

Přenositelnost podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče

Mgr. Šárka Pešlová^{1,2}, Mgr. Veronika DiCara, PhD.³

¹FNKV, Praha

²3. lékařská fakulta UK, Praha

³Česká asociace sester, Praha

Podle výzkumu si 78 % české populace přeje umírat a zemřít v domácím prostředí (1). Aktuálně však více jak 60 % chronicky nemocných umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní nebo následné péče (2). Zjistit podmínky, pro které si terminálně nemocní přejí umírat v domácím prostředí a snažit se je přenést na oddělení intenzivní péče, by mohla být cesta, jak zvýšit kvalitu zde poskytované paliativní péče. Tento kvalitativní výzkum ukázal Faktor náhody, jako hlavní překážku tohoto transferu. Odráží se v něm jak individualita ošetřujícího personálu, tak i nepředvídatelnost aktuálních poměrů na daném oddělení. Ke zvýšení kvality paliativní péče je tedy nutné faktor náhody maximálně eliminovat.

Klíčová slova: umírání v domácím prostředí, paliativní péče, paliativní péče na oddělení intenzivní péče, ošetrovatelská péče, kvalita umírání

Transfer of some aspects of palliative home care to an intensive care unit

According to research 78 % of the Czech population wish to die at home. Currently more than 60 % of the chronically ill die in beds of intensive, acute health care facilities or aftercare. Find out the conditions for which the patients wish to die in a home environment and try to transfer some of them into intensive care units, that could be the way how to improve (increase?) the quality of palliative care provided here. This qualitative research proved a factor of chance, as a major obstacle to this transfer. It reflects both the individuality of the nursing (treating) staff and the unpredictability of the current situation in the department. To increase the quality of palliative care, the factor of chance must be eliminated.

Key words: dying at home, palliative care, palliative care in intensive care unit, nursing care, quality of dying

Paliat. med. liec. boles., 2019;12(1e):23-27

Úvod

Přáním velkého množství lidí je umírat a zemřít v domácím prostředí, jak potvrdil výzkum, který byl proveden v několika evropských zemích, jako je například Velká Británie, Nizozemsko, Itálie, Portugalsko, Španělsko, Německo (1). Ne jinak je tomu i v České republice (ČR). Zde v roce 2015 provedla agentura STEM/MARK ve spolupráci s organizací Cesta domů výzkum veřejného mínění, jehož součástí bylo téma o uvažování a rozhodování o závěru života. 78 % české populace zde vyslovilo přání umírat a zemřít v domácím prostředí (2). V současné době však více jak 60 % chronicky nemocných, kteří by mohli z poskytnutí specializované paliativní péče (PP) profitovat, umírá v lůžkových zdravotnických zařízeních akutní nebo následné péče (3).

Cíl práce

Cílem výzkumu bylo zjistit, pro jaké důvody si terminálně nemocní v ČR přejí umírat v domácím prostředí a zda je možné tyto důvody (nebo alespoň někte-

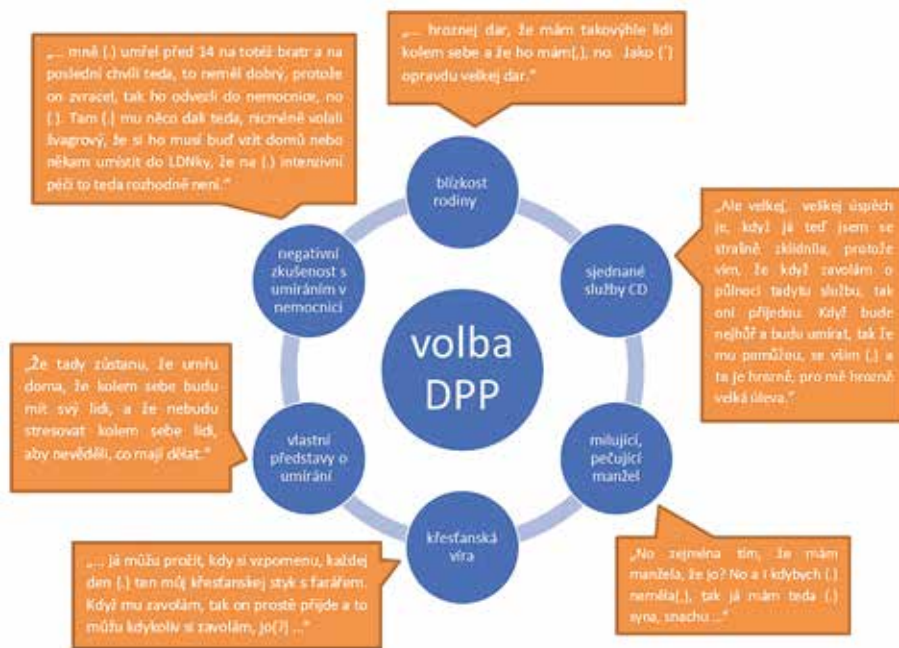
ré z nich) přenést na oddělení intenzivní péče (IP). To by mělo vést ke zpříjemnění posledního období umírajících a zkvalitnění poskytované PP v prostředí IP.

