také kontakt s ambulancí bolesti, velmi často s psychologem, kaplanem a v neposlední řadě také se sociální pracovníci.“* Z odpovědi I4 se dozvídáme další rozšíření náplně práce: *„Já do své náplně práce mohu zařadit vše výše řečené, ještě organizaci workshopů.“* I5 dodává: *„Mojí prací je především sociální poradenství, jak se orientovat na úřadu práce, pomáhám s vyplňováním různých žádostí, popřípadě pomáhám dohledávat informace ohledně právní pomoci.“* Informanti I6 až I8, kteří pracují v paliativní péči jako lékaři, mají náplň většinou stejnou. To upřesňuje ve své odpovědi I7: *„Naší náplní je příjem pacientů, pohovory s nimi, pokud je potřeba, opakované návštěvy u lůžka, úprava medikace, komunikace s ošetřujícími lékaři.“* I8 dodává: *„V dětské paliativní péči je také důležitý kontakt s rodiči a sourozenci pacientů, tvoření plánů ošetrovatelské péče, vedení konzultací.“* I9 na otázku ohledně svojí náplně práce odpovídá: *„Mou náplní práce je psychoterapie, psychologické intervence u pacientů a jejich rodinných příslušníků.“* I10 odpovídá: *„My se v rámci paliativní péče setkáváme*

s pacienty většinou pozdě. Tady přechází pacienti z kurativní léčby do paliativní, a mezi tím nic není. A to si myslím, že je z mého pohledu špatně. Pacient, který se dožaduje návštěvy kaplana, se vám při první návštěvě nikdy úplně neotevře. Moje zkušenost je ta, že pacienta vidím jen jednou, a potom už ne. Byla jen jedna výjimka, kdy jsem byl akutně volán k pacientce a tato návštěva trvala tři hodiny. Od té doby jsem s pacientkou v kontaktu nebyl.“ I11 dodává: „Musím tady s panem kaplanem souhlasit, ve většině případů má pravdu. Já jsem ze svého zaměstnání farářky byla v rámci návštěv u pacientů požádána o vedení pohřbu. To jsem zde také již několikrát dělala. V rámci naší péče je také kontakt jiných církví, které vyznávají naši pacienti.“ Na otázku, jaká je jejich náplň práce, když jsou pozváni dětským paliativním týmem, odpovídá I10: „S dětskými pacienty moc do styku nepřijdeme. Pokud ano, jde spíše o doprovázení rodičů předčasně narozených dětí, kdy si rodiče přejí křest dítěte.“

Motivace k práci v paliativní péči

Druhá podkategorie se zabývá motivací, která vedla informanty k práci v paliativní péči. Odpovídal každý informant. I1 odpovídá: „*Pracuji jako sestřička na onkologickém oddělení. Mojí motivací byla další péče o naše pacienty s ukončenou onkologickou léčbou.*“ I2 odpovídá: „*Mě přivedl k práci v paliativě výzkum v naší nemocnici, který byl o umírání pacientů v nemocnicích. Nejdříve to byla zvědavost, později jsem chtěla změnu, tak nějak to bylo.*“ I3 dodává: „*Měla jsem pocit, že některým rodinám tento druh péče chybí, proto jsem se pro dětskou paliativní péči rozhodla.*“ I4 odpověděla takto: „*K paliativní péči jsem se dostala přes intenzivní péči. Dle mého názoru jsou lékaři z intenzivní péče nejlepší paliatři.*“ I5 a I10 odpovídají takto: „*Víte, u nás v nemocnici se udělal seznam zaměstnanců, kteří budou součástí paliativní péče, a tím to bylo vyřešeno.*“ I5 ještě dodává: „*Řešila jsem tuto problematiku již před vznikem paliativní péče u nás v nemocnici.*“ I9 uvádí: „*Myslím si, že paliativní péče je důležitá a smysluplná činnost, Je to součást mojí náplně práce kromě jiných činností.*“ I6 popisuje svoji motivaci takto: „*Mojí motivací k této práci byla následná péče o pacienty. Chyběla zde návaznost na další péči po propuštění pacientů s ukončenou léčbou.*“ I8 dodává: „*Mojí motivací byla snaha pečovat o pacienty po ukončení onkologické léčby.*“ I8 odpovídá: „*Mojí motivací byla potřeba této péče u nás.*“ „*Mojí motivací ke vstupu do paliativní péče byla od začátku moje víra, беру to jako poslání,*“ odpověděl I11.

Splněná očekávání v paliativní péči

Většina informantů na tuto otázku odpověděla, že práce v paliativní péči naplnila jejich očekávání. I2 dodává: *„Tato práce splnila moje očekávání, tato práce mě stále naplňuje, jsem pořád překvapená, protože čím déle v tom člověk je, tak se dostává dál i v rozhovorech s pacienty, a posouvá si ty hranice toho, co umí, toho, co se učí. Je to vlastně krásné.“* I9 dodává: *„Práce odpovídá očekáváním.“* I5 odpovídá: *„Nevím, neměla jsem žádná konkrétní očekávání a představy.“*

Kategorie 2: Informovanost zdravotnického personálu ohledně fungování, pracovní náplně paliativních týmů a jejich kontaktování

Druhá kategorie je zaměřena na informovanost zaměstnanců ZZ ohledně fungování paliativních týmů, zda vědí, co od paliativního týmu mohou očekávat, a jak paliativní tým kontaktovat.

Informovanost zaměstnanců o fungování paliativních týmů

Informovanost zaměstnanců ZZ o funkčnosti paliativních týmů je velmi rozdílná. I1 konstatuje: *„U nás v nemocnici zatím není spolupráce s paliativním týmem až tak běžná, funguje pouze jako ambulance, na oddělení se členové paliativního týmu až tak nevidí. O tom, jak funguje paliativní tým, vědí moje kolegyně pouze ode mě.“* Oproti tomu I2 odpovídá: *„Jo, určitě. Samozřejmě, že ne ve stejné míře, ale jelikož každé konzilium je spojené s edukací personálu, to znamená, že když my jdeme za pacientem, vždycky jdeme za lékařem a za sestrami, potom jdeme za pacientem a poté se zase vracíme za personálem. My přijdeme na oddělení a oni se zeptají: Za kým jdete? Já odpovím: Tady za tím a tím pánem. A oni řeknou: Jé, ten je taky váš? A já řeknu: Ano, ten je taky náš. A já vysvětlím sestřičce, že tam jdu jako sestra na podpůrnou intervenci u pacienta, který má plnou léčbu, úplně se věří tomu, že léčba je kurativní, pacient věří tomu, že se vyléčí, takže vždy je potřeba, aby za námi byla nějaká stopa, aby oni věděli, proč nás volají.“* I3 oproti I2 odpovídá: *„Teď už jo.“* *„U nás v nemocnici záleží na odděleních. Ale většina oddělení ví, jak fungujeme,“* odpovídá I4. I6 a I7 se shodují že *„většina oddělení ví, že paliativní týmy v jejich nemocnici fungují“*. I8 je v odpovědi trochu nejistý: *„Myslím si, že částečně ano.“* Oproti tomu I9 odpovídá: *„Zdravotnický personál o fungování paliativních týmů ví, ale v mnoha případech nemá přesné znalosti, kdy je zapojení paliativního týmu indikováno.“*

Co lze očekávat od paliativního týmu

Informace o tom, co lze očekávat od paliativního týmu, jsou odlišné. Většina informantů se shodla na tom, že základní informace mají na všech odděleních. I2 dodává: *„Jo, protože já, když přijímám požadavek, tak se ptám, co můžeme pro pacienta udělat, a mnohdy je tam: ‚Aha... Hmm...‘ No víte, já, když volám poprvé, já říkám: To je v pořádku, pane doktore, tak my můžeme udělat toto. Vidím, že jdeme poprvé, tak uděláme nějaký screening a uvidíme, kam se dostaneme. Můžeme plánovat, zjišťovat symptomy, máme sociální pracovníci a tak dále. Takže i tento telefonát je vlastně edukativní.“* I3 odpověděl: *„Na některých odděleních ano, na některých ne.“* I8 dodává: *„Částečně ano, částečně ne.“* *„Personál naší nemocnice ví, co od paliativního týmu může očekávat a co vše jeho práce obnáší,“* dodává I9.

