

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

DIPLOMOVÁ PRÁCE
2022

Bc. Šárka Portyšová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ošetrovatelská péče u pacienta ve fázi in finem na oddělení dlouhodobé
intenzivní ošetrovatelské péče

Diplomová práce

2022

Bc. Šárka Portyšová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Šárka Portyšová**
Osobní číslo: **Z20422**
Studijní program: **N5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Ošetrovatelská péče v interních oborech**
Téma práce: **Ošetrovatelská péče u pacienta ve fázi in finem na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.**
Téma práce anglicky: **Nursing care for the patient in the in finem phase at the department of long-term intensive nursing care.**
Zadávací katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada. 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
LOUČKA, Martin, Julie KOVAŘÍKOVÁ et al. Rozvoj paliativní péče v nemocnicích: Zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast. Praha: Centrum paliativní péče. 2018.
ŠEVČÍK, P. 2012. Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny. Retrieved March 07, 2014 from <http://zdрави.e15.cz/clanek/postgradualnimedicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny464724>.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. et Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 16. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Ošetrovatelská péče o pacienta ve fázi in finem na oddělení dlouhodobé ošetrovatelské péče jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 20. 04. 2022

Šárka Portyšová v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Velké poděkování patří vedoucí diplomové práce PhDr. Kateřině Horáčkové, Ph.D. za její výborné odborné vedení, cenné rady, ochotu, vstřícnost, profesionální přístup a za konzultace, které vedla v přátelském duchu. Další poděkování patří primáři oddělení za schválení výzkumu na jeho oddělení. V neposlední řadě bych velmi ráda poděkovala své rodině za obrovskou podporu.

ANOTACE

Diplomová práce na téma Ošetrovatelská péče u pacienta ve fázi in finem na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče je prací teoreticko-průzkumnou. Teoretická část seznamuje se specifiky oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, umíráním a problematikou implementace paliativní péče do nemocničních zařízení. Empirická část je popisným evaluačním výzkumem, zaměřující se na sledování a podrobnou dokumentaci předem stanovených indikátorů na základě vytvořeného hodnotícího formuláře. Cílem empirické části práce bylo na podkladě analýzy zdravotnické dokumentace posoudit poskytovanou péči pacientovi v terminálním stádiu na oddělení DIOP ve vztahu k platným směrnicím a doporučením. Zásadním výstupem výzkumu je jednoznačné zjištění – paliativní péče na sledovaném oddělení chybí. Implementace paliativní péče do nemocničního zařízení je stále nedostatečná, chybí znalosti lékařům i ošetrojícímu personálu a mnohdy i vůle cokoli měnit.

KLÍČOVÁ SLOVA

DIOP, fáze in finem, paliativní péče, umírání

TITLE

The title of the bachelor's/master's thesis in English.

ANNOTATION

The diploma thesis on the topic of nursing care for patients in the in finem phase at the department of long-term intensive nursing care is a theoretical and exploratory work. The theoretical part introduces the specifics of the department of long-term intensive care, dying and the issue of implementing palliative care in hospital facilities. The empirical part is a descriptive evaluation research, focusing on monitoring and detailed documentation of predetermined indicators based on the established evaluation form. The aim of the empirical part of the work was based on the analysis of medical documentation to assess the care provided to the patient in the terminal stage at the DIOP department in relation to applicable guidelines and recommendations. The main output of the research is a clear finding - palliative care is missing in the monitored department. The implementation of palliative care in hospital facilities is still insufficient, there is a lack of knowledge of doctors and nursing staff and often the will to change anything.

KEYWORDS

DIOP, in finem phase, palliative care, dying

OBSAH

Úvod.....	12
Cíle diplomové práce.....	14
Cíl práce v rovině teoretické.....	14
Cíle práce v rovině empirické.....	14
I TEORETICKÁ ČÁST.....	15
1 Charakteristika základních pojmů teoretické části diplomové práce.....	16
2 Specifika dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.....	20
2.1 Vztah dlouhodobé intenzivní péče a poskytování paliativní péče.....	22
2.2 Doporučení ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.....	23
2.2.1 Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných.....	23
2.2.2 Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných.....	24
2.3 Cíle léčby a péče o umírajícího pacienta.....	25
2.3.1 Obecná pravidla v péči o umírajícího pacienta.....	26
3 Komunikace v intenzivní péči.....	27
3.1 Význam komunikace v ošetrovatelské péči.....	27
3.2 Komunikace s pacientem na oddělení intenzivní péče.....	27
3.3 Potřeba komunikace s rodinou i pacientem na oddělení intenzivní péče.....	28
4 Etické aspekty komunikace v intenzivní péči.....	31
5 Doporučení pro klinickou praxi.....	33
5.1 Úloha paliativní medicíny u akutních stavů.....	33
5.2 Uplatnění péče oblasti intenzivní medicíny.....	34
5.3 Implementace paliativní péče do nemocnic.....	35
6 Shrnutí teoretické části.....	37
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	39

7 Cíle empirické části	40
8 Výzkumné otázky empirické části	40
9 Výzkumný problém	40
9.1 Výzkumné pracoviště	41
9.2 Obecně o nemocnici	41
9.3 DIOP	42
10 Metodologie výzkumu	43
10.1 Organizace výzkumu	44
13 Presentace výsledků	45
12 Diskuse	54
13 Závěr	58
14 Použitá literatura	60

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 –Věk hospitalizovaných pacientů.....	45
Tabulka 2 - Pohlaví pacientů.....	45
Tabulka 3 - Délka hospitalizace.....	46
Tabulka 4 - Základní diagnózy hospitalizovaných pacientů.....	46
Tabulka 5 - Laboratorní hodnoty.....	47
Tabulka 6 - Fyziologické funkce.....	47
Tabulka 7 - Vyšetřovací metody.....	48
Tabulka 8 - Invazivní vstupy.....	48
Tabulka 9 - Infuzní terapie, podávání antibiotik.....	48
Tabulka 10 - Sledování bolesti.....	49
Tabulka 11 - Rehabilitace.....	49
Tabulka 12 - Ošetřování chronických defektů.....	50
Tabulka 13 - Sledování P a V tekutin.....	50
Tabulka 14 - Vylučování -invazivní vstupy.....	50
Tabulka 15 - Podávání gastrické výživy.....	51
Tabulka 16 - Zahajování resuscitace.....	51
Tabulka 17 - Psycho - socio - spirituální péče.....	51

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
ARO	Anesteziologicko resuscitační oddělení
JIP	Jednotka intenzivní péče
NIP	Následná intenzivní péče
ČLK	Česká lékařská komora
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
DNR	Do not resuscitate
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
CMP	Cévní mozková příhoda
PVS	Persistentní vegetativní syndrom
OD	Ošetřující den
P a V	Příjem a výdej tekutin

ÚVOD

K největším zdrojům utrpení umírajícího člověka patří vedle bolesti a strachu opuštěnost (včetně zdravotnický navozené odloučenosti) a prázdnota (umírání jako studená, prázdná „čekárna na smrt“). Je zřejmé, že nikdy nevyřešíme všechny problémy, které s sebou nevyhlášené onemocnění do života přináší. Vždy je třeba si společně s pacientem stanovit priority a pojmenovat cíle léčby a péče. Rozhodující je názor pacienta. Teprve při takto pojmenovaných cílech lze posoudit, zda je daný diagnostický či léčebný postup přiměřený, zda přispívá k dosažení cílů. Je potřeba u každého pacienta opakovaně zjišťovat, které oblasti jsou pro kvalitu jeho života důležité, a těmi se zabývat. (Sláma, Vorlíček, 2011, str.30) Optimální nastavení léčby v terminálním stádiu je takové, kdy tlumivá léčba ani nechybí, ani nenahrazuje, nýbrž doplňuje a umožňuje doprovázení a smysluplnost. Jak uvádí Kalvach (2019, str.29) pacienta lze ponechat opuštěného s nočními můrami, lze jej přetlumit hypnotiky, nebo mu lze poskytnout kombinaci tlumivých léků podporujících spánek s komunikací a smysluplným přemýšlením. V paliativní péči by mělo být nejprve k dispozici čtení, poslech rozhlasu, hovor, držení za ruku, teprve potom sedativa.

My zdravotníci máme velké privilegium, pomáhat tomu nejzranitelnějšímu, umírajícímu. Jsme si této pocty vědomi? Je třeba mít dostatečné znalosti, vědět co dělat, dovednosti, umět to dělat a zaujímat správné postoje, vědět, jak dělat to, co děláme. Záleží však především na tom, kdo jsme. Každý z nás se může stát skutečnou oporou těžce nemocnému a umírajícímu. Pro lékaře a sestry je důležité zdůraznit, že i u lůžka platí, že mohu dát jen to, co mám sám. (Munzarová, 2005, str.103)

Diplomová práce na téma *Ošetrovatelská péče u pacienta ve fázi in finem na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče* je rozdělena na dvě části – část teoretickou a empirickou. Teoretická část nás seznamuje se specifiky oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, umíráním, problematikou implementace paliativní péče do nemocničních zařízení a cíle paliativní léčby. Přibližuje nám terminální stav onemocnění a nutnost vnímání pacienta v celém jeho bio-psycho-socio-spirituálním kontextu i na konci života. V praktické části se DP zaměřila na poskytování paliativní péče u pacienta na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v terminálním stádiu ve fázi in finem. Cílem této části práce bylo na základě analýzy zdravotnické dokumentace posoudit poskytovanou péči na DIOPU pacientovi v terminálním stádiu ve vztahu k platným směrnicím a doporučením. Tato část studie má tedy nejen popisný, ale i evaluační charakter, kdy je získávána zpětná vazba o fungování prováděných opatření a ověřována jejich vhodnost či účinnost. Cílem evaluace je

přinést zpětnou vazbu a poskytovat poučení z realizovaných aktivit či nastavených směrnic a doporučení. Zjištění z provedeného výzkumu této DP se shoduje s výzkumy na podobné téma v oblastech poskytování paliativní péče u pacientů ve fázi in finem.

„Nikdo nesmí zavírat oči a myslet si, že utrpení, od něhož se odvrátil, vlastně neexistuje.“

Albert Schweitzer

CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Cílem práce je zjistit využívání a poskytování paliativní péče na vybraném oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, zejména v terminální fázi nemoci.

Cíle práce v rovině teoretické

- Charakteristika základních pojmů vztahujících se k tématu.
- Specifikace dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče.
- Definování vztahu dlouhodobé intenzivní péče a poskytování paliativní péče.
- Specifikace komunikace s rodinou i pacientem v paliativním režimu na oddělení intenzivní péče.

1.3 Cíle práce v rovině empirické

- Popsat/analyzovat poslední den života pacienta na vybraném oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v období 2020 a 2021.
- Porovnat reálně poskytovanou péči s možnostmi a doporučením předních odborníků v paliativní péči.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Charakteristika základních pojmů teoretické části diplomové práce

Umírání představuje postupný proces, ve kterém postupně selhávají životně důležité funkce.

Proces umírání dělíme na 3 fáze – **prae finem, in finem a post finem**.

- ✓ Fáze prae finem nastává okamžikem sdělení vážné diagnózy s infaustní prognózou. Období není časově omezené, jeho délka je individuální (týdny, měsíce, roky).
- ✓ Fáze in finem „vlastní umírání“ je často označována jako terminální stav, kdy dochází k postupnému nezvratnému selhávání vitálních funkcí ve vlastním slova smyslu. Období trvá většinou několik týdnů, dnů.
- ✓ Fáze post finem je charakterizovaná péčí o mrtvé tělo a pozůstalé. (Kutnohorská, 2007, str. 75)

Pacient v terminálním stádiu je pacient v konečném stádiu onemocnění/života, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.

Smrt znamená zánik organismu. Je neopakovatelná a jedinečná ve svém vlastním subjektivním prožitku. Rozlišujeme smrt fyzickou, psychickou a sociální. **Při fyzické smrti** dochází k selhání důležitých center řídicích krevní oběh a dech. Postupně mizí všechny známky života.