Soubor a metodika

Tento kvalitativní výzkum proběhl dvoufázově. V první fázi se zjišťovaly důvody, pro které si nemocní v terminální fázi svého onemocnění přejí umírat a zemřít v domácím prostředí. Ve druhé fázi se zjišťovala míra přenositelnosti výsledků první fáze. Hledaly se překážky a naopak umožňující faktory tohoto transferu. Důvěrné, intimní informace od participantů byly získávány rozhovorem s návodem, pozorováním umírajícího v domácím prostředí a zápisky výzkumníka pořízené během rozhovoru a pozorování. Z rozhovorů byly pořízeny audiozáznamy a ty následně přepsány za pomoci komentované transkripce. Analýza proběhla formou interpretativní fenomenologické analýzy za využití hermeneutického kruhu, čímž vznikla nejprve rodící se a následně i definitivní témata.

První fáze se zúčastnilo šest participantů. Dva účastníci byli nemocní v terminální fázi svého onemocnění, kterým byla poskytována domácí paliativní péče (DPP). Tyto účastníky vytypovali tzv. gatekeepers, kterými byli zaměstnanci jednoho pražského domácího hospice. Výběr klientů DPP nebylo možné ve výzkumu ve větší míře ovlivnit. Vybrány byly osoby, které byly o svém zdravotním stavu plně informované, ochotné o dané problematice otevřeně hovořit a u kterých se předpokládalo, že jim poskytnutí rozhovoru nevezme mnoho sil či je příliš nerozruší. Proto se v období tohoto výzkumu podařilo vytypovat a získat pouze malý počet těchto účastníků. Dva participanté byli rodinní příslušníci, kteří pečovali o umírající v domácím prostředí a dva účastníci byli nelékařští zdravotničtí pracovníci z domácího mobilního hospice, kteří mají s péčí o nevyлéčitelně nemocné dlouholeté zkušenosti. Druhá fáze se účastnilo pět participantů pracujících na dvou odděleních jedné fakultní nemocnice, která poskytují intenzivní péči III. stupně. Jednalo se o vrchní ses-

Obrázek 1. Důvody volby domácí paliativní péče u paní A. B.



tru, staniční sestru a tři všeobecné sestry ze směnného provozu. Ke zpracování druhé fáze výzkumu bylo využito principu metody zakotvené teorie založené na strukturovaném rozhovoru s otevřenými otázkami. Opět byl proveden audiozáznam a následně komentovaná transkripce.

Rozhovory byly zahájeny po udělení písemného souhlasu všech zúčastněných a předcházelo jim předání informací o výzkumu v tištěné podobě. Informace zahrnovaly jak popis výzkumu, tak i etické aspekty, jako byla dobrovolnost s účastí, zajištění anonymity nebo možnost bezdůvodného ukončení spolupráce. Rozhovory trvaly v průměru 35 minut. Při každém rozhovoru byla přítomna jen jedna osoba, s výjimkou jednoho, kde byla přítomna i manželka umírajícího a to z důvodu velmi špatného zdravotního stavu.