Kontaktování paliativního týmu

Pokud je v nemocnici zřízena ambulance podpůrné a paliativní péče, většina informantů konstatuje, že zaměstnanci nemocnice vědí, jak paliativní tým kontaktovat. *„U nás je to také jednoduché, naše ambulance podpůrné a paliativní péče je součástí ambulance bolesti a kontakt na ambulanci je v telefonním seznamu na intranetu,“* odpovídá I1. I9 dodává: *„Personál naší nemocnice rozhodně ví, jak náš paliativní tým kontaktovat.“* I2 váhavě dodává: *„Myslím si, že ne všechna oddělení naší nemocnice vědí, jak náš tým kontaktovat.“* I7 se připojuje se svým názorem: *„Vzhledem k tomu, že jsem sama členem paliativního týmu, naše onkologické oddělení ví, jak náš tým kontaktovat, a další potřebné informace poskytne personál ambulance bolesti, pod kterou naše ambulance podpůrné a paliativní péče spadá.“* *„U nás funguje ambulance podpůrné a paliativní péče dva roky, ale musím říct, že od začátku všechna oddělení vědí, kde nás najdou, a jak nás kontaktovat,“* dodává I4. I8 na otázku odpovídá: *„Personál naší nemocnice ve většině případů ví, jak nás kontaktovat, momentálně pracujeme na tom, aby vznikla brožura, nebo leták, kde budou všechny potřebné informace, a to nejen pro personál naší nemocnice, ale i pro širokou veřejnost.“* I5 dodává: *„My jsme k pacientovi voláni až po intervenci lékaře z paliativního týmu. Ale z mého pohledu většina oddělení ví, kam zavolat, když potřebuje konzultaci paliativního týmu.“*

Kategorie 3: Postup v paliativní péči

Tato kategorie se zaměřuje na dostupnost paliativních týmů ve ZZ, jaké je časové rozmezí, kdy je pacient po telefonické intervenci přijat do paliativní péče, jak probíhá první návštěva u pacienta a jak další návštěvy ze strany paliativního týmu.

Časové rozmezí přijetí pacienta do péče paliativního týmu

„První návštěva paliativního týmu po telefonické intervenci probíhá do 24 hodin. Pokud jde o akutní konzultaci paliatra, předávám tuto informaci lékaři, který je ten den buď v ambulanci, nebo na telefonu na svém oddělení,“ odpovídá I1. I2 dodává: *„Snažíme se co nejdříve po první intervenci. Velmi výjimečně ještě ten den, ale to je na vitál. Když opravdu hoří a je možné program na ten den přeskládat. My jdeme do druhého, maximálně třetího dne. Pokud je intervence v pátek, jdeme v pondělí.“* I3 upřesňuje: *„Záleží na akutnosti stavu, jsme schopni zrealizovat konzultaci do 24 hodin.“* I4 odpovídá: *„Snažíme se ještě ten den, nejpozději druhý den po telefonátu.“* I5 sděluje: *„Když mi zavolají a mám čas, jdu za pacientem ihned, nebo do hodiny. Maximálně druhý den. Záleží na tom, jak je na tom časově pacient nebo jeho rodina. Pokud nejsem k dispozici já, mám za sebe vždy zástup.“* I9 odpovídá takto: *„Moje návštěva proběhne během několika dní po intervenci, pokud je to akutní, přicházím za pacientem do několika hodin.“* I10 a I11 mají na první návštěvu tuto odpověď: *„Většinou přicházíme na vyžádání pacienta, popřípadě rodiny, nebo ošetřujícího lékaře. Pokud je čas, do druhého dne, maximálně třetího.“*

První návštěva paliativního týmu

Z odpovědí informantů vyplynulo, že první návštěva paliativního týmu u pacienta probíhá vždy za přítomnosti lékaře a sestry z tohoto týmu. Psycholog, sociální pracovníce, kaplan a ostatní členové paliativního týmu přichází za pacientem pouze na indikaci lékaře. I2 popisuje první návštěvu takto: *„Jako první je setkání s ošetřujícím lékařem pacienta, kde si s lékařem ujasní, co od nás vlastně očekávají, co všechno pacient ví a neví, a co pro něho můžeme udělat. Při každé první návštěvě je udělán vždy screening. Ptáme se pacienta, proč je v nemocnici, co se děje, protože kolikrát není pacient orientovaný, a není to o tom, že by mu to neřekli, ale prostě to k němu ještě nedoplulo. Protože zakázka je mnohdy jiná než skutečný stav. Proto vždy začínáme screeningem. Co se děje, osoba důvěry, jaké informace pacient má a jaké informace chce slyšet.“* I3 odpovídá velmi jednoduše: *„Záleží na akutnosti a diagnóze pacienta.“* I4 oproti tomu popisuje první

návštěvu takto: „Na první návštěvu přichází lékař v doprovodu sestry, nejdříve je kontaktován ošetřující lékař pacienta. Poté jsou zjišťovány potřeby pacienta a jeho rodiny. K dalšímu postupu jsou voláni další členové týmu, například sociální pracovnice.“ I5 říká: „První návštěvy se zúčastním na výzvu lékaře paliativního týmu nebo prostřednictvím sestry paliativního týmu.“ I7 popisuje první návštěvu paliativního týmu tímto způsobem: „První návštěva probíhá formou společného rozhovoru pacienta s jeho rodinou za přítomnosti sestry z paliativního týmu. Zde si ujasníme, co pacient a jeho rodina očekávají od péče paliativního týmu.“ I8 odpovídá na tuto otázku následovně: „Záleží na tom, o jakého pacienta se jedná. Zda se jedná o časnou, nebo terminální péči.“ Jako poslední odpovídá I9: „První návštěva probíhá standardním způsobem jako jiná setkání psychologa s pacientem, pozdravení, vysvětlení účelu návštěvy a realizace vlastní intervence.“

Další postup v péči o pacienta z pohledu paliativní péče

Na otázku, jak často chodí členové paliativního týmu na další návštěvy, případně na kontroly, a jak probíhají, se odpovědi informantů odlišují. I1 odpovídá: „Další návštěvy z naší strany probíhají dle potřeb pacientů, a to buď ambulantně, nebo za hospitalizace.“ Oproti tomu I2 odpovídá: „Kontrolní návštěvy jsou velmi individuální, není to tak, že když pacient leží v nemocnici čtyři měsíce, chodí za ním paliativní tým pravidelně. Je nějaká zakázka, nějaký úkol. To je vlastně vyřešené, a když je například naplánováno, že až pacient za 14 dní dobere antibiotika, půjde domů. Zde není důvod další návštěvy, protože plán je hotový. Anebo naopak chodíme, protože je nám řečeno, že pacient z našich návštěv profituje.“ I3 konstatuje: „Jak jsem řekla už dříve, záleží na diagnóze a prognóze. U chronicky nemocných pacientů je to zpravidla jen jednorázová konzultace s nastavením péče. Jindy je to úvodní konzultace s nastavením péče a potom následuje řada podpůrných rozhovorů a návštěv.“ V nemocnici, kde pracuje I4, probíhají další návštěvy paliativního týmu takto: „Další návštěvy probíhají individuálně dle potřeb pacienta, následně je pacientovi přidělen lékař – paliatr, pokud je to možné, překládá se pacient na jeho oddělení.“ I5 až I8 shodně odpovídají: „Další návštěvy probíhají individuálně, buď v průběhu hospitalizace, nebo ambulantní formou. Kontroluje se nastavená péče, zhodnocení potřeb, jak funguje léčba symptomů onemocnění. Probíhají podpůrné rozhovory nejen s pacientem, ale i s rodinou pacienta.“ I9 odpovídá: „Frekvence a počet dalších návštěv je individuální, vždy záleží na konkrétním zdravotním stavu pacienta. Počet návštěv není omezen, ale zpravidla se jedná o jednotky kontaktů. Průběh probíhá

dle standardních postupů psychologické péče.“ Rozhovor svou odpovědí uzavírají I10 a I11, kdy z jejich pohledu „dochází většinou k jednorázovým návštěvám, výjimkou mohou být pacienti z oddělení následné péče nebo také pacienti onkologicky nemocní, kdy návštěva kaplana probíhá alespoň jedenkrát týdně“.

Kategorie 4: Paliativní týmy a spolupráce personálu na odděleních

Čtvrtá kategorie je zaměřena na spolupráci mezi personálem oddělení a členy paliativního týmu, který přichází za pacientem v rámci paliativní péče, na to, jaká je všeobecná informovanost personálu ZZ ohledně fungování paliativních týmů. V neposlední řadě vyvstává otázka, zda jsou tyto týmy přínosem pro ZZ a zda má personál nemocnic k těmto týmům důvěru.