Psychická smrt představuje absolutní rezignaci. Jedinec prožívá beznaděj se zoufalstvím. Specifickým fenoménem je **sociální smrt**, kdy člověk není aktivním jedincem v životě ostatních lidí. Představuje sociální izolaci, přerušování kontaktů se společností, s rodinou a přáteli. (Haškovcová, 2007, str.21)

Pacient neschopný o sobě rozhodovat je nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas. (Doporučení ČLK, 2010)

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. (Marková, 2010, str. 19)

Paliativní léčba je typ léčby, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či diskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

Marná a neúčelná léčba je léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací. (Munzarová, 2005, str.91) Příkladem je podávání antibiotik při pneumonii a jiných celkem snadno léčitelných chorobách, kdy v případě extrémně těžkého stavu s mnohočetnými chorobami nebo velmi závažnou demencí, kdy se jeví, že jakákoli nová léčba bude marná nebo nadměru zatěžující. Je-li tomu tak, pak antibiotika a podobné přístupy nemusí být aplikovány. (Munzarová, 2005, str. 96)

Nezahajování léčby je léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován, a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby. (Doporučení ČLK, 2010)

Nepokračování léčby. Při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory). (Doporučení ČLK, 2010)

Nerozšiřování nastavené terapie (withholding). Na základě písemně zdokumentované rozvahy lékaře není rozšiřováno spektrum diagnostických a terapeutických postupů, které by neovlivnily dosavadní vývoj či průběh 5 onemocnění. Stávající terapie je v daném okamžiku považována za maximální s ohledem na stav a prognózu nemocného. Součástí tohoto rozhodnutí je i případná ordinace DNR. (Pařízková, 2008, str.5)

Omezení terapie (withdrawing). U nemocných s přesvědčivými známkami nepříznivého vývoje a nepříznivé prognózy není pokračováno v již zahájených terapeutických postupech, které jsou považovány za marné, neúčelné a neindikované. Terapeutické a ošetrovatelské cíle jsou zaměřeny na odstranění pocitů diskomfortu, bolesti, hladu, žízně a dušnosti se zvýšeným důrazem na uplatnění lidského, citlivého, důstojného a maximálně etického přístupu, včetně umožnění přítomnosti příbuzných a blízkých u lůžka nemocného. (Pařízková, 2008, str.5)

Eutanázie je usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřipustné. Nepřipustná a trestná je také pomoc k sebevraždě. (Doporučení ČLK, 2010)

Morální distres je situace, při které nemůžeme správně jednat. Někdy se rozlišuje prvotní morální distres (situace, kdy nemožnost správně jednat zažil poprvé) a reaktivní, tj. chronický morální distres. (Mareš, 2011, B12)

Morální nejistota je stav, kdy zdravotník neví, co je v podobných situacích eticky správné udělat. (Mareš, 2011, B12)

Morálního dilema je rozhodování v jedinečné situaci, kdy existuje několik možných řešení, z nichž každé má svá pozitiva i negativa. Zdravotník rozhoduje o tom, která varianta je v daném konkrétním případě „nejmenším zlem“. Liší se od morálního rozhořčení, kdy zdravotník zažívá situaci, v níž se někdo jiný chová nemorálně. (Mareš, 2011, B12)

Autonomie. Je to vyjádření respektu lékaře a dalších zdravotníků k nemocnému, k jeho osobě a autonomii. Pacient, který je schopný vlastního rozhodování, by neměl být léčen bez jeho souhlasu (*voluntas aegroti suprema ex*). V intenzivní medicíně je tato otázka značně problematická. Jestliže lékař nemá možnost získat souhlas nemocného, měl by se řídit výše uvedenými principy. (Ševčík, 2012)

Rozhodovací procesy v medicíně jsou každodenní součástí klinické praxe, aniž si to mnozí zdravotničtí pracovníci či nemocní uvědomují. Každé rozhodnutí o nasazení určité skupiny léku k léčbě základního onemocnění, výběr konkrétního léku z dané skupiny, stejně tak jako rozhodnutí o chirurgickém invazivním výkonu či diagnostickém vyšetření více či méně invazivním jsou základní náplní lékařské péče o nemocné a představují dennodenní rozhodování, zda je či není pacientovi z objektivních důvodů určitý postup či farmakum indikováno. Nenasazení léku, pokud není indikován, je postup, o kterém rozhoduje lékař na základě odborného posouzení stavu a z obecné roviny je nenasazení např. antibiotika u chřipkového onemocnění, kde jistě není indikováno, na stejné úrovni jako nezačínání hemodialýzy u nemocného se selháním ledvin z důvodu ireverzibilního kardiogenního šoku, kdy náhrada funkce ledvin nemůže ovlivnit jednoznačně nepříznivý klinický výsledek u nemocného s terminálním selháním funkce myokardu. (Pařízková, 2008, str.9)

Kvalita života v souvislosti se zdravím se začala jako první používat pro potřebu hodnocení finanční náročnosti a efektivity léčby. Pro potřebu určit prioritou při použití zdrojů i v souvislosti se zvyšujícím se tlakem snižováním zdrojů. Dále pak bylo potřeba začít posuzovat kvalitu života při dokladování klinické úspěšnosti léčby – hodnocení efektivity terapie. Pro účel klinických a ekonomických analýz byl určen od osmdesátých let koncept Health Related Quality of Life (HRQoL)

Perzistentní vegetativní stav. Je klinický stav, kdy pacient leží bdělý s otevřenými očima, pohled je strnulý, nefixuje, ojediněle bloudí ze strany na stranu, pokus upoutat pacientovu pozornost se nedaří, zaujímá nepřírozenou polohu s flekčním postavením horních končetin, pacient nemluví, zachovány jsou vegetativní funkce a některé primitivní reflexy. Více než dvě třetiny pacientův PVS přežívají díky kvalitní intenzivní péči, poté následuje dlouhá následná péče. Důstojnost a kvalita života pacienta je ohrožena. (Kabelka, Sláma, Vorlíček, 2011, str.274)

Následná intenzivní péče (NIP) je oddělení, na které jsou pacienti překládáni na umělé plicní ventilaci po zvládnutí akutního stavu.

Oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP). Na těchto typech oddělení jsou pacienti se zajištěnými dýchacími cestami bez podpory umělé plicní ventilace, kteří vyžadují intenzivní péči z důvodu tracheostomie, přetrvávající poruchy vědomí či pokročilého stádia různého onemocnění. Pozornost je zaměřena na toaletu dýchacích cest, stavu vědomí, péči o invazivní vstupy, polohování, hygieně, péči o kůži, předcházení nozokomiálním komplikacím, motivaci k rehabilitaci a podpoře soběstačnosti. (Drábková, Hájková, 2018, str. 45)

2 Specifika dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče

Florence Nightingalovou, zakladatelku moderního ošetrovatelství, můžeme považovat i za zakladatelku intenzivní péče. V roce 1854 v Krymské válce dokázala mortalitu těžce zraněných britských vojáků snížit z 50 % na neuvěřitelných 5 % díky zavedeným hygienickým předpisům, vybudováním toalet i zajištěním stravy pro raněné vojáky. Jejimi zásadami byla čistota a lidskost. (Drábková, Hájková, 2018, str. 22.)

Od konce 50. let 20. století, kdy vznikala v tehdejší Československu první anesteziologicko-resuscitační oddělení a jednotky intenzivní péče, došlo k významnému vývoji v medicíně, respektive v intenzivní medicíně. Zaznamenali jsme neuvěřitelný vývoj nových technologií, které radikálně ovlivňují nejen proces celé diagnostiky a léčby a zároveň se výrazně zvyšuje šance pacientů na přežití. Tato skutečnost změnila zdravý pohled profesionálů na mnoho akutních, dříve lékařsky neřešitelných stavů, bez ohledu na další aspekty, jako je kvalita pacientova života a jejich přání. Otázka kvality pacientova života byl důvod, proč dříve neznámé problémy v etické a ekonomické oblasti vznikly. Oba tyto aspekty se staly středem zájmu lékařského sektoru paliativní péče o nevléčitelně nemocné a umírající pacienty. Tento typ péče se začal v České republice rozvíjet v devadesátých letech. I přesto, že nový obor medicíny prochází procesem velkého rozvoje, můžeme stále vidět mnoho slabin, zejména v případě pacientů na oddělení intenzivní péče. (Rome , 2011)

Vznik následné a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče je podmíněn významným rozvíjením medicínských oborů. Zavedení úspěšné kardiopulmonální resuscitace změnilo statistiky mortality u akutních kritických stavů. Vlivem rozvoje medicíny přežívá více a více pacientů seniorů s komorbidní anamnézou, po rozsáhlých operačních výkonech, po trombolýzách, při cílené neurorehabilitaci a nutriční podpoře. Nicméně zdaleka ne všichni pacienti dosáhli předchozích mentálních a fyzických schopností, jejich rekondice byla velmi pozvolná a často jen částečná. Vyžadovala dlouhodobou, někdy trvalou a profesionální následnou intenzivní péči. (Drábková, Hájková, 2018, str. 23.)

Zvyšující se tedy počty pacientů indikovaných k překladi a příjmu na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP). Po zvládnutí jejich úvodního akutního stavu, bezprostředně ohrožujícího život, vedla tato skutečnost k odbornému, etickému i organizačnímu a legislativnímu tlaku na vytváření lůžek s možností poskytování navazující intenzivní péče v rámci samostatných oddělení s odlišným pracovním – terapeutickým

i ošetrovatelským režimem. Jedná se o oddělení, které je schopno zajistit pacientovi komfort intenzivních lůžek s cílem minimalizace intenzivních vstupů, s cílenou enterální výživou, rehabilitací, péčí o otevřené dýchací cesty, věnuje se i psychické přípravě na další rekondici a reintegraci. Tento typ oddělení dává pacientovi dostatek času a prostoru k vývoji jeho zdravotního stavu, k úpravě stavu vědomí i vnitřního prostředí. (Drábková, Hájková, 2018, str. 34)

To vše se realizuje s odborným a zkušeným personálem schopným v případě potřeby okamžitě použít možnosti intenzivní a resuscitační péče, okamžitě léčit šok, či dokonce zahájit neodkladnou resuscitaci v celém jejich rozsahu. (Drábková, Hájková, 2018, str. 34.)

Pracoviště DIOP poskytuje péči podle § 9 odst. 2 písm. d) zákona č. 372/2011 Sb. Pacientům s poruchou základních životních funkcí, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje, je poskytována dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče.

Předpokladem je dostupnost komplementárních a konziliárních služeb a jejich okamžitá dostupnost v rámci zdravotnického zařízení (laboratoř, radiodiagnostika, anesteziolog, chirurgie, interna, neurologie, mikrobiologie.) (Drábková, Hájková, 2018, str. 34.)

Pro potřebu intenzivní medicíny a dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče byla vyvinuta široká řada skórovacích systémů, které slouží k objektivnímu zhodnocení závažnosti určitého stavu pacienta. Jejich cílem je snaha klasifikovat stav pacienta a zároveň posuzovat efektivitu zvolených diagnostických a terapeutických postupů i prognózu pacienta. Frekvence a použití skórovacích systémů se řídí zvyklostmi pracoviště. (Křivková, 2016, str. 215)

Na oddělení DIOP jsou přijímáni pacienti, kteří jsou odpojeni od ventilátoru z oddělení ARO, NIP nebo JIP. Pacienti mají zavedenou tracheostomickou kanylu se zvýšenou potřebou péče o dýchací cesty, odkázaní na intenzivní ošetrovatelskou péči, fyzioterapii a náročnou ošetrovatelskou péči. Podmínky pro přijetí, možný překlad na jiné oddělení či umožnění dlouhodobé hospitalizace nad 190dní se řídí novelou vyhlášky č.134/1998 Sb.

OD 00020 lze vykázat maximálně 190 dnů, počítáno od prvního dne přijetí na lůžko DIOP, včetně překlady na jiné pracoviště DIOP poskytovatele nebo i jiného poskytovatele DIOP. Překlad na jiné pracoviště DIOP je možný pouze s předchozím souhlasem revizního lékaře. (Drábková, Hájková, 2018, str.50)

Pacienti na oddělení dlouhodobé intenzivní péče jsou nejčastěji hospitalizováni se závažnou poruchou vědomí nebo různým stupněm těžšího neurologického postižení, buď pohybového aparátu nebo snížené rozpoznávací schopnosti. Jsou to pacienti po respiračním selhání, srdečním selhání, po protrahované resuscitaci, stavy po cévních mozkových příhodách, polytraumatech, často v persistentním vegetativním stavu. Podmínkou je, aby nebyli pacienti závislí na umělé plicní ventilaci. Dýchací cesty jsou zajištěné tracheostomií, spontánně dýchají, krevní oběh je zachován, ale existuje tu porucha vědomí, hybnosti i výživy. Velmi složitá je komunikace s pacienty se zavedenou tracheostomickou kanylou. Pro zlepšení komunikace v interakci zdravotník a pacient v intenzivní péči je nezbytné neustále posilovat oblast používání kompenzační komunikační strategie.

Pro pacienty je prostředí intenzivní péče velmi stresující, zdrojem úzkosti, frustrace a paniky je kromě bolesti a dušnosti také obava z neschopnosti domluvit se s personálem. Úlohou sestry je správná identifikace signálů, jež pacient vysílá pro splnění nejen základních potřeb po celou dobu hospitalizace s vyvíjejícím se zdravotním stavem. Pacienti jsou na oddělení dlouhodobé intenzivní péče mnohdy hospitalizováni měsíce nebo roky. Je mnohdy velmi obtížné určit hranici, kdy je lékařské ošetření stále přínosem pro pacienta a kdy už pro něj žádným přínosem není. (Křivková, 2016, str.269)

2.1 Vztah dlouhodobé intenzivní péče a poskytování paliativní péče.

Základním cílem intenzivní medicíny je péče o kriticky nemocné pacienty, tedy osoby s nemocí nebo stavem, který je život ohrožující, ale i s možností uzdravení. Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je uplatňován princip přechodu z intenzivní na paliativní léčbu a péči s cílem vyloučení bolesti, diskomfortu a strádání se zachováním lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb. Navzdory léčebným postupům, a to i těm, které zahrnují podporu života, se často nedaří vyléčit, a to je tehdy, když vyvstává otázka vysazení léčby kvůli kritériím zbytečnosti. Jakmile je toto rozhodnutí přijato, je třeba zaměřit úsilí na aplikaci nezbytné péče, aby bylo dosaženo ukončení života bez bolesti a utrpení, a snažit se zajistit, aby byl pacient doprovázen jeho blízkými. Paliativní péče se stává důležitou, nedílnou součástí intenzivní medicíny, která je v souladu s medicínskými, právními a etickými principy. (Pařízková, 2011)

2.2 Doporučení ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Paliativní léčba představuje léčbu, jejímž cílem je zabránění bolesti i strádání nevléčitelně nemocného či umírajícího pacienta. Sjednocení terminologie a vymezení pojmů, jako je neúčelná a marná léčba, nezahajování či nepokračování léčby včetně postupů orgánové podpory (katecholaminy, hemodialýza, ventilační podpora), paliativní léčby a současně odmítnutí eutanazie jako základním předpokladem realizace paliativní péče. Právě zaměňování a směšování pojmů a postupů a eutanazií činí nejen mezi veřejností, ale i mezi zdravotníky řadu nedorozumění. Současně je zdůrazněn aspekt, že je život konečný, a to i v oblasti intenzivní medicíny. Na pokračování v léčebných postupech, které se jeví jako marné a neúčelné, nelze nahlížet jako na poskytování všech dostupných prostředků k zachování života a zdraví jedince, ale jako na umělé prodlužování umírání s utrpením a strádáním nemocného, což je v přímém rozporu s etickými principy medicíny a „Chartou práv umírajících“. (Pařízková, 2011)

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému. (Doporučení ČLK, 2010)

2.2.1 Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

Život člověka je konečný a každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče. Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvrtným (nebo předpokládaným zvrtným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.

Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytované zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními předpisy a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti. Diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně). Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“ a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchrany života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví. (Doporučení ČLK, 2010)

2.2.2 Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných

V posledních desetiletích došlo k významnému rozvoji medicíny díky aplikaci nových technologií ve všech lékařských oborech včetně intenzivní medicíny. Zavedení nových diagnostických i terapeutických postupů zvýšilo možnost přežití mnoha nemocných a významně ovlivnilo naše vnímání orgánového selhávání. Rozmach intenzivní medicíny sebou

přinesl nejen možnosti příznivého ovlivnění dříve neřešitelných stavů, současně sebou přinesl zcela nové problémy medicínské, etické i ekonomické. Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je uplatňován princip přechodu z intenzivní na paliativní péči s ohledem na kvalitu života a přání nemocného. (Pařízková, 2011, B15)

Mezi uvedené cíle patří:

1. Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
2. Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
3. Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
4. Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, diskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.
5. Přispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
6. Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy, nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměňováno za eutanázii. (Doporučení ČLK, 2010)

2.3 Cíle léčby a péče o umírajícího pacienta

Rozhodnutí, že stav pacienta hodnotíme jako terminální, je třeba přiměřeným způsobem prodiskutovat s pacientovou rodinou a v některých případech také s pacientem. Rozhodnutí je třeba zdůvodnit a zaznamenat do zdravotnické dokumentace. Stanovení diagnózy „umírání“

vytváří nový klinický kontext péče. Cílem je pacientovi umožnit klidnou a důstojnou smrt, a nikoli tuto smrt za každou cenu oddálit. Všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy pak musí být přehodnocovány podle toho, zda k dosažení důstojného umírání přispívají. Mezi cíle léčby řadíme:

- Zmírnění tělesných obtíží
- Zmírnění psychických obtíží a psychologická podpora pacienta
- Spirituální podpora pacienta
- Psychologická podpora pacientovy rodiny a blízkých. (Kabelka, Sláma, Vorlíček, 2011, str.304)

2.3.1 Obecná pravidla v péči o umírajícího pacienta

Skutečnost, že onemocnění vstoupilo do terminální fáze, je třeba přiměřeným způsobem sdělit rodině i pacientovi. Pravidelně hodnotit základní symptomy působící pacienta (bolest, dušnost, nauzea, úzkost). Léky ke zmírnění těchto symptomů podávat pravidelně, účinek podané látky hodnotit minimálně každou hodinu a dávku adekvátně upravovat. Podání těchto léků je třeba nastavit tak, aby v případě zhoršení mohly být bez zbytečného prodlení podány dostatečné dávky. Pokud je pacient až do konce schopen přijímat per os, v této aplikační cestě pokračujeme. Umírající často není schopen přijímat per os. Všechny důležité léky lze podávat subkutánně popř. intravenózně nebo intramuskulárně. Vhodné je podání formou kontinuální subkutánní infuze lineárním dávkovačem. Některé léky k per os podání lze přechodně aplikovat rektálně. Přehodnotit všechny doposud užívané léky, které nemají bezprostřední vliv na komfort při umírání. Vysazení léků je třeba citlivě vysvětlit pacientovi i jeho rodině. Je nezbytné, aby jim byl tento postup srozumitelný a aby jej akceptovali. Ukončit rutinní diagnostické a ošetrovatelské postupy: odběry krve, pravidelné měření fyziologických funkcí, monitorování EKG, ale také pravidelné polohování imobilního ležícího pacienta, rutinní hygiena atd. Tyto postupy obvykle nepřiměřeně upoutávají pozornost ošetřujících zdravotníků i rodiny k „objektivním“ vitálním parametrům, které jsou však v situaci umírání zcela irelevantní. Podání léků „podle potřeby“ předpokládá, že budeme potřebu pravidelně hodnotit. Je třeba sledovat stav vědomí, bolest, dušnost, úzkost, nevolnost. Nejlepším nástrojem je citlivá komunikace s nemocným a pečlivé pozorování jeho polohy, pohybu, výrazu ve tváři, zvuků atd. Zásadní důležitost má podpůrná komunikace a opakované vysvětlování situace. Umělá (parenterální nebo sondová) výživa a hydratace jsou indikovány, pouze pokud přispívají k zmírnění obtíží a důstojnému umírání. (Kabelka, Sláma, Vorlíček, 2011, str.306)

3 Komunikace v intenzivní péči

3.1 Význam komunikace v ošetrovatelské péči

„Zdravý člověk má mnoho přání, nemocný jen jedno.“

Indické přísloví

Od doby před 2300 lety, kdy Aristoteles položil základy úspěšné lidské komunikace, se naše základní hodnoty příliš nezměnily. Problematika komunikace je v dnešní době jednou z nejfrekventovanějších oblastí oborů psychologie, ošetrovatelství, medicíny, ale i dalších společenskovedních oborů. Znalost vnějších i vnitřních komunikačních kontextů je základním předpokladem vzájemného porozumění a úspěšného dorozumění mezi lidmi. V prostředí nemocnice a oddělení intenzivní péče vystupují do popředí všechny vnější i vnitřní aspekty komunikace. Jde o proces dorozumění se s pacientem v intenzivní péči, který je částečně či zcela odkázán na naši pomoc.

Ve zdravotnickém prostředí se znásobuje význam různých aspektů komunikace. Komunikaci nejčastěji ovlivňuje časové ohraničení (kdy ke komunikaci s pacientem došlo, jaký časový úsek byl komunikaci věnován), prostor a prostorové uspořádání (setkání na chodbě, před pacienty, v soukromí), význam obsahu komunikace pro pacienta, přítomnost emocí, vztah mezi komunikujícími (komunikace u dlouhodobě hospitalizovaným nebo komunikace s někým, koho neznáme), sociální situace (přítomnost rodiny, přítomnost toho, o kom hovoříme), kontinuita komunikace (mít možnost vrátit se k tématu), míra shody jazyka, způsob vzájemného chápání, stereotypy, věk, pohlaví účastníků komunikace. Nejvýraznějším aspektem komunikace se jeví aspekt vztahový, který se přímo podílí na založení vztahu důvěry zdravotník a pacient jako výchozího bodu pro úspěšnou komunikaci. (Tomová, 2016, str. 22.)

„Díky nemoci známe hodnotu zdraví, díky zlu, hodnotu dobra, díky hladu sytost, díky únavě odpočinek“

Hérakleitos

3.2 Komunikace s pacientem na oddělení intenzivní péče

Pro zvládnutí efektivní komunikace na oddělení dlouhodobé intenzivní péče je třeba dodržovat zásady komunikace u pacienta se zajištěnými dýchacími cestami. Pro pacienty je prostředí intenzivní péče stresující a zdravotníci tak musí být velmi trpěliví pro nastavení správné cesty s použitím komunikačních metod k docílení správné komunikace s pacientem. Faktory, které ovlivňují úroveň komunikace s pacientem jsou především kognitivní schopnosti pacienta

ovlivněné základním onemocněním a podávanými léky. Výrazným způsobem mohou ovlivnit způsob zvolených metod a hlavně osvojení a učení komunikace (např. posthypoxické poškození mozku, CMP, úroveň vědomí – kvantitativní a kvalitativní poruchy atd.). Další důležitý faktor ovlivňující komunikaci je psychický stav pacienta, zvládnání stresové zátěže ze sociálního vyloučení, ztráty hlasu z důvodu zajištění dýchacích cest. Fyzická stránka pacienta jako je únava, léčebný režim, svalová síla nemocného. V neposlední řadě je také velmi důležitá vůle a motivace nemocného. (Křivková, 2016, str.216)

„Nic není těžšího než vyjádřit významnou myšlenku tak, aby jí každý rozuměl“

Arthur Schopenhauer

3.3 Potřeba komunikace s rodinou i pacientem na oddělení intenzivní péče

Vlastní komunikační strategie na oddělení intenzivní péče musí být velmi citlivá a profesionálně vedená. Velmi důležité je setkat se s rodinou během 72 hodin po přijetí pacienta na oddělení. Komunikaci s rodinou vést v klidném, tichém prostředí, bez rušivých elementů. Všichni členové zdravotnického týmu musí poskytovat rodinným příslušníkům informace konzistentně. Velmi důležitá je snaha více naslouchat rodině než vést medicínský monolog. Mluvit tak, aby z vyslovených slov zdravotníka byla zřejmá empatie (např. jste teď jako rodina v obtížné situaci, když váš nejbližší na tom není dobře; budete muset v některých věcech rozhodovat za něj; všichni se snažíme zabránit vážným komplikacím nebo tomu nejhoršímu). Vyslechnout obvyklé úvahy rodinných příslušníků o tom, čeho si měli všimnout už dříve, co kdo podcenil či zanedbal. Naslouchat tomu, co příbuzní říkají, zdravotník musí odpovídat citlivě a korigovat jejich některé úvahy, dávat najevo, že je v této situaci přirozené, když jsou plní emocí. Snažit se zjistit hodnoty, na nichž pacientovi záleželo a způsoby léčby, které preferoval či odmítal. Vysvětlit příbuzným princip rozhodování rodiny v případech, kdy to nechce nebo nemůže učinit pacient sám. Ujistit je, že ani pacient, ani rodina nebudou opuštěni, že se jim vždy bude někdo věnovat. Důležité je ujistit rodinu, že pacient nebude trpět. A také výslovně zdůraznit, že se rodina může spolupodílet na rozhodování a mohou počítat s radou a pomocí ošetřujícího i lékařského personálu. (Mareš, 2011)

Zbývá dodat, že vhodný způsob komunikace s vážně nemocným pacientem a jeho rodinnými příslušníky je dílčím aspektem eticky správného jednání zdravotníků. Avšak zdravotník je součástí systému poskytování péče, postupů, které se odehrávají v konkrétním zařízení. Proto je důležité podívat se i na institucionální kontext. Zdravotníci jsou mnohdy vystaveni

morálnímu distresu. Provozní problémy zdravotnických zařízení, finanční limity pro poskytovanou zdravotní péči, nedostatek času, nedostatek personálu, to vše na některých pracovištích vystavuje zdravotníky (především sestry, ale i řadu lékařů) situacím, kdy se necítí dobře, jsou ve stresu. Výzkumy konstatují, že nemusí jít jenom o běžný negativní stres – distres. Objevuje se též specifický distres, kdy zdravotník ví, jak by se věci měly správně dělat, ale institucionální tlaky mu znemožňují postupovat věcně i eticky správným způsobem. V odborné literatuře tento jev dostal označení morální distres. Morální distres je opomíjenou záležitostí ve většině paliativních vzdělávacích programech. Výzkum v italské fakultní nemocnici provedený v roce 2021 byl zaměřen na zkoumání příčin morálně stresujících událostí, pocitech, které zažívají sestry při poskytování ošetrovatelské péče pacientům na konci života a jejich strategii zvládání. V této studii byla morální tíseň často spojena se špatnou komunikací nebo nedostatkem komunikace mezi zdravotníky a pacienty či jejich příbuznými. Především pak neschopnost uspokojit poslední požadavky pacientů. Podle zjištění provedeného výzkumu, byl koncept „dobrého“ doprovodu na konci života mimořádně důležitý pro prevenci stresujících událostí. (D.Brasi El, 2021)

Morální distres je odlišný od somatického, psychologického i spirituálního distresu. Někdy se rozlišuje prvotní morální distres (situace, kdy nemožnost správně jednat zažil poprvé) a reaktivní, tj. chronický morální distres. Morální distres se je odlišný od morální nejistoty, kdy zdravotník neví, co je v podobných situacích eticky správné udělat. Také od morálního dilematu, tedy od rozhodování v jedinečné situaci, kdy existuje několik možných řešení, z nichž každé má svá pozitiva i negativa. Zdravotník rozhoduje o tom, která varianta je v daném konkrétním případě „nejmenším zlem“. Liší se rovněž od morálního rozhořčení, kdy zdravotník zažívá situaci, v níž se někdo jiný chová nemorálně. Badatelé, kteří empiricky zkoumali morální distres, rozlišili jeho čtyři aspekty. Trápení se zdravotníků. Prožívání pocitu viny a pocitu bezmocnosti. Morální stránka péče. Objevuje se vážná otázka: Lze oddělit zájmy instituce, technickou stránku péče, profesní roli od zájmu o dobro pacienta, od morálního jednání? Kdy nastupuje u zdravotníka otupění, lhostejnost, vyhoření? Upozornění na neetické praktiky. Jak postupovat při snaze změnit dosavadní praktiky? Kde je hranice mezi hájením pravdy, poukazováním na nesprávné postupy, na nepravdivé údaje v dokumentaci a donášením či udáváním na straně druhé? Konflikt vyvolaný vzhledem do zaběhaného chodu pracoviště. Zdravotník si uvědomuje, že některé postupy používané na daném pracovišti jsou zbytečné, jiné špatně načasované, další zase příliš agresivní, a přesto je

nucen je provádět. Jedná se o zahraniční přístupy, neboť výzkumy morálního distresu se u nás zatím neprovádějí. (Mareš, 2011)