Výsledky

Výsledky první fáze jasně ukázaly oblasti, které by měly být zahrnuty do nemocniční paliativní péče, neboť by to vedlo k okamžitému zlepšení kvality poskytované péče. Jejich interpretace je možná ze dvou pohledů. První pohled předkládá souhrnné důvody volby DPP vešlé ze všech rozhovorů. Druhý pohled ukazuje důležité oblasti volby DPP z pohledu jednotlivých participantů. Tyto pohledy je možné graficky znázornit po-

mocí hermeneutického kruhu a přímých citací, viz obrázek 1.

Souhrnné důvody volby DPP dokládají přímé citace participantů a jsou to tyto:

- **Negativní zkušenosti s nemocniční péčí** se ukázala být centrálním bodem všech rozhovorů a obsahuje tři podtémata. Ty byly nazvané „Tajné informace“, „Horký brambor“ a „Nejsem vzduch“. Podtéma „Tajné informace“ označují zkušenosti participantů, při kterých bylo pro nemocné obzvláště složité, až nemožné získat přesné informace o svém aktuálním zdravotním stavu.

Manželka pana C. D.: „Na papírech je vždycky každéj den jiný jméno, nikde není (hmm) napsanej trvale ošetřující lékař Váš, to tam nikde na papírech není (...), takže vždycky bylo problém ty informace někde sehnat. Jo, tam to bylo špatný. ... Tam byl vůbec problém, sehnat ošetřujícího lékaře. On vždycky doktor, kterej měl službu, tak věděl prdlajs (...) o diagnóze (...) o tom, jaké jsou výsledky posledních šetření a tak dál, prostě (hmm). Takhle, nebýt toho, že tam syn potkal spolužačku, takže ta nám podávala potom ty informace. Kdybych to chtěla informace běžným obsazením lékařů, tak se nedovíme takřka nic.“

Podtéma „Horký brambor“ demonstruje pocit participantů, že

se některá oddělení, zejména (zejm.) intenzivní, otevřeně nechtěla či nemohla ujmout jejich hospitalizace a docházelo tak k četným překladům umírajících na jiná oddělení. Složitě bylo nalézt oddělení, které by bylo „ochotno“ umírajícího přijmout.

Paní A. B.: „... ale mně (...) umřel před 14 dni na totéž bratr a na poslední chvíli teda, to neměl dobrý, protože on zvracel, tak ho odvezli do nemocnice, no (...). Tam (...) mu něco dali teda, nicméně volali švagrový, že si ho musí buď vzít domů nebo někam umístit do LDNky, že na (...) intenzivní péči to teda rozhodně není. ... ale (...) chybí tam ta jistota, že prostě Vás neodvezou na LDNku někam a kde bude místo.“

Paní E. T.: „On by bejval v Nemocnici W na tý onkologii, tam by možná byl, ono mu natejkalo strašně břicho, takže takhle to měl, ale to pan doktor řekl, že na něj nemá místo, že ho tam nemůžou mít...“

Třetí podtéma „Nejsem vzduch“ popisuje soubor zkušeností participantů s nepříjemným a nevhodným chováním či jednáním ze stran zdravotnického personálu, zejm. v oblasti nevhodně zvolené či špatně vedené komunikace. Participantů získali pocit, že se o jejich potřeby a stav zdravotníci spíše nezajímají.

Pan C. D.: „... Já si myslím jednu věc, že pro člověka by byl benefit (...) slušný zacházení. (p)... Já právě přemýšlím, jestli do toho (...) štourat nebo ne. Já, když jsem tam přišel poprvé, tak jsem tam čekal 5,5 hodiny.“

- **Téma Rodina, základní stavební kámen.** I toto téma bylo obsaženo ve všech rozhovorech. Za velmi důležitou byla označena možnost setkávat se se všemi blízkými 24 hodin denně, a to bez ohledu na intenzitu zdravotních obtíží či léčebný režim. Blízký fyzický vztah s příbuznými a osobami blízkými je pro toto životní období nesmírně důležitý. Názory, že projevy fyzické blízkosti jsou doma oproti nemocničnímu prostředí jednodušeji zvládnutelné, zcela dominovaly.

