

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2017

Karolína Andrllová

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Domácí hospicová péče u onkologicky nemocných v Královéhradeckém kraji

Karolína Andrlová

Bakalářská práce

2017

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Karolína Andřlová**
Osobní číslo: **Z14321**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Domácí hospicová péče u onkologicky nemocných
v Královéhradeckém kraji**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

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 grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

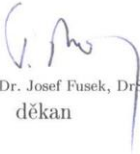
1. KALVACH, Zdeněk. Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě. Praha: Cesta domů, 2010, 136 s. ISBN 9788090451643.
2. MARKOVÁ, Alžběta. Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy. 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015, 156 s. ISBN 978-80-905809-4-7.
3. MARKOVÁ, Monika. Sestra a pacient v paliativní péči. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
4. SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol. Paliativní medicína pro praxi. 2. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.
5. TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. Rozvoj hospicové péče a její bariéry. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 168 s. ISBN 9788024629414.

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 1. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce: 21. července 2017


prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.
děkan

L.S.


PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 8. března 2017

Prohlášení autorky

Prohlašuji, že jsem tuto práci 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., autorský zákon, 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.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 21. července 2017

Karolína Andrlová

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala mé vedoucí práce PhDr. Kateřině Horáčkové, DiS. za její čas, vstřícnost a cenné rady při konzultacích a odborné vedení mé práce.

Rovněž bych chtěla poděkovat vrchní sestře Domácí hospicové péče v Hradci Králové Bc. et Bc. Věře Ivanovové za její ochotu, odborné rady a informace. A také celému týmu z Domácí hospicové péče v Hradci Králové, kde jsem absolvovala svoji odbornou praxi. Také děkuji pacientům a jejich rodinným příslušníkům za spolupráci při tvorbě kazuistik.

ANOTACE

Bakalářská práce „*Domácí hospicová péče u onkologicky nemocných v Královéhradeckém kraji*“ je prací teoreticko-praktickou. Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je východiskem pro část praktickou. Je zde popsána problematika paliativní péče, druhy paliativní péče, současná situace péče o umírající v České republice a v zahraničí, včetně oblasti vzdělávání.

Praktická část nabízí ucelený přehled o poskytovatelích domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji. K dokreslení celé problematiky jsou v praktické části prezentovány kazuistiky terminálně onkologicky nemocných, kteří jsou v péči domácí hospicové péče.

KLÍČOVÁ SLOVA

domácí hospicová péče, Královéhradecký kraj, onkologicky nemocný pacient, paliativní péče, poskytovatelé domácí hospicové péče, umírající pacient

TITLE

Home hospice care of patients with oncological diseases in Hradec Králové region

ANNOTATION

The bachelor thesis "Home hospice care of patients with oncological diseases in the Hradec Králové Region" is a theoretical and practical work. This thesis is divided into the theoretical and practical part.

The theoretical part is the starting point for the practical part. It describes the issue of palliative care, types of palliative care, the current situation of care for dying in the Czech Republic and abroad, including education.

The practical part offers a comprehensive overview of the providers of home hospice care in Hradec Králové region. To illustrate the whole issue, the case studies of terminally oncological patients who are in the care of home hospice care are presented in the practical part.

KEYWORDS

home hospice care, Hradec Králové region, oncological patient, palliative care, home hospice care providers, dying patient

OBSAH

Úvod.....	13
Cíle bakalářské práce	15
I. TEORETICKÁ ČÁST	16
1 Paliativní péče.....	16
1.1 Komu je paliativní péče určena.....	17
1.2 Principy paliativní péče.....	18
1.3 Úrovně paliativní péče	18
1.3.1 Obecná paliativní péče.....	18
1.3.2 Specializovaná paliativní péče.....	19
1.4 Současnost paliativní péče	19
1.4.1 Situace paliativní péče na území České republiky.....	19
1.4.2 Situace paliativní péče v zahraničí.....	20
1.5 Vzdělání v oblasti paliativní péče	21
1.5.1 Kvalifikace lékařů.....	21
1.5.2 Kvalifikace sester.....	22
2 Domácí (mobilní) hospicová péče	23
2.1 Předpoklady pro poskytování domácí hospicové péče	23
2.2 Komu je domácí hospicová péče určena.....	24
2.3 Kdo poskytuje domácí hospicovou péči	24
2.4 Jak probíhá domácí hospicová péče	25
2.4.1 První kontakt s rodinou.....	25
2.4.2 První návštěva u pacienta	26
2.4.3 Průběh domácí hospicové péče.....	26
2.4.4 Respitní péče.....	27
2.5 Úmrtí pacienta v domácí hospicové péči	27
2.6 Ukončení péče.....	28

2.7	Financování domácí hospicové péče.....	29
2.7.1	Pilotní projekt MSPP	29
2.7.1.1	Shrnutí Pilotního projektu.....	30
2.8	Shrnutí teoretické části	31
II.	PRAKTICKÁ ČÁST	32
3	Hlavní cíle praktické části.....	32
4	Metodika a organizace výzkumného šetření.....	33
4.1	Vlastní výzkum	33
5	Výsledky průzkumného šetření	35
5.1	Mobilní hospic Anežky České v Červeném Kostelci	36
5.2	Domácí hospic Duha, o.p.s. v Hořicích	37
5.2.1	Domácí hospic Duha, o.p.s. ve Vrchlabí	37
5.3	Domácí hospic Setkání, o.p.s. v Rychnově nad Kněžnou.....	37
5.4	Domácí hospicová péče v Hradci Králové.....	38
6	Kazuistika č. 1.....	40
6.1	Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové	44
6.2	Průběh péče u pacientky.....	47
6.3	Plán ošetřovatelské péče – Ošetřovatelský proces	47
7	Kazuistika č. 2.....	53
7.1	Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové	57
7.2	Průběh péče u pacientky.....	59
7.3	Plán ošetřovatelské péče – Ošetřovatelský proces	61
8	Shrnutí kazuistik	65
9	Diskuze	67
10	Závěr	71
	Použité literární a internetové zdroje	73

Přílohy.....	80
--------------	----

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Obrázek 1 Mapa poskytovatelů paliativní péče v České republice	86
Obrázek 2 Poskytovatelé domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji	93
Tabulka 1 Mobilní hospic Anežky České.....	36
Tabulka 2 Domácí hospic Duha, o.p.s.	37
Tabulka 3 Domácí hospic Setkání, o.p.s.....	38
Tabulka 4 Domácí hospicová péče Hradec Králové.....	39
Tabulka 5 Fyzikální vyšetření u pacientky č.1	42
Tabulka 6 Informace získané objektivním pozorováním u pacientky č.1	42
Tabulka 7 Škály a testy u pacientky č.1.....	43
Tabulka 8 Medikace pacientky č.1	43
Tabulka 9 Infuzní terapie u pacientky č.1.....	44
Tabulka 10 SOS medikace u pacientky č.1	44
Tabulka 11 Fyzikální vyšetření u pacientky č.2	54
Tabulka 12 Informace získané objektivním pozorováním u pacientky č.2.....	55
Tabulka 13 Škály a testy u pacientky č.2.....	56
Tabulka 14 Medikace pacientky č.2	56
Tabulka 15 SOS medikace pacientky č.2	56
Tabulka 16 Poskytovatelé paliativní péče v České republice.....	86
Tabulka 17 Poskytovatelé domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji.....	93
Tabulka 18 Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu	104

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AIDS	Syndrom získaného selhání imunity
ALS	Amyotrofická laterální skleróza
APHPP	Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
ČAS	Česká asociace sester
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
DHP	Domácí hospicová péče
EAPC	Evropská rada paliativní péče
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče
NJS	Nazojejunální sonda (sonda do tenkého střeva)
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
VOZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

„Lidé se bojí smrti ještě víc než bolesti. Je divné, že se bojí smrti. Život bolí mnohem víc než smrt. V okamžiku smrti je bolest u konce. Jo, myslím, že je to přítel.“ Jim Morrison

„Věnujme umírání takovou péči jako narození.“ Toto motto je z jedné kampaně s názvem „Hospic. Dobrá tečka za životem“, kterou zahájila Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče s finanční podporou Ministerstva zdravotnictví. Motto zcela vystihuje cíl této kampaně. Kampaň by ráda informovala laickou i odbornou veřejnost o principech poslání hospicové paliativní péče a ráda by změnila postoj naší společnosti ke smrti a umírání (Dobrá tečka, 2017). O smrti a umírání se v naší společnosti dostatečně nemluví a toto téma je tabuizované, vyplývá to z výzkumu společnosti STEM/MARK, která prováděla opakovaně výzkum v letech 2011, 2013 i 2015 (Žáčková, 2015, s. 11).

Téma paliativní péče je v současné době velmi zmiňované a patří k rozvíjejícím oblastem ve zdravotnictví. Jedním z důvodů je stárnutí populace a druhým důvodem nárůst počtu nevyлéčitelně nemocných. Právě paliativní péče dává těmto pacientům naději a plní jejich přání strávit poslední chvíle doma v okolí svých blízkých nebo v zařízeních, kde struktura nabízených služeb odpovídá jejich potřebám a zdravotnímu stavu. Je důležité zmínit, že podle agentury STEM/MARK v roce 2013 si přálo 78 % Čechů strávit závěrečnou etapu života v domácím prostředí. Podle primářky domácího hospice Cesta domů MUDr. Zavadové se k tomuto modelu opět vracíme. Přesto většina pacientů stále umírá v lůžkových zařízeních akutní a následné zdravotní péče. Je to zapříčiněno rozvojem léčebných možností, ale také z důvodu demografických a socioekonomických změn české společnosti (Nezbeda, 2016; Cesta domů, 2016; Sláma, 2013, s. 4).

Důvodů, proč umírající umírají tam, kde nechtějí, může být spousta. Nejčastěji obyčejný strach rodin, neznalost i nedostatek sociální podpory mnohdy brání blízkým se o svého umírajícího člena rodiny postarat v jeho vlastním prostředí. Dále lidé nemají dostatek informací a nevědí, že se v České republice nacházejí různí poskytovatelé obecné a specializované paliativní péče, kteří by jim mohli pomoci s péčí o nevyлéčitelně nemocného.

Je důležité, aby pečující věděli, že být s nevyлéčitelně nemocným a pečovat o něj je sice velmi nesnadný úkol, který může být někdy v některých situacích provázen fyzickým, psychickým i finančním vypětím, ale pocit, že jsme někomu blízkému pomohli odejít z tohoto světa tak, jak si přál, je velmi naplňující.

Tato bakalářská práce by měla být přínosem nejen pro zdravotníky, ale i pro laickou veřejnost. Je určena všem, kteří by se rádi dozvěděli více o paliativní péči a zároveň i o domácí hospicové péči. Právě zdravotníci by měli být erudovaní a měli by umět o této problematice poskytnout pacientům a rodinám potřebné informace. Práce by měla rovněž přinést aktuální poznatky o současném stavu paliativní péče u nás v České republice a blíže seznámit s poskytovateli domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji.

Bakalářská práce s názvem *Domácí hospicová péče u onkologicky nemocných v Královéhradeckém kraji* je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je pro pochopení dále dělena na dvě velké kapitoly. První kapitola se věnuje problematice paliativní péče. Je popsána skupina pacientů, pro které je tato péče určena, dále principy, ze kterých paliativní péče vychází, rozdělení paliativní péče na obecnou a specializovanou a popis současné situace paliativní péče u nás a v zahraničí. V závěru první kapitoly jsou pak uvedeny možnosti vzdělávání lékařů a sester v paliativní péči. V druhé kapitole je popsána problematika domácí hospicové péče, jaké jsou předpoklady, průběh a kdo poskytuje domácí hospicovou péči a jaké je její financování. Jednotlivé kapitoly na sebe vzájemně navazují a jsou důležité k pochopení celé problematiky.

Praktická část nabízí ucelený přehled o poskytovatelích domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji. K dokreslení celé problematiky jsou v praktické části prezentovány konkrétní kazuistiky onkologicky nemocných pacientů, kteří jsou klienty domácí hospicové péče.

CÍLE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Hlavní cíl teoretické části

Hlavním cílem práce je vytvoření uceleného teoretického rámce pro praktickou část.

Dílčí cíle teoretické části

Prvním dílčím cílem teoretické části je popsat problematiku paliativní péče, její formy a současnou situaci u nás a v zahraničí.

Druhým dílčím cílem teoretické části je definovat domácí hospicovou péči, její průběh a současné financování.

Hlavní cíl praktické části

Hlavním cílem praktické části je zmapovat systém péče o umírající onkologické pacienty v Královéhradeckém kraji.

Druhým dílčím cílem praktické části je představit zjištěná fakta ve vybraných kazuistikách u onkologicky nemocných v terminální fázi života, kterým je poskytována domácí hospicová péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevy léčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“ (Sláma, Špinková, Kabelka; 2013, s. 5)

Na začátku by bylo dobré zmínit, že je mnoho vyjádření, která definují, co je paliativní péče. Paliativní péče tedy je aktivně poskytovaná pacientům, kteří trpí nevy léčitelnou chorobou. Pomáhá zmírnit příznaky, které se mohou objevit u mnoha onemocnění v pokročilém nebo konečném stadiu. I přes toto všechno myslí na pacientovu důstojnost a snaží se udržet dobrou kvalitu pacientova života při pokročilém onemocnění. Nabízí pomoc rodině a blízkým pacienta, bez kterých by nebylo možné vykonávat kvalitní paliativní péči. Kvalitní paliativní péče předpokládá úzkou spolupráci mezi týmem odborníků, kteří dohromady tvoří interdisciplinární tým. Do tohoto mezioborového týmu patří specialisté z lékařských oborů (onkolog, algeziolog, internista, geriatr, chirurg apod.), sestry, ošetrovatelé, sociální pracovníci, duchovní, psychologové a dobrovolníci. Důležitým předpokladem pro kvalitní paliativní péči je vzájemná spolupráce pacienta a rodiny s týmem odborníků (Sláma, Kabelka, Vorlíček; 2011, s. 26).

Podle Gómeze-Batisty (2017, s. 50) paliativní péče může zvyšovat kvalitu života a v některých případech může pozitivně ovlivnit průběh onemocnění.

Bylo by také dobré uvést, že paliativní péče se může využívat v raném stadiu nebo v kombinaci s dalšími terapiemi (radiačními, chemoterapie), které jsou určeny k prodloužení života. V posledních letech vzrůstají záznamy právě o pozitivním vlivu včasného zahájení paliativní péče současně se standardní onkologickou léčbou. Díky tomuto provázání dochází ke zlepšení kvality života pacientů, zmírnění symptomů, zvýšené spokojenosti pacientů a rodin, optimalizaci protinádorové léčby, menší agresivitě péče na konci života, celkovému snížení nákladů na léčbu a prodloužení přežití. Výrazný je i vliv na kvalitu života a utrpení, a to po celou dobu potýkání se s nevy léčitelným onemocněním, v průběhu protinádorové léčby i po jejím ukončení. V posledních letech tento poznatek dokazují dostupné studie, např. studie Temelové, Bakitase a Zimmermanna. Studie Bakitase et al byla první prospektivní studií. Bylo v ní zkoumáno 322 pacientů s pokročilým nádorem a prognózou do 1 roku života. Sledovaní pacienti v paliativní péči měli vyšší kvalitu života a lepší náladu ve srovnání s pacienty, kteří měli běžnou péči kombinovanou s paliativní intervencí vedenou sestrami specialistkami.

Zimmermann et al ve své studii zkoumal 442 pacientů s metastatickým nádorem a prognózou mezi 6 až 2 lety. Z výzkumu vyplývá, že pacienti s časnou paliativní péčí měli vyšší spokojenost s léčbou, vyšší kvalitu života a méně symptomů (Sochor, Sláma, Loučka; 2015, s. 171-173).

1.1 Komu je paliativní péče určena

Pokud pacientův stav je natolik vážný, že další pokračování v kauzální léčbě není možné z důvodu vyčerpání všech léčebných prostředků současné medicíny, dochází k jednomu z nejdůležitějších momentů, kdy může být zahájena kvalitní paliativní péče. Lékař musí pacientovi oznámit závažnost, prognózu stavu a navrhnout paliativní péči (Marková, 2010, s. 25).

Paliativní péče je proto určena skupině pacientů, kteří jsou v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob. Je poskytována lidem všech věkových kategorií. Cílovou skupinou pacientů, které vyžadují paliativní péči, jsou pacienti:

- s onkologickým onemocněním,
- s neurodegenerativním onemocněním (roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc, demence, ALS-amyotrofická laterální skleróza),
- s konečným stádiem chronických orgánových onemocnění (srdečních, plicních, jaterních a ledvinných; u kterých nelze využít hemodialýzy nebo transplantace),
- s AIDS,
- polymorbidní „křehcí“ geriatrici,
- ve vigilním kómatu,
- kriticky nemocní s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče
- a pediatričtí pacienti s vrozenými syndromy a onemocněními (Sláma, Kabelka, Vorlíček; 2011, s. 26).

Každý pacient, který žije s život ohrožujícím onemocněním, má právo na kvalitní paliativní péči. Toto právo vychází z tzv. Charty práv umírajících, což je Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ (viz příloha A), které bylo Parlamentním shromážděním přijato v roce 1999. Pro většinu pacientů je však tato péče stále nedostupná. Nejen, že nemocných rapidně přibývá, ale bohužel v rámci České republiky není stále tato péče dostatečně rozšířená (Sláma, Špinková, Kabelka; 2013, s. 5; Bystřický, 2010).

1.2 Principy paliativní péče

Dříve než se paliativní péče uskuteční, je potřeba se ztotožnit s určitými základními principy, které by měly být základem pro tuto péči. A to nejen v zařízeních, kde si paliativní péči osvojili, ale také při zavádění paliativního programu do zařízení, které dosud nemělo s touto činností žádné zkušenosti (Kalvach, 2010, s. 29).