4 Etické aspekty komunikace v intenzivní medicíně

Lékařská etika je akademický obor, jenž je založen na filozofujících úvahách, na diskusích o hodnotách a na etických principech, jimiž by se péče o pacienty měla řídit. Lékaři, kteří pracují na odděleních intenzivní péče, znají obecné principy lékařské etiky. Bývá jich uváděno pět – **autonomie** jedince, přesvědčení, že každý je zodpovědný za své zdraví a rozhodování, která budou učiněna na základě plné informovanosti. Přání jsou respektována, i když ve finální fázi nemoci mohou mít za přímý následek úmrtí pacienta (např. odmítnutí léčby). **Informovanost pacienta**, dostatek informací je předpokladem pro pacientovo racionální rozhodování. Pacient má právo být plně informován o svém zdravotním stavu, má ale i právo takovou informaci odmítnout. Princip **beneficence** vyjadřuje závazek, aby lékař pro pacienta udělal vše, co je pro něj prospěšné. Dobro pro pacienta nemusí být totožné s představou zdravotníka, je zapotřebí jej hledat vzájemným dialogem, nasloucháním a argumentací, ideálním nástrojem je pravdivá a empatická komunikace. **Nonmaleficence** znamená neškodit a nedovolit uškodit pacientovi. **Spravedlnost** je proporcionalita mezi potřebami jedince a tím, co je společnost schopna poskytnout. Týká se např. dostupnosti paliativní medicíny a kvality poskytované péče. (Prokop, J.M., Kabelka, L. 2007, str. 319)

Autonomie pacienta, tedy jeho podíl na rozhodování o svém osudu, snaha zdravotníků pacientovi především neuškodit (ono hippokratovské *primum non nocere*), benefit pro pacienta, ekvita (tj. relativní rovnost) pacientů, o něž se pečuje a v neposlední řadě lékařovo domýšlení dlouhodobějších důsledků poskytované péče, včetně úvah o kvalitě pacientova života. (Mareš, 2011)

Z etického hlediska stojí před personálem mnoho úkolů, které souvisejí s účinnou a individualizovanou léčbou, která není jen záležitostí profesionálů, ale též rodinných příslušníků. Má-li personál získat rodinu pro spolupráci, musí postupovat systematicky a empaticky. Vždyť jen rodina, která se s novou situací přiměřeně vyrovná, může být oporou pacientovi. Personál by měl rodině radit, co dál, jak připravit nové podmínky pro pacienta, pokud se vrátí domů. Personál by měl rovněž sledovat rizikové příznaky u rodinných příslušníků (ať už se týkají zhoršených vztahů uvnitř rodiny; zamlklosti, osamělosti, pocitů bezmocnosti v neúplných rodinách anebo zhoršování vztahů s personálem). Mnohé výzkumy se snaží prozkoumat vhodnou komunikaci zdravotníků s rodinnými příslušníky. Například výsledky průzkumné analýzy v Seattlu ukazují, že pokud kliničtí lékaři na jednotce intenzivní péče zlepší komunikaci s rodinou pacienta a poskytnou dostatek informací o dalších možnostech léčby s důrazem na kvalitu péče a pohodlí pacienta, mohou tak získat větší podporu

rodiny při rozhodování o dalších postupech v léčbě, zejména na konci života. (Stapleton RD, 2006). Studie se zaměřují především na situace, kdy je pacientův stav kritický, jeho život je ohrožen a nemůže se už sám k léčbě vyjadřovat. Zdravotníci v těchto případech musí komunikovat s rodinou a řešit s ní, co dál. Tendencí je nastolit tzv. sdílené rozhodování o další péči, což vyžaduje eticky citlivou komunikaci. Jak postupovat, naznačuje „komunikace založená na důkazech“, evidence-based communication. Na začátku je potřeba stanovit tyto kroky: stanovit prognózu dalšího průběhu nemoci a zhodnotit její pravděpodobnost, posoudit, nakolik se chce daná rodina spolupodílet na rozhodování o pacientovi, přizpůsobit svoji další komunikační strategii tomu, zda rodina chce ponechat všechna rozhodnutí na profesionálech, nebo se chce spolupodílet na rozhodnutích o pacientovi, anebo má tendenci mít poslední slovo ona. (Mareš, 2011)

5 Doporučení pro klinickou praxi

5.1 Úloha paliativní medicíny u akutních stavů

Zatímco terminální paliativní péče se soustředí především na management symptomů bezprostředního umírání, časná paliativní péče poskytuje příležitost pacientovi a jeho blízkým dobře se orientovat v trajektorii onemocnění, získat podporu pro vyrovnávání se s diagnózou, zvýšit kvalitu rozhodování mezi alternativami postupu tak, aby zvolené postupy odpovídaly hodnotám a preferencím pacienta. Důraz se klade na realistická očekávání výsledku léčby i včasnou anticipaci dalšího vývoje. Paliativní péče je obecně uznávaným a doporučovaným standardem kvality péče o pacienty se závažným onemocněním a v České republice je třeba rozšířit její dostupnost pro pacienty hospitalizované ve zdravotnických zařízeních intenzivní péče. (Kopecký, 2019)

Mezi vybrané přínosy paliativní péče můžeme zařadit zkrácení hospitalizace na JIP, nižší frekvence neplánovaných rehospitalizací, snížení stresu a zvýšení spokojenosti s péčí, zvýšení spokojenosti s rozhodovacím procesem, menší četnost nepřínosných invazivních vstupů, finanční úspora, lepší vyrovnání se rodiny se situací, případně nekomplikované truchlení, lepší léčba symptomů, častější odesílání ke specializované paliativní a hospicové péči. (Kopecký, 2019)

Zahraniční článek Association between palliative care and patient and caregiver outcomes: a systematic review and meta-analysis je metaanalýzou 43 studií (celkem 12 731 ambulantních i hospitalizovaných pacientů s rozmanitými diagnózami v paliativním režimu a 2479 pečovatelů) získaných z databázích MEDLINE, EMBASE, CINAHL and Cochrane CENTRAL do července 2016. Studie porovnávala vztah mezi běžnou péčí o umírající pacienty a paliativní péčí. Implementace paliativní péče prokazuje lepší kvalitu života a menší a nižší symptomovou zátěž, častěji vyjádřená dříve vyslovená přání, větší spokojenost pacientů i pečujících osob, nižší potřebu zdravotní péče. (Kavalieratos, 2016)

U pacientů v prostředí intenzivní péče, v němž bývá hlavním tématem intenzita péče přiměřená pacientovým hodnotám. Prostřednictvím přizvaných paliatrů nebo paliativními intervencemi intenzivistů samotných bývá nejčastěji dle studií zkrácení pobytu na JIP a v nemocnici, v některých studiích zvýšení spokojenosti s péčí, mortalita bývá nezměněna nebo snížena.

U pacientů s chronickým pokročilým onemocněním majícím za následek akutní dekompenzace, které vyžadují opakované akutní hospitalizace například pro dušnost

u CHOPN nebo u srdečního selhání nebo pro bolesti u generalizované malignity. Hospitalizace po překonání umožňuje anticipovat další vývoj onemocnění a ve spolupráci pacienta, primárního ošetřujícího týmu, paliativního týmu a blízkých pacienta připravit plán pro zhoršení, který odpovídá hodnotám a preferencím pacienta. Pro hospitalizované pacienty s generalizovanou malignitou tento přístup snižuje počet dalších rehospitalizací, snižuje četnost podávané chemoterapie a prováděných chirurgických zákroků a zvyšuje počet odeslání k hospicové péči. (Kopecký, 2019)

5.2 Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny

Základním cílem intenzivní medicíny je péče o kriticky nemocného pacienta, který je ohrožen na životě s možností uzdravení. Navzdory léčebným postupům, a to i těm, které zahrnují podporu života, se často nepodaří pacienta vyléčit, a to je situace, kdy je nastolena otázka vysazení marné léčby. Jakmile je toto rozhodnutí přijato, je třeba zaměřit úsilí na aplikaci nezbytné péče k dosažení konce života bez bolesti a utrpení a snažit se zajistit, aby byl pacient doprovázen jeho blízkými. Studie poukazují na nedostatky v poskytování paliativní péče u pacientů na sklonku života na jednotce intenzivní péče. Vývoj paliativní péče si klade za cíl dosáhnout zlepšení symptomů, předcházení případným komplikacím, určovat a respektovat blaho pacienta a pomoci rodině v konečném procesu truchlení. Zahrnuje tedy různé disciplíny z oblasti zdraví, které musí pracovat se společnými cíli. (Loncán P, 2007)

V roce 2016 ve Fakultní nemocnici v ČR na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny probíhala studie na uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny. Hlavním cílem studie bylo objektivizovat reálný proces změny intenzivní léčby na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svoji vůli. Stanovené dílčí cíle se zaměřily na objektivizaci faktorů ovlivňujících proces změny a vlastní realizaci této změny v praxi. Z realizované analýzy vyplynulo, že práce zdravotníků a jejich rozhodování v oblasti procesu realizace změny intenzivní na léčbu paliativní nejsou ovlivňovány z žádným z faktorů, které byly v průběhu výzkumu statisticky testovány. Zdravotnická praxe se řídí v této oblasti aktuálními doporučeními, která jsou dle zjištění studie na daném pracovišti v praxi respektována a uplatňována. (Metznerová, Zítková, 2018, str. 273)

Studie ukazují, že zapojení paliativní péče zatím není běžnou praxí u kriticky nemocných pacientů na chirurgických jednotkách intenzivní péče ani v zahraničí. Cílem konceptů paliativní péče je zlepšení kvality života pacientů. Potřebu paliativní péče lze identifikovat pomocí definovaných screeningových kritérií. Integrace paliativní péče může být realizována buď pomocí konzultativního modelu, který se zaměřuje na zapojení konzultantů paliativní péče,

nebo integrativního modelu, který začleňuje principy paliativní péče do rutinní každodenní praxe. Včasné začlenění paliativní péče do předběžného plánování péče může vést ke zvýšení cílů diskusí o péči a kvalitě života, i ke snížení úmrtnosti a délky pobytu na oddělení intenzivní péče. Navíc lze snížit stresové reakce příbuzných i personálu intenzivního oddělení a dosáhnout vyšší spokojenosti s terapií. Jádrem cíle ošetrovatelských diskusí je profesionální a dobře strukturovaná komunikace mezi pacienty, příbuznými a personálem. Zohlednění principů paliativní péče pomocí modelové integrace do praxe intenzivního oddělení může zlepšit komplexní průběh intenzivní péče o onemocnění produktivním, ale důstojným způsobem, aniž by se zanedbávaly léčebné postupy. (Schuster, 2017)

5.3 Implementace paliativní péče do nemocnic

Lidsky nenahraditelný, společensky nevyhnutelný, mimořádně potřebný program Spolu až do konce podporuje rozvoj paliativní péče v České republice. Za programem stojí Nadační fond Avast.

Téma důstojnosti poslední etapy lidského života stojí stranou pozornosti dárcovských institucí. Přitom o jeho společenské důležitosti a potřebnosti není pochyb. Mluvit o smrti a umírání není populární, přestože se týká každého z nás. Umírání se přesunulo z rodinného prostředí do ústavních zařízení. A tím, že se i nadále zmenšuje počet členů domácnosti a přibývá starých osamocených lidí, nemluvě o tom, že z důchodu si většina obyvatel lepší péči připlatit nemůže – v nemocnicích a ústavních zařízeních, často velmi skromných, končí naprostá většina lidí. Nadační fond Avast se ve svých programech zaměřuje na rozvoj systémové péče o lidi na sklonku života a podporu rodin s postiženými dětmi. Zásadní hodnotu této práce představuje kvalita lidského života, soběstačnost, dostatek informací a právo člověka svobodně o svém životě rozhodovat. Fond vznikl v roce 2010 z iniciativy českých zakladatelů společnosti Avast. V současnosti společnost Avast celosvětově zaměstnává více než 1600 pracovníků, které zapojuje do svých obecně prospěšných aktivit i rozhodování o nadační podpoře. Společnost každoročně vkládá do rozpočtu nadačního fondu až 2,5 % ze svého provozního zisku. Nadační fond působí především v České republice, ale poskytuje pomoc i lidem v zemích, kde má společnost Avast své pobočky. Období konce lidského života je v naší společnosti stále dost tabuizované. Grantový program Spolu až do konce se zaměřuje na péči o umírající v České republice. Jeho cílem je změnit přístup společnosti k umírání jako takovému. Tedy změnit myšlení, ve kterém často převládá ekonomický přístup, jež bere starého člověka jako neproduktivní zátěžovou jednotku. Základní vizí programu Spolu až do konce je, aby měl každý občan k dispozici kvalitní informace. Ty