Spolupráce personálu oddělení se členy paliativního týmu

Aby mohla paliativní péče v rámci zdravotnického zařízení fungovat, je velmi důležitá oboustranná spolupráce mezi personálem oddělení a členy paliativního týmu. I1 odpovídá: *„Vzhledem k tomu, že jsem pouze při setkání s pacienty v rámci ambulantní konzultace, nemohu tuto spolupráci posoudit.“* Oproti tomu I2 široce rozebírá spolupráci s personálem oddělení: *„Personál oddělení je ochotný s námi spolupracovat, protože přesně o tom to je, o tom navázání, o tom kontaktu. Když jdu na oddělení za pacientem, nejdříve jdu za personálem oddělení a až potom za pacientem. Vše je o komunikaci, nedáváme doporučení rozkazem. Řeknu: Sestřičky, bylo by fajn..., pacient by měl... a tak dále. Není to o tom, říct: Tohle děláte špatně. Začínám: Pán dostává analgetika, viděla jsem to, jste úžasní, akorát říkal, že ho to teď bolí. Tak mě napadá, nemohl by dostat pacient ta analgetika před rehabilitací? A ty holky letí do dokumentace: Jo, on dostává analgetika. Já se pacienta ptám, jestli ho něco bolí, na to já odpovím, že vůbec nic neříkám. Potom toto vše píšeme ve zprávě jako doporučení, není to ‚udělej‘, ale doporučení, je to přesně o té komunikaci.“* Většina dalších informantů odpovídá pouze jednoslovně: „Ano.“ I8 odpovídá na tuto otázku větou: „Ano, téměř vždy.“ I9 potvrzuje předešlou odpověď I8: „Ano, personál nemocnice je vždy ochotný spolupracovat.“ I10 sděluje: *„Víte, nás každý spíše vnímá jako kaplana než člena paliativního týmu. Vzhledem k tomu, že chodíme v nemocnici v civilu, pokud nás neznají, občas si nás pletou s návštěvou.“* K tomu I11 dodává: *„Ale už se to u nás v nemocnici zlepšuje, občas nám sám personál oddělení zavolá, že mají na oddělení pacienta, který by si službu kaplana zasloužil.“*

Všeobecná informovanost o činnosti paliativních týmů

Všeobecná informovanost o fungování paliativních týmů je rozdílná. „Vzhledem k tomu, že u nás paliativní tým nefunguje tak dlouho a další jeho rozšiřování pozastavil covid, většina našeho personálu neví, co od členů paliativního týmu může očekávat. Výjimku tvoří personál oddělení, který má člena svého týmu na pracovišti,“ konstatuje I1. I2 odpovídá: „Když srovnám rok 2016 a rok 2022, tak jsme v informovanosti o tisíce mil dál. Ale tisíce mil jsou ještě před námi. Protože pacienti jsou vzdělání díky internetu, Google jede, ale pro nás je to výhoda. Dřív když jsme řekli, že přijdou paliatři, tak si personál a pacienti mysleli, že my jsme ti s tím morfinem v kapse. A my vlastně ukazujeme, že my na ten morfin moc nejsme, že my jsme ještě před tím morfinem. A co vše se dá pro pacienta udělat, než přijde čas na morfium. Pokud někdo dostane kontakt na paliativní tým, vysvětluji, co všechno můžeme nabídnout.“ I3 dodává: „Bez povědomí o fungování paliativních týmů není možná praxe. Rozšiřování povědomí o paliativní péči je zejména na členech paliativního týmu, personálu nemocnic a nemocnic samotných.“ I4 odpovídá: „U nás v nemocnici záleží na odděleních, ale většina oddělení v naší nemocnici o fungování paliativního týmu ví a ví, co od něho může očekávat.“ I5 se k otázce nevyjadřoval. I6: „Musím souhlasit s I4, u nás v nemocnici ví personál, jak paliativní týmy fungují, a co je jejich náplní.“ I7 poukazuje: „Dle mého názoru je všeobecná informovanost ohledně fungování paliativních týmů velmi individuální. Pokud v nemocnici paliativní tým funguje, většina oddělení této nemocnice ví, jak tyto týmy fungují. Pokud paliativní tým někde začíná, musí na informovanosti ohledně paliativních týmů zapracovat.“ I8 dodává: „Myslím, že se všeobecná informovanost ohledně paliativních týmů zlepšuje.“ I9 si myslí, že „všeobecná informovanost je stále nedostatečná, což mimo jiné souvisí s obecnou představou veřejnosti, že by se zdravotníci měli snažit vždy a za všech okolností pacienty léčit, nikoliv rezignovat a smířit se s daným stavem. Zdravotnická veřejnost má dobré teoretické znalosti, ale někdy nezná konkrétní postupy, jakým způsobem paliativní péči pro pacienta zajistit.“

Přínos paliativních týmů pro zdravotnická zařízení a důvěra v ně

Na otázku, zda jsou paliativní týmy přínosem pro zdravotnická zařízení, odpovídají informanti následovně. I1: „Myslím si, že přínos paliativních týmů je veliký, v mnoha směrech dokážou pomoci nejen pacientům, ale i rodinným příslušníkům, a v neposlední řadě také personálu oddělení.“ I2 odpovídá: „Přínos paliativních týmů pro zdravotnická

zařízení je obrovský, protože v dnešní době, která je orientovaná na výkon, kvantitu, na tohle není vůbec čas. Pacient leží na oddělení, opuštěný v té své nemoci, diagnóze, v té své samotě, a většinou jen slyší: Tohle si vezměte, tohle si neberte, tohle dělejte, tohle naopak nedělejte, tohle užívejte, za týden přijďte na kontrolu. A nikdo se nezeptá, jak se máte, jak se vám daří, co vy o tom víte. Pacient ani neví, co je konzervativní přístup.“ I3 odpovídá: „Pokud má personál pozitivní zkušenosti s prací paliativního týmu, jsou pro něj přínosem a důvěřují mu.“ I4 odpovídá jednoduchou větou: „Určitě, jinak bychom nemohli spolupracovat.“ I5 odpovídá: „Ano.“ Stejná odpověď je od I6, I7, I8. „Paliativní týmy jsou přínosem pro zdravotnická zařízení a mají důvěru personálu v péči o nevyлéčitelně nemocné pacienty. Působení paliativních týmů by mělo být bezpochyby podporováno a rozvíjeno, protože je to ve prospěch pacientů. Na druhé straně by měla být věnována pozornost tomu, jak paliativní týmy fungují. Mnohdy se pracovníci rekrutují z řad lidí s ‚nadměrnou‘ ochotou pomáhat, což představuje nezdravou motivaci, která vede k vyhoření pracovníků a nedorozuměním s personálem. Výkon práce členů paliativního týmu je nezřídka zatížen emocemi, které jsou v konečném důsledku maladaptivní. Neměli bychom zapomínat na to, že paliativní péče by měla být jako jakákoliv jiná péče ve zdravotnictví racionální, vycházející z určitých standardů. Velmi důležitá je proto supervize v rámci paliativního týmu,“ odpovídá I9. I10 připomíná: „Důležité je také nezapomínat na péči o členy paliativního týmu.“ I11 dodává: „Tak to jednoznačně, akorát že péče o členy paliativních týmů je zanedbávaná.“

5 Diskuze

Bakalářská práce s názvem *Přínos paliativních týmů pro zdravotnická zařízení* se zabývá složením paliativního týmu a rolemi jednotlivých členů. Pro výzkumnou část bakalářské práce byly určeny dvě výzkumné otázky.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak fungují paliativní týmy a zda je vznik paliativních týmů přínosem pro zdravotnická zařízení a také přínosem pro pacienty s nevyлéčitelným onemocněním nebo v terminálním stádiu jejich onemocnění. Dotazovali jsme se členů paliativních týmů, jaká je jejich role, co je jejich náplní, jak funguje spolupráce mezi nimi a personálem na odděleních, jaká je informovanost o paliativních týmech v jednotlivých nemocnicích, zajímal nás názor, zda jsou paliativní týmy přínosem pro ZZ. Také nás zajímalo vzdělávání členů paliativního týmu. Informanti se shodují na tom, že v péči o tyto nemocné jsou paliativní týmy velkým přínosem. Jednu z hlavních rolí v této péči hraje pohled na pacienta. Zatímco v běžném ošetrovatelském procesu se na pacienta pohlíží jako na osobu, a to buď se jménem nebo beze jména. Pro příklad, buď je to pan XY na pokoji 3 nebo je to ta rakovina tlustého střeva na pokoji 3. Opakem je přístup členů paliativního týmu, kteří na pacienta pohlíží jako na jednu složitou osobnost ve třech rovinách a to bio-psycho-sociální objekt. Tóthová et al. (2014) poukazují na důležitost pohlížení na pacienta jako na komplexní holistickou bytost. Modernější pohled nabízí Mackewn (2004), která popisuje člověka jako jeden složitě propojený celek, jehož části jsou tělo, myšlenky, emoce a vnímání. Podle ní nelze člověka rozdělit na několik různých částí a potom s ním chtít navázat vztah nebo ho chtít pochopit. Oproti tomu Kutnohorská (2009) klade důraz na holistický přístup k pacientovi, základem je pohled na pacienta jako na celek. Podle I9, I10 a I11, je důležité zapojit do péče všechny členy paliativního týmu, jako je psycholog, nutriční specialista, psycholog, sociální pracovníci a rehabilitační péče. Důležité bylo podle informantů zapojit od začátku také kaplana nebo duchovního. Toto byla velmi diskutovaná otázka mezi I10 a I11 a ostatními členy paliativního týmu. Jak vyplynulo z výzkumu, přichází kaplan na oddělení, kde pacient leží, buď po intervenci lékaře paliativního týmu nebo po domluvě ošetrojícího personálu s pacientem, kdy je pacientovi nejdříve tato služba nabídnuta, a pokud pacient souhlasí, přichází kaplan. Svatošová (2012) klade důraz na to, že aby mohl kaplan nebo duchovní doprovázet v umírání, měl by mít splňovat určité předpoklady pro tuto práci. Klade důraz na dokončené obecně uznávané teologické vzdělání na magisterském stupni, kurz pastorační péče, kurz krizové intervence, obecné zásady spirituální péče, podrobné