Mezi základní principy paliativní péče řadíme:

1. Paliativní péče považuje umírání jako přirozenou součást lidského života.
2. V péči o umírající pacienty je vždy potřeba přihlédnout k jeho bio-psycho-sociálně-spirituálním potřebám a uvědomit si, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života individuálně.
3. Paliativní péče má zkvalitnit závěr života, v žádném případě ho nechce zkrátit.
4. Paliativní péče se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání důstojnost a plní přání umírajícího.
5. Smyslem paliativní péče je zvládat bolest a dalších symptomy, které se mohou u umírajících v posledních stádiích smrtelných onemocnění vyskytnout.
6. Paliativní péče se nesoustředí pouze na umírajícího, ale poskytuje podporu rodině umírajícího a po smrti blízkého člověka pomáhá zvládnout jejich zármutek.
7. Paliativní péče musí být vykonávána s platnými profesními a etickými kodexy a s platným právním řádem – zákon č. 372/2011 Sb. (Kalvach, 2010, s. 29–31; Sláma, Špinková, Kabelka; 2013, s. 6).

1.3 Úrovně paliativní péče

Evropská asociace paliativní péče (EAPC) doporučuje rozlišovat podle komplexnosti paliativní péči na dvě úrovně poskytování – **obecnou a specializovanou**. Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM) se s tímto rozlišením také ztotožňuje ve svých Standardech paliativní péče z roku 2013 (Pilotní projekt Mobilní specializovaná paliativní péče, 2015, str. 5–6).

1.3.1 Obecná paliativní péče

Obecná forma péče by měla být poskytnuta každým zdravotnickým zařízením v rámci své rutinní klinické praxe. Každý zdravotník by ji měl umět poskytnout s ohledem na specifika své odbornosti. Jejím základem je totiž včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru nemoci a zhodnocení smysluplnosti další aktivní léčby. Zaměřuje se na identifikaci oblastí, které ovlivňují kvalitu pacientova života. Zahrnuje vstřícnou, otevřenou a empatickou komunikaci s pacientem a jeho rodinou, účinnou léčbu příznaků a podporu psychosociální (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 4).

Měla by být dostupná v pobytových zařízeních sociální péče, v lůžkových zařízeních zdravotní péče (v nemocnicích, psychiatrických léčebnách, v léčebnách dlouhodobě nemocných) a v domácím prostředí pacienta prostřednictvím praktických lékařů nebo agentur domácí péče. Jednoduše řečeno všude tam, kde jsou pacienti ošetřováni a kde umírají (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 4).

1.3.2 Specializovaná paliativní péče

Tento typ péče je aktivně poskytován pacientům a jejich rodinám multiprofesním týmem odborníků, kteří mají speciální vzdělání v oblasti paliativní péče a rovněž mají potřebné zkušenosti v tomto oboru. Multiprofesní tým tvoří lékař, sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, duchovní a další odborníci. Specializovaná paliativní péče navazuje plynule na obecnou paliativní péči, kdy potřeby pacienta (tělesné a psychosociální) intenzivně přesáhly možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2011, s. 4).

Specializovaná paliativní péče může být poskytnuta v několika organizačních formách, které se od sebe liší. Mezi základní organizační formy patří:

1. samostatně stojící lůžkové zařízení neboli hospic
2. specializovaná domácí paliativní péče, tzv. domácí (popř. mobilní) hospic
3. oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zařízení (především nemocnic a léčeben)
4. konziliární týmy paliativní péče v rámci jiného zdravotního zařízení
5. ambulance paliativní péče a denní stacionáře
6. zvláštní zařízení paliativní péče, např. poradny, půjčovny pomůcek apod. (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2011, s. 31–32).

1.4 Současnost paliativní péče

1.4.1 Situace paliativní péče na území České republiky

Během posledního desetiletí k obrovským vývojovým změnám v oblasti poskytování paliativní péče (Peřina, 2016).

V současné době se na území naší republiky nachází 18 lůžkových zařízení hospicového typu, která svojí kapacitou 475 lůžek jsou schopna zajistit paliativní péči v závěru života pro 3–4 % nevyлéčitelně nemocných pacientů. Jelikož stále není v České republice obecně akceptovaný standard, je obtížné napsat, kolik je konkrétně na našem území poskytovatelů mobilní specializované paliativní péče. Podle ČSPM splňuje požadavky jen asi patnáct hospicových organizací. Uváděné rozmístění doplňuje tabulka a mapa České republiky s poskytovateli paliativní péče, ve kterých jsou uvedené organizace, kde úroveň garantuje APHPP (Asociace

poskytovatelů hospicové paliativní péče) nebo Fórum mobilních hospiců. Také jsou v tabulce zaznamenány organizace domácí hospicové péče provozované a garantované Charitou ČR (viz příloha B). K 1. listopadu 2016 se na našem území nachází pět ambulancí paliativní medicíny, tři konziliární paliativní týmy a dvě oddělení nemocniční paliativní péče. První oddělení se nachází v Jihlavě a druhé v nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze (Kabelka, Sláma, Loučka, 2016, s. 18).

Paliativní péče na území České republiky se rozrůstá velmi pomalu. V posledních dvou letech dochází k příjemným změnám v této oblasti. Velkou podporu má paliativní péče díky Nadačnímu fondu Avast, který vytvořil program „Spolu až do konce“. Je to program, který podporuje každý rok jednu z oblastí paliativní péče. V prvním ročníku pilotního programu v roce 2014 podpořil Nadační fond Avast 11 projektů částkou zhruba 8 milionů korun českých. Peníze putovaly na výzkumné a vzdělávací projekty zaměřené na systémové změny (Spolu až do konce, 2014, s. 2). V druhém ročníku v roce 2015 programu „Spolu až do konce“ podpořil rozvoj získávání peněz a rozvoj finanční soběstačnosti třetině hospiců v ČR. Podpořil 10 hospiců a 7 projektů celkovou částkou zhruba 7 milionů korun českých (Spolu až do konce, 2015, s. 2-3). Ve třetím ročníku v roce 2016 podpořil program Spolu až do konce rozvoj paliativní péče v nemocnicích ve všech regionech ČR. V programu požádalo zhruba 58 nemocnic o grant, který poskytne peníze na rozvoj paliativní péče v nemocnicích. Díky programu bylo podpořeno 18 projektů ze 17 nemocnic. Celkově byl grant v celkové částce zhruba 27 000 000 korun českých. Mnoho podpořených nemocnic peníze z grantu použije na rozvoj oddělení paliativní péče, vytvoření týmu nebo vyškolení personálu (Spolu až do konce, 2016, s. 2).

1.4.2 Situace paliativní péče v zahraničí

Sláma (2009, s. 183) uvádí, že pokud chceme srovnávat jednotlivé země Evropy, musíme si uvědomit, že každá má odlišnou organizaci zdravotnictví. Díky tomu se nabídka paliativní péče a specializované paliativní péče významně liší.

Loučka (2015, s. 15) popisuje, že se v Německu nachází 214 lůžkových hospiců, 250 oddělení paliativní péče v rámci nemocnic, 14 dětských hospiců a 1500 agentur domácí hospicové péče. Hospicová péče je plně hrazena z veřejného pojištění od roku 1997. V roce 2013 na území Německa zemřelo v péči MSPP 74 594 pacientů a v současné době zde pracuje 277 týmů MSPP.

V Rakousku je paliativní péče prováděna týmy MSPP a v nemocničních odděleních. Pacienti v Rakousku na tuto péči nic nedoplácí. V roce 2013 pracovalo na Rakouském území 44 týmů MSPP a v péči týmů MSPP zemřelo 8818 pacientů. To je zhruba 10x větší počet než na území naší republiky (Loučka, 2015, s. 23).

A na Slovensku nemají vymezenou MSPP, obsahem se podobá spíše definici mobilní hospicové péče obsažené v koncepci paliativní péče z roku 2006. V roce 2013 poskytovalo 15 zařízení mobilní hospicovou péči, 8 lůžkových hospiců a k tomu lze přiřadit i 169 lůžek ústavní hospicové péče (Loučka, 2015, s. 30).

Na území Polska se v roce 2010 nacházelo kolem 280 domácích hospiců, 65 stacionárních hospiců a 40 hospiců zaměřených na péči o děti. Právě v Polsku je paliativní péče pro děti na vysoké úrovni, na území se nachází mobilní dětské hospice (Lážová, 2014).

Každý stát v Evropě to má s financováním, vymezením paliativní péče a MSPP odlišné. Ve Finsku pokrývají poptávku částečně mobilní hospicové týmy složené převážně ze sester. V sousedním Norsku existuje rozšířená síť paliativních jednotek v nemocnicích a síť tzv. zdrojových sester, které jsou vyškoleny v paliativní péči. Ve Švédsku je hrazena MSPP z veřejných prostředků, jednu z forem paliativní péče využívá kolem 15 % obyvatel (Loučka, 2015, s. 6, 20, 32). Loučka (2015, s. 11) také uvádí, že v Irsku je MSPP dostupná pouze během pracovní doby a nikoli nepřetržitě oproti jiným zemím.

1.5 Vzdělání v oblasti paliativní péče

1.5.1 Kvalifikace lékařů

Sláma (2007, s. 10) uvádí, že lékaři musí splňovat podmínky získání a uznání odborné specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb..

Lékaři na vedoucích pozicích by měli mít specializaci v oboru paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti. Další lékaři by měli mít specializaci nejlépe v oborech praktické lékařství pro dospělé, vnitřní lékařství, geriatric, neurologie, klinická onkologie, rehabilitační a fyzikální medicína, anesteziologie a resuscitace. Lékaři bez specializační způsobilosti mohou pracovat pod lektorským dohledem vedoucího lékaře (Sláma, 2007, s. 10).

1.5.2 Kvalifikace sester

Všeobecné sestry musí splňovat podmínky odborné způsobilosti k výkonu povolání dle zákona č. 96/2004 Sb. Vrchní sestry by měly mít specializační způsobilost k výkonu specializovaných činností dle nařízení vlády č. 463/2004 Sb. (Sláma, 2007, s. 10).

Sestry v mobilní specializované paliativní péči by měly navštěvovat odborná školení a kurzy. K jednomu z odborných kurzů patří i ELNEC. ELNEC je zkratkou anglického End Of Life Nursing Education Consortium, což je mezinárodní projekt Vzdělávacího konsorcia všeobecných sester, které pracují s pacienty v konečné fázi života. Kurz je určen nejen pro všeobecné sestry, zdravotnické nebo sociální pracovníky, ošetřovatele, ale také pro všechny zájemce. V tomto kurzu se účastníci školí pomocí metod interaktivního přístupu, reálných kazuistik a nácviků modelových situací. Tento kurz je součástí kontinuálního vzdělávání a je ohodnocen Českou asociací sester (ČAS) 12 kreditními body (ELNEC, 2015).

Jednou z dalších možností vzdělávání v této oblasti paliativní péče jsou různé kurzy, které poskytují vybrané hospice na našem území. Jedním z nich, který nabízí tematicky zaměřené kurzy, je Hospic sv. Štěpána v Litoměřicích. Další je Mobilní hospic Ondrášek, který nabízí kurzy pro zdravotní sestry s tematikou domácí hospicové péče u dětí (Kurzy, Hospic sv. Štěpána Litoměřice, 2016; Centrum vzdělávání Mobilního hospice Ondrášek, o.p.s., 2016).

Další možností je studium magisterského oboru „Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech“, který je tematicky zaměřen na specializovanou péči o onkologicky nemocné a umírající. Obor nabízí Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice. V současné době lze studovat obor v kombinované formě (Univerzita Pardubice: Fakulta zdravotnických studií, 2016).

2 DOMÁCÍ (MOBILNÍ) HOSPICOVÁ PÉČE

Podle Svatošové (2008, s. 115) je vymezení pojmu domácí neboli mobilní hospicové péče v podstatě velmi jednoduché a vychází z několika základních charakteristik této péče. A to: nevyлéčitelně nemocný, aktivně pečující blízký, domácí prostředí a komplexní péče multiprofesním týmem. Tato péče vychází z myšlenek hospicového hnutí a bere každého člověka neopakovatelně a jedinečně.

Jednoduše můžeme tedy říct, že se jedná o péči, která je poskytována v domácím nebo náhradním sociálním prostředí pacienta. Péče je neomezeně dostupná (24 hodin, 7 dní v týdnu) pacientům formou návštěv. Péče je prováděna multiprofesním týmem. Do tohoto týmu patří lékaři, sestry, ošetrovatelé, psychologové, sociální pracovníci, duchovní a dobrovolníci. Tento tým zvládá vyřešit v domácím prostředí všechny možné vzniklé situace. Vždy musí být při péči v domácím prostředí respektována lidská důstojnost a zachován vysoký standard medicínské a ošetrovatelské praxe. Péče také garantuje nemocnému, že nebude trpět bolestí a nezůstane v posledních chvílích života sám (Marková, 2010, s. 23; Haškovcová, 2007, s. 64-65).

2.1 Předpoklady pro poskytování domácí hospicové péče

Domácí hospicová péče je poskytována v případě, kdy jsou splněny určité podmínky:

1. Pacient chce, aby o něj bylo pečováno v domácím prostředí. Domácí prostředí považuje domácí hospicová péče za nejvhodnější.
2. O pacienta se musí postarat v domácím prostředí alespoň jedna aktivně pečující osoba z rodiny nebo blízkých.
3. Pacient a jeho rodina jsou seznámeni se zdravotním stavem, s jeho závažností a prognózou.
4. Pacient a jeho rodina souhlasí s principy poskytování domácí hospicové péče a rozumí možnostem a limitům této péče.
5. Pro poskytování domácí hospicové péče je důležité společné pojmenování dosažitelných cílů léčby a péče.
6. Je důležité probouzet a udržovat u pacienta a jeho rodiny realistické naděje a očekávání (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2011, s. 9).

Pokud jsou splněny veškeré podmínky pro poskytování domácí hospicové péče, není důvod, aby nemocnému tyto služby nebyly poskytnuty (Sláma, Kabelka, Vorlíček et al, 2011, s. 9).

2.2 Komu je domácí hospicová péče určena

Kritériem přijetí pacientů do domácí hospicové péče jsou pacienti s nevyléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stádiu onemocnění, kteří chtějí žít a umřít doma (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka; 2011, s. 6).

Domácí hospicová péče je určena pacientům, u kterých není možné dále pokračovat v kauzální léčbě, protože současná medicína nedokáže vyléčit jejich onemocnění. U pacienta můžeme pouze mírnit obtíže, které základní onemocnění způsobuje. Základní onemocnění tyto pacienty ohrožuje na životě a je vysoce pravděpodobné, že v důsledku tohoto onemocnění zemřou (Skála, Sláma, Vorlíček, Kabelka; 2011, s. 6).

Je tedy vhodná u pacientů, kteří jsou v tzv. terminálním stádiu onemocnění, kdy dochází k nevratnému zhoršování celkového stavu v důsledku závažného selhání jednoho nebo více funkčních systémů. A také u pacientů, u kterých je prognóza onemocnění v rámci týdnů, měsíců, ale i let (Sláma, Kabelka, Vorlíček; 2011, s. 29).

Může dojít k situaci, kdy není možné poskytovat domácí hospicovou péči. Jednou z možností je, že chybí v okolí bydliště pacienta organizace, která tuto péči poskytuje. Dalším velkým problémem je nemožnost starat se o pacienta z důvodu prostorových omezení (např. vybavení, dostupnost, uspořádání bytu a velký počet osob v domácnosti) anebo z důvodu špatných rodinných vztahů, např. disharmonické rodiny, pouze jeden vyčerpaný pečující (Svatošová, 2008, s. 118-119).

2.3 Kdo poskytuje domácí hospicovou péči

V současné době je o umírajícího v domácím prostředí postaráno dvěma typy poskytovatelů, oba jsou označováni jako domácí péče. Prvním je zmíněná domácí hospicová péče. Druhým poskytovatelem může být agentura domácí péče neboli home care. Je důležité zmínit, že v současné době chybí indikátor či pojmenování, které by tyto dva typy péče rozlišovalo. Oba poskytovatelé domácí zdravotní péče a domácí hospice totiž poskytují shodně komplexní ošetrovatelskou péči v rozsahu lékařem předepsaným (Marková, 2011, s. 23; Sláma, Kabelka, Zavadová a kol. 2013, s. 10-11; Tomeš, Dragomirecká, Sedlářová a kol., 2015, s. 53).

Domácí hospic nabízí nad rámec běžné domácí zdravotní péče péči dostupnou 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Součástí domácího hospice je komplexní odborný tým s lékařem, který navštěvuje alespoň jednou týdně pacienta. Všeobecné sestry jsou v pohotovosti na telefonu a jsou připraveny kdykoliv vyrazit za pacientem. Četnost jejich návštěv ani čas strávený

u pacienta nejsou omezeny. Nad rámec také podporují pečující osoby a pomáhají jim během nemoci pacienta, v době úmrtí i v době období zármutku (Marková, 2011, s. 23).

Agentury domácí péče zajišťují ošetrovatelskou péči o terminálně nemocného pacienta v rámci obecné paliativní péče nebo tzv. domácí péče s hospicovou složkou. Většinou nemají agentury zajištěnou péči 24/7 a nemají k dispozici lékaře, duchovního a psychologa. Služba je založená na dobré spolupráci mezi praktickým lékařem a ambulancí paliativní péče (Marková, 2011, s. 23).

2.4 Jak probíhá domácí hospicová péče

Domácí hospicová péče probíhá podle společně vytvořeného plánu, který je založen na celkovém zhodnocení stavu pomocí interdisciplinárnímu týmu. Do plánu je důležité zakomponovat schopnosti, preference a potřeby pacienta a rodiny (Sláma, 2007, s. 5).

2.4.1 První kontakt s rodinou

Podle Kalvacha (2010, s. 48) se ve většině případů na domácí hospicovou péči obrací pečující rodina s žádostí o pomoc. Mnohdy pečující rodina nemá žádné představy o této péči, pouze se o této možnosti dozvěděla od známých. V lepším případě se pečující rodina o domácí hospicové péči dozvěděla u ošetřujícího nebo praktického lékaře, který doporučil tuto péči nebo ji indikoval.

První „předkontakt“ většinou probíhá emailem nebo telefonicky. Ve společném rozhovoru je důležité domluvit, aby rodina dorazila na osobní schůzku do sídla domácí hospicové péče nebo se setkání uskutečnilo u nemocného doma. Je dobré, když se první kontakt s rodinou uskutečňuje v samostatné místnosti s dostatečným časovým prostorem a je u něj přítomen sociální pracovník (Kalvach, 2010, s. 48-49).