mu na konci života pomohou učinit svobodné rozhodnutí, kde a jak chce zemřít, jaký způsob péče si zvolí a koho chce mít nablízku. Program Spolu až do konce odstartoval v roce 2014 podporou výzkumných a vzdělávacích projektů, zaměřených na systémové změny (s vynaloženou částkou téměř 7,5 mil. Kč). Jedním z příkladů je výzkumný program ODDICUS Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, jenž pracoval se vzorkem 1 000 pacientů, kteří v této nemocnici v posledních dvou letech zemřeli. Přinesl unikátní data, zpětnou vazbu a podněty pro zlepšení paliativní péče v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. Hlavním cílem programu Spolu až do konce v roce 2016 byla podpora paliativní péče v nemocnicích. V České republice, podobně jako v ostatních evropských zemích, umírá v nemocnicích a léčebnách většina lidí. V roce 2014 to bylo zhruba 70 % všech zesnulých. Přístup k paliativní péči v nemocnicích je tedy zcela zásadní, ale u nás v naprosté většině zdravotnických zařízení přesto není dostupný. Cílem posledního letošního ročníku programu Spolu až do konce je proto podpora rozvoje služeb paliativní péče v rámci nemocničního prostředí v České republice. Program nezapomíná ani na vzdělávání budoucích lékařů, sester, zdravotníků, sociálních pracovníků, pečovatелů, duchovních. Ti všichni ve své profesi nejen léčí a uzdravují, ale i doprovázejí umírající pacienty. V podpoře jejich vzdělávání vidí fond naději, že se profesionální paliativní péče stane pevnou a přirozenou součástí jejich poslání. V některých oblastech u nás kromě nemocnic neexistuje jiná varianta péče o umírajícího a jeho rodinu. Avast proto podporuje i inovátory, nové přístupy a nápady. Zejména v organizacích, kde lidé tráví konec svého života, jako jsou domovy pro seniory nebo léčebny dlouhodobě nemocných. Paliativní a podpůrná centra by měla vzniknout v nemocnicích napříč celou republikou. Cílem je, aby byl každý region dostatečně pokrytý službami, které profesionálně tuto péči poskytují. Za program „Spolu až do konce“ získal Nadační fond Avast Cenu odborné poroty v historicky první soutěži v naplňování Cílů udržitelného rozvoje OSN (SDGs), kterou vyhlásil Úřad vlády, Asociace společenské odpovědnosti, MPO ČR, Česká rozvojová agentura a OSN ČR. Odborná porota ocenila, že projekt ve společnosti otevírá téma, které je u nás téměř tabuizované. Neměli bychom se ostýchat mluvit o umírání. Kvalita života se netýká pouze mladých a zdravých lidí, ale také těch nejzranitelnějších skupin obyvatelstva. (<https://www.cr2030.cz/magazin/kvalita-zivota/spolu-az-do-konce-chce-zlepsit-umirani-cesku/>)

6 Shrnutí teoretické části

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

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

Proces zavádění paliativní péče v České republice popisuje „Situační analýza Paliativní péče v České republice 2016“ vydaná Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP. Z dat uvedených v analýze jasně vyplývá, že „většina pacientů s chronickým onemocněním, kteří v posledním roce života potřebují paliativní péči, je v péči praktických lékařů, ambulantních specialistů, lékařů a sester lůžkových zařízení akutní a následné péče“ (Kabelka, 2016, s. 9). V České republice jsou lůžková zařízení akutní a následné péče nejčastějším místem, kde umírají chronicky nevléčitelně nemocní pacienti, období před úmrtím je většinou charakteristické častými opakovanými hospitalizacemi. Kvalita paliativní péče o chronicky nevléčitelně nemocného pacienta závisí na řadě náhodných proměnných (např. typ zařízení, konkrétní oddělení, motivace a dovednosti ošetřujícího lékaře a sester). Paliativní péče na náležité odborné úrovni („lege artis“) tak doposud není v lůžkových zdravotnických zařízeních obecně dostupnou a garantovanou zdravotní a službou. (Kabelka, 2016, s. 12)

V období od ledna roku 2019 do dubna 2020 probíhala retrospektivní case – control studie prováděná v české fakultní nemocnici. Cílem této studie bylo zjistit, zda poskytováním paliativní péče v terminálním stádiu u pacienta můžeme snížit celkové náklady na léčbu. Tato studie prokázala, že paliativní péče umožňuje snížit náklady na péči spojenou s koncem života pacienta. Úspory spojené s podporou paliativního týmu zahrnují především snížení průměrné délky hospitalizace na JIP a také zkrácení terminální délky hospitalizace. A v neposlední řadě

jsou paliativní intervence spojené s lepším pochopením kontextu léčby v konečném stádiu života. Především proto, že je celý proces umírání mnohem lépe zaznamenán paliativním týmem v dokumentaci. (Křemenová, 2022)

II. Empirická část

7 Cíle empirické části

- Popsat/analyzovat poslední den života pacienta na vybraném oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v období 2020 a 2021.
- Porovnat reálně poskytovanou péči s možnostmi a doporučením předních odborníků v paliativní péči.

8 Výzkumné otázky empirické části

Jak vypadají poslední hodiny/poslední den života pacienta na oddělení dlouhodobé intenzivní péče z hlediska poskytované péče a léčby?

Je poskytovaná péče a léčba v souladu s doporučením představenstva ČLK č.1/2010 o postupu při rozhodování změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stádiu života?

9 Výzkumný problém

Paliativní péče je v dnešní době velmi rozšířené téma. Dostupnost vzdělávání pro lékaře i nelékaře v paliativní péči je velmi dobrá. Paliativní péče je zařazena již jako povinný předmět na studiu medicíny na lékařských fakultách i na zdravotnických univerzitách, pravidelně se také konají nejrůznější kongresy, semináře i školení k paliativní péči. O rozvoji paliativní péče se všude mluví i píše, poslední dobou je toto téma často probíráno v médiích, vznikají také velmi zajímavé dokumentární filmy. Vidím, že se paliativní péče skutečně poskytuje, má velký význam pro pacienta, je to součástí jeho léčebného i ošetrovatelského procesu. Je zaměřená na kvalitu života v jeho samém závěru.

Od roku 2005 pracuji na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných, kde je hranice života a smrti velmi tenký led. Umírání je bohužel posunuto do zdravotnických zařízení, kde ale chybí důstojné a klidné prostředí pro závěr života. Mnohdy ale chybí i vůle ze strany vedení těchto oddělení i ze strany běžného pečujícího personálu změnit podmínky pro pacienty a umožnit mu důstojný odchod ze života. Paliativní péče je nastavena v hospicích, kde nemocný odchází ze života v důstojném a klidném prostředí za přítomnosti blízkých. Umírání

v nemocničním prostředí se neubráníme, proto je velmi důležité snažit se o zkvalitnění péče v závěru života a zpříjemnit tak pacientovi důstojný odchod za přítomnosti rodiny.

Velmi mě potěšilo, když se před několika lety začala „řešit“ paliativní péče i v naší nemocnici. Naše nemocnice je součástí pěti nemocnic a v rámci programu přátelská nemocnice byla snaha o zavedení paliativní péče. Ve dvou nemocnicích byl vytvořen paliativní tým. Na některých odděleních je paliativní péče poskytována, ale dle mého názoru je v naší nemocnici velmi málo rozšířena. Chybí zde psycholog, paliatr a vůbec celý paliativní tým, který by tuto péči poskytoval. S ohledem na počet lůžek následné péče a oddělení dlouhodobé intenzivní péče představuje nefunkčnost paliativní péče obrovský nedostatek k poskytování kvalitní péče pacientovi v závěru života. Úskalí tohoto problému vidím v nedostatečném vzdělání v tomto odvětví, nejednotnost poskytované péče mezi jednotlivými odděleními, kterými pacient mnohdy prochází, a především ve špatné a nedostatečné komunikaci s pacientem a jeho rodinou.

Pacienti na DIOPU často pod zátěží diagnostických a terapeutických zákroků umírají vyčerpaní, sami, bez rozloučení svých blízkých, mnohdy nedůstojně, na velkých pokojích bez zajištěného soukromí. Pečující personál zajišťuje péči o pacienta, spoustu času zaberou přípravy na diagnostické vyšetření a terapeutické zákroky, mnoho času pak nezbyvá na aktivní přístup k uspokojování potřeb umírajícímu pacientovi.

9.1 Výzkumné pracoviště

Výzkumným pracovištěm je oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče, které se nachází v menší nemocnici okresního typu.

9.2 Obecně o nemocnici

Jedná se o nemocnici okresního typu, která je součástí společenství několika nemocnic. Nemocnice má téměř 400 lůžek, 820 zaměstnanců a ročně vyšetří zhruba 317 pacientů. Disponuje sedmnácti odděleními, z nichž je sedm lůžkových, a to anesteziologicko-resuscitační, dětské a novorozenecké, gynekologicko-porodnické, chirurgické, interní, neurologické a LDN. Za rok nemocnice provede více než 3,3 tisíce operací a odvede přes 1100 porodů.

9.3 DIOP

Toto oddělení existuje od roku 2009 a má za cíl zajišťovat dlouhodobou, intenzivní a zejména ošetrovatelskou péči. Jednotka je zvláštní v tom, že může přijímat pacienty pouze z oddělení ARO, oddělení intenzivních péčí jiného typu, nebo z dlouhodobé intenzivní péče.

Oddělení disponuje deseti lůžky a jsou z 95 % neustále obsazené pacienti naší nemocnice, ale také z celého kraje, často také z krajů sousedních. Pokrýváme velký prostor. V našem kraji je oddělení tohoto typu jediné. Zajišťujeme péči o pacienty s poruchou základních životních funkcí, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se stav zhoršuje. Hospitalizovaní pacienti jsou od 19 let. Pracoviště slouží pro přechod z NIP do standardní nebo domácí péče.

Vyškolенý personál se stará o pacienty po stabilizaci kritického stavu, oddělení téměř splňuje požadavky vyhlášky č.137/1998 - Lékař-chirurg, internista, atestovaný anesteziolog je k dispozici v případě potřeby ihned formou konzilia. Sestra se specializací ARIP, dále všeobecná sestra bez dohledu, sanitář nebo ošetrovatel a v neposlední řadě fyzioterapeut bez dohledu. Dostupnost zdravotně-sociálního pracovníka na oddělení je zajištěna. Klinický psycholog nebo psychiatr bohužel chybí. Personál věnuje velkou péči prevenci vzniku proleženin a tromboembolické nemoci. Dbáme rovněž na rehabilitační péči pohybového aparátu a zaměřujeme se také na speciální techniky bazální stimulace. Je pravda, že práce fyzioterapeutů a ošetrovatelského personálu je fyzicky a zejména psychicky velice náročná. Vnímají stav pacientů, který je mnohdy kolísavý. Jde o těžké stavy, a tlak příbuzných je pochopitelně obrovský.

Tato jednotka měla ve své filosofii zajistit přechod z intenzivních lůžek do nějaké následné péče. Neměl by jít pacient zpět, ale pokračovat dál. Pokud se to podaří, přechází pacienti po dohodě s rodinou do následné péče. Buď do našeho oddělení LDN nebo do rehabilitačního zařízení.

Oddělení je vybaveno monitory pro nepřetržité sledování vitálních funkcí, elektrickými polohovacími lůžky, přístroji pro přesné dávkování léků a infuzních roztoků. Používáme aktivní matrace pro každé lůžko, odsávačky, nebulizátory, ventilátor, defibrilátor a EKG. Novinkou je insuflátor, který vyvolává u pacienta vibrace na dýchacích cestách a díky němu si je přirozeně uvolní. Zajištěná je okamžitá dostupnost laboratoře klinické biochemie, hematologie, pracoviště radiologie a zobrazovacích metod a anesteziologa, jakož i dostupnost konziliární služby v oborech chirurgie, interny a neurologie. Myslím, že v této komplexnosti je naše nemocnice jedinečná, a proto je o DIOP takový zájem i ze vzdálených míst republiky.

Prostorové vybavení oddělení ale není vyhovující. Sesterna je na začátku oddělení, kde nemá personál nepřetržitý přehled o pacientech. Chybí nám oddělené boxy, pokoje jsou po čtyřech pacientech, to bohužel při otevřených dýchacích cestách zvyšuje riziko nozokomiální nákazy. Pacienti k nám přichází z oddělení intenzivní péče, kde prostorové podmínky jsou nesrovnatelné. Tento fakt nepůsobí dobře ani na rodiny pacientů. Práce pro sestry je i z tohoto důvodu velmi ztížená. Pokud ale rodina překoná počáteční obavy z prostorového vybavení oddělení, dostává se nám ve většině případů kladná reakce rodin na celkovou péči o pacienty, čemuž vděčím skvělému personálu na oddělení.

10 Metodologie výzkumu

Toto téma, které je mi z profesního hlediska velmi blízké, zajímám se o něj a cítím potřebu zlepšení péče u umírajících pacientů ve fázi in finem. O potřebě zavedení principů paliativní péče do nemocnic jsem hluboce přesvědčená.

Jde o výzkum popisný a evaluační, zaměřující se na sledování a podrobnou dokumentaci předem stanovených indikátorů.

Samotnému výzkumu předcházelo vytvoření hodnotícího formuláře, kdy bylo hodnoceno 16 oblastí, například podávání antibiotik poslední den před úmrtím, sledování invazivních vstupů, rehabilitace pacientů na konci života, poskytování psycho-socio-spirituální péče. Sběr dat pro evaluační výzkum probíhal ze zdravotnické dokumentace IS nemocnice na oddělení DIOP u zemřelých pacientů ve sledovaném období za rok 2020 a 2021. Získaná data ze zdravotnické dokumentace byla zadávána do předem připraveného hodnotícího formuláře.

Zjištěné výsledky byly zaznamenány a vyhodnocovány do přehledných tabulek v programu statistika.