znalosti, jaká duchovní péče je v České republice apod. V neposlední řadě také poukazuje na to, že každý nemocniční kaplan, musí mít pro tuto práci pověření vlastní církve. Ptáček et al. (2022) poukazuje na to, že Česká republika v posledních třiceti letech postupně obnovila spirituální nemocniční péči, se kterou se můžeme setkat ve formě nemocničních kaplanů. Postupnou integrací této péče ve zdravotnických zařízeních, dochází také k odborné přípravě těchto kaplanů. Plevová (2019) považuje spirituální (duchovní) péči jako velmi důležitý prvek v paliativní péči. Tato péče byla v ošetrovatelské péči velmi dlouho opomíjena. Pokud však přijde životní situace, jakou může být vážná nemoc, ztráta blízké osoby. Mohou duchovní potřeby vystoupit více do popředí. Dle jejího názoru mají duchovní potřeby lidé po celý život, do těch nejčastějších můžeme zařadit víru, naději, smysl života, potřebu lásky a bezpečí. Informanti také poukázali na to, že paliativní péče se přizpůsobuje tomu, v jaké fázi onemocnění se pacient nachází. Nejlépe a úplně první popsala fáze umírání Elisabeth Kubler-Ross, tyto fáze jsem popsala v teoretické části bakalářské práce. Oproti tomu Burda et al. (2015) popisují smrt na klinickou, biologickou, sociální a zdánlivou. Beran et al. (2010) popisuje pohled z psychologického hlediska tak, že smrt byla kdysi přirozenou součástí každodenního života, než je tomu v dnešní moderní době. Dalším velmi diskutovaným tématem v rozhovorech byla první návštěva paliativního týmu u pacienta. S názorem všech informantů zde musím souhlasit. První návštěva paliativního týmu u pacienta je velmi důležitá v další péči. V rámci výzkumu bylo zjištěno, že každý člen multidisciplinárního paliativního týmu má svou roli. Základní náplň práce členů paliativních týmů jednotlivých nemocnic se shoduje. Může však docházet k odlišnostem podle zvyklostí jednotlivých týmů. Postup paliativního týmu v případě první návštěvy lze popsat jako fáze edukačního procesu zahrnující posouzení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Dodržení těchto fází a postupů je velmi důležité proto, aby došlo ke správnému pochopení sdělených informací (Kuberová, 2010). Výzkumem bylo dále zjištěno, co by měl obsahovat zápis z první návštěvy paliativního týmu. Jak se informanti shodli, měl by obsahovat základní údaje: kdo konzilium paliativního týmu indikoval, jméno pacienta, na jakém oddělení bylo provedeno konzilium, anamnéza, aktuální potřeby, Karnofského skóre, prognóza. Dále je zapsán rozhovor s ošetřujícím lékařem, který obsahuje onemocnění, terapii, očekávání, křížovatky v rozhodování, dosavadní komunikaci a limit péče. Rozhovor s pacientem/rodinou: orientace v onemocnění, očekávání. Informace o osobě důvěry, symptomy. Psychologický screening: emoce, zdroje, obavy. Spirituální problematika: vztahy, podpora, religiozita. Sociální screening: zázemí, pečující osoby, kontext,

zaměstnání. Následuje cíl péče, limitace péče, závěr, doporučení, návaznost péče, psychosociální péče, úprava medikace, nutriční intervence, naše opakované konzilium a kontakt na ambulanci podpůrné a paliativní péče. Zacharová (2016) popisuje rozhovor jako komunikaci mezi personálem a pacientem, jde o univerzální jev dnešní společnosti. Rozhovor nebo také komunikace má mít vždy svůj účel nebo smysl. Každá komunikace má zpravidla několik funkcí. Účelem a dopadem na příjemce dostává komunikace smysl. Hranice mezi jednotlivými fázemi komunikace nejsou vždy jednoznačné, velmi často se překrývají. Mikuláščík (2010) rozdělil komunikaci na deset základních funkcí: na informativní, instruktivní, přesvědčovací, posilující a motivující, zábavnou, socializační a společensky integrující. Dále na osobní identitu, poznávací, svěřovací a únikovou. Efektivní komunikace sestry, lékaře a ostatních členů paliativního týmu s pacientem by měla mít daný charakter. Z pohledu sestry-pacient by měly obě strany dostávat validní a důležité informace, které by měly být podávány tak, aby jim pacient rozuměl, zásadní je dostatek prostoru pro pacientovy dotazy, nechat ho, aby si vytvořil svůj úsudek a vyjádřil svůj názor. V případě potřeby by sestra měla veškeré informace pacientovi zopakovat. Podstatné je v průběhu jakéhokoliv rozhovoru nezapomínat na pacientovu důstojnost. Oproti tomu Venglářová et al. (2006) poukazují hlavně na to, aby byla jakákoliv ošetrovatelská péče o nevléčitelně nemocného pacienta kompletní, měla by být prioritou ošetrovatelského personálu komunikace. Kelnarová et al. (2009) rozdělují komunikaci na tři základní části – sociální, specifickou a terapeutickou. Sociální komunikaci lze popsat jako běžnou komunikaci mezi ošetřujícím personálem a pacientem během každodenních činností, které začínají u ranní hygieny a mohou končit večerním podáním léků podle ordinace ošetřujícího lékaře. Specifickou komunikaci si lze představit jako edukační rozhovor, kdy je potřeba pacientovi vysvětlit další postup léčby a motivovat jej. Terapeutická komunikace probíhá ve většině případů formou rozhovoru, kdy je potřeba ze strany ošetrovatelského personálu pacienta podpořit ve všech jeho bio-psycho-sociálních potřebách.

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na to, jak pomáhají paliativní týmy v péči o pacienty, kde už byly vyčerpány všechny možnosti léčby a tato léčba byla ukončena, zabývá se tím, zda tyto paliativní týmy pomáhá ošetřujícímu personálu v péči o nevléčitelně nemocné pacienty. Všichni informanti se shodli, že ano. Dnešní doba, která je orientovaná na výkon, kvantitu ne kvalitu. Pacienti, kteří leží na oddělení, opuštěný ve své nemoci, diagnóze, v té své samotě, a většinou jen slyší: Tohle si vezměte, tohle si neberte, tohle

dělejte, tohle naopak nedělejte, tohle užívejte, za týden přijďte na kontrolu. A nikdo se nezeptá, jak se máte, jak se vám daří, co vy o tom víte. Pacient ani neví, co je konzervativní přístup. Dle mého názoru je spolupráce mezi ošetřujícím personálem a členy paliativního týmu velmi důležitá. Ošetřujícímu personálu odpadá ta část ošetrovatelské péče, na kterou není za běžného pracovního dne čas. Pokud se začlení doporučení paliativního týmu do běžné ošetrovatelské péče, výsledkem je spokojený pacient, který ví, že na něho má někdo čas, naslouchá mu, pomáhá mu. Tvrzení informantů, že je velmi důležitá spolupráce mezi členy paliativního týmu a ošetřujícím personálem. Pokud funguje tato spolupráce, funguje i paliativní péče. Aby mohla paliativní péče fungovat, základem je celoživotní vzdělávání všech členů paliativních týmů. Zatím co Juřeníková (2010) popisuje edukaci jako činnost, při níž dochází u lidí k učení, které rozděluje toto učení na záměrné a nezáměrné. Edukace (učení) začíná již v prenatálním životě a probíhá až do smrti. Veteška et al. (2008) popisuje vzdělávání jako systém celoživotního vzdělávání, jak po stránce všeobecné, tak po stránce profesionální. Které by mělo následovat po dokončení příslušného stupně vzdělání. Oproti tomu Veteška (2010) poukazuje na to, že učení rozvíjí potenciál člověka nejen jako jednotlivce, ale také jako biologického druhu. Vzdělávání je primárně zaměřeno na znalosti a dovednosti. Vzdělávání v paliativní péči v České republice – na rozdíl od Slovenska – zatím neexistuje žádný komplexní vysokoškolský vzdělávací program nebo obor paliativní péče. Na Slovensku se v roce 2007 otevřel magisterský studijní obor *Ošetrovatel'stvo* se zaměřením na paliativní péči. Odborné znalosti v oblasti paliativní péče lze získat formou vzdělávacích akcí nebo certifikovaných kurzů. Jedním z pořadatelů je NCONZO, který pořádá kurzy a vzdělávací akce pro ošetřující personál. Další možnost vzdělávání nabízí Centrum paliativní péče, jedná se o vzdělávání zdravotnického i nezdravotnického personálu, který pracuje s umírajícími pacienty a jejich rodinami. Dalším zástupcem ve vzdělávání ošetrovatelského personálu v paliativní péči je ELNEC, specializující se na vzdělávání a učení v paliativní péči. Pro lékaře je vzdělávání v paliativní péči nástavbovým oborem paliativní medicína, který je ukončen atestační zkouškou. U ošetrovatelského personálu probíhá pouze formou kurzů a seminářů.