Důležité je s rodinou objasnit aktuální situaci, aktuální potřeby a zjistit, jaká je jejich představa o péči. Během tohoto setkání může dojít k závěru, že pacient není paliativní, ale chybí u něj pouze potřeba dlouhodobé domácí péče. Také je důležité vyvolat pocit důvěry, aby pečující rodina věděla, že tuto těžkou situaci zvládnou (Kalvach, 2010, s. 48-49; Sláma, 2007, s. 5).

Pracovníci domácího hospice a rodina by se měli domluvit na rozsahu a podmínkách poskytované péče. Pracovníci by měli rodinu seznámit s financováním, možnostmi příspěvků na péči, možnostmi zapůjčení či zakoupení ošetrovatelských pomůcek. Pracovníci by si měli od rodiny převzít zdravotnickou dokumentaci a založit novému pacientovi kartu.

Nejdůležitějším výstupem je společné domluvení nejbližšího termínu, kdy lékař se sestrou navštíví pacienta ve vlastním sociálním prostředí (Kalvach, 2010, s. 50).

2.4.2 První návštěva u pacienta

První návštěva by měla být u pacienta za přítomnosti lékaře a sestry domácího hospice v pacientově domácím prostředí. V některých případech může první návštěva probíhat jen se zkušenou sestrou domácího hospice a po jejím zhodnocení navštěvuje pacienta lékař (Kalvach, 2010, s. 50).

Součástí první návštěvy je seznámení lékaře s pacientovou zdravotní dokumentací, provedení komplexního vstupního vyšetření a odebrání anamnézy. Důležité je, aby lékař během návštěvy zjistil, kolik informací pacient ví o svém onemocnění a o prognóze onemocnění. Výstupem první návštěvy je zhodnocení zdravotního a psychického stavu pacienta, zhodnocení zdravotních problémů pacienta (chronické rány, stomie). Nesmíme zapomenout zjistit, jaké jsou aktuální potřeby, přání a očekávání pacienta. Sestra by zároveň měla také zhodnotit, jak se jí pacient jeví, jaký je jeho zdravotní a funkční stav (pohyblivost, stabilita, sebeobsluha). Měla by si všimnout, v jakých sociálních podmínkách pacient žije, případně jaké jsou vztahy mezi rodinou a pacientem (Kalvach, 2011, s. 50-52).

Během návštěvy by mělo dojít k podepsání smlouvy o poskytování domácí hospicové péče, podepsání informovaného souhlasu pacienta (Sláma, 2007, s. 5).

2.4.3 Průběh domácí hospicové péče

Domácí hospicová péče je poskytována koordinátorem neboli určenou zdravotní sestrou. Četnost návštěv se odvíjí od aktuálního stavu pacienta a probíhají formou návštěv terénních pracovníků (zdravotní sestry, lékaře). Většinou sestry jezdí denně (nebo dle potřeby) za pacientem v předem domluvených ranních nebo odpoledních hodinách. Při návštěvě změřící sestra pacientovi fyziologické funkce, zkontroluje a zhodnotí aktuální zdravotní stav a připraví aktuální medikaci dle ordinace lékaře (Cesta domů, 2016).

Nejčastěji sestra podává léky na tišení bolesti (do podkoží, žilního vstupu, portu), vyměňuje náplasti proti bolestem, převazuje rány, napojuje infuze, pečuje o dutinu ústní a vyměňuje náplně v dávkovači (Martinek, 2013).

V odpoledních hodinách navštěvuje pacienta obvykle lékař se sestrou a provádí tzv. vizitu. Vizita v domácím prostředí neprobíhá každý den, ale většinou přichází lékař dle stavu a potřeb

pacienta i rodiny. Vizita může tak být jednou za týden nebo několikrát denně. Lékař zapisuje hodnocení také do dokumentace, která je společná pro sestry a lékaře (Kalvach, 2011, s. 61).

V případě potřeby má pacient a jeho rodina neomezenou možnost telefonické konzultace se sloužící sestrou, která zná pacientův zdravotní stav, a v případě nevyřešení problému přes telefon, má možnost sestru přijet za pacientem. Pokud je zdravotní stav pacienta natolik zhoršený, může sestra kontaktovat lékaře a domluvit se na podání SOS medikace. SOS plán intervencí je individuální rozpis opatření pro případ komplikací, které mohou nastat vzhledem k povaze pacientova onemocnění. Sestra nebo předem edukována rodina může pacientovi podat tzv. SOS medikaci. Každý pacient ji má předem napsanou ve své dokumentaci, kterou má sestra a rodina k dispozici. Díky tomu se snižuje potřeba urgentních hospitalizací a výjezdů rychlé záchranné pomoci (Kalvach, 2011, s. 62).

K domácí hospicové péči neodmyslitelně patří psychosociální pracovník, který v průběhu péče přichází do rodiny a dává rodině užitečné informace a pomáhá rodině při zvládnutí péče o umírajícího. Tento pracovník může zprostředkovat další služby, jako je např. vyřízení příspěvku na péči, případné přijetí do lůžkového zařízení (Cesta domů, 2016).

2.4.4 Respitní péče

Každý z nás, kdo se někdy staral o nemocného, ví, jak je to náročné. Nejen z pohledu fyzického, ale také psychického. Právě tento odlehčovací typ péče umožňuje rodinným příslušníkům a jiným osobám, které se starají o pacienta v domácím prostředí, plánovanou nebo neplánovanou chvíli odpočinku. Podstatou této péče je, že pečující, který se nepřetržitě stará o pacienta, má možnost požádat o tzv. respitní pobyt. Pacient je v respitní péči umístěn na krátkou dobu, většinou v rámci několika týdnů (Moreira, 2017).

Tato péče může být poskytnuta v lůžkových zařízeních – kamenný hospic, nebo v zařízeních poskytujících denní péči – denní stacionář (Radbruch, Payne; 2010, s. 19-20).

2.5 Úmrtí pacienta v domácí hospicové péči

Úmrtí v domácím prostředí je velmi emočně silnou událostí, i přes to, že většina úmrtí je očekávaných. O tom, co a jak udělat při úmrtí pacienta, často pečující nechtějí předem rozsáhle mluvit. Pokud se pacient výrazně zhorší nebo při laicky ohledání rodina zjistí, že pacient umřel, musí zavolat sestru (Kalvach, 2011, s. 63).

Sestra přijíždí za pacientem a sestersky posuzuje úmrtí. Vysloví soustrast rodině a je vhodné, aby uklidnila pečující, že pomohli zmírnit utrpení a splnili přání nemocného umřít doma.

Po vyslovení soustrasti sestra dává tělo do rovné polohy, zavírá oči a v případě potřeby podvazuje bradu. Po těchto krocích by měla sestra volat lékaře, který je kompetentní ke stanovení smrti. Každého zemřelého totiž musí vidět lékař, který konstatuje smrt a vyplní „List o prohlídce zemřelého“. Do domácího prostředí přijíždí registrovaný praktický lékař pacienta, pokud se praktický lékař nemůže dostavit, volá se záchranná služba. Do příjezdu lékaře může sestra umýt tělo, obléknout zesnulého dle přání rodiny. Pokud rodina chce, může asistovat nebo si zemřelého obléci sama. V tomto případě je důležité respektovat přání rodiny. Při příjezdu lékaře mu sestra poskytuje dokumentaci a další informace. Je důležité, aby lékař věděl, že smrt je očekávaná, a pokud k tomu není mimořádný důvod, není nutná pitva. V případě příjezdu záchranné služby je potřeba upozornit rodinu, že záchranáři zemřelého neodvezou. Sestra může navrhnout rodině, aby informovala další příbuzné, aby se mohli přijet rozloučit. Dále sestra může navrhnout, že rodina zapálí svíčku a společně se rozloučí u lůžka. Většinou rodiny nevědí, co dělat, proto sestra může rodině poradit. Pokud se rodina rozloučila, sestra může doporučit několik kontaktů na pohřební služby, aby se rodina mohla rozmyslet. Na pohřební službu se nemusí volat ihned, je tu časová prodleva na příjezd dalších příbuzných (Kalvach, 2011, s. 63-64).

Sestra by měla zapsat okolnosti úmrtí do dokumentace a tu si následně odvézt. Na závěr by měla sestra nabídnout pomoc pozůstalým, protože úmrtím pacienta péče obvykle nekončí. Tým domácí hospicové péče je v kontaktu s pozůstalými alespoň rok. Pozůstalí se mohou setkávat v rámci tzv. setkání pozůstalých (Ludačková, 2011, s. 44).

2.6 Ukončení péče

K ukončení péče může dojít z několika důvodů. Mezi nejčastější důvody patří:

- úmrtí pacienta
- pacient nesplňuje podmínky pro přijetí do péče
 - zlepšení a stabilizace zdravotního stavu
 - pečující rodina není schopna zajistit permanentní péči o pacienta a není schopna zajistit přítomnost alespoň jednoho člověka u pacienta
- pacient je převezen do lůžkového zařízení (lůžkový hospic, nemocnice)
- rodina nebo pacient nesouhlasí s postupy mobilní paliativní péče a navrhli jiný postup (Skála, 2007, s. 6).

2.7 Financování domácí hospicové péče

Domácí hospicová péče neboli mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) není v současné době v České republice stále hrazena z veřejného pojištění, a proto je financování poměrně komplikované. Obecně je financování domácích hospiců vícezdrojové. Hlavním příjmem jsou granty, veřejné sbírky a dary fyzických nebo právnických osob. Dalším možným příjmem mohou být přímé platby pacientů, které platí pacient nebo rodina pacienta. Každý domácí hospic si účtuje jinou částku za den poskytnuté péče (Uhlíř, 2014, s. 2).

Významným krokem ke zlepšení financování je v současné době pilotní projekt mobilní specializované paliativní péče, který ověřuje přínos MSPP pro systém zdravotní péče z hlediska kvality péče o pacienta, proveditelnosti, bezpečnosti a ekonomické náročnosti (Pilotní program MSPP, 2015, s. 8).

2.7.1 Pilotní projekt MSPP

Pilotní program měl probíhat v období od 1. 4. 2015 do 31. 12. 2016 nebo do dosažení cílového počtu zařazených pacientů. Do pilotního projektu bylo zařazeno 7 poskytovatelů MSPP. Na projektu spolupracovala Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), Česká společnost paliativní medicíny (ČLS JEP), Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). V rámci pilotního programu měla být poskytnuta MSPP 350 pacientům, pojištěncům VZP. Každý poskytovatel tak mohl do projektu zařadit 50 svých pacientů (Pilotní program MSPP, 2015, s. 4).

Poskytovatelé mobilní specializované paliativní péče, kteří byli součástí pilotního programu:

1. Diecézní charita Brno – pracoviště Rajhrad a Třebíč
2. Hospic sv. Alžběty – Brno
3. Centrum pro léčbu bolesti a paliativní medicínu – Zlín
4. Domácí hospic Cesta domů – Praha
5. Občanské sdružení Most k domovu – Praha a Praha-západ
6. Oblastní charita Červený Kostelec
7. Mobilní hospic Ondrášek – Ostrava

Zdroj: Pilotní program MSPP, 2015, s. 4

2.7.1.1 Shrnutí Pilotního projektu

1. listopadu 2016 se uskutečnil seminář v Poslanecké sněmovně, který měl za úkol zhodnotit, jak probíhal a jak dopadl pilotní projekt. Pilotní program probíhal v období duben 2015 až únor 2016. V pilotním projektu poskytovalo péči 8 hospicových organizací napříč republikou a společně se postaraly o 327 pacientů. Péče byla poskytována jako „domácí hospitalizace“ o pacienty v terminální fázi onemocnění. Mobilní hospic zajistil v průběhu 24/7/365 veškerou zdravotní péči, kterou pacient potřeboval (Kabelka, 2016, s. 1).

Pilotní program mobilní specializované paliativní péče prokázal, že mobilní hospice jsou schopné bezpečně, kvalitně pečovat o nevléčitelně nemocné v jejich domácím prostředí a respektují při tom všechny zákonné normy. V pilotním projektu byl mobilní hospic schopen v 92 až 97 % případů dohovát pacienta, který si přál umřít doma s pomocí rodinných příslušníků. Dále byl mobilní hospic schopen účinně tlumit bolest u pacientů se zhoršujícími symptomy a zachovat tak kvalitu pacientova života i na sklonku života (Kabelka, 2016, s. 2).

Z pilotního projektu je patrné, že mobilní hospic se dokáže postarat o pacienty se značnými potřebami zdravotní péče, ale náklady na péči se nezvyšují. Naopak projekt dokázal, že den péče v MSPP stojí méně, průměrně asi 1316 Kč. ÚZIS ve spolupráci s VZP náhodně vytvořily kontrolní skupinu na datech 70. 000 pojištěnců, kteří zemřeli ve stejném období. Ovšem průměrný náklad na jeden den v závěru života byl 1632 Kč (Kabelka, 2016, s. 2).

Bohužel reálné náklady mobilních hospiců jsou o něco vyšší, pohybují se v rozmezí 1700–1900 Kč. Proto v průběhu pilotního projektu museli poskytovatelé MSPP platit finanční rozdíl i nadále z darů. Platby se týkaly jen zdravotnické složky, bohužel nezdravotnické služby musel mobilní hospic platit také z jiných zdrojů. Pilotní projekt také zjistil, že průměrná délka péče o pacienty byla 15,2 dne. Došlo také k tomu, že celkem 12,5 % pacientů bylo v péči déle než 30 dnů. VZP to také nehradila a mobilní hospice je musely platit z jiných zdrojů (Kabelka, 2016, s. 2).

Pilotní projekt přinesl naději nejen pro poskytovatele MSPP, ale také pro pacienty, kteří tuto péči potřebují. Díky výsledkům pilotního projektu se povedou jednání o rozšíření do dalších regionů ČR, delším období péče a pro další typy nemocných. Dalším krokem bude přesvědčit ostatní zdravotní pojišťovny, aby se do projektu také zapojily. Jelikož se pilotní projekt osvědčil, v následujícím roce 2018 bude nejspíš pokračovat (Kabelka, 2016, s. 1).

Na začátku roku 2017 se setkali zástupci rezortu zdravotnictví se zástupci poskytovatelů hospicové a paliativní péče. Při setkání se společně zástupci dohodli, co vlastně hospicová péče

je, kdo a jak, kde a v jaké kvalitě a rozsahu ji má poskytovat. Díky tomu může dojít k zakotvení paliativní a hospicové péče do českých norem. Proto by v průběhu roku 2017 mělo dojít k novelizaci zákona č. 372/2011 o zdravotních službách, kde bude zahrnuta definice hospicové a paliativní péče a její způsob financování (Schrenková, 2017).

2.8 Shrnutí teoretické části

Teoretická část je rozdělena na dvě kapitoly.

První kapitola se věnuje problematice paliativní péče, která je nedílnou součástí všech forem hospicové péče. Další kapitoly popisují, pro koho je tato péče určena a z kterých principů vychází. V jedné z podkapitol je popsána současná situace paliativní péče u nás a v zahraničí. V závěru první kapitoly jsou uvedeny možnosti vzdělání lékařů a sester v paliativní péči.

V druhé kapitole je popsána problematika domácí hospicové péče, jaké jsou předpoklady této péče, průběh a kdo poskytuje domácí hospicovou péči. Jedna z kapitol se věnuje financování domácí hospicové péče.

Jednotlivé kapitoly na sebe vzájemně navazují a jsou důležité k pochopení celé problematiky.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 HLAVNÍ CÍLE PRAKTICKÉ ČÁSTI

Hlavním cílem praktické části je zmapovat systém péče o umírající onkologické pacienty v Královéhradeckém kraji.

Druhým dílčím cílem praktické části je představit zjištěná fakta ve vybraných kazuistikách u onkologicky nemocných v terminální fázi života, kterým je poskytována domácí hospicová péče.

4 METODIKA A ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Bakalářskou práci lze charakterizovat jako teoreticko – praktickou. Praktická část navazuje na část teoretickou. Věnuje se mapování systému péče o umírající onkologické pacienty v Královéhradeckém kraji a k dokreslení problematiky byly vytvořeny kazuistiky pacientů domácí hospicové péče.

Prvním krokem bylo v rámci praktické části studium dokumentace, která spočívala v analýze webových stránek a výročních zpráv všech poskytovatelů domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji. Cílem této podrobné analýzy bylo shrnutí informací dostupných na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů v Královéhradeckém kraji do stručných článků.

Druhým krokem bylo vytvoření kazuistik. Pro realizaci tohoto cíle byly vzhledem ke zvolenému tématu použity kvalitativní výzkumné metody – metoda pozorování, analýza dokumentů, rozhovory a na základě těchto metod vytvořeny případové studie – kazuistiky. Kazuistiky byly tvořeny podle ošetrovatelského modelu dle Marjory Gordonové. Plán ošetrovatelské péče byl vypracován dle taxonomie NANDA domény z roku 2015-2017. Ošetrovatelské problémy pacientů jsou definovány do ošetrovatelských diagnóz.

Při získávání informací od pacientů byl použit anamnestický rozhovor, dále rozhovor s rodinou nebo informace od ošetřujícího personálu. Sekundárním zdrojem informací byla zdravotnická dokumentace a lékařské zprávy. Záměrným výběrem byli vybráni pacienti, kteří splňovali předem určená kritéria. Hlavním kritériem výběru respondentů bylo, aby se jednalo o pacienty s nevléčitelnou onkologickou chorobou, kteří jsou v péči domácího hospice. Respondenti museli být prokazatelně seznámeni se svou diagnózou a závažnou prognózou. Respondenti museli dobrovolně souhlasit se zapojením do praktické části bakalářské práce.

4.1 Vlastní výzkum

Výzkumné šetření probíhalo u respondentů (pacientů) v jejich domácím prostředí v rámci odborné praxe v prosinci 2016. Respondenti byli zařazeni do výzkumu po domluvě s vrchní sestrou, která k výzkumu udělila souhlas. Všem respondentům byl vysvětlen postup, jak budou probíhat rozhovory, případné možné ukončení výzkumu kdykoliv během průběhu rozhovorů.