10.1 Organizace výzkumu

1. Diskuse o tématu s primářem oddělení – samotnému výzkumu předcházela diskuse s vedením oddělení, kdy jsem pana primáře požádala o povolení a spolupráci při provádění výzkumu. Primář oddělení souhlasí s výzkumem, aktivně vypomáhá, diskutuje o tématu. Je si vědom úskalí a možných rezerv při poskytování péče na oddělení. Během výzkumu je seznamován s výsledky, které porovnáváme s doporučením předních odborníků paliativní medicíny. Vyjadřuje zájem o zavedení prvků paliativní péče na sledované oddělení.
2. Žádost o povolení výzkumu – po diskusi a schválení výzkumu primářem oddělení, jsem žádala v zařízení, kde výzkum měl probíhat, o povolení náměstkyni ošetrovatelské péče. Žádosti bylo vyhověno.
3. Sběr dat a jejich analýza - výzkum probíhal na oddělení DIOP. Sledovaným vzorkem pro DP byli pacienti, kteří na tomto oddělení zemřeli v roce 2020 a 2021. Cílem práce bylo zjistit, zda se na sledovaném oddělení dostává pacientům v závěru života paliativní péče. Výsledky byly zaznamenány do hodnotícího formuláře, diskutovány s primářem oddělení a porovnávány s doporučením odborníků na paliativní medicínu.

11 Prezentace výsledků

Demografické údaje

Výzkumný vzorek je skupina pacientů hospitalizovaných na oddělení DIOP ve fázi in finem v roce 2020 a 2021, sledované časové období je 24 hodin před samotnou smrtí. V roce 2020 se jedná o 25 pacientů a v roce 2021 je to 16 pacientů.

Tab. č. 1 Věk hospitalizovaných pacientů

	2020	2021
Do 50let	5	2
Do 70let	5	7
Nad 70let	15	7
Celkem	25	16

Věkové rozmezí pacientů na oddělení DIOP je široké. Nejmladším pacient byl muž 28 let po autonehodě, nejstarší pacientkou byla žena 88 let v posledním stádiu CHOPN. Průměrný věk hospitalizovaných pacientů na oddělení DIOP v posledním dni života je 70 let.

Tab. č. 2 Pohlaví pacientů

	2020	2021
Ženy	8	4
Muži	17	12
Celkem	25	16

Z Tabulky vyplývá, že v obou případech v roce 2020 i v roce 2021 převládá hospitalizace mužů.

Tab. č. 3 Délka hospitalizace

	2020	2021
Do 5 dní	5	1
Do 15 dní	4	2
Do 30dní	3	2
Do 90 dní	5	2
Nad 90 dní	8	8
Celkem	25	16

Délka hospitalizace u obou sledovaných období je rozmanitá. Nejkratší doba hospitalizace je 2 dny, nejdelší potom až 806 dní u pacientky s PVS po CMP. Průměrná doba hospitalizace je 100 dní.

Tab. č. 4 Základní diagnózy hospitalizovaných pacientů

	2020		2021
srdeční selhání	7	srdeční selhání	4
mozková příhoda	6	mozková příhoda	2
metabolický rozvrat	1	metabolický rozvrat	1
septický šok	5	septický šok	2
respirační selhání	9	respirační selhání	12
alzheimerova choroba	1	alzheimerova choroba	-
nádorové onemocnění	-	nádorové onemocnění	1
PVS	12	Covid	2
Trauma	3	PVS	6
---	---	trauma	2
Celkem	25	Celkem	16

U obou sledovaných období převládá hospitalizace pacientů s respiračním selháním, poté pacienti se srdečním selháním, pacienti po mozkové příhodě či po septickém šoku jsou hospitalizováni také často. Ojediněle jsou na oddělení DIOP hospitalizováni pacienti po metabolickém rozvratu, v jenom případě byla v roce 2020 hospitalizována žena v těžkém stádiu Alzheimerova onemocnění, v roce 2021 pacient s onkologickou diagnózou. V roce 2021 zemřeli poprvé pacienti s onemocněním Covid 19. Téměř polovina pacientů za obě sledované období byla v perzistentním vegetativním stavu.

Sledované hodnoty

Tab. č. 5 Laboratorní hodnoty

	2020	2021
hematologie	14	5
glykemie	15	9
hemokultura	4	2
biochemie	15	7
mikrobiologie, K+C	5	-
Celkem	25	16

Nejčastěji sledovanou hodnotou u pacientů ve fázi in finem je glykémie a jiné biochemické laboratorní vyšetření, nejčastěji minerály a ledvinné funkce. Často se také monitoruje hodnoty v krevním obraze, nejčastěji hladina Hemoglobinu. U obou sledovaných období se také pacientům odebírala krev na Hemokulturu, v roce 2020 bylo indikováno mikrobiologické vyšetření, především se kontroluje moč na K+C a výtěr z defektu.

Tab. č. 6 Fyziologické funkce

	2020	2021
TK	2	3
Pulz	2	3
TT	2	2
SPO2	2	3
Celkem	25	16

Na oddělení DIOP je standartně nastavené u všech pacientů sledování fyziologických funkcí 2 x denně. V roce 2020 bylo ve dvou případech ordinováno sledování FF 4 x denně a v roce 2021 ve třech případech se sledovaly FF každou hodinu před samotnou smrtí pacienta.

Tab. č. 7 Vyšetřovací metody

	2020	2021
RTG	1	1
plicní konzilium	1	-
CT	-	1
gastroskopie	-	-
cystoskopie	-	-
hrudní punk.	-	-
břišní punk.	-	-
Celkem	25	16

U obou sledovaných vzorků bylo pouze jedenkrát provedeno RTG vyšetření plic v posledním dni života, v roce 2020 jedenkrát plicní konzilium a v roce 2021 CT vyšetření u jednoho pacienta. Invazivní vyšetřovací metody nebyly indikovány ve fázi in finem.

Tab. č. 8 Invazivní vstupy

	2020	2021
PŽK	12	10
CŽK	3	3
PICC	-	-
Celkem	25	16

Nejčastějším invazivním vstupem u pacientů za obě sledovaná období je periferní žilní katetr, ve třech případech měl pacient zavedený centrální žilní katetr, v. subclavia vpravo, u jednoho pacienta se zaváděl ve fázi in finem. PICC v této fázi umírání neměl žádný pacient.

Tab. č. 9 Infuzní terapie, podávání antibiotik

	2020	2021
infuze	5	9
ATB	15	6
Transfuze	-	1
Celkem	25	16

Podávání infuzní terapie bylo v roce 2020 pouze v 5 případech z 25 sledovaných. V roce 2021 naopak u 9 pacientů z 16 případů. Podávání antibiotik bezprostředně před úmrtím pacienta je velmi časté, v roce

2020 u 15 pacientů z 25 vzorků a v roce 2021 byla podávána antibiotika u 6 pacientů z celkových 16. transfuze byla podána v této fázi pouze jednomu pacientovi v roce 2021.

Tab. č. 10 Sledování bolesti

	2020	2021
Analgetika	17	10
Bolest při manipulaci	4	7
Bez bolesti	21	9
Celkem	25	16

Bolest u pacienta sleduje a hodnotí personál pravidelně. Tlumení bolesti poslední den před úmrtím je nastaveno velmi dobře. Z tabulky je zřejmé, že se personál zaměřuje na eliminaci bolesti u pacientů. V roce 2020 pouze u 4 pacientů z 25 personál uvádí bolest při manipulaci, v roce 2021 bylo pacientů výrazně s bolestí výrazně více.

Tab. č. 11 Rehabilitace

	2020	2021
RHB fyzioterapeutem	17	10
RHB ošetrovatelská	22	15
Celkem	25	16

Na oddělení DIOP je nastavená rehabilitace s fyzioterapeutem u každého pacienta, ojedinele u pacienta ve špatném stavu, kdy RHB není účelná, ordinuje lékař pouze ošetrovatelskou rehabilitaci, která spočívá především v polohování pacienta. RHB s fyzioterapeutem byla pozastavena u 8 pacientů v roce 2020 a u 6 pacientů v roce 2021. Polohování pacientů bylo omezeno pouze ve třech případech v roce 2020 a v 1 případě v roce 2021.

Tab. č. 12 Ošetřování chronických defektů

	2020	2021
vlhké krytí	19	14
sutury	2	-
nekrektomie	3	1
Celkem	25	16

K ošetřování chronických defektů, především dekubitů se na oddělení běžně používají přípravky vlhkého hojení (antiseptické, antibakteriální krytí, hydrokoloidní,) i v případě umírání pacienta. Pacienti leží ve většině případů na oddělení dlouhou dobu a často u těchto pacientů vznikají dekubity. V roce 2020 byla ve 2 případech provedena nekrektomie pacientovi poslední den života, v roce 2021 v případě jednom. V roce 2020 byla u pacienta prováděna sutura rány.

Tab. č. 13 Sledování P a V tekutin

	2020	2021
sledování PaV	24	16
drény	1	-
Celkem	25	16

Sledování příjmu i výdeje tekutin je na oddělení nastaveno u všech pacientů, u kterých lze výdej měřit objektivně. V jednom případě se sledoval také výdej z drénu.

Tab. č. 14 Vylučování – invazivní vstupy

	2020	2021
PMK	24	15
epicystostomie	-	1
Celkem	25	16

Téměř u všech pacientů, s jednou výjimkou byl zaveden permanentní močový katetr, v roce 2020 by jeden pacient pouze na inkontinentních plenách a v roce 2021 jeden pacient měl zavedenou epicystostomii.

Tab. č. 15 Podávání gastrické výživy

	2020	2021
PEG	8	5
NGS	16	11
Jejunální sonda	-	-
Celkem	25	16

Na oddělení DIOP jsou pacienti nejčastěji živeni enterálně, podle délky hospitalizace mají zavedenou buď nasogastrickou sondu nebo perkutánní endoskopickou gastrostomii. V jednom případě v roce 2020 byl pacient živen pouze ústy, v roce 2021 dostával pacient stravu per os a tekutiny do PEGU. V roce 2021 byla výživa u pacienta pro zhoršený zdravotní stav pozastavena.

Tab. č. 16 Zahajování resuscitace

	2020	2021
DNR	20	14
Zadržaná péče	3	2
Celkem	25	16

Na sledovaném oddělení nebyla 24 hodin před úmrtím pacienta prováděna kardiopulmonální resuscitace. U většiny pacientů za obě sledované období byla v dokumentaci poznámka DNR, což znamená neresuscitovat. Zadržanou péčí měli v roce 2020 3 pacienti, v roce 2021 pacienti 2.

Tab. č. 17 – Psycho -socio- spirituální péče

	2020	2021
Psychologická pomoc pacientovi, rodině	-	-
Péče sociální pracovnice	1	2
Telefonát rodině o zhoršení zdravotního stavu	6	4
Možnost přítomnosti blízkého v poslední den života	1	-
Duchovní služby	2	-
Celkem	25	16

Na sledovaném oddělení chybí psychologická pomoc rodině i pacientovi, péče sociální pracovnice je využívána pouze v ojedinělých případech. V posledním dni života bylo voláno

rodině zhoršení zdravotního stavu také pouze v 10 případech celkem. Možnost přítomnosti blízkého v poslední sen života je nabízena minimálně. Duchovní služby byly využity u dvou pacientů v roce 2020.

Sledované laboratorní hodnoty – dle doporučení paliativní medicíny a Slámy (2011) – ukončit běžné diagnostické a ošetrovatelské rutinní postupy – u sledovaného vzorku pacientů byly i v den smrti sledovány laboratorní hodnoty a pacient byl tak zbytečně na sklonku života zatěžován.

Sledování fyziologických funkcí – doporučení paliativní společnosti je – ukončit rutinní ošetrovatelské postupy – i zde je na oddělení nastaven standard sledovat FF hodnoty 2 x denně, v případě zhoršení zdravotního stavu se hodnoty fyziologických funkcí sledují častěji. Personál je tak zbytečně zatížen těmito činnostmi, možná na úkor péče o pacienta.

Vyšetřovací metody – v tomto ohledu se téměř shodujeme s doporučením ČLK, vyšetřovací metody ve většině případů nebyly požadovány lékařem.

Invazivní vstupy – přestože mají pacienti téměř vždy zajištěnou enterální výživu, víc jak v polovině případů mají zajištěné invazivní vstupy – ve většině případů se jedná o periferní žilní katetr, ojediněle mají pacienti ve fázi in finem zavedený centrální žilní katetr. Oproti doporučením v péči o umírající pacienty, kdy Sláma i Kabelka upřednostňují podávání léků subkutánně.

Sledování a hodnocení bolesti – bolest u pacienta sleduje a hodnotí personál pravidelně. Tlumení bolesti poslední den před úmrtím je nastaveno velmi dobře. Ošetřující personál i lékaři hodnotí denně bolest u pacienta. Pokud nemocný jeví známky bolesti, nejčastěji při manipulaci, ošetřující personál lékaře neprodleně informuje a je snaha o nastavení adekvátní léčby. Není v rozporu s doporučením předních odborníků.

Podávání infuze a antibiotik – podávání antibiotik ve fázi in finem je téměř v polovině případů zkoumaného vzorku pacientů, a to mnohdy dvojkombinací nebo dokonce trojkombinací antibiotik, většinou ve formě intravenózního podání. Podání infuze a doplňování tekutin a minerálů intravenózní cestou je také celkem běžná praxe. Doporučení ČSPM je přehodnotit všechny doposud užívané léky a vysadit ty, které nemají bezprostřední vliv na komfort pacienta při umírání. Vysazení léků je třeba citlivě vysvětlit pacientovi i jeho rodině.

Rehabilitace pacientů na oddělení probíhá téměř do samé smrti, v ojedinělých případech zruší lékař rehabilitaci s fyzioterapeutem, ale ošetrovatelský personál provádí alespoň polohování

u pacienta. Doporučení předních odborníků paliativní medicíny je ukončení rutinních diagnostických a ošetrovatelských postupů: odběry krve, monitorování FF, ale také pravidelné polohování a rehabilitaci imobilních pacientů, které v situaci umírání je zcela irelevantní.