Pojem paliativní medicína řadě lidí toho mnoho neřekne. Oproti tomu termín paliativní péče je používanější a známější. Základy paliativní péče by si měl osvojit každý člen ošetrovatelského personálu, který pracuje s pacienty, u nichž byla ukončena léčba, nebo

jsou v posledním stadiu nevléčitelného onemocnění. Základem této péče je, aby tito pacienti, pokud to půjde, umírali důstojně, bez větších bolestí a za zmírněných symptomů jejich onemocnění. To má za úkol tým paliativní péče. Třebaže v tuzemsku stále není příliš rozšířená, najdou se nemocnice, kde tato péče již několik let funguje. Jako všeobecná sestra pracující na onkologickém oddělení přijímám tento druh péče jako pozitivní a velmi přínosný, a to jednak v péči o naše pacienty, jednak také o jejich rodinné příslušníky. Bohužel v uspěchané současnosti není mnoho času na poskytování této péče ze strany ošetřujícího personálu. Členové paliativního týmu jsou na tuto péči „jako dělaní“ a vzhledem k tomu, že několik členů paliativních týmů znám, vím, že tuto práci vykonávají celým svým srdcem a pracovní doba jim nekončí úderem půl čtvrté. To je v tomto případě velmi důležité, protože práce tohoto týmu je především o komunikaci a čase. O čase, který mohou strávit u lůžka pacienta, a neřešit to, že jim stojí jiná práce na oddělení. O čase, který hraje rozhodující roli u pacienta s ukončenou léčbou. Pokud jsou v rámci paliativní péče splněna všechna přání, jsou zvládnuty všechny symptomy jejich onemocnění, má vyřešeny všechny věci, které vyřešit chtěl, jak po stránce sociální, tak psychické, ale rovněž z hlediska víry, bývá odchod z tohoto světa pro pacienta mnohem klidnější. To vše je úkolem paliativního týmu. Možná by stálo za zmínku to, že o paliativní péči se toho v dnešní době stále příliš neví, široká veřejnost má informace pouze z internetu nebo od lidí, kteří se s touto péčí již setkali, popřípadě od personálu oddělení, který o této péči ví a umí ji nabídnout. Kolikrát stačí jen zmínka a telefonní číslo. A ještě jeden pohled na přínos paliativní péče můžu nabídnout já. Osobně jsem se setkala s paliativní péčí u své maminky, která momentálně podstupuje paliativní chemoterapii u nás v nemocnici. Paní doktorka, která se o ni stará jako onkoložka, je také členkou paliativního týmu a s úspěchem prolíná onkologickou péčí s paliativní. Z mého hlediska představují vznik paliativních týmů a jejich následná péče velké plus a významný přínos pro zdravotnická zařízení.

6 Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na přínos paliativních týmů ve zdravotnických zařízeních, kdo je součástí tohoto týmu, jaké jsou role jeho jednotlivých členů, a také jak každý z nich přispívá v péči o nevléčitelně nemocného pacienta. Byly stanoveny dva hlavní cíle. Prvním cílem bylo zmapovat, jak může paliativní tým přispět k ovlivnění celkové péče o pacienta i jeho nejbližší. Druhým cílem bylo zjistit, do jaké míry je paliativní péče přínosem pro zdravotnický personál v péči o nevléčitelně nemocné pacienty. K dosažení těchto cílů byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První z nich zněla: Jak fungují paliativní týmy ve vybraných nemocničních zařízeních? Druhá byla: Jak pomáhají paliativní týmy v péči o pacienty s nevléčitelným onemocněním?

Výzkumným šetřením bylo dosaženo výzkumných cílů. Výzkumem bylo zjištěno, že pokud je paliativní tým součástí zdravotnického zařízení, personál ví, jak tento tým funguje. Jádrem týmu tvoří lékař (paliatr) a všeobecná sestra. Dalšími členy paliativního týmu je psycholog, kalpa, sociální pracovníce, nutriční terapeut a rehabilitační pracovník. Dále bylo zjištěno, kdo další je součástí tohoto týmu, a jaká je náplň jejich práce. Podle dalších odpovědí bylo zjištěno, že záleží na tom, zda paliativní tým ve ZZ zařízení již funguje, nebo teprve začíná. Výzkum prokázal, že vznik paliativních týmů a s tím související paliativní péče ve velké míře přispívá v péči o pacienty s nevléčitelným onemocněním. Jsou přínosné zejména pro pacienty, rodinné příslušníky a v neposlední řadě pro ošetřující personál. Paliativní péče se zaměřuje na všechny potřeby pacienta nejen po stránce psychické, fyzické, ale také sociální. Z výpovědí vyplynulo, že paliativní tým plní nejen roli profesionálního poskytovatele specifické péče, ale zároveň je i edukátorem v péči o pacienty s nevléčitelným onemocněním. Edukace se týká pacientů, rodinných příslušníků, příbuzných a ošetřujícího personálu. Snahou těchto týmů je co nejlépe přispět ke specifické péči o jednotlivé pacienty, dohlížet na to, zda se dbá na doporučení paliativního týmu, jež mohou už po první návštěvě ve velké míře přispět ke zkvalitnění závěru života daného pacienta po všech stránkách, a usnadnit tak péči rodinných příslušníků v poslední fázi života jejich příbuzných.

Když jsem si vybírala téma pro bakalářskou práci, byla pro mě paliativní péče jasnou volbou. Paliativní péče je jedním z aktuálních témat zdravotnictví, ale uniká pozornosti laické společnosti, proto je důležité věnovat se této problematice a zvyšovat povědomí celé společnosti. I přes sebevětší teoretické znalosti, které lze získat z odborné literatury,

na seminářích, školeních nebo cvičeních, se na některé věci nelze připravit. Vědomosti nenaučí, jak se připravit na styk s umírajícím pacientem a jeho rodinou. Členy paliativního týmu na toto připraví pouze zkušenosti a čas věnovaný těmto pacientům. Pro kvalitní poskytování paliativní péče jsou zapotřebí trpělivost, určitá pokora a snaha učit se. Podle mě je důležitá předurčenost k této práci a schopnost naslouchat ostatním. Snaha vytvořit tým zahrnující členy, které tato problematika nezajímá, je zbytečná. Ošetřující personál je obeznámen s termínem paliativní péče, ale málokdo dokáže vysvětlit specializovanou péči poskytovanou paliativním týmem.

Sestra pracující na oddělení má na starosti deset i více pacientů a musí jim všem poskytovat plnohodnotnou kvalitní péči, a tak nemá dostatek času jednotlivé pacienty poznat. Sestra v ambulanci podpůrné a paliativní péče má možnost věnovat se pouze jednomu pacientovi, kterému může věnovat veškerou svou pozornost a péči. Pacienti bohužel většinou nemají dostatek času a je potřeba jejich časem neplýtvat. Velmi důležité je pacientovi naslouchat a porozumět jeho potřebám. Vztah mezi personálem paliativního týmu a pacientem se liší od běžného vztahu lékař – pacient.

Tento obor má před sebou ještě dlouhou cestu a musí prokázat svou významnost a rovnocennost s ostatními medicínskými obory. Přínosný je nejen pro pacienty, jejich příbuzné, ošetřující personál na odděleních, ale i pro širokou veřejnost.

Základní myšlenkou této bakalářské práce bylo poskytnout co nejvíce informací o činnosti paliativních týmů, které jsou mnohdy součástí nemocnic v České republice. Může sloužit jako zdroj informací pro samotné pacienty, jejich rodinné příslušníky, ošetřující personál ZZ a v neposlední řadě i pro studenty jako náhled na paliativní péči.

7 Seznam použitých zdrojů

1. *15 let hospice v obrazech*, 2020. Prachatice: Hospic sv. Jana N. Neumanna. 119 s. ISBN 978-80-904587-9-6.
2. AMERY, J., 2018. Opravdu praktický průvodce dětskou paliativní péčí pro doktory a zdravotní sestry kdekoli na světě. Praha: Cesta domů. 528 s. ISBN 978-80-88126-34-8.
3. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-5148-1.
4. BALDWIN, M. A. a WOODHOUSE, J. 2011. *Key concepts in palliative care. Key concepts series*. London: SAGE. 245 s. ISBN 978-1-84860-871-9.
5. BERAN, J., 2010. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
6. BURDA, P. et al., 2016. *Ošetrovatelská péče: pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 228 s. ISBN 978-80-247-5334-8.
7. BUŽGOVÁ, R., 2011. *Paliativní péče v geriatrici*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 101 s. ISBN 978-80-7368-835-6.
8. BUŽGOVÁ, R., 2015. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.
9. BUŽGOVÁ, R. et al., 2019. *Dětská paliativní péče*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-0584-7.
10. CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2022. Úvod. *Paliativnicentrum.cz* [online]. © 2022 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/>
11. Česká společnost paliativní medicíny. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. Copyright © 2016 [cit. 2022-04-15]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/>
12. DIGISESTRA, 2016. Zdravotní sestra v hlavní roli. In: *Osetrovatelstvi.info* [online]. 28. 11. 2016 [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/zdravotni-sestra-v-hlavni-roliv/>