Před samostatným rozhovorem bylo nutné vždy přihlídnout k aktuálnímu stavu respondenta (pacienta) vzhledem k progredujícímu nevléčitelnému onemocnění. Aktuální stav byl vždy konzultován se sestrou domácí hospicové péče a pečující rodinou.

Celkem byli osloveni 4 respondenti, 3 ženy a 1 muž. Jeden muž se nechtěl podílet na výzkumné části bakalářské práce. S rozhovorem souhlasily tři ženy. Se všemi byl zahájen rozhovor, dokončeny byly pouze dva. Třetí rozhovor nebyl dokončen z důvodu náhlého zhoršení stavu a nesouhlasu ze strany rodiny pacientky.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Možnosti domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji

Královéhradecký kraj leží v severovýchodní části Čech (Královéhradecký kraj, 2013). K 31. 12. 2013 zde žilo 551 909 obyvatel. V průběhu roku 2013 na území Královéhradeckého kraje zemřelo 5 918 osob, z toho 1 470 obyvatel na novotvary. A také bylo nově hlášených případů zhoubných novotvarů a novotvarů in situ celkem u 4 727 osob (ÚZIS, 2013).

Je těžké napsat, kolik poskytovatelů v Královéhradeckém kraji nabízí domácí hospicovou péči. Podle APHPP, která sdružuje organizace poskytující lůžkovou a domácí hospicovou péči v České republice a garantující kvalitu služeb, jsou to čtyři poskytovatelé. Mezi ně patří Mobilní hospic Anežky České v Červeném Kostelci, Domácí hospic Duha v Hořicích, Domácí hospic Setkání v Rychnově nad Kněžnou a Domácí hospicová péče Oblastní charity v Hradci Králové. Kontakty na uvedené organizace viz příloha C (Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, 2014).

Dalším, kdo provozuje a zároveň garantuje domácí hospicovou péči, je Charita ČR. Mezi ně patří v Královéhradeckém kraji Charitní ošetrovatelská služba Náchod a Domácí hospicová – paliativní péče Oblastní charity Trutnov (Umírání, 2017).

Na stránkách Fakultní nemocnice Hradec Králové lze dohledat „Seznam spolupracujících poskytovatelů paliativní péče“, ve kterém si můžeme vyhledat, kdo spolupracuje při jejím poskytování. V seznamu můžeme vidět i zmíněné agentury domácí zdravotní péče (viz příloha D).

V Královéhradeckém kraji se nacházejí tři pracoviště léčby bolesti, která získala garanci Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP. Je to ambulance paliativní medicíny a léčby chronické bolesti MUDr. Richterové v Hradci Králové a ambulance MUDr. Tillerova v Náchodě. Dále se v tomto kraji nachází dvě pracoviště léčby bolesti, která nezískala garanci pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP. A to ambulance léčby bolesti v Náchodě a v Trutnově. Hospic v Červeném Kostelci nabízí také svoji ambulanci paliativní péče a léčby bolesti (Linkos, 2016).

Níže jsou uvedeny základní informace o poskytovatelích, kteří jsou členy APHPP.

5.1 Mobilní hospic Anežky České v Červeném Kostelci

Hospic Anežky České v Červeném Kostelci je prvním založeným hospicem v roce 1994, ale až od roku 1996 uvedeným do provozu. Tento hospic je nestátní zdravotnické a sociální zařízení, které slouží zároveň jako modelové zařízení zájemcům o hospicovou péči z České republiky i zahraničí. (Hospic Anežky České, 2017).

V kamenném hospici Anežky České se nachází nejen lůžkové oddělení, ale také ambulance paliativní péče. Ambulanci paliativní péče navštěvují pacienti, kteří mají nastoupit do hospice nebo pacienti, které propustili z hospice do domácího prostředí. Dále můžou navštěvovat ambulanci pacienti v preterminálním a terminálním stádiu, kteří chtějí a mají možnost zůstat ve svém domácím prostředí. Tato služba je dostupná pro pacienty skoro všech zdravotních pojišťoven v České republice s výjimkou Vojenské zdravotní pojišťovny (VOZP), která nemá uzavřenou Smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče, tedy tuto službu zcela svým klientům odmítá hradit. Ambulance je pro pacienty otevřena každé úterý a čtvrtek od 08.00 do 12.00 hodin (Hospic Anežky České, 2017).

Dále tento hospic nabízí možnost domácí hospicové péče pomocí **Mobilního hospice Anežky České**. Tato forma péče je vhodná pro pacienty, kteří si přejí umřít doma, nebo pro rodiny, které si přejí pečovat o vážně nemocného v domácím prostředí. Tato péče je možná pro pacienty na území Červeného Kostelce a v okolí do vzdálenosti 20 km. Za určitých podmínek a po vzájemné domluvě lze péči vykonávat i ve vzdálenějších místech. Mobilní hospic Anežky České je financován z části veřejným zdravotním pojištěním, ale část nákladů si hradí pacient sám. Za každý den poskytnuté péče zaplatí pacient 100 Kč/den a také doplácí poplatky za podávané léky, které nejsou hrazené zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny hradí práci sester a lékařů (Hospic Anežky České, 2017).

Tabulka 1 Mobilní hospic Anežky České

Rok	2013	2014	2015	2016
Celkový počet pacientů	61	64	87	*
Počet vykonaných návštěv	2173	2378	2378	*
Průměrný věk klientů	70	66	66	*
Průměrný počet dnů péče o klienta	20,5	25,6	25,6	*
Celkový počet klientů za dostupné roky	212			

*-Údaje nejsou dostupné.

Zdroj: Hospic Anežky České, 2017

5.2 Domácí hospic Duha, o.p.s. v Hořicích

Domácí hospic Duha, o.p.s. je hospicové občanské sdružení v Hořicích, které je registrováno od roku 2009. Pacient v péči Domácího hospice Duha platí za poskytnutou péči 200,- Kč/den, v ceně je zahrnut běžně spotřebovaný materiál (stříkačky, jehly, hadičky, obvazy atd.) a také zapůjčení nezbytných zdravotních a kompenzačních pomůcek (polohovací postel, antidekubitní matrace, oxygenátor, odsávačka atd.). Navíc pacient připlácí, pokud sestra navštíví pacienta v době pracovního volna nebo klidu nebo v mimopracovní době od 15.30 hod. + 100,- Kč/den a v době od 22.00 – 6.00 hod + 100,- Kč/den. Pokud pacient bydlí v Hořicích nebo do 5 km od Hořic, nepřispívá na dopravu za 1 návštěvu, má ji zdarma. Pokud pacient bydlí 5–10 km od Hořic, platí částku 50,- Kč. Pokud pacient bydlí 10–20 km od Hořic, platí částku 100,- Kč. A pokud pacient bydlí 20–30 km od Hořic, musí zaplatit navíc 150,- Kč k péči (Hospic Duha, o.p.s., 2009; Hospic Duha, o.p.s., 2010).

Tabulka 2 Domácí hospic Duha, o.p.s.

Rok	2013	2014	2015	2016
Celkový počet pacientů	22	15	*	*
Celkový počet hodin, které sestry strávily u pacientů	202 hodin	330 hodin	*	*
Celkový počet pacientů za dostupné roky	37			

* - Údaje nejsou dostupné.

Zdroj: Výroční zpráva Duha o.p.s.

5.2.1 Domácí hospic Duha, o.p.s. ve Vrchlabí

Tento domácí hospic vznikl v roce 2016 jako pobočka Domácího hospice Duha v Hořicích. Poskytuje péči pacientům z okolí Vrchlabí a Jilemnice (Hospic Duha, o.p.s., 2016).

5.3 Domácí hospic Setkání, o.p.s. v Rychnově nad Kněžnou

Domácí hospic Setkání, o.p.s. byl založen v září roku 2013 v Rychnově nad Kněžnou, od prosince roku 2013 je registrován jako obecně prospěšná společnost. Od roku 2014 nabízí Domácí hospic Setkání hospicovou péči v plném rozsahu. Tato společnost poskytuje zdravotní služby v oborech domácí paliativní a domácí ošetrovatelská péče. Služby jsou poskytovány v Rychnově nad Kněžnou, kde společnost sídlí, a na území do 30 km od Rychnova nad Kněžnou. Tato péče je v současné době hrazena převážně z darů, není hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pacient si náklady částečně hradí sám částkou 200 Kč za den poskytnuté péče (Výroční zpráva, Setkání domácí hospic o.p.s., 2015).

Tabulka 3 Domáci hospic Setkání, o.p.s.

Rok	2013	2014	2015	2016
Celkový počet pacientů	*	16	28	41
Celkový počet návštěv lékařů	*	52	85	119
Celkový počet návštěv sester	*	253	282	330
Průměrný počet dnů péče o klienta	*	*	15,3	21,5
Celkový počet pacientů za dostupné roky	83			

* - Údaje nejsou dostupné.

Zdroj: Výroční zprávy z roku 2014, 2015, 2016

5.4 Domáci hospicová péče v Hradci Králové

Dva roky od vzniku myšlenky poskytovat domácí hospicovou péči (DHP) zahájila Oblastní charita Hradec Králové dne 16. 4. 2013 činnost Domáci hospicové péče. Od roku 2014 se Domáci hospicová péče stala samostatným střediskem Oblastní charity Hradec Králové. Na začátku péči poskytovalo pět lékařů, pět zdravotních sester, sociální pracovnice, psychoterapeut, dobrovolníci a v případě potřeby byla možná i návštěva duchovního. V současné době tvoří tým praktický lékař, lékař s atestací paliativní medicíny a léčby bolesti, zdravotní sestry, pečovatelky a pečovatelé, sociální pracovnice, psychoterapeut, duchovní různých církví a dobrovolníci. Veškerá péče o umírajícího je založena za předpokladu aktivní spolupráce s praktickým lékařem (Oblastní charita Hradec Králové, 2014; Oblastní charita Hradec Králové, 2015; Oblastní charita Hradec Králové, 2016).

Tato DHP spolupracuje s Ambulancí paliativní medicíny a léčby chronické bolesti MUDr. Richterové v Hradci Králové a s Ambulancí paliativní medicíny ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové (Oblastní charita Hradec Králové, 2015). Obě tato pracoviště léčby bolesti získala garanci Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP (Linkos, 2016).

V domácí hospicové péči v Hradci Králové pracuje vrchní sestra Bc. et. Bc. Viera Ivanovová, která je mimořádným členem Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a zároveň je členem České asociace sester – Léčba bolesti a paliativní medicíny (Oblastní charita Hradec Králové, 2015).

Tabulka 4 Domácí hospicová péče Hradec Králové

Rok	2013	2014	2015	2016
Celkový počet pacientů	43	113	137	134
Celkový počet návštěv lékařů	83	274	315	450
Celkový počet návštěv sester	1988	3802	3863	3045
Celkový počet pacientů za dostupné roky	293			

Zdroj: Oblastní charita Hradec Králové, 2014; Oblastní charita Hradec Králové, 2015; Oblastní charita Hradec Králové

6 KAZUISTIKA Č. 1

Paní XY (54 let) byla v péči domácí hospicové péče od 24. listopadu 2016 s diagnózou tumoru jícnu. Pacientka je vdaná, s manželem a tchyní bydlí ve dvougeneračním domě. Nemocná pracovala v zahradnictví, nyní pobírá částečný invalidní důchod. Má společenskou, přátelskou povahu. Oporou jí je hlavně manžel, tchyně a synové.

Průběh nemoci

Pacientka vypráví, jak se u ní onemocnění zvláště neprojevovalo. Pacientka se cítila více unavená, slabá, stěžovala si na bolest kloubů. Myslela si, že to je z práce. Pak začala hubnout (3 kg/měsíc), toho si všimnul manžel a díky němu šla k lékaři. Diagnózu tumor jícnu se pacientka dozvěděla na konci roku 2015. Bylo to pro ni velmi stresující, pacientka vypráví: „*Lékařka to na mě vyhrkla, bylo to strašné.*“ Pacientka si stěžovala, že jí to mohla paní doktorka sdělit jiným, taktnějším způsobem. Z lékařské zprávy je patrné, že šlo o inoperabilní tumorovou infiltraci o velikosti 30 cm, histologicky diagnostikovaný invazivní dlaždicobuněčný karcinom. Od ledna 2016 do února 2016 byla u pacientky zahájena chemoradioterapie – plán IMRT 45 Gy/ 25 frakcí + boost na tumor 5,4 gy/ 3 frakce. Pacientka popisuje, že byla v tomto období velmi unavená a stále hubla. Dle kontrolního CT, které bylo provedeno v květnu 2016 byla zjištěna progresse onemocnění. V období mezi červnem a zářím 2016 byla u pacientky zahájena paliativní chemoterapie po 4 cyklech s redukcí obou složek o 25 % pro nízké BMI. Pacientce byl dále diagnostikován bronchoezofageální píštěl, který byl řešen stentem. V listopadu 2016 vzhledem ke komplikacím (bronchopneumonie, nízké BMI, plicní embolie) byla ukončena onkologická léčba, dále postupováno symptomatologickou léčbou a doporučena další péče v následném zařízení. Lékař jí doporučil pobyt v kamenném hospici z důvodu progresse onemocnění a neúčelné léčby. Nabídl jí kamenný hospic v Červeném Kostelci, ale pacientka do kamenného nechtěla, protože měla zkušenosti s domácí hospicovou péčí, která se starala o jejího tchána. Po domluvě s praktickým lékařem jím byl kontaktován nejbližší domácí hospic.

Domnívám se, že pacientka je podle hodnocení Kübler-Rossové (viz příloha E) v období zloby, hněvu či agrese. V některých momentech pacientka mluví o tom, proč zrovna jí diagnostikovali takový typ nádoru. Mluví o tom, že: „*Je to nespravedlivé. Chtěla bych vidět, jak porostou vnoučátka od syna.*“ Dle mého názoru je pacientky rodina (především manžel) v počátku fáze smíření. Uvědomuje si, že je jeho žena nemocná, že umírá a chce pro ni udělat vše, co si přeje a chce jí být i velkou oporou.

Anamnéza

Osobní anamnéza: prodělala běžná dětská onemocnění

Rodinná anamnéza: otec zemřel v 55 letech na astma, 3 sourozenci zdraví, 3 děti zdravé

Sociální anamnéza: respondentka žije s manželem a tchyní v rodinném dvougeneračním domě na vesnici; synové dochází pravidelně na návštěvy

Farmakologická anamnéza: anxiolytika, psychoanaleptika

Alergická anamnéza: Cipronol – exantém

Pracovní anamnéza: květinářka, nyní invalidní důchod

Abúzus neboli toxikologická anamnéza: od 30 let - 10 cigaret denně, alkohol od roku 2000 nepije

Gynekologická anamnéza: menarché ve 13 letech, menopauza v 52 letech, 3 spontánní porody, poslední gynekologická preventivní prohlídka 04/16

Diagnózy

Hlavní diagnóza: Tumor jícnu, dg. 2015

Vedlejší diagnózy:

v.s. bronchoezofageální píštěl 09/2016, progrese 11/2016

Hypomagnézie, hypofosfatémie v.s. při refeeding sy 11/2016

Plicní embolie dle CT 09/16

Nádorová kachexie 06/2016

Chronická kalcifikující pankreatitida dg. 2009

Hepatomegalie (levý lalok jater) dle UZ 2009

Drobné přisedlé polypy rectosigmatu dle kolonoskopie 11/2015

Fyzikální vyšetření

Tabulka 5 Fyzikální vyšetření u pacientky č.1

Fyzikální vyšetření	
Vědomí	při plném vědomí
Celkový vzhled	upravená, kachektická, v pyžamu
Váha	33,80 kg
Výška	158 cm
Dýchání	16 dechů za minutu, eupnoe, bez fenoménů
Puls	68 za minutu, pravidelný, dobře hmatný
Tělesná teplota	36,7 °C
Krevní tlak	114/80
Postoj	vzpřímený, při návštěvě sedí na pohovce
Poloha	aktivní
Chůze	chůze s pomocí, zvládá po bytě s infuzním stojanem
Abnormální pohyby	nejsou
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	ano, stisk pevný, zvládá uchopit předmět
Rozsah pohybu kloubu	v normě
Kompenzační pomůcky	nepoužívá
Kůže	suchá, snížený kožní turgor
Končetiny	dobře hmatná periferní pulzace, suchá, teplá kůže
Zornice	izokorické
Dutina nosní	bez sekrece
Dutina ústní	sliznice suchá, jazyk bez povlaku, není zápach
Zrak	vidí dobře
Sluch	slyší dobře

Informace získané objektivním pozorováním

Tabulka 6 Informace získané objektivním pozorováním u pacientky č.1

Informace získané objektivním pozorováním	
Oční kontakt	udržuje
Orientace	orientovaná v místě, čase, prostoru
Pozornost	úmyslná
Chápání myšlenek a otázek	chápe

Řeč	plynulá
Úroveň slovní zásoby	dobrá
Nervozita	ano
Vzájemná spolupráce	podle toho, která sestra z domácí hospicové péče přijede

Škály a testy

Tabulka 7 Škály a testy u pacientky č.1

Škály a testy	
BMI	13, 5 (podváha)
GCS (Glasgow Coma Scale, viz příloha F)	15 bodů
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (viz příloha G)	24 bodů
Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (viz příloha H)	úroveň 3
Barthelův test (viz příloha CH)	60, v ošetrovatelské kategorii č. 3
Paliativní škála funkční zdatnosti (PPS) (viz příloha I)	50

Medikace

Tabulka 8 Medikace pacientky č.1

Medikace – enterální, transdermální				
Název léku	Léková skupina	Podání	Dávkování	Poznámka
Fentalis 12,5 mcg/h	opiát	opiátová náplast	na 72 hodin	možno při dalším přelepení navýšit
Doreta 75mg /650 mg	analgetikum	per os tablety	1-0-1	do přelepení náplasti
Fraxiparine 0,6 ml	antikoagulancia	s.c. podání	1x denně	přechod na 0,4 ml; 0,3 ml
Nutrison	enterální výživa	do NJ sondy enterální pumpou	1 litr na 12 hod.	80 ml/hod.

Medikace intravenózní

Tabulka 9 Infuzní terapie u pacientky č.1

Infuzní terapie
Fyziologický roztok 1000 ml denně 1x a 12 hod.