Ošetrování chronických dekubitů – pacienti mají velmi často dekubity i jiné chronické defekty, téměř bez rozdílu stádia onemocnění a zdravotního stavu se na chronické defekty používají nákladné produkty vlhkého hojení, není ani výjimkou odstranění nekrózy v den smrti pacienta, ojediněle také sutura operační rány.

Sledování příjmu a výdeje tekutin – jedná se o oddělení intenzivní ošetrovatelské péče, proto také všichni pacienti mají zavedený permanentní močový katetr a sleduje se u pacientů výdej, oproti doporučení společnosti paliativní medicíny.

Výživa pacientů – pacienti jsou na tomto typu oddělení hospitalizováni často dlouhodobě, proto mají zajištěnou enterální výživu. Záleží na délce pobytu a na perspektivě zdravotního stavu, kdy se volí nasogastrická sonda nebo PEG. Dle doporučení odborníků ČSPM (O. Slámy, 2011) je v paliativní péči na umělou hydrataci pohlíženo jako na léčebný postup, který má své indikace i kontraindikace. Umělá hydratace není součástí bazální léčby, která by měla být poskytnuta za všech okolností.

Zahájení resuscitace – pacienti jsou na naše oddělení přijímáni z oddělení, kde mají mnohdy nastaven postup – neresuscitovat – DNR, v poslední den života nebyla u sledovaného vzorku pacientů zahájena resuscitace, ale pouze zlomek pacientů mají v dokumentaci uvedeno nerozšiřovat léčbu, a to i v případě závažné diagnózy.

Psycho-socio-spirituální péče – s ohledem na závažnost základní diagnózy chybí na oddělení psychologická podpora pro pacienty a jejich rodiny. Sociální pracovnice komunikuje s rodinou pouze u pacientů, kde je možný výhled předkladu na jiné oddělení. Je možné požádat o duchovní služby, kdy farář navštíví pacienta přímo u lůžka, této služby bylo využito pouze ve dvou případech. Je otázkou, zda minimální využití této služby bylo způsobeno epidemiologickou situací onemocněním Covid 19, či neaktivním přístupem při vyhledávání a uspokojování spirituálních potřeb u pacientů. Přítomnost blízké osoby v době úmrtí také není často využívána, což může být způsobeno nenabízením této podpory od zdravotníků pro nevhodné uspořádání prostředí, kdy na oddělení jsou velké pokoje, pacienti jsou po čtyřech na pokoji a není možné zajistit dostatek soukromí. Dle doporučení Bužgové, 2013 je třeba aktivní přístup ze strany zdravotníků při vyhledávání a uspokojování spirituálních potřeb pacienta v paliativní péči.

12 DISKUZE

Námětů na diskusi k praktické části práce se nabízí několik. Po celou dobu zpracování práce jsem vnímala několik témat, která mě vedla k vnitřní osobní diskusi nad smyslem, významem i možným způsobem poskytování paliativní péče na sledovaném oddělení.

Jedním z cílů mé diplomové práce bylo popsat poslední den života pacienta na vybraném oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v období roku 2020 a 2021.

DIOP je specifický typ oddělení, kde jsou mnozí pacienti hospitalizováni velmi dlouhou dobu. Průměrná doba hospitalizace je 100 dní. Věkové rozmezí pacientů na oddělení DIOP je široké. Nejmladší pacient může být ve věku 19 let, horní hranice věku není určena. Průměrný věk hospitalizovaných pacientů na oddělení DIOP je 70 let.

Celková péče o pacienty, jak léčebná, tak ošetrovatelská je velmi náročná po fyzické stránce pro pečující personál, ale také psychicky vyčerpávající pro všechny zúčastněné. Jsou nastavené mnohé vnitřní směrnice, doporučení i standardy nemocničního zařízení, kterými se personál musí řídit. Mnohdy nelze rozpoznat terminální fázi onemocnění, a i přesto, že má pacient velmi závažné poškození, často i jiné přidružené choroby, přistupují lékaři k marné léčbě – podávání antibiotik, s tím souvisí zajištění invazivního vstupu, laboratorní odběry mnohdy i několikrát denně, neustálá vyšetření či zákroky, která pacienta pouze zatěžují a kvalitu života, potažmo proces umírání nijak nezlepší. Naopak poslední hodiny života pacient mnohdy stráví nedůstojně, v diskomfortu a bolesti. Nemocniční zařízení má spoustu směrnic na zavádění katetrů, jejich ošetrování i výměnu, polohování pacienta dle stupně rizika, přípravu na vyšetření, sledování rizika pádu, hodnocení soběstačnosti, sledování dekubitů a péči o ně a další jistě neméně důležité postupy k poskytování kvalitní péče. Co ale chybí je směrnice na péči o pacienta v terminálním stádiu. Personál na oddělení se tak velmi často dostane do morálního dilematu, kdy jednat dle doporučených a nastavených standardů a kdy se snažit o zkvalitnění péče a zpříjemnění posledních chvil pacientova života. Mnohdy by pečující personál chtěl dopřát umírajícímu jeho přítomnost, vřelý přístup a pocit bezpečí, přítomnost rodiny a zajištění soukromí, ale v množství léčebných i ošetrovatelských postupů tohoto „komfortu“ za běžného režimu oddělení není možné dopřát. Pečující personál tak často pocítuje konflikt a dostává se do rozporu s tím co „musí“ a co by „chtěl“ poskytnout pacientovi na konci života. Sláma (2011, str. 304) popisuje cíle léčby a péče u umírajícího pacienta, kdy je třeba se zaměřit na zmírnění tělesných i psychických obtíží, psychologickou i spirituální podporu pacienta a jeho rodiny. Z našeho výzkumu je zřejmé, že na sledovaném oddělení chybí plán léčby a péče o pacienta v terminálním stádiu. Poslední den života pacient

mnohdy stráví po různých vyšetřeních, sledují se laboratorní hodnoty, fyziologické funkce, personál se zaměřuje víc na podávání antibiotik, polohování než na vyhledávání a uspokojování potřeb umírajícího pacienta.

Neméně důležitým tématem k diskusi je komunikace s rodinou pacienta. Z pohledu ošetřujícího personálu, potažmo mého pohledu je komunikace s blízkými nedostatečná, chabá, neprofesionální. Dle Tomové (2016, str. 40) je komunikace ve zdravotnictví velmi důležitá, jak u lékařů, tak i u nelékařských zdravotnických profesí. Kvalitní komunikace s pacientem a jeho rodinou kladně ovlivňuje poskytovanou péči, dobu trvání léčení i nákladnost léčby. I v této oblasti se mnohdy dostává personál oddělení do vnitřního rozporu, kdy jsou informace rodinným příslušníkům poskytovány nekonzistentně, nekvalitně a nejednotně. V době špatné epidemiologické situace, kdy byl v nemocnicích zákaz návštěv, bylo pro rodinné příslušníky velmi těžké získat kvalitní a objektivní informace o stavu svého blízkého. Informace byly mnohdy podávány pouze po telefonu a člověk, který se nesetkal s tak vážným stavem, nemohl mít ani vzdálenou představu o zdravotním stavu a potřebách svého příbuzného. Dle Mareše (2011) i výsledků průzkumné analýzy v Seattlu je zřejmé že pokud lékaři zkvalitní komunikaci s rodinou pacienta a poskytnou dostatek informací o dalších možnostech léčby s důrazem na kvalitu péče a pohodlí pacienta, mohou tak získat větší podporu rodiny při rozhodování o dalších postupech v léčbě, zejména na konci života s ohledem na uspokojování potřeb umírajícího pacienta (Stapleton, 2006).

Kovaříková (2018) se ve své výzkumné diplomové práci na téma Implementace paliativní péče do nemocnic věnovala implementaci paliativní péče v nemocnicích. Doporučení v této práci mohou být nápomocna při rozvoji paliativy ve zdravotnických zařízeních v České republice. Z výzkumu vyplývá, že paliativní péče zatím není ve zdravotnických zařízeních rozšířená. Výsledek je shodný se zjištěním našeho výzkumu, kdy je i na našem sledovaném oddělení implementace nemocniční paliativní péče nedostatečná.

Diplomová práce Cíle a možnosti paliativní péče (Ihnátová, 2012) se zabývá problematikou umírání a paliativní péčí. Cílem této práce bylo zjistit jaký význam má paliativní péče jak pro umírající, tak i pro jejich pozůstalé. Zjištění z provedeného výzkumu této DP se shoduje s výzkumy na podobné téma a doporučení předních odborníků na paliativní péči, jednoznačně poukazuje na potřebu implementace paliativní péče do nemocničního zařízení. Cílem je zkvalitnění poskytované péče pacientům v posledních dnech života. Na sledovaném oddělení je zřejmé, že stále chybí nejen koncepce tohoto druhu péče, která by jasně určila její podobu a vytvořila konkrétní podmínky pro ty, kteří budou poskytovat tuto péči. Chybí ale i znalosti lékařům i ošetřujícímu personálu a mnohdy i vůle cokoli měnit. Pro úspěšnou implementaci

paliativní péče na oddělení je třeba podpory vedení nemocnice, vůle vedoucích pracovníků a dostatečná motivace pečujícího personálu. K lepší podpoře implementace může také vést výsledek provedené studie Křemenové a spol. v nejmenované české fakultní nemocnici v období od ledna roku 2019 do dubna 2020. Tato studie prokázala, že paliativní péče umožňuje snížit náklady na péči spojenou s koncem života pacienta a paliativní intervence jsou spojené s lepším pochopením kontextu léčby v konečném stádiu života. (Křemenová, 2021)

Druhým výzkumným cílem bylo porovnat reálně poskytovanou péči s možnostmi a doporučením předních odborníků v paliativní péči. Jedním z problémů na oddělení se jeví časté odběry krve, pravidelná rehabilitace, běžné polohování pacientů, ale také provádění hygienické péče pacientům poslední den života – doporučení paliativní medicíny a Slámy (2011) je ukončit běžné diagnostické a ošetrovatelské rutinní postupy, na našem oddělení u sledovaného vzorku pacientů byly i v den smrti sledovány laboratorní hodnoty, pacienti byli z velké části rehabilitováni a polohováni s cílem předejít vzniku dalších dekubitů a pacient byl tak zbytečně na sklonku života zatěžován.

Neméně častým problémem je pravidelné sledování fyziologických funkcí – doporučení paliativní společnosti je ukončit rutinní ošetrovatelské postupy, i zde je na oddělení nastaven standard sledovat hodnoty FF 2 x denně, v případě zhoršení zdravotního stavu se hodnoty fyziologických funkcí sledují častěji. Personál je tak zbytečně zatížen těmito činnostmi, možná na úkor péče o pacienta. Zavedený invazivní vstup na oddělení také není výjimkou, ale spíše pravidlem. Přestože mají pacienti zajištěnou enterální výživu, víc jak v polovině případů mají invazivní vstupy, mnohdy k doplnění tekutin a minerálů ve formě podávání infuzí. Ve většině případů se jedná o periferní žilní katetr, ojediněle mají pacienti ve fázi in finem zavedený centrální žilní katetr. Oproti doporučením v péči o umírající pacienty, kdy Sláma i Kabelka upřednostňují podávání léků subkutánně. S tímto faktem souvisí podávání antibiotik na konci života. Podávání antibiotik ve fázi in finem je na oddělení téměř v polovině případů zkoumaného vzorku pacientů, a to mnohdy dvojkombinací nebo dokonce trojkombinací antibiotik, většinou ve formě intravenózního podávání. Doporučení ČSPM je přehodnotit všechny doposud užívané léky a vysadit ty, které nemají bezprostřední vliv na komfort pacienta při umírání. Vysazení léků je třeba citlivě vysvětlit pacientovi i jeho rodině. Dle Munzarové (2005) se jeví podávání antibiotik při pneumonii i jiných celkem snadno léčitelných chorobách v případě extrémně těžkého stavu s mnohočetnými chorobami nebo velmi závažnou demencí,

jako marná nebo nadměru zatěžující léčba. Je-li tomu tak, pak antibiotika a podobné přístupy nemusí být aplikovány.

Dalším velmi důležitým výzkumným problémem je uspokojování psycho-socio-spirituálních potřeb u pacientů na konci života. Dle Bužkové, 2013 je třeba aktivního přístupu ze strany zdravotníků. Z našeho výzkumu je zřejmé, že z tohoto hlediska personál nepřistupuje aktivně k pacientovi a potřeby, na které by měl být kladen velký důraz nejen u umírajícího pacienta, bývají často neuspokojovány.

Velmi důležitým výzkumným problémem je sledování a hodnocení bolesti. Hodnocení, sledování bolesti a její tlumení je na výzkumném pracovišti nejen poslední den před úmrtím nastaveno velmi dobře. Ošetřující personál i lékaři hodnotí denně bolest u pacienta. Pokud nemocný jeví známky bolesti, nejčastěji při manipulaci, ošetřující personál lékaře neprodleně informuje a je snaha o nastavení adekvátní léčby. Výsledky zjištění nejsou v rozporu s doporučením předních odborníků.

Opatření, které by umožnilo zlepšení stávajících podmínek pro umírající pacienty a jejich blízké, je vytvoření vnitřní směrnice k péči o pacienty v terminálním stádiu dle doporučení paliativní medicíny ČSPM. Tato opatření pomohou personálu v péči o pacienty, kdy se bude eliminovat morální dilema při poskytování kvalitní paliativní péče, pacientům se dostane péče s aktivním vyhledáváním a uspokojováním psycho-socio-spirituálních potřeb.