13. GAWANDE, A., 2016. *Nežijeme věčně: medicína a poslední věci člověka*. Praha: Dokořán. 240 s. ISBN 978-80-7363-702-6.
14. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2022. Nursing Definitions. *Icn.ch* [online]. © 2022 [cit. 2022-04-20]. Dostupné z: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
15. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 80 s. ISBN 978-80-247-2171-2.
16. KABELKA, L., 2018. *Geriatrická paliativní péče a komunikace o nemoci*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta. 344 s. ISBN 978-80-204-5049-4.
17. KALVACH, Z., 2010. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. Praha: Cesta domů. 136 s. ISBN 978-80-904516-4-3.
18. KALVACH, Z., 2019. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2., uprav. a dopl. vyd. Praha: Cesta domů. 160 s. ISBN 978-80-88126-54-6.
19. KELNAROVÁ, J. a MATĚJKOVÁ, E., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty: 4. ročník*. Praha: Grada. 140 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
20. KISVETROVÁ, H., 2018. *Péče v závěru života*. Praha: Maxdorf. 149 s. ISBN 978-80-7345-496-8.
21. KUBEROVÁ, H., 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-7367-684-1.
22. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
23. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
24. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

25. MACKEWN, J., 2004. *Gestalt psychoterapie: moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál. 264 s. ISBN 80-7178-922-4.
26. MARKOVIČ, J., 2020. Hospodářské noviny: *Zemřít doma je těžší, než se zdá*. In: *Archov.hn.cz* [online]. 15. 10. 2020 [cit. 2021-02-09]. Dostupné z: <https://archiv.hn.cz/c1-66829950-zemrit-doma-je-tezsi-nez-se-zda>
27. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
28. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
29. MISCONIOVÁ, B., 1998. *Péče o umírající – hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče České republiky. 96 s. ISBN 80-239-1915-6.
30. NIEDERMANN, E. et al., 2016. *Paliativní péče: úvod do tématu pro pracovníky v zařízeních pečujících o seniory*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 73 s. 978-80-906320-3-5.
31. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-3709-6.
32. O'CONNOR, M. a ANDRA, S., 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Praha: Grada. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
33. PAYNE, S. et al., 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 807 s. ISBN 978-80-87029-25-1.
34. PLAMÍNEK, J., 2010. *Vzdělávání dospělých: průvodce pro lektory, účastníky a zadavatele*. Praha: Grada. 320 s. ISBN 978-80-247-3235-0.
35. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetřovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
36. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
37. PTÁČEK, R. et al., 2022. *Důstojnost v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. 400 s. ISBN 978-80-271-3411-3.

38. ROUČKOVÁ, A., 2006. Smrt a umírání v současné společnosti: vybrané psychologické a teologické aspekty duchovního doprovázení v umírání. Praha. Diplomová práce. Evangelická teologická fakulta UK.
39. SKÁLA, B., 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011: [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0.
40. SLÁMA, O. et al., 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. vyd. Praha: Galén. 362 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
41. SLÁMOVÁ, R. et al., 2018. *Praktický průvodce koncem života*. Brno: Edika. 158 s. ISBN 978-80-266-1279-7.
42. STIBOROVÁ, D. a FREI, J., 2018. *Paliativní péče a umírání v domácím prostředí*. Sedlec-Prčice: Stiborová Denisa. 66 s. ISBN 978-80-270-3719-3.
43. SVATOŠOVÁ, M. a PALÁN, A., 2018. *Neboj se vrátit domů*. Praha: Kalich. 270 s. ISBN 978-80-7017-249-0.
44. SVATOŠOVÁ, M. 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
45. TÓTHOVÁ, V. et al., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. 225 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
46. Umírání.cz /informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé. *Umírání.cz/ informační portál pro nemocné, pečující a pozůstalé*[online]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/>
47. VENGLÁŘOVÁ, M. a MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
48. VETEŠKA, J. et al., 2008. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada. 159 s. ISBN 978-80-247-1770-8.
49. VÉVODA, J., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-4732-3.

50. VORLÍČEK, J. et al., 2004. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 544 s. ISBN 80-247-0279-7.
51. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Rozhovor s kaplanem o jeho roli v paliativním týmu

Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se členy paliativního týmu

8.1 Příloha 1: Rozhovor s kaplanem o jeho roli v paliativním týmu

První, co by mě zajímalo, je rozdíl mezi spirituální, duchovní a pastorační péčí...

Já si nebudu dělat žádnou ambici na to, že moje odpověď bude nějaká relevantní. Je to tak, jak já to vnímám.

Ano.

Není to definice, neberte to jako definici.

Já bych byla ráda, abyste vysvětlil všem, co všechno to obnáší, jak vše vnímáte vy jako kaplan.

Já si myslím, že duchovní a spirituální péče je to samé. Pastorační péče je termín, který bych více vyhradil jako duchovní péči poskytovanou v rámci církve příslušníkům těchto církví z pozice duchovních těchto církví. To znamená vedení a doprovázení členů církví těmi, kteří v těch církvích zastávají duchovní službu. Kněží, jáhen, pastor, kazatel a tak dále. Pastoraci vnímám jako něco, co je uvnitř těchto církví nebo náboženských společností. Je to vlastně církevní služba. Zatímco spirituální péče je služba, kdy se více dotýkáme obecného pojmu spiritualita, o kterém si myslím, že je více zastřešující nebo více všeobjímající a je to prostě něco, co se týká nějaké duchovní oblasti každého člověka bez ohledu na jeho náboženské přesvědčení, vyznání, světonázor, filozofické ukotvení a podobně. Jestliže chci poskytovat někomu spirituální, duchovní péči a je to i člověk, který se nehlásí k žádnému náboženství, nemá žádnou explicitně vyjádřenou náboženskou orientaci nebo církevní příslušnost, tak se domnívám, že právě proto je pro něj určena spirituální péče. Je to tedy duchovní péče, která není pouze v kontextu nějaké náboženské tradice, církevní příslušnosti, ale je to péče, která se dotýká duchovnosti člověka bez ohledu na jeho náboženské přesvědčení a církevní příslušnost.

A teď se zaměřím na paliativní péči. Co vás vlastně vedlo k tomu, stát se součástí paliativního týmu?

Vlastně nic zvláštního mě k tomu nepřivedlo, byl jsem přidán. V naší nemocnici působím od roku 2017, v letech 2018 až 2019 začal v naší nemocnici vznikat paliativní tým. Z rozhodnutí vedení nemocnice byl vytvořen seznam lidí, kteří do tohoto týmu budou patřit. A protože v té době jsem byl jediným kaplanem této nemocnice, tak aby tam byla i duchovní a spirituální složka podchycena, byl jsem přizván k tomu, abych byl součástí tohoto paliativního týmu. Přičemž tento paliativní tým má širší a užší složení. V tom užším složení fungují tandemy lékař a sestra a podle potřeby jsou k různým situacím zváni další členové týmu, jako je sociální pracovníce, kaplan, psycholog, fyzioterapeut, nutriční specialista. Ale podle mého názoru je v týmu naše pozice docela pevná. Chodíme na setkání paliativního týmu a myslím si, že tam svoje místo již máme.

Myslíte si, že role kaplana je v paliativním týmu důležitá?

Já si myslím, že je víc než důležitá. Protože může být takovým zvláštním zprostředkovatelem mediátorem, nebo takovým převodníkem těch dvou světů. Já si myslím, že kaplan má takovou zvláštní charakteristiku, je v nemocnici, ale tak trochu je vnějším nebo cizorodým prvkem. Na jedné straně vypadá jako zdravotník, chodí často v tom zdravotnickém, splývá vnějšími atributy s těmi zdravotníky, vypadá jako doktor a je vlastně s těmi zdravotníky na jedné profesionální úrovni. Myslím si, že v paliativním

týmu funguje nějaká kolegiální, myslím si, že nás ostatní členové berou jako rovnocenného partnera v tomto týmu. Na druhé straně pro pacienta nejsme tak úplně zdravotníci, takže vnímají, že se sestrou, s lékařem řeší praktické věci zdravotního rázu. Tak nám je pacient schopen více otevřít to svoje nitro, svoji duši, a že nás někdy může vnímat, že jsme tak trochu na jeho straně. A to si nemyslím, že by lékař nebo sestra nebyli na jeho straně, ale pacienti můžou přeci jen vnímat nějakou obavu, strach. Zdravotnictví je neznámé a nepřátelské prostředí. Zdravotníci si to nepřipouští, ale je to tak, nechtějí to slyšet. Máme to už od dětství, když jdeme k lékaři, že nás něco bolí, máme strach. A nemůžeme se tomu divit, zdravotníci tím, že jsou ti „insideři“ a jsou v nemocnici doma, tak mají pocit, že je nemocnice přátelské prostředí, že to není zlé prostředí. Je to jejich prostředí, ale pro pacienta je to cizorodé prostředí. A ten nemocniční kaplan zde může sehrávat dvojroli, může být součástí týmu, a zároveň má ten bonus, že je tak trochu stranou.

Aha... Dovedete si představit, kdyby vás oslovili ke spolupráci ohledně dětské paliativní péče?

Tu zkušenost zatím nemám. A já se hrozně nerad vyjadřuji k tomu, co by bylo, kdyby bylo. Ale už jsme tady byli ve všech situacích, které pro nás byly myslitelné, co se v nemocnici odehrávalo. Takže my s péčí o dětské pacienty také nějakou zkušenost máme. Nejčastěji tedy je to nějaká duchovní nebo náboženská služba u nedonošených dětí, to znamená tam, kde se to dítě narodilo předčasně a jeho rodiče si přejí křest, protože jejich dítě je ohroženo na životě. Pro to malinké miminko spočívá „jenom“ v tom křtu, ale pro ty rodiče je to tam. Proto si nemyslím, že je to doprovázení toho dítěte, ale těch rodičů v této situaci. A třeba takové to klasické pěti- nebo desetileté dítě, tak tu zkušenost jsme zatím neudělali. Ale představit si to samozřejmě dokážu.