SOS Medikace

Tabulka 10 SOS medikace u pacientky č.1

SOS medikace – intravenózní, subkutánní	
Při akutní bolesti	10 mg MO 1 %, s.c. podání
Při dušnosti	10 mg MO 1 %, s.c. podání
Při nevolnosti, zvracení	5 mg Haloperidolu s.c. (až 3x denně)
Pokud dojde ke snížení tekutin <500 ml/ den	Infuzní terapie dle OL

6.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Pacientka vnímá svůj zdravotní stav jako špatný a myslí, že příčinou vzniku onemocnění je to, že celý život hodně kouřila, stresovala se. Při objevení prvních zdravotních obtíží navštívila lékaře a byla rozhodnutá s nemocí bojovat. Postupem času s výskytem komplikací naději ztrácela, ale stále věřila ve vyléčení. Momentálně si je vědoma, že je nevléčitelně nemocná a že je odkázaná na péči domácího hospice. Je ráda, že je doma. Snaží se dodržovat všechny pokyny lékařů, bariérovou péči a prevenci komplikací. V minulosti si pacientka pravidelně vyšetřovala svá prsa. K udržení zdraví se pacientka snažila zdravě stravovat, především jedla zeleninu a ovoce vypěstované na zahrádce. A někdy chodila s manželem plavat do bazénu, po objevení zdravotních potíží přestala.

1. Výživa a metabolismus

Než se u pacientky objevily první příznaky onemocnění (nechutenství, únava, bolesti kloubů, dyspepsie), jedla, na co měla chuť. Nikdy se neomezovala. Jedla pětkrát denně. Snažila se jíst hodně zeleniny a ovoce z vlastní zahrádky. Momentálně nepřijímá nic per os z důvodu píštěle. I když lékaři v nemocnici tvrdili, že by mohla jíst tekutou stravu, pacientka se obává další bronchopneumonie, kterou ji postrašili v nemocnici. Řekli jí, že by to pro ni bylo velmi ohrožující.

Během dne si pacientka vkládá do úst kostku ledu, kterou si nechává rozpustit a po douškách pije z hrníčku neperlivou vodu, dohromady 1 litr/den. Občas se po napití objevuje kašel s vykašláváním nažloutlého hlenu.

Pacientka má zavedenou NJ sondu, na kterou má napojenou enterální výživu pomocí dávkovače. Každé ráno ji zapojuje manžel. Výživu přes NJS pacientka toleruje. Pacientka uvádí, že jediné, co jí vadí, je, že ji svědí nos kvůli nalepené sondě. Chut' na jídlo nepocítuje.

Momentální váha pacientky je 33,8 kg, uvádí váhový úbytek asi 20 kg. Pacientka nemá po těle kožní defekty ani otoky.

Pacientka uvádí, že se jí zhoršila kvalita vlasů, ale nehty má dlouhé a pevné.

Pacientka má svůj vlastní chrup, jehož kvalita se v poslední době zhoršila.

2. Vylučování

Pacientka neudává potíže při močení, vyprazdňuje se spontánně. Vyprazdňování stolice má pacientka pravidelně jednou za dva dny ráno. Vyprazdňování zvládá bez pomoci. Stolica je fyziologická, formovaná, bez příměsí a patologických změn. Pocení je přiměřené, bez oděru, otoky pacientka nemá.

3. Aktivita a cvičení

Z důvodu progresu onemocnění pacientka zvládá pouze chůzi s pomocí nebo s oporou o infuzní stojan. Po chůzi na záchod se cítí velmi unavená a občas dušná. Potom si musí odpočinout na pohovce v obývacím pokoji, kde tráví celý den. Na noc přechází spát do ložnice.

Pacientka ráda přes den sleduje pořady s tematikou zvířat a cestování nebo plete ponožky pro vnučky.

4. Spánek, odpočinek

Pacientka má problémy se spánkem, v noci se budí a nemůže usnout. Přes den spí asi 2 hodiny po obědě. Ráda má před spaním vyvětraný pokoj, jiné rituály pacientka neuvádí.

5. Vnímání, poznávání

Pacientka nemá žádné problémy se sluchem a čichem, nepoužívá žádné sluchové kompenzační pomůcky. Obtíže se zrakem nemá, brýle nepoužívá, očního lékaře nenavštěvuje. Paměť má v pořádku, pamatuje si a vybavuje si. Pacientka je orientovaná osobou, místem a časem. Pacientka mluví plynule a srozumitelně.

6. Koncepce, sebeúcta

Pacientka se hodnotí jako celoživotní optimista, zastává názor, že všechno se musí řešit s nadhledem. Momentálně si uvědomuje, že nemocí se jí změnil náhled na svět a je psychicky slabá a stává se z ní trochu pesimista. Nemůže se smířit s tou těžkou zprávou, ale snaží se s ní žít. Přesto jsou chvíle, kdy si pacientka dává otázky typu, proč zrovna ona onemocněla. Nejvíce ji mrzí, že má od synů vnoučata a nebude vidět jejich růst. Má obavy, zda to bez ní manžel zvládne.

7. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je vdaná, s manželem má tři děti a dvě vnoučata. Bydlí s manželem a tchyní ve dvougeneračním domě. S manželem má spokojené manželství, velice si váží toho, co pro ni manžel dělá. S tchyní má velmi dobrý vztah, tchyně se přes den o pacientku stará. Rodina spolupracuje a podílí se na péči o ni.

8. Sexualita, reprodukční schopnost

První menstruaci měla pacientka ve 13 letech, menopauzu v 52 letech bez větších obtíží. Pacientka byla třikrát těhotná, porody proběhly bez komplikací. Na poslední gynekologické prohlídce byla v dubnu 2016.

Pacientka o sexualitě nechce mluvit, sděluje jen, že s manželem má krásný vztah a nemocí se ještě utužil.

9. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance

Dříve pacientka zvládala zátěžové situace špatně. Je si vědoma, že při nich více kouřila cigarety a pila alkohol. Alkohol od roku 2000 nepije, ale kouření jí zůstalo a kouří i nadále. Momentálně si uvědomuje, že je psychicky slabá. Jakákoliv změna se jí velmi dotýká, např. když přijede jiná sestra než její oblíbená. To bylo názorně vidět vždy, když jsem pacientku navštívila s jinou sestrou, mluvila jen o nemoci a neřekla nic navíc nebo odpověděla stroze. Když jsem přijela za pacientkou s oblíbenou sestrou, mluvila o tom, co dělala, co jí manžel přinesl a co viděla v televizi. A vyptávala se i nás, co plánujeme odpoledne dělat a kam půjdeme.

10. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka není pokřtěná, nevěří v žádnou víru. Celý život pro ni je nejdůležitější zdraví a rodina.

6.2 Průběh péče u pacientky

Příjem – 24. 11. 2016 – Za pacientkou přijíždí lékař spolu se sestrou. Patientka podepisuje informovaný souhlas s péčí. Manžel pacientky přítomen návštěvy lékaře se sestrou. Lékař informuje o režimových opatřeních – klidový režim, fyzické šetření a prevence infekce. Sestra edukuje manžela o SOS medikaci, o ponechání dokumentace.

Každá návštěva u pacientky probíhala skoro ve stejném scénáři. Sestra přijela za pacientkou, která ležela v obývacím pokoji na pohovce. Změřila pacientce fyziologické funkce, zapsala výsledky do dokumentace. Zjistila, jaký je aktuální stav, případné komplikace zapsala a snažila se je pomocí SOS medikace vyřešit. V případě potřeby volala lékaři. Po rozhovoru s pacientkou připravila medikaci, podala medikaci a nachystala medikaci večerní.

6.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces

Chronická bolest – 000133

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkání či popsáný pomocí termínů pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, neustávající nebo opakované, bez očekávaného či předvídatelného konce a s trváním delším než 6 měsíců.

Diagnostická doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Sloučeno s: 000148 Strach

Určující znaky: změněná schopnost pokračovat v předchozích aktivitách, změněný vzorec spánku, anorexie (nechutenství), zprostředkované hlášení o bolesti/změnách v aktivitách (např. člen rodiny, pečovatel)

Související faktory: změněný vzorec spánku, únava, ženské pohlaví, infiltrace nádoru

Přijetí ošetrovatelské diagnózy: ano

Cíl: Patientka udává zmírnění bolesti po celou dobu poskytování domácí hospicové péče.

Pacientka případnou bolest oznámí rodině, případně při návštěvě právě sloužící sestře.

Pacientka má nalepenou opiátovou náplast dle ordinace lékaře na 72 hodin.

Pacientce v případě bolesti bude podána rodinou SOS medikace. Pokud SOS medikace nezabere, kontaktuje rodina sestru z domácí hospicové péče.

Pacientka nebude mít strach z nezvládnutí bolesti po celou dobu péče poskytované domácí hospicovou péčí.

Intervence: Zjistí charakter, intenzitu, trvání bolesti a zhodnotí bolest pacientky na stupnici VAS.

Aplikuj medikaci (opiáty, opiátovou náplast) dle ordinace lékaře.

Zaznamenej správně podání opiátu do dokumentace.

Zeptej se pacientky na případnou bolest při každé návštěvě u pacientky.

Kontroluj, zda má pacientka nalepenou opiátovou náplast dle ordinace lékaře.

Vyměň opiátovou náplast po intervalu 72 hodin.

Střídej místo nalepení náplasti při každé výměně.

Edukuj rodinu pacientky o tom, jak má podat SOS medikaci.

Upozorni rodinu, pokud SOS medikace nezabere, aby kontaktovala domácí hospicovou péčí.

Přichystej vždy rodině medikaci na večer, aby rodina mohla podat léky pacientce před spaním.

Realizace: Pacientka při každé návštěvě udávala, zda se bolest dostavila i přes podanou medikaci. Pokud medikace nestačila, kontaktovala sestru lékaře a ten medikaci pozměnil.

Hodnocení: Pacientka a její rodina seznámena, že v případě bolesti mají k dispozici SOS medikaci. Manžel pacientky zná a umí správně aplikovat připravené večerní léky do infuzní kanyly, kterou má pacientka zavedenou v podkoží na břiše. Zná techniku proplachování, podání a znovu propláchnutí infuzní kanyly. Rodina ví, že pokud vzniknou nějaké komplikace, musí kontaktovat sestry z domácí hospicové péče.

Únava - 00093

Definice: Celkově zmáhající dlouhodobý pocit vyčerpání a snížená schopnost fyzické a duševní práce na obvyklé úrovni.

Diagnostická doména: Aktivita/odpočinek

Třída: Rovnováha energie

Sloučeno s: 00095 Porušený spánek

Určující znaky: zvýšení tělesných symptomů, zvýšení požadavků na odpočinek, nedostatek energie

Související faktory: ztráta kondice, fyzický stav

Přijetí ošetřovatelské diagnózy: ano

Cíl: Pacientka se bude po probuzení cítit odpočatá.

Pacientka bude spát v noci minimálně 6 hodin nerušeným, plnohodnotným spánkem.

Pacientka se nebude v noci budit bolestí po celou dobu poskytování domácí hospicové péče.

Intervence: Doporuč pacientce, aby přes den pouze odpočívala, ale nespala.

Doporuč rodině, aby pacientce před spánkem vyvětrala a zajistila klidné prostředí pro spánek.

Přichystej rodině večerní medikaci dle ordinace lékaře.

Ptej se pacientky na bolest před spaním, během noci.

Realizace: Rozhovorem s pacientkou bylo zjištěno, že kvalitu jejího spánku narušuje bolest. Pacientce jsme vysvětlily se sestrou, že pokud bude pospávat přes den, tak může mít v noci slabší spánek a může se budít. Přítomné rodině připravujeme večerní medikaci, aby ji měli nachystanou každý večer. Zjišťujeme od pacientky, jak jí vyhovuje současná dávka léků proti bolesti.

Hodnocení: Pacientka se snaží přes den být vzhůru, aby se dostatečně unavila a celou noc prospala. Pacientka uvádí, že se dobře vyspí, pokud manžel aplikuje medikaci těsně před tím, než jde spát. Pacientka si zapisuje do poznámek, po jaké medikaci se jí spalo lépe.

Zhoršená tělesná pohyblivost - 00085

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Diagnostická doména: Aktivita/Odpočinek

Třída: Aktivita/Cvičení

Sloučeno s: 00108 Deficit sebepěče při koupání

000155 Riziko pádů

Určující znaky: změna chůze (zpomalené tempo chůze),

Související faktory: úbytek svalové hmoty, snížení svalové síly, malnutrice, bolest, ztráta kondice, farmaka

Přijetí ošetřovatelské diagnózy: ano

Cíl: Pacientka bude schopna dojít do koupelny za opory infuzního stojanu, v případě potřeby v doprovodu rodiny.

Pacientka bude provádět hygienickou péči na úrovni svých schopností, v případě potřeby pacientce pomůže rodina.

Pacientka neupadne po celou dobu péče v domácím prostředí.

Intervence: Nabídní pacientce vhodné kompenzační pomůcky, které by jí usnadnily chůzi.

Pouč rodinu o vhodném prostředí, aby pacientka neupadla (např. odstraněním koberečků z koupelny a záchodu).

Pouč pacientku, že nesmí přeceňovat svoje síly a musí sdělit rodině, pokud něco sama nezvládne.

Realizace: Sestra edukuje rodinu o nutnosti odstranění koberečků v koupelně a na záchodě. Pacientce bylo opakovaně sděleno, že nesmí přeceňovat své síly.

Hodnocení: Manžel pacientky v celém vrchním patře, kde pacientka tráví čas, odstranil koberec, aby na podlaze nic neklouzalo a jeho manželka neupadla. Tchyně pacientky pomáhá s hygienou, když je pacientka velmi unavená.

Porušené polykání – 00103

Definice: Abnormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu.

Diagnostická doména: Výživa

Třída: Příjem potravy

Sloučeno s: 00002 Nevyvážená výživa: méně, než je potřeba organismu

Určující znaky: abnormalita v jícnové fázi při polykání, potíže s polykáním, bolest v epigastriu, odmítání jídla

Související faktory: výživa sondou v anamnéze, nedostatečné prospívání, mechanická obstrukce (nádor)

Přijetí ošetřovatelské diagnózy: ano

Cíl: Pacientka má zajištěnou dostatečnou hydrataci a výživu organismu.

Pacientka má přiměřenou vlhkost sliznic a normální kožní turgor.

Pacientka neubývá dále na hmotnosti v době poskytování domácí hospicové péče.

Pacientka toleruje příjem výživy pomocí NJ sondy.

Během péče o pacientku nedojde k aspiraci.

Intervence: Zjistí bilanci tekutin (množství moči, charakter).

Kontroluj, zda je NJS funkční a pravidelně přelepuj náplast na nose.

Zjistí, kolik pacientka váží, zda organismus toleruje výživu.

Zkontroluj, zda manžel pacientky správně zapnul enterální pumpu.

Realizace: Při každé návštěvě pacientka musela hlásit, kolik moči vymočí a jaký má charakter její moč. Pacientky manžel byl edukován o tom, jak má pacientce každé ráno zapnout a večer vypnout enterální pumpu. Pacientka se pravidelně vážila, aby byl vidět případný úbytek hmotnosti.

Hodnocení: Při každé ranní návštěvě byla zkontrolována enterální pumpa, zda ji manžel dobře zapnul. Pacientka si na papír pravidelně (jednou za dva dny) psala, jakou má hmotnost. Za dobu péče v domácím hospici pacientka zhubla o 1,5 kg.

Riziko infekce – 00004

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů, což může vést k oslabení zdraví.

Diagnostická doména: Bezpečnost/ochrana

Třída: Infekce

Rizikové faktory: invazivní postupy (port, periferní žilní katétr, NJ sonda), malnutrice, změna integrity kůže, kouření,

Přijetí ošetřovatelské diagnózy: ano

Cíl: Periferní žilní katétr bude zaveden do podkoží v oblasti břicha.

Periferní žilní katétr nebude jevit známky infekce po dobu zavedení.

Periferní žilní katétr bude po dobu zavedení funkční.

U pacientky nebudou známky místní a celkové infekce.

Intervence: Sleduj známky výskytu zánětu v okolí periferního žilního katétru.

Zkontroluj místo vpichu a funkčnost periferního žilního katétru před každou manipulací.

Dezinfikuj ústí katétru před podáním infúze.

Proplachuj katétr před a po podání infúze, léků.

Zjišťuj, zda to pacientku při aplikaci nepálí, neštípá nebo nebolí.

Zkontroluj, zda manžel pacientky zvládá správně aplikovat večerní medikaci do periferního žilního katétru.

Realizace: Při každé návštěvě bylo sledováno místo vpichu. Při jedné návštěvě si pacientka stěžovala na probdělou noc a bolesti, při kontrole periferního žilního katétru bylo zjištěno, že pacientka má povytaženou kanylu. Proto byla zavedena nová kanyla do podkoží v oblasti břicha. Místo vpichu bylo bez zarudnutí a nejevilo známky infekce. Při odstranění a zavedení katétru bylo postupováno asepticky. Vše bylo zaznamenáno do dokumentace. Před každým podáním infúze bylo vydezinfikováno ústí katétru a zjištěna funkčnost katétru proplachem.

Hodnocení: Periferní žilní katétr byl odstraněn z pravé strany břicha a zaveden nový do jiného v oblasti levé strany břicha. Okolí místa vpichu nejevilo známky infekce v průběhu mé péče.

7 KAZUISTIKA Č. 2

Paní XY (66 let) byla v péči domácí hospicové péče od 13. prosince 2016 s diagnózou generalizovaný tumor levého prsu. Pacientka je vdova, bydlí s dcerou v malém rodinném domě. Nemocná pracovala jako prodavačka, nyní pobírá starobní důchod. Pacientka je tichá, má přátelskou povahu. Oporou jí je především dcera se synem.

Průběh nemoci

Pacientka si před půl rokem našla na prsu bulku, která jí praskla, nijak to neřešila. Pacientka se bála navštívit lékaře. K lékařům nemá důvěru a bojí se. Neřekla o svém problému ani nejbližším příbuzným. Myslela i na to, že by to mohla být rakovina, ale bála se. Od dcery se dozvídáme, že pacientka nenavštěvovala lékaře, nechodila na preventivní prohlídky.