Pan C. D.: „Teď nevím, jestli na těch internách nemocnic (...) může být člen rodiny přes noc, jo (?) ... Děti přijdou a zalezou si (hmm) k tátovi

Obrázek 2. Úrovneň změn vedoucích ke zlepšení poskytované paliativní péče v nemocnicích



do postele (.). Je to jiný no, je to lidštvější (.), intenzivnější.“

Pan K. B.: „My jsme vedle sebe leželi, drželi se za ruce, no jak malý děti (‘) ...“

- Téma **Umírání – značka Ideál** obsahuje individuální a velmi konkrétní představy jednotlivých participantů o poklidném umírání, jeho průběh a podmínky by pro něj měly být zajištěny.

Paní A. B.: „... A já prostě vím, že se mnou už nic extra nikdo neudělá, ale přeci jenom bych chtěla v klidu (.) jako umřít. Nejlépe mezi svejma. ... Prostě (.) mě nikdo nelakuje na růžovo, já je nelakuju na růžovo (směje se) a je tam obojí klid. A to je strašně důležitý. Já jsem se hrozně zklidnila ... jsem měla toho bratra, u kterého na to přišli pozdějc, než mně a teda ten se s náma rozloučil. A taky jsem se ještě mohla já s ním jít rozloučit, že jo. No takže opravdu, opravdu takhle musím říct, že takhle bych si já představovala, že by lidi mohli umírat. V klidu, v pohodě ... „

Pan K. B.: „Proto tohle je něco nádhernýho, jo. Jako že to takhle jde, že se toho ujmuli (‘). Já skoro nemůžu mluvit. ... Teď cejtím, že na to nejsem sám, to je (.) důležitý. ... jedna je tam taková jistota, že když člověk potřebuje, tak jsou opravdu k máni.“

- Téma **Ano, umírám, ale ještě tu jsem** dokládá, jak důležité je pro nemocné něco tak obyčejného, jako je znalost jména svého ošetřujícího personálu a stejně tak i to, aby ošetřující personál znal dobře svého pacienta (aniž by v jeho přítomnosti nahlížel do osobní dokumentace nemocného a hledal požadované informace).

Paní A. B.: „... vůbec to, že je tady, pro mě hraje velkou roli ... a je to

velký, protože vidím, že prostě jsem pro ně ne číslo, ale jsem jeden z jejich pacientů (.) jako (.) osoba.“

- **Zadní vrátka** jsou téma, ve které nemocní uvádějí důvody, které by je přiměly k volbě lůžkové paliativní péče v některém k tomu určených zařízeních či odděleních.

Paní A. B.: „Donutilo by mě k tomu akorát to, kdyby se s manželkem něco náhle stalo (‘) a s nima, že by něco, tak to by mě jako donutilo, že by nebyla jiná šance, ale jinak ne.“

Manželka pana C. D.: „To je jedině, že by nemohla rodina, že jo? Kdybychom měli v rodině nějaký problém. ... tak kdyby bylo úplně nejhůř, tak jsme mluvili, jako (.), jenom jako tu nejzazší (.), nejzazší možnost. Když my bysme nezládali.“

- V tématu **Obyčejný život křesťana** je poukázáno na důležitost ponechání možnosti aktivního praktikování víry i v posledním stadiu onemocnění, které s sebou nese nejistotu budoucnosti.

Paní A. B.: „Já mám taky tenhle klid v duši. (ukazuje na kříž s Ježíšem Kristem, který visí na stěně) ... Protože tu duševní podporu, tu mi zajišťuje moje duchovní správa tady, kam patřím ... ti věřící lidi věří, že to tím nekončí, že jo (?), že prostě, tak (.) takže prostě, člověk není vyděšený. ... můžu prožít, kdy si vzpomenu, každé den (.) ten můj křesťanský styk s farářem. Když mu zavolám, tak on prostě přijde a to můžu kdykoliv si zavolám, jo (?) ...“

- Výsledkem první fáze jsou i návrhy změn pro zdravotnická zařízení s cílem zvýšit kvalitu poskytované paliativní péče, které vznikly v důsledku rozhovorů se zdravotníky z mobilního domácího hospice. Návrhy na zlepšení je možné rozdělit do tří, na sebe se vršících, oblastí, viz obrázek 2.