Takže byste tuto výzvu ohledně dětské paliativní péče přijal?

Určitě ano. S několika dětskými pacienty už jsem hovořil a sám mám děti. Takže s dětmi jsem schopen mluvit, není to pro mě něco neznámého. Ale za dobu mého působení tady s dětskou paliativní péčí zkušenost nemáme.

Když je ze strany paliativního týmu indikována u pacienta s ukončenou léčbou první návštěva kaplanem, co může pacient očekávat od vaší první návštěvy?

Já bych to vzal trochu ze široka, já si myslím, že je důležité, jak se vlastně k pacientovi dostaneme. Jsou tři cesty. Buď pacient sám usoudí, že o službě kaplana ví, a usoudí, že by se mu kaplan mohl hodit, že by mu mohl být prospěšný. Požádá o zprostředkování návštěvy personál oddělení. Druhá, nejčastější varianta je, že to rozpozná personál, sestra, lékař. Promluví s tím pacientem, že nemocnice tuto službu má a poskytuje ji, a my za ním potom přicházíme. Ale v takové situaci považujeme za důležité, aby nejdříve personál s pacientem promluvil, že mu tuto službu nabízí. Aby to nebylo v takové rovině, že vy přijдете k někomu na návštěvu a vidíte, že má špinavá okna, a on na to nestačí, že by se hodilo pozvat „úklidovku“, aby mu umyla ta okna. Ale nedomluvíte to s ním, a najednou u jeho dveří zazvoní „úklidovka“: Tak jsem tady na ta okna. A v této rovině bychom hodně neradi působili. To znamená, že by zdravotník řekl: Tak tady si myslím, že by byl dobrý ten kaplan, zavoláme kaplanovi. Vy tam přijдете a jste přesně v rovině té „úklidovky“, která přichází uklízet někomu, umývat někomu okna, kdo si to vlastně nepřeje. Anebo přeje, a vlastně mu to nikdo neřekl. Pro nás je hodně důležité, aby byl pro

kaplana ten terén předpřipravený. Aby zdravotník seznámil pacienta, kterému nabízí službu nemocničního kaplana s tím, že ten kaplan tady je, co ta jeho služba obnáší, a že přijde. Alespoň v té základní rovině. A potom je ta třetí možnost, a to je, že nás k pacientovi pozvou jeho blízcí. A to je vlastně podmnožina toho případu číslo dva. Blízcí by měli s pacientem promluvit, protože často se také stávají ty situace, že vlastně pacient sám si to nepřeje, ale přejí si to ti blízcí. A to potom dost narušuje ty vztahy nejen nás jako kaplanů k tomu pacientovi, ale třeba i pacienta vůči těm blízkým. Protože oni se potom ti pacienti často zlobí na své blízké, že tam zavolali někoho jako „Tys mně pozval kněze, to si myslíš, že už umírám“. Takže od tohohle vlastně, jak jsme se k tomu pacientovi dostali, se také odvíjí ta první návštěva. Ta první návštěva většinou slouží k vyjasnění rolí, my si musíme vyříkat, co od sebe můžeme očekávat, respektive co tedy pacient od nás může očekávat. My se snažíme tam přicházet s tím, že žádná očekávání nemáme. Pro nás je důležité přijít, říct pacientovi, kdo jsme. Dobrý den, jsem nemocniční kaplan a paní doktorka vám o mně říkala. Tak jsem tady a uvidíme, co z toho bude. Klidně požádám pacienta, jestli si k němu můžu sednout, a začneme nějak rozprávět hovor. Já se nějak snažím popsat tu svoji službu, co vlastně vůbec nabízím, a snažím se ji hlavně zprostředkovat na nějaké lidské úrovni, že jsem tady proto, abychom si o věcech, které prožívá, mohli bavit lidsky, že jedna věc je, že o spoustě věcí se tady bavíme zdravotnický a bavíme se o vaší nemoci, o obtížích, které s tou nemocí souvisí, bavíme se o léčebných postupech, bavíme se o možnostech nějakých kompenzačních pomůcek, bavíme se o nějakých sociálních možnostech, a pak je tady ještě nějaká rovina, že tu nemoc prožívám také jako člověk. A třeba právě je tam pro mě něco důležitého, v celém tom shonu a šrumci není mnoho prostoru o těchto věcech promluvit. A já jsem tady proto, že na sebe můžeme mít čas. A můžeme se o těchto věcech bavit, jakkoliv chcete, na jakékoliv úrovni chcete. Takže já tam nepřicházím s tím, že chci pacienta někam dostat, přicházím tam s tím, co já si myslím, že by bylo pro pacienta dobré. Ale přicházím tam s tím, že mu pomůžu vytvořit prostor, ve kterém může tu svoji nemoc prožívat po té lidské stránce, a otevřít třeba věci, na které v celém tom léčebném procesu, v tom průmyslu můžeme říci, není jindy čas a prostor.

Stane se vám, že vás po první vaší návštěvě volá pacient znovu?

To je běžnější varianta, v té běžné péči, kterou tady v nemocnici děláme. Máme seznam pacientů, ke kterým pravidelně docházíme, máme vytvořenou kartu, kam píšeme záznamy z jednotlivých návštěv. Co jsme u pacienta dělali, ale zcela běžné jsou opakované návštěvy, to je standard. Je to o tom, že člověk jednou přijde na nějakou intervenci, odfajfkuje si to, byl tady kaplan a hotovo. Tak to prostě není. Navíc většinou ta první návštěva je taková zahřívací, než se vám člověk otevře. Bavíme se o věcech, které jsou pro toho člověka často intimní, těžký, křehký, často je to v rovině „zповědi“. Najednou přichází někdo, komu se můžete svěřit, ale to neuděláte nějakému člověku, kterého vidíte poprvé v životě, sedne si k vám k posteli a za deset minut mu vyklopíte celý život, to se nestává. Stávalo se to v té covidové době, protože ta byla zvláště vypjatá, zvláště dynamická, a na nic nebyl čas. Ti pacienti, ta tíže toho strachu, která tam ze začátku byla, že ta nemoc může být opravdu fatální, jsou na té jipce a... „V životě mi takhle těžko nebylo a možná to ten můj život může poznamenat a možná na to můžu umřít...“ a ti pacienti se tam velice rychle točili. Tak někdy se stalo, že během deseti minut ten člověk ze sebe dostal všechno to, co měl na srdci. A to není obvyklý režim. Obvyklý režim je, že přijdete a bavíte se s pacientem o čemkoliv, o tom, kdo je, co dělá,

kde bydlí, kolik má dětí. O počasí, o sportu, o domácích mazlíčcích a vytváří se nějaký prostor důvěry. A teprve když je tenhle prostor důvěry vytvořený, tak třeba je možný, že se tomu člověku svěříte, že vám sedne. A taky se může stát, že vám ten druhý člověk nesedne, myslím tím, že není nic divného, že pacient uzná, že tento druh služby anebo člověk, třeba jako jsem já, nesedne, že se se mnou nechce bavit a nemá potřebu se se mnou bavit, to je naprosto přirozené. To je normální a je to většinou v případech, kdy ten člověk má nějaký jiný záchytný mechanismus, kde s někým může o těchto věcech mluvit. Ale v nemocnici se setkávám s lidmi, kteří jsou fakt sami a nikoho nemají, tak potom jsou rádi, že se o tom můžou „pobavit s kýmkoliv“. V takových případech je to ta kontinuita, že opravdu pacienty navštěvujeme týden co týden. Pokud jsou dlouhodobě nemocní, tak třeba půl roku, tak je týden co týden navštěvujeme, nebo alespoň jednou za čtrnáct dní, tam potom již vznikají hlubší vztahy důvěry, v tu chvíli můžeme říct, že o těch pacientech víme ledacos nebo téměř všechno. Bohužel v tom paliativním týmu to takhle dobře nefunguje. Vysvětlím proč, a to je takový neuralgický bod tohoto týmu v naší nemocnici. Že na tuto službu nejsou zdravotníci zvyklí, tak bohužel se pacient do péče týmu dostává až těsně předtím, kdy pacient odchází do domácí péče. Takže je to často s pacientem jediné první a poslední setkání. Bohužel není to tak, jak by to bylo žádoucí, že by ta paliativní péče šla souběžně s tou kurativní péčí. My to pořád máme nastavený strašně nešťastně v tom, že je tady buď nějaká kauzální kurativní léčba, když ta už není, tak stříh, ukončujeme léčbu a přecházíme na léčbu paliativní. To je podle mě hrozný nonsens, protože my bychom měli toho pacienta paliativně doprovázet celou dobu, i když je kurativně léčený, prostě v případě, že nemoc má hluboký zásah do jeho života ve všech jeho oblastech. V paliativní péči by mělo jít o člověka v celé jeho celistvosti, biologické, psychologické, psychické, sociální, spirituální. Mělo by to tak být asi všude, ale u nějaké rychlé léčby, kdy jde někdo na endoprotézu a jste tam chvíli, tak vlastně tuto péči nevidíte. Ale vidí se to u těch pacientů dlouhodobě nemocných, chronicky nemocných, opravdu jako dlouhodobě stonavých. To neznamená, že ve chvíli, kdy má smrt na jazyku, tak přichází na řadu ta paliativní léčba nebo péče. Ale měla by podle mého soudu přijít ve chvíli, kdy je člověk vážně a obtížně stonající, poznamenává to všechny ty zmíněné životní oblasti. Protože se to stále ještě neděje a my to máme pořád ještě nastavené „bud', anebo“, tak my se v tom paliativním týmu často setkáváme s pacientem jednorázově. A tam to třeba skončí tak, že třeba něco nakousneme nebo otevřeme nebo naznačíme, ale nikam to nepokračuje. Na druhé straně máme i příklady, kdy ta jedna návštěva u toho pacienta v paliativní péči mohla být zlomová nebo mohla sehrát nějakou poměrně zásadní roli.