Dcera nám sděluje, že zdravotní stav se náhle 9. 12. 2016 zhoršil, pacientce se udělalo špatně, zvracela a byla spavá, dehydratovaná a velmi unavená. Dcera pacientku odvezla na pohotovost spádové nemocnice. Na pohotovosti provedli pacientce nezbytná vyšetření a lékař sdělil pacientce její diagnózu.

Z lékařské zprávy je patrné, že pacientce ten den byl diagnostikován pokročilý tumor prsu s metastázemi v játrech a fluidothorax. Pacientka měla na levém prsu tumorózní, extraulcerovanou, nekrotickou ránu, ze které vytékal hnis. V axile pacientky byly zjištěny objemné uzliny a přítomný lymfedém levé horní končetiny.

Lékař také pacientce sděluje, že z důvodu progresu onemocnění, přítomnosti ascitu, fluidothoraxu a ložiskového postižení jater není indikována onkologická léčba, jelikož by to nemělo žádný vliv na prognózu a komfort pacientky, a proto navrhuje symptomatologickou paliativní léčbu cestou lůžek následné péče (LDN – léčebny dlouhodobě nemocných, hospic). Avšak z důvodu lůžkové tísně v několika LDN a v kamenném hospici navrhuje domácí hospic, který zajistí praktický lékař. Lékař se tedy domluvil s rodinou, že si ji dcera vezme domů, a doporučil kontaktovat praktického lékaře a spádovou domácí hospicovou péči.

Domnívám se, že pacientka je podle hodnocení Kübler-Rossové (viz příloha E) ve fázi zloby, hněvu či agrese. Pacientka je zamlklá, nechce s námi mluvit, a když odpovídá, tak velmi jednoduchými odpověďmi. Její chování vůči synovi je až hostilní. Pacientka pocítuje vinu, že spousty let nechodila k lékařům.

Dle mého názoru je pacientky rodina (především dcera) ve fázi šoku. O nemoci matky ví krátce a snaží se zajistit své matce nejlepší péči.

Anamnéza

Osobní anamnéza: prodělala běžná dětská onemocnění, s ničím se neléčí, nenavštěvuje lékaře

Rodinná anamnéza: matka zemřela na CA prsu, otec zemřel stářím

Sociální anamnéza: vdova, žije s dcerou a její rodinou v malém domě na vesnici; syn dochází na návštěvy

Farmakologická anamnéza: pravidelně neužívá žádné léky, v posledních dnech užívá běžně dostupná analgetika (Ibalgin, Nalgesin) při bolesti

Alergická anamnéza: alergie se nevyskytla

Pracovní anamnéza: prodavačka, nyní starobní důchod

Abúzus neboli toxikologická anamnéza: nekouří, pije příležitostně víno

Gynekologická anamnéza: 2x přirozený porod, na pravidelné prohlídky nechodí

Diagnózy

Hlavní lékařská diagnóza: Generalizovaný tumor levého prsu

Vedlejší diagnózy:

Ascites 12/2016

Nádorová kachexie 12/2016

v.s. maligní fluidothorax 12/2016

Cholecystolithiáza 1985

Chronická maligní rána levého prsu 12/2016

Fyzikální vyšetření

Tabulka 11 Fyzikální vyšetření u pacientky č.2

Fyzikální vyšetření	
Vědomí	při plném vědomí
Celkový vzhled	upravená, bledá, kachektická, v teplákové soupravě
Váha	52 kg
Výška	167 cm

Dýchání	17 dechů za minutu, eupnoe, bez fenoménů
Puls	136 za minutu, pravidelný, dobře hmatný
Tělesná teplota	36,9 °C
Krevní tlak	90/60
Postoj	při návštěvě pacientka leží v posteli
Poloha	aktivní
Chůze	nechodící (leží od zhoršení zdravotního stavu)
Abnormální pohyby	nejsou
Stisk ruky, schopnost uchopit předmět	ano, zvládá uchopit předmět, stisk ruky není tak pevný
Rozsah pohybu kloubu	v normě
Kompenzační pomůcky	nepoužívá
Kůže	suchá, snížený kožní turgor
Končetiny	dobře hmatná periferní pulzace, suchá, chladnější kůže
Zornice	izokorické
Dutina nosní	bez sekrece
Dutina ústní	sliznice suchá, jazyk bez povlaku, není zápach
Zrak	brýle na čtení
Sluch	slyší dobře

Informace získané objektivním pozorováním

Tabulka 12 Informace získané objektivním pozorováním u pacientky č.2

Informace získané objektivním pozorováním	
Oční kontakt	udržuje bez problému
Orientace	orientovaná v místě, čase, prostoru
Pozornost	úmyslná
Chápání myšlenek a otázek	chápe
Řeč	plynulá
Úroveň slovní zásoby	optimální
Nervozita	ano (Pacientka je při naší návštěvě velmi nervózní.)
Vzájemná spolupráce	snaží se

Škály a testy

Tabulka 13 Škály a testy u pacientky č.2

Škály a testy	
BMI	18, 65 (normální hmotnost)
Glasgow coma scale (GCS) (viz příloha F)	15 bodů
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (viz příloha G)	20 bodů
Úroveň soběstačnosti dle Gordonové (viz příloha H)	úroveň 5
Barthelův test (viz příloha CH)	30 bodů
Paliativní škála funkční zdatnosti (PPS) (viz příloha I)	40

Medikace

Tabulka 14 Medikace pacientky č.2

Medikace – perorální, transdermální				
Název léku	Léková skupina	Podání	Dávkování	Poznámka
Fentalis 12,5 mcg/h	opiát	opiátová náplast	na 72 hodin	možno při dalším přelepení navýšit
Doreta 75mg /650 mg	analgetikum	per os tablety	1-0-1	do přelepení náplasti

SOS Medikace

Tabulka 15 SOS medikace pacientky č.2

SOS medikace	
Při akutní bolesti	1 tbl. Doreta, při neefektu 10 mg MO 1 %, s.c. podání
Při neklidu, nespavosti	10 kapek Haloperidolu
Při nevolnosti, zvracení	10 kapek Haloperidolu, při neefektu 5 mg Haloperidolu s.c.
Pokud dojde ke snížení tekutin <500 ml/ den	Infuzní terapie dle OL

7.1 Posouzení současného stavu potřeb dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové

1. Vnímání zdravotního stavu, aktivity k jeho zlepšení

Pacientka hodnotí své momentální zdraví jako velmi špatné. Ve společném rozhovoru zaznívá, že příčinou své nemoci bude fakt, že spousty let nechodila k lékařům. Mrzí ji, že to takhle dopadlo, že by si nikdy nemyslela, že by mohla být vážně nemocná. Dcera pacientky doplňuje, že když se matce objevila bulka na prsu, nikomu to neřekla a k žádnému lékaři nešla. Pacientka dříve kouřila, ale vždy jen příležitostně. Aktivity ke zlepšení zdraví nikdy neprovozovala, nechodila na preventivní prohlídky a ani prsa si sama nevyšetřovala.

2. Výživa a metabolismus

Pacientka doposud neměla žádnou dietu, snaží se jíst, na co má chuť. Momentálně v péči domácího hospice udává pacientka nechutenství, nauzeu a zvracení. Pacientce nabízíme popíjení Nutridrinků, který pacientce přivážíme.

Denní příjem stravy pacientky je snídaně, oběd a večere. Chuť k jídlu má pacientka sníženou, ze strachu, že po jídle bude mít pocit na zvracení. Dopomoc při jídle nepotřebuje, nají se sama na lůžku. Pacientka sní půl porce jídla. Potíže s polykáním ani pálení žáhy neuvádí.

Během dne pacientka vypije 1 – 1,5 litru tekutin sama z hrníčku, nejvíce vychlazené ovocné čaje. Pocit žízně neudává.

Momentální váha pacientky je 52 kg, uvádí váhový úbytek 10 kg za půl roku od objevení bulky.

Pacientka má horní a dolní umělou zubní náhradu.

3. Vylučování

Do nedávna plně soběstačná, momentálně částečně soběstačná. Pacientka je částečně inkontinentní, vyprazdňuje se do inkontinentních plen.

Vyprazdňování stolice má pacientka pravidelně každý den. Stolica je fyziologická, formovaná, bez příměsí a patologických změn.

Pacientka má na pravém předloktí přítomný otok z důvodu ponechané infuzní kanyly z pohotovosti, kterou sestra při příjmu vytáhla.

4. Aktivita a cvičení

Pacientka ráda chodila na procházky s vnučkou, momentální zdravotní stav jí to nedovoluje. Je velmi unavená a trápí ji to. V posteli se zvládne s pomocí otočit, ale je to pro ni náročné.

5. Spánek, odpočinek

Se spánkem problém nikdy pacientka neměla, až v posledních dnech si pacientka stěžuje na nespavost z důvodu bolesti a celkového tělesného diskomfortu. Uvádí, že dlouho usíná a budí se kvůli bolesti levé horní končetiny, levého prsu. Uvádá bolesti dle VAS 4-5 v oblasti levé horní končetiny a levého prsu. Pacientka uvádí, že jí to tlačí, jak kdyby se ten nádor zvětšoval.

6. Vnímání, poznávání

Potíže se sluchem nemá, zrak je zhoršený, nosí brýle na čtení. K očnímu lékaři nechodí, brýle má zakoupené v obchodě. Pacientka je plně orientovaná osobou, časem i místem. Pacientka mluví plynule a srozumitelně.

7. Sebekoncepce, sebeúcta

Dcera pacientky mi sděluje, že její matka byla vždy optimistická. Momentálně pacientka mluví velmi negativně. Je uzavřená, nechce s námi komunikovat. Ke své rodině je v posledních dnech velmi nepřátelská i přes to, že se pro ni její nejbližší snaží dělat to nejlepší. S náročnou situací si chce poradit sama.

8. Plnění rolí, mezilidské vztahy

Pacientka je vdova, má dvě děti a jednu vnučku. Bydlí s dcerou a její rodinou v menším domě. S manželem měla spokojené manželství. S dcerou a synem má dobrý vztah. Pacientka plní roli babičky, aktivně hlídá čtyřletou vnučku.

9. Sexualita, reprodukční schopnost

První menstruaci měla pacientka ve 13 letech, menopauzu přibližně okolo 50 let, bez větších obtíží. Pacientka byla dvakrát těhotná, porody proběhly bez komplikací. Na poslední gynekologické prohlídce – nepamatuje si.

O tomto tématu se nechce pacientka bavit.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládnání, tolerance

Pacientce je značně nervózní. Dcera tvrdí, že by bylo lepší, kdyby za pacientkou jezdila jenom jedna sestra.

11. Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Pacientka nebyla nikdy věřící. Pacientka si nepřeje návštěvu duchovního. Celý život pro ni je nejdůležitější rodina.

7.2 Průběh péče u pacientky

První návštěva – 13. 12. 2016 – Za pacientkou přijela sestra v doprovodu lékaře. Lékař pacientku vyšetřil, sepsal dokumentaci, vytvořil medikaci a případnou SOS medikaci. Sestra pacientce převázala chronickou ránu levého prsu, zkontrolovala lymfedém na levé horní končetině a odstranila zavedenou infuzní kanylu z pohotovosti z důvodu otoku předloktí na pravé horní končetině. Rána na levém prsu je velmi rozsáhlá, hojně sáknoucí, velmi zapáchající. U pacientky není přítomná nauzea, zvracení ani dušnost. Pacientka měla stolici před příchodem lékaře se sestrou. Pacientka uvádí bolest dle VAS 4-5 v oblasti levé horní končetiny, levého prsu. Pacientka popisuje bolest jako tlakovou. Sestra podává medikaci dle ordinace lékaře. Vše zapisuje do dokumentace, kterou ponechává v domácnosti.

Druhá návštěva – 14. 12. 2016 - Při ranním předávání jsme se dozvěděly aktuální informace od sestry, která sloužila noční. U paní se v noci nevyskytly žádné změny, rodina nevolala. Sestra nám předala informace a doporučila, ať si vezmeme větší množství obvazového materiálu, antidekubitní podložku do postele, Nutridrinky a inkontinentní pomůcky. Za pacientkou jsme přijely spolu se sloužící sestrou, ve dveřích už na nás čekala dcera pacientky, která nás dovedla za maminkou. Pacientka ležela na posteli v dětském pokoji, kde si hrála vnučka. Pacientku jsme pozdravily, zjistily její aktuální stav a změřily fyziologické funkce. Vše zapsaly do dokumentace. Dcera pacientky nám oznámila, že mamince dneska není dobře, že je jí špatně od žaludku. Ptáme se, co měla pacientka k snídani, kolik toho vypila. Ráno snídala pacientka čtvrt koblíhy a hrníček kaka. Z dokumentace jsme zjistily SOS medikaci a pacientce podaly 5 kapek Haloperidolu per os. Pacientka neudávala zlepšení, ale spíše zhoršení. Syn donáší misku z kuchyně, do které pacientka zvrací žlutozelený obsah, proto sestra podala pacientce 5 mg s.c. Haloperidolu. Následně po tom, co pacientka udává zlepšení, spolu s dcerou a synem do postele instalujeme aktivní antidekubitní matraci. Pacientka v průběhu otáčení pomáhá, ale stěžuje si na bolesti levého prsu.

Připravujeme si pomůcky potřebné na převaz a pacientce převazujeme chronickou maligní ránu na levém prsu. Jelikož rána byla velmi rozsáhlá, hojně sákla a byla velmi zapáchající, dala na ni sestra obvazový materiál se stříbrem (Atrauman Ag+Atrauman), aby zachytil pachy.

Po zvládnutí akutního stavu a převazu zapíše sestra vše do dokumentace. Po zjištění, zda od nás rodina něco nepotřebuje, se loučíme a odjíždíme.

Třetí návštěva – 15. 12. 2016 - Při ranním předávání zvonil na základně telefon. V telefonu se ohlásila dcera pacientky, že šla maminku vzbudit a maminka vypadá, že asi umřela. Ihned odjíždíme se sestrou a sociální pracovnící za pacientkou. Přijíždíme k malému domku a ve dveřích nás čeká dcera. Přicházíme do pokoje a vidíme pacientku, která vypadá klidně, spokojeně. Sestra pacientku vyšetřuje a oznamuje dceři, že opravdu maminka nedýchá. Dceři oznamuje, že musí zavolat lékaře, který musí přijet pacientku vyšetřit a konstatovat smrt. Sestra volá obvodního lékaře, ale ten bohužel z rodinných důvodů nemůže dorazit, sestra tedy volá záchrannou službu a oznamuje, že pacientka je v péči domácí hospicové péče a že je to onkologická pacientka. S dcerou, která je zcela oťřesena událostí, se snažíme domluvit, aby zavolala syna pacientky, aby se přijel s maminkou rozloučit. Stále dceru uklidňujeme, že pro svoji maminku udělali spolu s bratrem to nejlepší a že paní umřela ve spánku, bez bolesti. Dcera se snaží zároveň zabavit svoji malou čtyřletou dcerou, která tam je s námi. Maminka holčičce vysvětluje, že babička spinká. Po příjezdu syna, který se s maminkou rozloučil, přijíždí záchranná služba. Lékař ze záchranné služby vyšetřuje zemřelou, půjčuje si veškerou dokumentaci a odchází do auta sepsat „List o prohlídce zemřelého“. Já se snažím zabavit vnučku a sestra se sociální pracovnící se baví s dcerou a synem. Vše probíhá v naprostém poklidu, dcera zapaluje svíčku v pokoji. Po tom, co lékař přináší dokumentaci, začínáme s péčí o zemřelé tělo. Dcera nás nechává mýt, sama připravuje oblíbené oblečení pacientky. Je velmi zajímavé, že podává oblíbenou teplákovou soupřavu, kterou měla pacientka velmi ráda. Když je vše hotové, sestra nabízí přehled kontaktů na pohřební služby v okolí. Po všech těchto úkonech a opětovných dotazech, zda pro rodinu nemůžeme ještě něco udělat, loučíme se, odjíždíme. V autě si povídáme o tom, jak bylo hezké, že jsme tam mohly být tři (já – studentka, sestra a sociální pracovníce).

Pacientka byla v péči domácí agentury pouhé tři dny. I přes to si myslím, že jí domácí hospicová péče pomohla umřít bez bolestí a v prostředí, které pacientka měla velmi ráda. Myslím si, že i přes to, že u úmrtí byla přítomná čtyřletá vnučka, nebylo smutné, ale právě naopak. Holčička si spokojeně hrála a my se mezitím staraly o její babičku.

7.3 Plán ošetrovatelské péče – Ošetrovatelský proces

Nauzea – 00134

Definice: Subjektivní nepříjemný pocit a vlnovitý pocit v zadní části hrdla a žaludku, který může nebo nemusí mít za následek zvracení.

Diagnostická doména: Komfort

Třída: Tělesný komfort

Určující znaky: zvýšené salivace, pocit na zvracení, dávivý pocit, nauzea

Související faktory: bolest, léky (opiáty), lokalizované nádory

Přijetí ošetrovatelské diagnózy: ano

Cíl: Pacientka přijímá potravu bez vedlejších projevů a komplikací.

Pacientka nebude pociťovat nevolnost a nucení na zvracení po dobu péče v domácí hospicové péči.

Pacientka je dostatečně hydratovaná po celou dobu v domácí hospicové péči.

Intervence: Zaznamenávej četnost, charakter a obsah zvratků.

Podávej pacientce medikaci dle OL (10 kapek Haloperidolu, pokud nezabere 5 mg Haloperidolu s.c.).

Sleduj stav pacientky po podání medikace.

Doporuč pacientce pít vlažný hořký čaj.

Doporuč rodině, aby pacientka jedla lehkou, stravitelnou stravu.

Pouč rodinu o SOS medikaci, aby ji sami podali v případě potřeby.

Upozorni rodinu, pokud nastanou nějaké změny stavu pacientky, ať volají na domácí hospicovou péči.

Realizace: Rodině bylo vysvětleno, že komplikace (nauzea, zvracení) mohou v této fázi nastat. Ať nemají strach, že to společně zvládnou. Pacientce je vysvětleno, že kapky jsou na to, aby se jí nedělalo špatně od žaludku. Rodina je seznámena, že mají podat SOS medikaci. A v případě zhoršení stavu nebo nejasností mají volat na domácí hospicovou péči.