Základem každého zlepšení péče, které je finančně a organizačně nejméně náročné, se ukázala být kvalitně vedená, ochotná, přívětivá komunikace ze strany všech zdravotníků. Takto vedená komunikace pomáhá eliminovat pocit anonymity a bezprizornosti, které nemocní mohou pociťovat.

Sestra P. P.: „Myslím, že je to hodně o komunikaci v nemocnici. ... nebýt

poslaný na chodbu, pokud nechtěj nebo pokud vyloženě nechtěj. Oni někdy neví. To jsem sama zažila. Že mi řekli, běžte ven, tak jsem šla (‘) postupně ven a pak jsem toho zpětně hrozně litovala. ... Že ta anonymita a taková ta (.), ta určitá bezprizornost v nemocnici (hmm) hraje velkou roli. ... Jakmile je tam někdo, kdo projeví opakovaně, osobní (p), malinkou osobní zaangażovanost (‘), že ví, ví o mně a vrátí se ke mně druhý den nebo zmíní se, já si Vás pamatuju, ano, včera jsme to nestihli, dneska to bude (-) Tak to je ten podstatnej rozdíl.“

Na tato opatření navazují změny, které jsou podmíněny úpravami příslušných nemocničních nařízení (standarty, doporučení, pokyny, nařízení apod.). Tyto změny by měly vést ke zvýšení kvality poskytované PP, např. vytvořením prostoru pro důkladnější a klidnější komunikaci s nemocnými a příbuznými; umožněním příbuzným přítomnost na oddělení 24 hodin denně; začleněním příbuzných do ošetrovatelské péče (dle jejich možností a chuti); zajištěním systematické odborné psychologické péče jak pro pozůstalé, tak i pro zdravotníky. Za zvážení stojí poskytování ošetrovatelské péče pomocí systému tzv. kmenové sestry. Tento systém by nemocným měl skrz personalizaci a individualizaci péče dát vyšší pocit klidu a jistoty.

Sestra P. P.: „... Nevím tedy, jestli by to mohli rodinní příslušníci využít 24 hodin, ale (hmm) už jenom ta možnost, že by mohli u toho nemocnýho být (-) ... A podílet se ...“

Poslední oblast změn vyžaduje technické či stavební úpravy. Ty by měly vytvořit vhodné sociální zázemí pro umírajícího a jeho rodinu, prostor pro intimní rozhovory s klienty či prostor pro působení duchovního nebo nemocničního paliativního týmu.

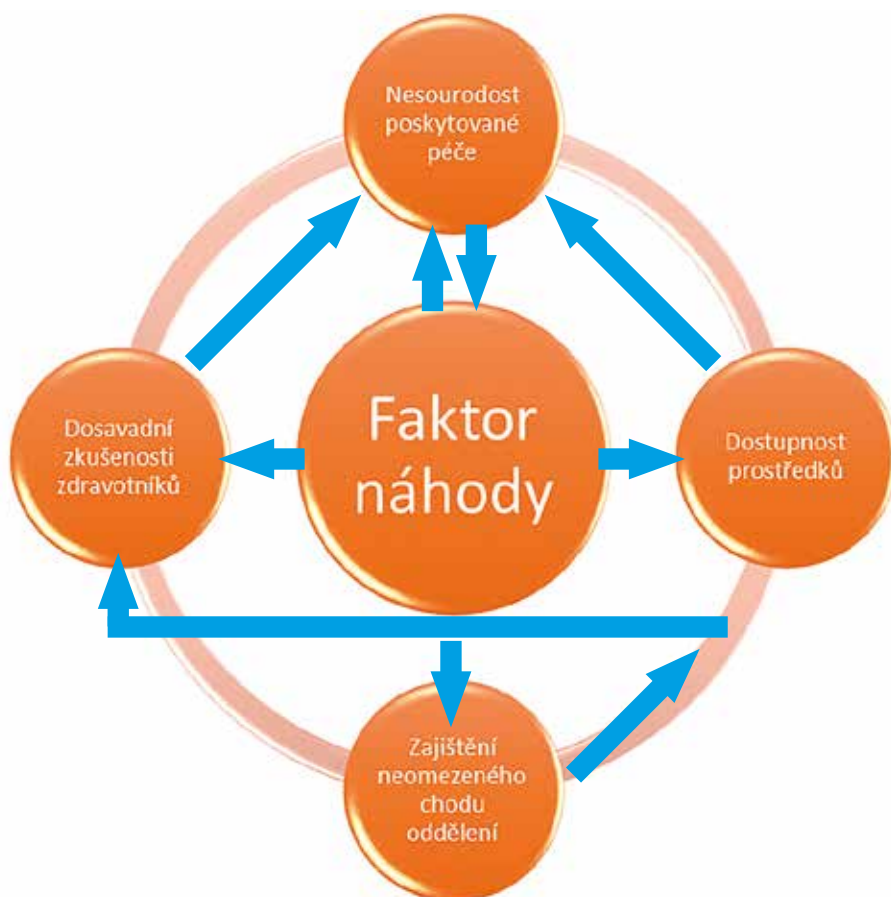
Sestra P. P.: „... jak to maj v lůžkových hospicích, že tam maj ty místa, kde ten zemřelej je a kde by ta rodina mohla přijít, i třeba, kdyby chtěli přijet odněkud mimopražský nebo prostě z větší dálky do druhýho rána nebo do večera ... Jednak aby tam teda člověk mohl (‘) být případně, když a mohlo by být nějaké soukromí, což je (.) jako plenta, za kterou je slyšet, je (.) je hodně (.), to není... I když aspoň to.“