13 ZÁVĚR

Diplomová práce na téma *Ošetrovatelská péče u pacienta ve fázi in finem na oddělení DIOP* je prací teoreticko -výzkumnou. Především je to ale téma, které je mi z profesního hlediska velmi blízké, o které se zajímám a cítím potřebu zlepšení péče u umírajících pacientů ve fázi in finem. O potřebě zavedení principů paliativní péče do nemocnic jsem hluboce přesvědčená. Úroveň poskytování zdravotních služeb pacientům z pohledu léčebné péče je v nemocnicích na velmi dobré úrovni. Je sledována, hodnocena, průběžně zvyšována. Ale péče paliativní zcela nebo téměř chybí. A pokud pojmáme lidský život v celé jeho šíři a komplexně, tedy od narození až po úmrtí s aktivním vyhledáváním a uspokojováním potřeb umírajícího pacienta, nelze tento fakt přehlížet, anebo před ním zavírat oči.

Teoretická část práce prezentuje poznatky a informace k problematice paliativní péče. Snahou bylo prezentovat je v logické návaznosti. V první části obecně představit základní terminologii, poté se již přímo zaměřit na oblast poskytování dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče a její specifika. Dále uvést poznatky, jiných výzkumných prací či provedených analýz, které jsou zaměřeny na význam poskytování paliativní péče jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu.

Empirická část je popisným evaluačním výzkumem, zaměřující se na sledování a podrobnou dokumentaci předem stanovených indikátorů na základě předem vytvořeného hodnotícího formuláře. Cílem evaluace bylo přinést zpětnou vazbu a poskytnout poučení z realizovaných aktivit či nastavených směrnic a doporučení. Zjištění z provedeného výzkumu se shoduje s výzkumy na podobné téma v oblastech poskytování paliativní péče u pacientů ve fázi in finem. Zásadním výstupem výzkumu je jednoznačné zjištění – paliativní péče na sledovaném oddělení chybí. Není poskytována pacientům, podpory se nedostává rodinám a blízkým umírajících pacientů. Implementace paliativní péče do nemocničního zařízení je stále nedostatečná, chybí znalosti lékařům i ošetřujícímu personálu a mnohdy i vůle cokoli měnit. Citát od neznámého autora praví, že „Kde je vůle, tam je i cesta“ (Citáty, 2018).

Cílem práce bylo analyzovat poslední den života pacienta na vybraném oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče v období 2020 a 2021. Dále pak porovnat reálně poskytovanou péči s možnostmi a doporučením předních odborníků v paliativní péči. Přední odborníci ČSPM vydávají doporučení a postupy v péči o terminálně nemocné a nevléčitelné pacienty. Implementace těchto doporučení je bohužel i na našem sledovaném oddělení nedostatečná. Péče o pacienty jak kurativní, tak ošetrovatelská je na vysoké úrovni, pacientům se dostává kvalitního ošetření, velmi dobře je léčena bolest u umírajících pacientů, chybí zde ale přechod na paliativní péči a změna přístupu k pacientovi, aktivní vyhledávání a uspokojování potřeb

u umírajících pacientů. Nedostatečná je komunikace a spolupráce s blízkými pacientů. Dalším, velmi důležitým doporučením pro implementaci paliativní péče na oddělení je získání vzdělání v paliativní péči u lékařského i nelékařského personálu. Snaha o zlepšení prostředí pro umírající pacienty i ve stávajících podmínkách oddělení. Aktivní přístup k pacientům, při péči je třeba se zaměřit na celkovou osobnost pacienta, na uspokojování fyzických, psychických, sociálních i spirituálních potřeb každého nemocného. Zlepšení komunikace s rodinou nemocného a možnost přítomnosti rodiny na oddělení v posledních chvílích života pacienta.

Závěry vyplývající z výzkumu jsou podnětem pro návrh organizační změny ve zdravotnickém zařízení. Doporučením je vytvoření vnitřní směrnice v péči o terminálně nemocné pacienty, abychom předcházeli morálnímu konfliktu u pečujícího personálu v péči o umírající pacienty. Snahou by mělo by být zvážení indikace pacientů se závažným onemocněním k přechodu na paliativní péči a nabídnout rozsah a cíle léčby pacientovi i rodině. Oprostit se od zajetých standardů a postupů na oddělení, ale snažit se poskytnout pacientovi v terminálním stádiu individuální péči zaměřenou na jeho vlastní potřeby, a ne na nastavená pravidla oddělení. Zavedení principů specializované paliativní péče do zdravotnického zařízení je úkol a proces, který není otázkou přání či názorů jednoho člověka nebo několika málo osob. Je to komplexní proces, který předpokládá součinnost, zájem a spolupráci více stran, faktorů a mnoha pro proces důležitých osob. Kvalitně poskytovaná péče pacientům se pak dostane ještě na vyšší úroveň, zájem o pacienta bude komplexní, poslední dny života stráví v klidném prostředí a pečující personál se vyhne morálnímu dilematu. Mým osobním přáním je, aby implementace paliativní péče na sledovaném oddělení byla podporována především vedoucími pracovníky, kteří musí systematicky vést lékařský i ošetrovatelský personál k její realizaci.

POUŽITÁ LITERATURA

Primární zdroje

1. BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
2. DRÁBKOVÁ, Jarmila, HÁJKOVÁ Soňa. *Následná intenzivní péče*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2018. ISBN 978-80-204-4470-7.
3. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007, 224 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
4. HENDL, Jan a Jiří REMR, 2017. *Metody výzkumu a evaluace*. Vydání první. Praha: portál. ISBN 978-80-262-1192-1.
5. JAROŠOVÁ, Darja et al., 2015. *Klinické doporučené postupy v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5426-0.
6. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978- 802-4740-2637.
7. KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě*. 2. vyd. Praha: Cesta domů, 2019. ISBN 978-80-88126-54-6
8. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80- 247-2069-29.
9. MARKOVÁ, Monika, 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3171-1.
10. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
11. NEUMAN, William Lawrence, 2014. *Social Research Methods: Pearson New International Edition: Qualitative and Quantitative Approaches*. 7. Harlow: Pearson Education Limited. ISBN 978-1-292-02023-5.
12. SLÁMA, Ondřej a KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří et al. *Paliativní medicína pro praxi*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.

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

14. TOMOVÁ, Šárka, KŘIVKOVÁ, Jana. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči.* 1. vyd. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9540-4.

Sekundární zdroje

15. TAUFER, Ivan, Josef KOTYK a Milan JAVŮREK. *Jak psát a obhajovat závěrečnou práci: bakalářskou, diplomovou, rigorózní, disertační, habilitační.* Pardubice: Univerzita Pardubice, 2009. ISBN 978-80-7395-157-3.

Odborné články

16. METZNEROVÁ, M a M ZÍTKOVÁ M. *Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny* [online]. 2018; 269–274 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: Anest intenziv Med.

17. KŘEMENOVÁ, Z, et al. *Má nemocniční paliativní tým potenciál snížit náklady na terminální hospitalizaci? Paliativní medicína.* 2022(1), 34-41.

Internetové zdroje

18. *Citáty: Vůle* [online], 2018. Zlín [cit. 2022-03-31]. Dostupné z: <http://www.mottak.cz/citaty/vule.php>

19. ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA (ČLK). *Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010* [online]. 2010 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/doporuzeni-predstavenstev-clk227.html>

20. DE BRASIEL, GIANNETTA N, ERCOLANI S, GANDINI ELM, MORANDA D, VILLA G. MANARA. *Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study.* Nurs Ethics. 2021 Aug;28(5):614-627. doi: 10.1177/0969733020964859. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33267730.

21. EDWARDS A, PANG N, SHIU V, CHAN C. *The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research.* Palliat Med. 2010 Dec;24(8):753-70. doi: 10.1177/0269216310375860. Epub 2010 Jul 21. PMID: 20659977.

22. EVANGELISTA CB, LOPES ME, COSTA SF, BATISTA PS, BATISTA JB, OLIVERIA AM. *Palliative care and spirituality: an integrative literature review.* Rev Bras Enferm. 2016 Jun;69(3):591-601. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167.2016690324i. PMID: 27355311.

23. KAVALIERATOS D, CORBELLI J, ZHANG D, DIONNE-ODOM JN, ERNECOFF NC, HANMER J, HOYDICH ZP, IKEJANI DZ, KLEIN-FEDYSHIN M, ZIMMERMANN C, MORTON SC, ARNOLD RM, HELLER L, SCHENKER Y. Association Between Palliative Care and Patient and Caregiver Outcomes: *A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA. 2016 Nov 22;316(20):2104-2114. doi: 10.1001/jama.2016.16840. PMID: 27893131; PMCID: PMC5226373.
24. KOPECKÝ, Ondřej a Kateřina RUSINOVÁ. *Úloha paliativní medicíny u akutních stavů* [online]. 2019, 449-455 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: Vnitř.Lék 2019
25. LONCÁN P, GISBERT A, FERNÁNDEZ C, VALENTÍN R, TEIXIDO A, VIDAURRETA R. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida del siglo XXI [*Palliative care and intensive medicine in health care at the end of life in the XXI century*]. An Sist Sanit Navar. 2007;30 Suppl 3:113-28. Spanish. doi: 10.23938/ASSN.0206. PMID: 18227885.
26. LOUČKA, Martin, Julie KOVAŘÍKOVÁ et al. *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích: Zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast*. Praha: Centrum paliativní péče, 2018.
27. MAREŠ, Jiří. *Právní a etické problémy u kriticky nemocných: Etické otázky současné intenzivní péče v kardiologii* [online]. 2011, 8-12 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: Interv Akut Kardio.
28. Nadační fond AVAST: Spolu až do konce [online], 2018. [cit. 2018-02-03]. Dostupné z: <http://nadačnífond.avast.cz/co-delame>
29. PAROLA V, COELHO A, NEVES H, CARDOSO D, ALMEIDA M, CRUZ A, APÓSTOLO J. *Palliative rehabilitation interventions in palliative care: a scoping review protocol*. JBI Evid Synth. 2020 Nov;18(11):2349-2356. doi: 10.11124/JBIES-20-00024. PMID: 32925394.
30. PAŘÍZKOVÁ, Renata. *Paliativní léčba v intenzivní medicíně*. Interv Akut Kardiol[online]. 2011, 10(Suppl.B):15–17 [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: <http://www.iakardiologie.cz/pdfs/kar/2011/89/05.pdf>

31. ROME RB, LUMINAIS HH, BOURGEOIS DA, BLAIS CM. *The role of palliative care at the end of life*. *Ochsner J*. 2011 Winter;11(4):348-52. PMID: 22190887; PMCID: PMC3241069.
32. SCHUSTER M, FERNER M, BODENSTEIN M, LAUFENBERG-FELDMANN R, *Therapiekonzepte in der Intensivmedizin* [Palliative therapy concepts in intensive care medicine]. *Anaesthesist*. 2017 Apr;66(4):233-239. German. doi: 10.1007/s00101-017-0294-4. PMID: 28378133.
33. STAPLETON RD, ENGELBERG RA, WENRICH MD, GOSS CH, CURTIS JR. *Clinician statements and family satisfaction with family conferences in the intensive care unit*. *Crit Care Med*. 2006 Jun;34(6):1679-85. doi: 10.1097/01.CCM.0000218409.58256.AA. PMID: 16625131.
34. ŠEVČÍK, P. (2012). *Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny* Retrieved March 07, 2014 from <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualnimedicina/eticke-problemy-rozhodovani-o-zpusobu-lecby-v-prostredi-intenzivni-mediciny46472435>. "Zákony pro lidi," accessed October 8, 2021, [https:// 372/2011](https://372/2011) Sb. Zákon o zdravotních službách (zakonyprolidi.cz)

Ostatní

36. HOŠEK. O. *Percepce životních hodnot u pacientů v terminálním stádiu nemoci* Pardubice, 2015. Diplomová práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Horáčková, Ph.D.
37. VODRÁČKOVÁ. J. *Paliativní péče v prostředí intenzivní péče* Pardubice, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
38. IHNÁTOVÁ. L. *Cíle a možnosti paliativní péče*. Diplomová práce Zlín, 2012. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií.
39. KOVAŘÍKOVÁ. J. *Implementace paliativní péče do nemocnic*. Diplomová práce Praha 2018. Univerzita Karlova. Fakulta humanitních studií.

PŘÍLOHY

Příloha – Hodnotící formulář

Věk	do 50 let
	do 70 let
	od 70 let
Pohlaví	ženy
	muži
Délka hospitalizace	do 5 dní
	do 15 dní
	do 30 dní
	do 90 dní
	nad 90 dnů
Základní diagnóza	srdeční selhání
	mozková příhoda
	metabolický rozvrat
	septický šok
	respirační selhání
	alzheimerova nemoc
	nádorové onemocnění
	Covid19
	PVS
	trauma
Laboratorní odběry	hematologie
	glykémie
	hemokultury
	biochemie
	K+C
Vyšetřovací metody - monitorace	TK
	P
	TT
	SPO2
Zobrazovací metody	RTG
	plicní konzilium
	CT
Vyšetřovací metody - invazivní	gastroskopie
	cystoskopie
Punkce	hrudní
	břišní
Zajištění žilního vstupu	PŽK
	CŽK

	PICC
Podávání léčiva i.v.	infuze
	antibiotika
	transfuze
Bolest	Analgetika
	Bolest při manipulaci
	Bez bolesti
Rehabilitace	s fyzioterapeutem
	polohování
Chronické defekty	využití vlhké terapie
	sutury
	nekrektomie
P+V tekutin	Sledován
	Drény
	PEG
	NGS
	Jejunální sonda
Gastrická výživa	
PMK	PMK, epicystostomie
Resuscitace, DNR	DNR
	Zadržaná terapie