Hodnocení: Pacientce je podána SOS medikace, po medikaci dochází ke zklidnění a zlepšení stavu pacientky. Lékař o stavu informován, vše zapsáno do dokumentace.

Narušená integrita kůže – 00046

Definice: Změna v epidermis anebo dermis.

Diagnostická doména: Bezpečnost/ochrana

Třída: Fyzické poškození

Sloučeno s: 00044 Narušená integrita tkáně

00004 Riziko infekce

Určující znaky: změny integrity

Související faktory: vlhkost (způsobená sekrety – vytékající hnis), mechanické faktory (imobilita), změny pigmentace, nevyvážená výživa, změny turgoru

Přijetí ošetřovatelské diagnózy: ano

Cíl: Rána bude převazovaná pravidelně každý den.

Pacientka má maligní ránu krytou sterilním krytím.

U pacientky se neobjeví známky celkové infekce.

Pacientka nebude mít otok pravého předloktí.

Intervence: Dodržuj zásady aseptického ošetřování maligní rány.

Prováděj pravidelné převazy každou návštěvu.

Kontroluj, zda se otok na pravém předloktí zmenšuje.

Realizace: Při převazu se postupovalo asepticky, převaz byl proveden při každé návštěvě. Každý převaz byl zaznamenán do dokumentace.

Hodnocení: Sestra vždy při převazu maligní rány postupovala asepticky. Rána se převazovala každý den (každou návštěvu) Atraumanem G a sterilním krytím. Ošetřovatelský záznam chronické rány přiložen v příloze J.

Zhoršená tělesná pohyblivost– 00085

Definice: Omezení nezávislého cíleného tělesného pohybu těla či jedné nebo více končetin.

Diagnostická doména: Aktivita/odpočinek

Třída: Aktivita/cvičení

Sloučeno s: 00249 Riziko dekubitu

00040 Riziko syndromu nepoužívání (muskuloskeletárního systému)

00091 Zhoršená pohyblivost na lůžku

00108 Deficit sebepéče při koupání

00109 Deficit sebepéče při oblékání

00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování

Určující znaky: změna chůze, potíže při otáčení, diskomfort

Související faktory: úbytek svalové hmoty, úbytek svalové síly, malnutrice, bolest, farmaka, ztráta kondice

Přijetí ošetrovatelské diagnózy: ano

Cíl: Pacientka bude schopna se otočit v lůžku na úrovni svých schopností, v případě potřeby pacientce pomůže rodina.

Rodina bude pravidelně polohovat pacientku.

Pacientka nemá poškozenou kožní integritu na predilekčních místech.

Pacientce s hygienou a oblékáním pomůže rodina.

Intervence: Pouč členy rodiny, aby pacientce pomohli se v posteli otočit.

Pouč členy rodiny, aby pacientku polohovali, ale zároveň udržovali komfort pacientky.

Edukuj rodinu, jak se má správně starat o kůži pacientky.

Edukuj rodinu, co to jsou predilekční místa.

Upozorni rodinu, že se musí starat o hygienu pacientky.

Realizace: Rodině je vysvětleno, že stav pacientky se natolik zhoršil, že potřebuje jejich pomoc v oblasti polohování, hygieny a oblékání. Rodina je edukována o možnostech polohování

a prevenci imobilizačního syndromu. Sestra rodině vysvětluje péči o kůži a kontrolu predilekčních míst.

Hodnocení: Dcera pacientky se aktivně zapojuje do péče o pacientku. Aktivně ji polohuje a vypodkládá postel různými složenými dekami. Pacientka vypadá spokojeně a v komfortu.

Narušený vzorec spánku – 00198

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Diagnostická doména: Aktivita/odpočinek

Třída: Spánek/odpočinek

Sloučeno s: 000133 Chronická bolest

Určující znaky: změna normálního vzorce spánku, nespokojenost se spánkem, pocit nedostatečného odpočinku

Související faktory: imobilizace

Přijetí ošetřovatelské diagnózy: ano

Cíl: Pacientka nebude dlouho usínat.

Pacientka se nebude v průběhu noci budít z důvodu diskomfortu.

Intervence: Doporuč, aby pacientka v průběhu dne nespala, ale pouze odpočívala.

Doporuč, aby rodina pacientce před spánkem vyvětrala a zajistila klidné prostředí pro spánek.

Zajisti, aby pacientka nebyla v diskomfortu.

Realizace: Při rozhovoru s pacientkou bylo zjištěno, že má narušený spánek diskomfortem. Pacientce jsme vysvětlili, že je lepší, když ve dne spíše odpočívá. Přítomné rodině vysvětlujeme, že je vhodné pacientce vyvětrat před spaním.

Hodnocení: Z důvodu úmrtí pacientky nelze zhodnotit, zda cíle bylo dosaženo.

8 SHRUTÍ KAZUISTIK

Pro kazuistiky byly použity příběhy dvou žen, jedna ve věku 54 let a druhá ve věku 66 let. První pacientce byl diagnostikován karcinom jícnu, druhé byl diagnostikován generalizovaný karcinom prsu.

První pacientka pravidelně chodila na preventivní prohlídky, dodržovala vždy pokyny lékařů. Druhá nechodila na preventivní prohlídky, protože z lékařů měla strach a neměla k nim důvěru.

První pacientce po zjištění diagnózy navržena léčba pomocí radiochemoterapie, která bohužel z důvodu progresu onemocnění byla změněna na paliativní chemoterapii. Pro výskyt komplikací (nízké BMI, opakované bronchopneumonie, plicní embolii) byla i tato paliativní chemoterapie ukončena a počata symptomatologická léčba. Druhá pacientka měla asi půl roku na levém prsu bulku, která jí praskla, i přes to lékaře nenavštívila. Po půl roce, kdy se její zdravotní stav zhoršoval, dcera pacientku odvezla do nemocnice. Po několika vyšetřeních byl pacientce diagnostikován generalizovaný karcinom prsu.

Obě pacientky si domácí hospicovou péči vybraly na základě doporučení lékaře. U pacientky č. 1 rozhodovala o volbě předchozí zkušenost s vlastním tchánem, kterého doprovázela stejná domácí hospicová péče. Pacientce č. 2 bylo sděleno, že hospitalizace v nemocnici fakulního typu není indikována, pouze paliativní péče formou hospitalizace v jiném zařízení. Pokus lékaře o domluvení hospitalizace na několika LDN, v kamenných hospicích se nezdařil z důvodu lůžkové tísně. Lékař se tedy domluvil s rodinou, že si ji dcera odveze domů. Pacientka č.1 uvádí, že pro ni bylo těžké, když jí lékařka sdělila závažnou diagnózu. Uvědomuje si, že to šlo oznámit i jiným způsobem, než jaký zvolila lékařka. Pacientka č.2 se lékařů bojí, nikdy je nenavštěvovala ze strachu a nedůvěry. Lékař na pohotovosti, kde jí oznámil diagnózu, to na ni vyhrkl, že pacientka byla v šoku. Až praktický lékař jí vše vysvětlil a seznámil ji s prognózou.

Podobné zkušenosti uvádí i Vogelová (2017, s. 50) ve své diplomové práci, která zjišťuje, jakým způsobem se informantky dozvěděly o domácí hospicové péči. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že se o tomto typu péče dozvěděly třemi způsoby. Informoval je buď praktický lékař, lékař v nemocnici nebo sociální pracovníce z onkologie. Některé z informantek měly za sebou studium na zdravotnické škole a v neposlední řadě se o tomto typu péče dozvěděla informantka od své známé. Perníčková (2017, s. 53) uvádí, že v jejím výzkumném šetření se o tomto typu péče dozvědělo 16 % dotazovaných od praktického lékaře a ve 40 % se dotazovaní dozvěděli informace od známých a přátel. Kalvach (2008, s. 48) píše, že pečující mají informace někdy od lékaře či laického doporučovatele, ale mnohdy nemají představu či ji mají zkreslenou.

V mých kazuistikách se o domácí hospicové péči dozvěděly pacientky od ošetřujícího lékaře. První pacientka měla zároveň vlastní zkušenost s domácí hospicovou péčí. Druhé pacientce poskytl více informací její praktický lékař.

Obě pacientky mají pocit, že domácí hospicová péče je lepší varianta, než kdyby ležely v nemocnici. Pacientka č.1 uvádí, že si sice nemůže stěžovat na předchozí pobyt v nemocnici, ale stejně je pro ni lepší, že je doma, ve své posteli a s lidmi, které má ráda. I když si uvědomuje, že to je velmi náročné, je vděčná manželovi a tchyni, že se o ni starají.

Pacientka č. 1 byla v péči domácí hospicové péče delší dobu, naopak pacientka č. 2 byla v péči pouhé tři dny.

9 DISKUZE

Hlavním cílem praktické části bylo zmapovat systém péče o umírající onkologické pacienty v Královéhradeckém kraji. Na první pohled se může zdát, že v Královéhradeckém kraji se nachází dostatek poskytovatelů domácí paliativní péče, neboť v něm je provozován jeden kamenný lůžkový hospic v Červeném Kostelci, který poskytuje zároveň mobilní hospic, a existují i další poskytovatelé, kteří jsou také mobilní, a to v Hradci Králové, v Rychnově nad Kněžnou, v Hořicích, v Trutnově a v Náchodě. Přesto, pokud pacient bydlí v okolí Chlumce nad Cidlinou, Nového Bydžova, je mnohdy pacient s rodinou odkázán na vzdálenější lůžkové hospice (v Červeném Kostelci, Chrudimi) nebo mobilní hospice, které musí za pacientem dojíždět. Není to problém, ale pokud by síť poskytovatelů byla rozšířenější, bylo by to výhodnější. Ušetřily by se peníze za najeté kilometry a především čas, který by mohl být věnován pacientovi (Umírání, 2017). Dobrou zprávou do budoucna je, že Diecézní katolická charita plánuje do 3 let v Hradci Králové zřídit nový lůžkový hospic s kapacitou 15 lůžek (Kizák, 2017).

Pokud bychom srovnávali Královéhradecký kraj s jinými kraji, můžeme zjistit, že si vede docela dobře oproti krajům ostatním. Na Vysočině a v Karlovarském kraji chybí úplně lůžkový hospic a pacienti jsou odkázáni na péči pouze v domácím prostředí. V Karlovarském kraji je lůžkový hospic zatím ve výstavbě, otevřený by měl být v únoru 2018. Na Vysočině poskytuje mobilní hospicovou péči šest poskytovatelů a o stavbu lůžkového hospice jedná Spolek pro lůžkový hospic Mezi stromy (Umírání, 2017).

V porovnání s Pardubickým krajem, který sousedí s Královéhradeckým krajem, má sousední kraj jeden lůžkový hospic v Chrudimi a mezi mobilní patří Domácí hospic sv. Michaely, další je při Oblastní charitě v Chocni, České Třebové, Ústí nad Orlicí a v Lanškrounu. Sousedním krajem je potom také Liberecký kraj, ve kterém se nachází nově lůžkový hospic sv. Zdislavy, který poskytuje zároveň i péči v domácím prostředí. Rovněž se v tomto kraji nachází poskytovatel domácí péče, který nabízí péči o umírající. Posledním sousedním krajem Královéhradeckého kraje je kraj Středočeský. V tomto kraji se vzhledem k největšímu počtu obyvatel a největší rozloze nachází tři lůžkové hospice a sedm poskytovatelů mobilní hospicové péče, z nichž jeden je součástí lůžkového hospice Dobrého Pastýře (Umírání, 2017).

Krajem s nejmenší rozlohou, ale zároveň největším počtem obyvatel je Praha, kde se nacházejí dva lůžkové hospice, dva mobilní hospice a okolo 50 agentur domácí péče. V Jihomoravském kraji se nachází dva lůžkové hospice a tři mobilní. V Olomouckém kraji se nachází Hospic na

Svatém kopečku a tři mobilní hospice. V Plzeňském kraji se nachází Hospic sv. Lazara a dva mobilní hospice. V Jihočeském kraji se nacházejí čtyři mobilní hospice a jeden lůžkový Hospic sv. Jana N. Neumanna. V Ústeckém kraji se nacházejí dva lůžkové hospice, z nichž jeden zároveň poskytuje i mobilní hospic, a dva pouze mobilní hospice, z nichž jeden mobilní hospic je součástí Masarykovy nemocnice. Ve Zlínském kraji jsou dva kamenné hospice a čtyři domácí hospice (Umírání, 2017).

V rozhovoru Michaely Koubové konstatuje doktor Sláma: „*Velký problém nemocniční paliativní péče je, že je závislá na existenci komunitní paliativní péče. Častý požadavek paliativního týmu totiž je udělat to tak, aby pacient mohl být propuštěn. Když pak sociální pracovník sonduje v místě bydliště, přichází na to, že v tuto chvíli není v České republice zdaleka celoplošně dostupná kvalitní paliativní péče v komunitě a tím pádem je to pak o vyjednávání, jestli konkrétní praktický lékař a homecare budou schopni řešit problémy, které pacient má. Často z pozice nemocničního doktora vidím, že propouštíme pacienta do tři čtvrtě až napůl zajištěného prostředí.*“ (Koubová, 2017).

Je velmi důležité zmínit, že je rozdíl mezi tím, kdo pacientovi poskytuje péči. Může to být domácí zdravotní péče nebo mobilní hospic. Pokud se o umírajícího stará agentura domácí péče a ne domácí hospicová péče, neznamená to, že pacientovi nebude poskytnuta kvalitní paliativní péče. Bude mu poskytnuta jen obecná paliativní péče. V mobilním hospici bude pacientovi a jeho rodině poskytnuta specializovaná paliativní péče zajištěná komplexním týmem odborníků po 24 hodin, 7 dní v týdnu po celý rok (Závadová, 2017).

Druhým dílčím cílem praktické části je představit zjištěná fakta ve vybraných kazuistikách u onkologicky nemocných v terminální fázi života, kterým je poskytována domácí hospicová péče.

Ošetrovatelské problémy, které se vyskytly ve sledovaném období u pacientek, se shodují s tím, co uvádí Marková v knize *Sestra a pacient v paliativní péči*. Podle Markové (2010, s. 93) patří mezi nejčastější ošetrovatelské problémy klientů v paliativní péči nedostatečná hydratace, potíže při příjmu potravy, problémy s vyprazdňováním, bolest, maligní rány, respirační problémy a psychické obtíže.

U první pacientky se vyskytla v průběhu péče zmíněná nedostatečná hydratace, potíže při příjmu potravy (porucha polykání), únava, zhoršená tělesná pohyblivost a chronická bolest. Právě chronická bolest byl symptom, na který si pacientka nejvíce stěžovala. O' Connor (1995, s. 99) uvádí, že pacienti a jejich rodiny v paliativní péči se obávají bolesti nejvíce. A podle Markové (2010, s. 96) je právě bolest nejčastějším symptomem v paliativní péči. Podle Kalvacha (2010, s. 67) je základem léčby chronické bolesti podávání analgetik „podle hodin“ tak, aby se bolest nestačila rozvinout. U většiny pacientů lze zmírnit bolest podáváním

opioidů, doplňujících analgetik a používání alternativních metod (O' Connor, 2005, s. 99). Marková uvádí v publikaci Hospic do kapsy, že analgetika je vhodné podávat co nejméně invazivním způsobem, přednostně perorální či transdermální cestou (Marková, 2016, s. 18). Bolest lze také léčit psychoterapeuticky s využitím technik aktivního naslouchání a empatického přístupu (Marková, 2010, s. 100). Další způsoby, kterými lze bolest zmírnit, jsou např. adjuvantní farmakoterapie pomocí antidepresiv, anxiolytik, správné polohování nebo fyzioterapie (Kalvach, 2010, s. 68).

U první pacientky byla zavedena ošetrovatelská diagnóza Porušené polykání z přítomnosti bronchoezofageálního píštěle. Grofová (2009, s. 277) zmiňuje, že při závažných poruchách polykání je třeba enterální výživu indikovat včas buď sondou, nebo cestou zavedené PEG perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) či chirurgicky zajištěné gastrostomie. Pacient se sondou nebo PEGem může být v domácím prostředí.

Druhou pacientku trápila nejvíce nevolnost, zvracení. Nevolnost a zvracení jsou jedním z častých příznaků pokročilé fáze chronického onemocnění, nevolnost je častější v 50 až 60 % případů oproti zvracení, které je jen ve 30 % případů (Sláma, Kabelka, Vorlíček; 2011, s. 73). Marková (2016, s. 106) doporučuje jako záchrannou medikaci na nevolnost nebo zvracení podání Haloperidolu 1,25 – 2,5 mg subkutánní cestou po 8 hodinách. Tímto způsobem byla řešena nevolnost u druhé pacientky.

Druhá pacientka měla na levém prsu maligní ránu. Maligní rány se v paliativní péči objevují velmi často. Jedná se o rány, které obnášejí řadu nepříjemných projevů a u kterých nemůžeme čekat jejich zhojení. Cílem léčby maligních ran není úplné vyléčení, ale zamezení sociální izolace a získání co největšího komfortu pro pacienta. Snažíme se potlačit nadměrnou sekreci a zápach. Za vhodný obvazový materiál je považován obvaz s aktivním uhlím, stříbrem (Marková, 2010, s.103).

U pacientek se vyskytovala ve sledovaném období řada tělesných příznaků, které vždy byly ovlivnitelné farmakologickou terapií, anebo byly ovlivněny vhodnými ošetrovatelskými postupy.

Tato bakalářská práce lze porovnat s bakalářskou prací Solomové (2011, s. 25), která také v praktické části zpracovala kazuistiku onkologicky nemocného pacienta. Rozdílem je, že ona ke zpracování použila ošetrovatelský proces podle modelu Virginie Hendersonové, ve kterém se věnovala 14 základním potřebám. Tato autorka ve své práci popsala kazuistiku jednoho pacienta, který byl v péči lůžkového hospice. U kazuistiky stanovila šest ošetrovatelských

diagnóz – Snížená soběstačnost, Nausea, Porucha hybnosti na lůžku, Úzkost, Deficit tělesných tekutin a Únava. Některé ze zmíněných ošetrovatelských diagnóz stanovila i Zahradníková (2012, s. 27-73) ve své bakalářské práci. Ta vypracovala tři ošetrovatelské procesy podle modelu Marjory Gordonové a zaměřila se na pacienty onkologicky nemocné ve zdravotnickém zařízení hospicového typu.