Předpokládám, že v paliativní péči se staráte nejen o pacienty, ale i o rodinné příslušníky, pokud si to přejí. Jak tohle funguje?

Zatím nemám tu zkušenost, abych měl zároveň pacienta a zároveň příbuzného. Buď mám jenom pacienta, nebo se potkám jenom s příbuznými. A je pravdou, že se tyhle představy můžou míjet. Většinou se setkáváme v jiném čase. Pokud dojde ke společnému setkání, snažíme se najít společnou úroveň porozumění. Že tam potom odpadají takové ty věci typu, „on si myslí tohle, a my zase tohle, načež ten řekl tohle“, že se vytváří ty divné vztahy, kdo s kým proti komu. „A tohle mu neříkejte, protože to víme jenom my.“ Takové společné popovídání o těch věcech má poměrně vážnou nebo velkou roli.

V paliativní péči se hodně řeší dříve vyslovené přání. Jaký je na to váš názor z pohledu kaplana?

Dříve vyslovené přání funguje na principu toho, co si pacient přeje, co by chtěl. Ať se to týká pohřbu, nebo čehokoliv jiného. Já si myslím, že dříve vyslovené přání je prostě nástroj podobně jako informovaný souhlas. Je to nástroj, jak komunikovat s pacientem a jak si popsat důležité věci a jak zajistit vůli pacienta. Ale pořád je to jenom nástroj, není to nic, co by se dalo absolutizovat. Ty dříve vyslovené přání mají jednu velkou nevýhodu: že život neprobíhá podle nějakého plánu nebo jízdního řádu. Já si můžu do dříve vysloveného přání něco nakrásně vymyslet, představit, a potom jsou najednou ty okolnosti jiné. Je spousta lékařů, ale i právníků, kteří nemají k dříve vysloveným přáním důvěru, protože sice je vyslovuje pacient sám, to je skvělé, je to jeho vůle, ale do situace, kterou neumí předjímat třeba na několik let dopředu. Druhá varianta je, že pacient pověří někoho, aby rozhodoval za něj. Ale tohleto má výhodu v tom, že rozhoduje někdo v aktuálně danou chvíli, který je seznámen s danou věcí „tady a teď“, ale je to pořád rozhodování někoho jiného, i když velmi blízkého. A proto si myslím, že dříve vyslovené přání by mělo být nástrojem k podchycení vůle toho pacienta, kterou ale musíme číst ve světle aktuální situace. Proto myslím, že je dobré, abychom se o tom bavili v nějakém společném ladění, podobně jako když už se pacient nemůže vyslovit, ale existuje dříve vyslovené přání. Tak abychom se o jeho přání bavili v kontextu toho přání s rodinou, lékaři. Prostě jako týmové rozhodnutí, to není hlasování. Prostě se pobavíme o té situaci, co by si ten váš dědeček v tu danou chvíli přál, když ten váš dědeček řekl, že si nepřeje resuscitaci, že si nepřeje napojení na přístroje. Myslíte si, že tohle přání lze vztáhnout na situaci, ve které momentálně jsme?

A poslední otázka. Myslíte si, že potřebují péči nejen pacienti v paliativní péči, ale i členové multidisciplinárního paliativního týmu?

Ano, jednoznačně! A myslím si, že je to něco, co je bohužel ve zdravotnictví strašně zanedbané. Ve všech sociálních službách existuje skvělý a užitečný nástroj, kterému se říká supervize. To se ve zdravotnictví moc nepoužívá. Zdravotníci jsou historicky, dlouhodobě naučeni „lékaři, uzdrav sám sebe, zdravotníku, pomoz si sám“. A je to spíše vnímáno jako trochu s odpuštěním prostý slovo. Ale aby zdravotník mohl pomáhat, musí být sám v pořádku a musí si i on sám nechat pomoci. My to opravdu neumíme, a ty paliativní týmy by mohly být dobrým začátkem toho, kde se to budeme učit. Každý zdravotník v tom obrovském kolosu by tuto supervizi mít měl. My jako kaplani pravidelně supervize máme, máme externího supervizora. A myslím si, že je to velice užitečné. Protože jinak se v tom topíme, jinak se cyklíme v nějakých věcech a neumíme na to pohlédnout z vnějšku. Ta supervize je možností, jak se na vlastní situaci podívat nezávislýma očima.

Takže pokud si s vámi přijde kdokoliv povídat o ničem, nezavřete mu dveře?

Určitě ne, naopak. Není to v pravém smyslu supervize. V popisu naší služby je nabízet duchovní péči pacientům, zdravotníkům a blízkým pacientů, návštěvníkům nemocnice. My tady nejsme jenom pro pacienty, my jsme tady i pro personál. Tu a tam se konečně stává, že zdravotník usoudí, že i on by mohl být ten, kterému by mohla služba nemocničního kaplana být ku prospěchu, vyhledá ho a některé věci spolu probereme. Zatím to můžeme napočítat na prstech jedné dvou rukou. Ale už se tady objevují

vlaštovky, které jsou podle mě poslem lepších časů. Že zdravotníci konečně začínají chápat, že by si i oni mohli požádat o pomoc.

8.2 Příloha 2: Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se členy paliativního týmu

1. Kolik je vám let?
2. Pohlaví?
3. Jak dlouho pracujete v PT?
4. Na jaké pozici pracujete v paliativním týmu?
 - sestra
 - lékař paliatr
 - nutriční terapeut
 - RHB pracovník
 - psycholog/psycholožka
 - duchovní
 - sociální pracovnice
5. Co je náplní vaší práce?
6. Co vás vedlo k práci v paliativní péči?
7. Naplnila tato práce vaše očekávání v práci s pacienty?
8. Myslíte si, že zdravotnický personál ví o fungování paliativních týmů, a ví, co je jejich náplní?
9. Ví personál vaší nemocnice, jak kontaktovat váš paliativní tým?
10. Je zdravotnický personál informován o tom, co všechno od paliativního týmu může očekávat?
11. V jakém časovém rozmezí po intervenci z oddělení přicházíte za pacientem?
12. Jak probíhá první návštěva paliativního týmu u pacienta?
13. Jak často probíhají návštěvy, popřípadě kontroly ze strany, a jak probíhají?
14. Pokud je paliativní tým přizván k pacientovi v nemocničním zařízení, je personál oddělení ochotný s tímto týmem spolupracovat?
15. Myslíte si, že se personál nemocnic se bojí o pomoc paliativního týmu říci?
16. Nabízí personál na odděleních sám aktivně pomoc paliativního týmu v nemocnici, anebo jiné formy paliativní péče?
17. Dokáže personál vůbec akceptovat tuto formu péče, nenahlíží na ni jako na „zbytečnou“ péči?
18. Jaký rozdíl je v péči paliativního týmu v nemocnici, ambulanci nebo v paliativní péči formou domácí hospicové péče?
19. V čem je specifická paliativní péče u dětí?

20. Myslíte si, že vznik a fungování paliativních týmů jsou přínosem pro zdravotnická zařízení?
21. Ulehčuje práce paliativních týmů péči personálu oddělení o nemocné pacienty, ať už se jedná o hospitalizované pacienty, nebo pacienty, kteří dochází do ambulance paliativní péče?
22. Jaký je váš názor na všeobecnou informovanost ohledně fungování paliativních týmů v nemocničních zařízeních?
23. Myslíte si, že paliativní týmy jsou přínosem pro zdravotnická zařízení, mají důvěru personálu v péči o nevléčitelně nemocné pacienty?

Zdroj: vlastní výzkum

9 Seznam použitých zkratk

ČLSJEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	České republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ELNEC	End-of-Life Nursing Education Consortium
FN	fakultní nemocnice
ICN	Mezinárodní rada zdravotních sester
MUDr.	Medicinae universae doctor – doktor medicíny
NCONZO	Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
PT	paliativní tým
USA	Spojené státy americké (z anglického United States of America)
ÚVN	Ústřední vojenská nemocnice
ZZ	zdravotnické zařízení