Z výsledných témát první fáze se sestavily hlavní oblasti, které by pro umírající na odděleních intenzivní péče měly být přínosem. Jedná se o následující:

- možnost věnovat více času komunikaci s umírajícím a jeho blízkými;
- umožnit kontinuální návštěvy blízkých na oddělení intenzivní péče;
- možnost začlenit příbuzné a blízké do péče o umírajícího, dle jejich možností a vůle;
- možnost donést drobné osobní předměty k lůžku umírajícího;
- možnost pro pozůstalé rozloučit se se zemřelým i po delším časovém úseku než jsou dvě hodiny (doba, po kterou ze zákona nesmí být na těle zemřelého prováděny jakékoli úkony, s výjimkou prohlídky těla zemřelého, postupů podle transplantčního zákona a případů nařízení pitvy orgány činnými v trestním řízení);
- umožnit aktivní praktikování víry umírajícímu a jeho blízkým přímo na oddělení IM;
- zajistit systematickou a proaktivní psychologickou péči o pozůstalé;
- eliminovat či minimalizovat počet častých překladů nemocných v paliativní péči;
- minimalizovat anonymitu na oddělení, pacienti a blízcí chtějí znát své zdravotníky a chtějí, aby oni znali je.

Na otázku, zda je možné přenést do intenzivní péče něco z DPP, odpovídá druhá fáze výzkumu vznikem Teorie přenositelnosti podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče, viz obrázek 3. Za zcela rozhodující při snaze implementovat prvky DPP do zaběhlého a vysoce specifického provozu oddělení IP, se ukázal být **Faktor náhody**. Ten představuje jevy na oddělení, nutné k zajištění jeho provozu nebo jím ovlivněné, které není možné předpokládat a není možné je cíleně zajistit. Díky němu se každá hospitalizace umírajícího na oddělení IM liší. Jedná se např. o počet ošetřující personálu na oddělení, obsazenost oddělení (počet volných lůžek vs. lůžková tíseň), skladbu pacientů posuzovanou dle náročnosti na poskytovanou zdravotnickou péči či aktuální chod oddělení, kdy prioritu představuje zajištění pacientů s akutní diagnózou. Silný faktor náhody představuje osobnost ošetřující

Obrázek 3. Diagram teorie přenositelnosti podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče



sestry, její odborné zkušenosti (včetně těch z PP), postoje, míra empatie, žebříček hodnot, organizační schopnosti, aktuální pracovní vytížení a umění improvizace. Důležitou roli představuje i úroveň podpory ze strany vedení dané kliniky a příslušného zdravotnického zařízení. Kombinací všech výše zmíněných podmínek dochází k nejednotnému postupu při poskytování paliativní péče, čímž faktor náhody ovlivňuje úroveň poskytované PP. Vše je umocněno nesystematickým vzděláváním nelékařských zdravotnických pracovníků v problematice PP. Všechny tyto body se však v závislosti na čase a jiných proměnných mohou ovlivňovat i navzájem (4).

Diskuze

Eliminace či alespoň minimalizace Faktoru náhody při snaze o implementaci podmínek DPP na oddělení IP by vedlo k zajištění totožných podmínek při hospitalizaci pro všechny umírající, což by skýtalo možnosti v nastavení takových opatření, která by následně mohla vést ke zvýšení kvality poskytované PP na tomto

typu oddělení. Opatření by měla být tříúrovňová. Na první úrovni se jedná o opatření, která je potřeba vykonat u každého zdravotníka. Základním pilířem je zde kvalitní, odborná komunikace ze stran zdravotnického personálu vůči umírajícímu a jeho blízkým. Důležitost tohoto opatření dokládají jak výpovědi umírajících, tak i výpovědi zdravotníků, kteří mají dlouholeté zkušenosti s poskytováním domácí PP. Je potřeba si uvědomit, že nedorozumění vyvolaná nevhodnou komunikací zdravotnického personálu mohou v umírajících a jejich blízkých zanechat velice silnou negativní stopu, která je následně může ovlivnit při rozhodování o dalších krocích. Viz následující výpověď zdravotní sestry.

Sestra P. P.: „... a někdy je taky důvodem špatná zkušenost v nemocnici (.), bohužel. ... někdy tahleta zkušenost je, že ten nemocnej řekne, už nikdy a ať se děje, co se děje.“

Způsob a kvalitu komunikace jako hlavní faktor spokojenosti a uznání pozitivní zkušenosti pacientů s poskytovanou péčí potvrzují i výzkumy brit-

ských a australských výzkumníků. A to i v situacích, kdy je prognóza nepříznivá či nejistá (5, 6). První úroveň by měla být doplněna opatřeními ze strany nemocničního zařízení, což představuje druhou úroveň. Jedná se o opatření, která by měla sloužit k zajištění totožných podmínek na oddělení IM pro každého hospitalizovaného umírajícího. Zahrnuje vytvoření např. standardů péče, navýšení počtu personálu, vytvoření specializovaného oddělení PP, přestavby oddělení apod. Následující citace dokládá důležitost těchto kroků.

Sestra R. R.: „... na prvním místě bych řekla čas, prostě jako nastavit systém tý práce a služeb tak, a počet personálu logicky tak, aby tam byl čas na komunikaci, jak k pacientům, tak k příbuzným a i mezi sebou. (hmm) Podpora zaměstnanců, jako třeba na jednotce intenzivní péče, si myslím, že by supervize měla být povinností ...“

Třetí úroveň, celonárodní, by byla v gesci Ministerstva zdravotnictví ČR a odborných společností. Jednalo by se o zajištění plošných výzkumů v této oblasti, vydávání odborných doporučení apod.

Pevně věříme, že zvýšení kvality poskytované PP na odděleních intenzivní medicíny by přispělo k rozvinutí duševního klidu a pohody pro všechny zúčastněné (jak pro umírající a jejich blízké, tak ale i pro zúčastněné zdravotníky), což by mělo představovat nejvyšší cíl každého poskytovatele PP.

Vzhledem k velmi citlivému tématu, jakým poskytování PP bezesporu je, je limitem tohoto výzkumu nízký počet participantů první fáze, kdy zřejmě nebylo dosaženo úplné teoretické saturace. Z důvodů časového omezení tohoto výzkumu tak nemusela být zachycena všechna témata, všechny oblasti, které nemocné vedou k volbě DPP. Byla snaha tento nedostatek minimalizovat provedením rozhovorů s profesionály z řad DPP, kteří mají dlouholeté zkušenosti s různými typy potřeb a přáními umírajících v domácím prostředí. Autenticita

rozhovorů přináší mnoho témat na zamýšlení.

V našich podmínkách dosud neexistuje žádný rozsáhlejší výzkum nebo systematický sběr dat u umírajících v domácí péči. A ani dat, která by se týkala kvality poskytované PP v lůžkových zdravotnických zařízeních. Tento výzkum poukazuje na doposud opomíjenou oblast, na kterou je potřeba se v následujících letech více zaměřit. Za bližší prozkoumání by jistě stála i skutečnost, jakým způsobem je PP poskytována na různých typech oddělení intenzivní medicíny a stejně tak i faktory, které brání implementaci pečujících blízkých a příbuzných o umírající na těchto oddělení. Jako velká výzva se jeví i zkoumání podmínek pro poskytování obecné a specializované PP na jiných typech oddělení, kde v současné době umírá zřejmě největší množství nemocných (2, 4).

Závěr

I přes stále se rozvíjející obor paliativní a hospicové péče, nejsou tyto služby v ČR stále dostupné všem potřebným. O tom svědčí i vysoké procento umírajících pobírajících PP v nemocnicích. O důležitosti dostupné PP pro všechny potřebné svědčí i tento rok spuštěný projekt Ministerstva zdravotnictví na podporu PP v nemocnicích (7). Znalost principů a zásad obecné PP je tak pro všechny zdravotníky nezbytností a stejně tak by to mělo být i se snahou o neustálé zvyšování kvality poskytované PP. Nastavení takové formy PP, která by co nejvíce odpovídala individuálním požadavkům a potřebám každého umírajícího a byla používána v rozsahu, jež odpovídá současným možnostem domácích hospiců či lůžkových hospicových zařízení, by mělo být jednou z priorit každého nemocničního zařízení. K tomuto kroku na odděleních intenzivní medicíny napomáhá tento výzkum. Ukazuje podmínky, kterých si terminálně nemocní při svém umírání v domácím prostředí cenní nejvíce a následně dává konkrétní návod, jak docílit, na několika různých úrovních,

zlepšení poskytované PP v prostředí intenzivní medicíny prostřednictvím úplné či alespoň maximálně možné eliminace Faktoru náhody. Jedná se o kroky na úrovních celonárodní, nemocniční a na úrovni každého zdravotníka, jež se na poskytování PP podílí.

Literatura

1. Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti: Uvažování a rozhodování o závěru života. Umírání.cz: informační portál pro nemocné, pečující a pozůstatelé [online]. Praha: Cesta domu, 2015 Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/data#uvazovani-rozhodovani>>. Accessed January 28, 2017.
2. Sláma o, Kabelka I, Loučka m. Paliativní péče v ČR v roce 2016. Časopis lékařů českých [online]. 2016;155(8):445-450. Dostupné z: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ee7bdc26-bca9-4294-ba72-56d7a6e3b91e%40sessionmgr4006&vid=2&hid=4108>>.
3. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. Annals of Oncology [online]. 2012;23(8):2006-2015. DOI: 10.1093/annonc/mdr602. Dostupné z: <<https://academic.oup.com/annonc/article-lookup/doi/10.1093/annonc/mdr602>>. Accessed October 17, 2017.
4. Pešlová Š. Přenositelnost podmínek domácí paliativní péče na oddělení intenzivní péče. Praha, 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce Veronika DiCara.
5. Payne S, Burton Ch, Addington-Hall J, Jones A. End-of-life issues in acute stroke care: a qualitative study of the experiences and preferences of patients and families. Palliative Medicine [online]. 2010;24(2):146-153. DOI: 10.1177/0269216309350252. Dostupné z: <<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216309350252>>. Accessed March 29, 2018.
6. Hatcher I, Harms L, Walker B, Stokes S, Lowe A, Foran K, Tarrant J. Rural palliative care transitions from home to hospital: Carers' experiences. Australian Journal of Rural Health [online]. 2014;22(4):160-164. DOI: 10.1111/ajr.12105. ISSN 10385282. Dostupné z: <<http://doi.wiley.com/10.1111/ajr.12105>>. Accessed March 29, 2018.
7. Projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích získal odbornou podporu a čeká ho první ostrá zkouška. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. Praha: MZČR, ©2010, 23. 1. 2019. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/ob-sah/2019_3970_3_1.html>. Accessed March 27, 2019

Mgr. Šárka Pešlová

FNKV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
peslovas@gmail.com