V porovnání s těmito autorkami je patrné, že u pacientů v domácím a v lůžkovém hospici se vyskytují stejné ošetrovatelské diagnózy. Ze zjištění těchto prací a mé práce můžeme dojít k závěru, že ošetrovatelská diagnóza Únava, Zhoršená pohyblivost a Chronická bolest jsou nejčastějšími problémy pacientů v domácím či lůžkovém hospici.

10 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma "Domácí hospicová péče u onkologicky nemocných v Královéhradeckém kraji" je prací teoreticko-praktickou.

V teoretické části bakalářské práce bylo hlavním cílem vytvořit ucelený teoretický rámec pro praktickou část. Mezi dílčí cíle patřilo seznámit se s problematikou paliativní péče, jejími formami a současnou situací v této oblasti u nás a v zahraničí. Prací s podobným tématem je mnoho, každá kapitola je doplněna o nejaktuálnější informace, provedené výzkumy a uvádí i využití aktuální literatury. Mezi další dílčí cíle bylo seznámit se s problematikou domácí hospicové péče, jejím průběhem a současným financováním.

V praktické části bakalářské práce bylo hlavním cílem mapovat systém péče o umírající onkologické pacienty v Královéhradeckém kraji. Druhým cílem k dokreslení problematiky domácí hospicové péče bylo vytvoření kazuistik pacientů tento systém využívajících.

Z výsledku průzkumného šetření vyplývá, že v Královéhradeckém kraji se nachází jeden kamenný hospic, šest poskytovatelů mobilní hospicové péče, šest ambulancí pro léčbu bolesti a mnoho domácích agentur.

Toto téma je velice aktuální. Důkazem je velké množství přednášek o systému poskytování mobilní hospicové péče, díky kterým **se toto téma** dostává do popředí zájmu laické veřejnosti. I přes to by mělo být tomuto tématu věnováno více pozornosti. Je důležité, aby se zvýšila informovanost lékařů, zdravotnických pracovníků, ale nesmíme zapomenout na laickou veřejnost. Laická veřejnost by se o tomto typu péče měla dozvědět od praktických lékařů, zdravotnického personálu nebo prostřednictvím tisku, televize, internetu.

Během studia této problematiky se stalo mnoho velkých změn, např. v oblasti financování, které jsou v této práci popsány. Dále v této oblasti dochází k rozvojovým změnám. Do popředí se dostává oblast domácí hospicové péče u dětí. Ta však na našem území není zatím příliš rozšířena, i když už se o ní začíná více hovořit.

Nabídka a dostupnost specializované paliativní péče v České republice se rozrůstá pomalu. V České republice je 18 kamenných hospiců, přesto nejsou rozmístěny ve všech krajích. Na Vysočině a v Karlovarském kraji zatím chybí. Musíme věřit, že díky osvětě (Dobrá tečka), podporujícím programům (Spolu až do konce), pilotnímu projektu a zakotvení do zákona bude tato péče od roku 2018 společností ještě bližší a dojde k tomu, že bude celoplošně známá a dostupná v patřičné kvalitě každému, kdo to bude potřebovat. Splňme přání umírajícím zemřít

bez bolesti, s důstojností, mezi lidmi, které máme rádi a kteří mají rádi nás, a v prostředí, kde si přeje umřít mnoho z nás – doma s pomocí týmu domácí hospicové péče.

POUŽITÉ LITERÁRNÍ A INTERNETOVÉ ZDROJE

LITERÁRNÍ ZDROJE

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti.* 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.

KALVACH, Zdeněk. *Manuál paliativní péče o umírající pacienty: pomoc při rozhodování v paliativní nejistotě.* Praha: Cesta domů, 2010, 135 s. ISBN 978-80-904516-4-3.

KURUCOVÁ, Radka. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevléčitelně nemocné.* Praha: Grada Publishing, 2016, 112 s. ISBN 978-80-271-9107-9.

LOUČKA, Martin, Adam HOUSKA, Klára TREFNÁ a Tomáš SLÁMA. *Organizace mobilní specializované paliativní péče v Evropě.* Praha: Centrum paliativní péče, 2015, 19 s. ISBN 978-80-906109-0-3.

MARKOVÁ, Alžběta. *Hospic do kapsy: příručka pro domácí paliativní týmy.* 2. aktualizované vydání. Praha: Cesta domů, 2015, 156 s. ISBN 978-80-905809-4-7.

MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů.* Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005, 324 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.

SLÁMA, Ondřej, KABELKA, Ladislav, VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína pro praxi.* 2. vyd. Praha: Galén, 2011, 363 s. ISBN 978-80-7262-849-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet.* 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

TOMEŠ, Igor, Eva DRAGOMIRECKÁ, Katarina SEDLÁROVÁ a Daniela VODÁČKOVÁ. *Rozvoj hospicové péče a její bariéry.* Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 168 s. ISBN 978-80-246-2941-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

BYSTRICKÝ, Zdeněk. *Práva umírajících.* In: *Cesta domů* [online]. 2010 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://elearning.cestadomu.cz/pohled-na-prava.html>

GÓMEZ-BATISTE, Xavier a Stephen CONNOR. *Building Integrated Palliative Care Programs and Services* [online]. 2017, 384 s. [cit. 2017-06-06]. ISBN 978-84-9766-602-2. Dostupné z: <http://www.thewhpc.org/resources/category/building-integrated-palliative-care-programs-and-services>

GROFOVÁ, Zuzana. *Paliativní péče. Medicína pro praxi* [online]. 2009, 6(5), 266-267 [cit. 2017-06-06]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.66-267cz/pdfs/med/2009/05/12.pdf>

KABELKA, Ladislav. Vyhodnocení pilotního programu Mobilní specializované paliativní péče: Tisková zpráva. In: *Paliativní medicína* [online]. 2016 [cit. 2017-06-16]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/tiskova-zprava-mspp_cspm.pdf

KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. *Paliativní péče v České republice 2016: Situační analýza* [online]. Česká společnost paliativní medicíny ČSPM. [cit. 2017-01-14]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/paliativni-pece-v-cr-2016-situacni-analyza/>

KIZÁK, Juraj. *Nový hospic v Hradci Královém do 3 let* [online]. 2017 [cit. 2017-06-28]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/2017/06/novy-hospic-v-hradci-kralovym-do-3-let/>

KOUBOVÁ, Michaela. *O kvalitě nemocniční paliativní péče v ČR chybí data. Dle studie VFN se dobrá péče dostane desetině pacientů.* In: *Zdravotnický deník* [online]. 2017 [cit. 2017-06-29]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/kvalite-nemocnicni-paliativni-pece-cr-chybi-data-dle-studie-vfn-se-dobra-pece-dostane-desetine-pacientu/>

LAŽOVÁ, Hana. *Reálná situace v České republice* [online]. 2014 [cit. 2017-06-13]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/paliativni-pece-o-deti/realna-situace-v-ceske-republice.shtml>

MARTINEK, Lukáš. *Domov místo pro život i umírání: Rozhovor s Bc. Vierou Ivanovovou* [online]. 2013 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.hradeckralove.org/noviny-a-novinky/domov-misto-pro-zivot-i-umirani>

MOREIRA, Veronika. *Hospic-odborná a citlivá péče o nevléčitelně nemocné* [online]. 2017 [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <https://nemoci-a-lecba.zdrave.cz/hospic-jak-funguje-a-co-komu-poskytuje/>

NEZBEDA, Ondřej. *Proč Češi neumírají doma.* In: *Umírání* [online]. 2016 [cit. 2017-06-03]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>

PEŘINA, Jakub. *Historie a současnost paliativní péče v Česku* [online]. 2016 [cit. 2016-11-23]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>

RADBRUCH, Lukas a Sheila PAYNE. *Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě: doporučení Evropské asociace pro paliativní péči.* In: *Cesta domů* [online]. Praha: Cesta domů, 2010 [cit. 2017-07-16]. Dostupné z:

https://www.cestadomu.cz/sites/default/files/soubory/standardy_a_normy_hospicove_a_paliativni_pece_v_evrope.pdf

SLÁMA, Ondřej. *Standardy mobilní specializované paliativní péče v ČR-pracovní materiál* [online]. 2007 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://docplayer.cz/2861402-Standardy-mobilni-specializovane-paliativni-pece-v-cr-pracovni-material.html>

SLÁMA, Ondřej. *Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. Klin Onkol* [online]. 2009, 22(4), 183-185 [cit. 2017-07-06]. ISSN 1802-5307

SLÁMA, Ondřej. *Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR.* In: *Paliativní medicína* [online]. 2013 [cit. 2017-06-16]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2014/04/projekt_dhp_-_zaverecna_zprava1.pdf

SLÁMA, Ondřej, M. ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA, 2013. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. Brno: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, [cit. 2016-10-24]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA, Irena ZÁVADOVÁ a kol. *Analýza dat o domácí hospicové péči v ČR: Závěrečná zpráva projektu č.23/13/NAP v rámci programu Ministerstva zdravotnictví* [online]. 2013 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: http://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2014/04/projekt_dhp_-_zaverecna_zprava1.pdf

SCHRENKOVÁ, V. *Průlom zakotvení hospicové péče do českých norem.* In: *Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče* [online]. 2017 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/prulom-zakotveni-hospicove-pece-do-ceskych-norem/>

SOCHOR, Marek. Časná integrace paliativní péče do standardní onkologické péče – benefit, limitace, bariéry a druhy paliativní péče. In: *Klin Onkol* [online]. 28 (3). 2015, s. 171-175 [cit. 2017-07-06]. DOI: 10.14735/amko2015171. ISSN 1802-5307. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/files/klinicka-onkologie/194/4687.pdf>

UHLÍŘ, Marek. Pojišťovny zatím stále nebudou hradit umírajícím lidem domácí paliativní péči.: *Tisková zpráva* [online]. 2014, s. 1-3 [cit. 2017-01-14]. Dostupné z: <http://www.hospicjordan.cz/data/web/download/tz-pojistovny-mobilni-hospice.pdf>

ZÁVADOVÁ, Irena. Důstojné umírání – Důstojný závěr života s nevléčitelnou nemocí: Mobilní specializovaná paliativní péče a domácí péče – podobnosti a rozdíly. In: *Česká lékařská komora* [online]. 2017 [cit. 2017-06-30]. Dostupné z: [http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_99721](http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_99721)

ŽÁČKOVÁ, Lucie. Dříve vyslovené přání: Postoje veřejnosti ke smrti a umírání.: Závěrečná zpráva. In: *Umírání* [online]. 2015 [cit. 2017-06-16]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pecce-o-nevylecitelne-nemocne-2015.pdf>

Pilotní program mobilní specializované péče [online]. In: Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM ČLS J. E. P.). 2015 [cit. 2017-01-14]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/pilotni-program-mobilni-specializovane-pecce/>

Jak pečujeme a kolik to stojí. In: *Cesta domů* [online]. [cit. 2017-01-14]. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/jak-pecujeme>

Spolu až do konce: Pilotní program zaměřený na podporu péče o umírající v ČR, Nadační fond Avast. In: *Avast* [online]. 2014 [cit. 2017-01-14] Dostupné z: http://files.avast.com/files/marketing/foundation/spolu-az-do-konce-vysledky-program-cze.pdf?_ga=1.133373831.82132667.1482000969

Spolu až do konce: Druhý ročník programu zaměřený na podporu péče o umírající v ČR, Nadační fond Avast. In: *Avast* [online]. 2015 [cit. 2017-01-14] Dostupné z: <http://files.avast.com/files/marketing/foundation/v2016/cz/spolu-az-do-konce/2015.pdf>

Spolu až do konce: Výsledky 3. ročníku programu zaměřeného na podporu péče o umírající v ČR, Nadační fond Avast. In: *Avast* [online]. 2016 [cit. 2017-07-16]. Dostupné z:

http://files.avast.com/files/marketing/foundation/sadk2016_vysledky.pdf?_ga=2.176400357.192567527.1500204565-2101815123.1500204565

ELNEC. In: *Paliativní medicína* [online]. 2015 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>

Vzdělávání. In: *Hospic sv. Štěpána Litoměřice* [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.hospiclitomerice.cz/Vzdelavani>

Centrum vzdělávání Mobilního hospice Ondrášek, o.p.s. In: *Mobilní hospic Ondrášek o.p.s.* [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.mhondrasek.cz/1-1-186-191-193/Zdravotni-sestry.xhtml>

Univerzita Pardubice: Fakulta zdravotnických studií. In: *Univerzita Pardubice* [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://studuj.upce.cz/obor/osestrovatelstvi-ve-vybranych-klinickych-oborech>

Umírání. *Umírání* [online]. [cit. 2017-06-07]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.884/15.502>

Královéhradecký kraj. In: *Královéhradecký kraj* [online]. 2013 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/kraj-volene-organy/kralovehradecky-kraj/statisticke-udaje-108/>

Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013. In: *ÚZIS* [online]. 2013 [cit. 2017-02-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-kralovehradeckeho-kraje-2013>

Poslání asociace. In: *Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče* [online]. 2014 [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/poslani-asociace/>

Hospic Anežky České se představuje. In: *Hospic Anežky České* [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.hospic.cz/hospic-se-predstavuje.html>

Občanské sdružení. In: *Domácí hospic DUHA, o.p.s.* [online]. 2009 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/about/>

Ceník péče. In: *Domácí hospic Duha, o.p.s.* [online]. 2010 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/domaci-hospicova-pece/cenik-pece/>

Domáci hospic Duha, o.p.s. [online]. 2016 [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.hospic-horice.cz/predstaveni-domaci-hospicove-pece-ve-vrchlabi/>

Setkání – Domáci hospic o.p.s. In: *Domáci hospicová péče Rychnov nad Kněžnou* [online]. [cit. 2017-01-16]. Dostupné z: <http://www.hospicrychnov.cz/kdo-jsme>

Výroční zpráva. In: *Setkání domáci hospic o.p.s.* [online]. 2015 [cit. 2017-02-16]. Dostupné z: <http://www.hospicrychnov.cz/vyrocní-zprava/download?path=Vyrocni-zprava-2015.pdf>

Výroční zpráva za rok 2013: Oblastní charita Hradec Králové. In: *Oblastní charita Hradec Králové* [online]. 2014 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.charitahk.cz/o-nas-1/vyrocní-zpravy1/>

Výroční zpráva za rok 2014: Oblastní charita Hradec Králové. In: *Oblastní charita Hradec Králové* [online]. 2015 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.charitahk.cz/o-nas-1/vyrocní-zpravy1/>

Výroční zpráva za rok 2015 Oblastní charita Hradec Králové. In: *Oblastní charita Hradec Králové* [online]. 2016 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: <http://www.charitahk.cz/o-nas-1/vyrocní-zpravy1/>

Mapa pracovišť pro léčbu bolesti. In: *Linkos* [online]. 2016 [cit. 2017-02-17]. Dostupné z: http://www.linkos.cz/lecba-bolesti-2/mapa-pracovist-pro-lecbu-bolesti/#search=1&place_pain_name=&place_pain_region=10&place_pain_guarantee=1&p=1

Hospic. Dobrá tečka za životem [online]. 2017 [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.dobratecka.cz/mapa>

POUŽITÉ ZÁVĚREČNÉ PRÁCE

PERNIČKOVÁ, Tereza. *Domáci paliativní péče očima rodinných příslušníků.* Pardubice, 2017, 64 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: doc. PhDr. Marie Macková, PhD.

SOLOMOVÁ, Jitka. *Paliativní ošetrovatelská péče o pacienta v terminálním stadiu.* Praha, 2011. 49 s. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Ústav ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Jana Heřmanová.

VOGELOVÁ, Klára. *Domácí hospicová péče a její přínos pro rodiny terminálně nemocných osob.* Hradec Králové, 2017. 84 s. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

ZAHRADNÍKOVÁ, Anna. *Potřeby nemocných v hospicové péči.* Pardubice, 2012, 85 s. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce: Mgr. Renata Ptáčková.

PŘÍLOHY

Příloha A - <i>Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ („Charta práv umírajících“)</i>	81
Příloha B – <i>Přehled poskytovatelů paliativní péče v České republice</i>	86
Příloha C – <i>Mapa poskytovatelů domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji</i>	93
Příloha D – <i>Seznam spolupracujících poskytovatelů paliativní péče</i>	95
Příloha E – <i>Fáze smíření s nemocí dle Kübler-Rossové</i>	96
Příloha F – <i>Glasgow Coma Scale (GCS) - Glasgowská stupnice kómatu</i>	97
Příloha G – <i>Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové</i>	98
Příloha H – <i>Úroveň soběstačnosti dle Gordonové</i>	99
Příloha CH – <i>Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)</i>	100
Příloha I – <i>Paliativní škála funkční zdatnosti (PPS)</i>	102
Příloha J – <i>Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu u pacientky č. 2</i>	104

Příloha A - *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících.“ („Charta práv umírajících“)*

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
 - Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
 - Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného

- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevléčitelně nemocných nebo umírajících
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení atd.)
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli
- Umírání o samotě a v zanedbání
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči

- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevléčitelně nemocných a umírajících osob na seburčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího

- aby bylo zajištěno, že žádná nevléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
 - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (living will), v „pořízení“ nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (advance directives), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení
 - aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
 - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
 - uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Text přeložil z anglického originálu ©Cesta domů MUDr. Zdeněk Bystřický. (Bystřický, 2010)

Příloha B – Přehled poskytovatelů paliativní péče v České republice



Obrázek 1 Mapa poskytovatelů paliativní péče v České republice

Zdroj: Hospic. *Dobrá tečka za životem* [online]. 2017 [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.dobratecka.cz/mapa>

Tabulka 16 Poskytovatelé paliativní péče v České republice

Poskytovatelé paliativní péče v České republice				
Kraj	Název organizace	Ty p	Adresa	Webové stránky
Středočeský kraj	Domácí hospic Nablízku, z.ú.	M	Československé armády 29/11, Lysá nad Labem 289 22	www.hospic-lysa.cz
	SC domácí péče, o.p.s.	M	Přítoky 119, Kutná Hora 284 01	www.scdomacipece-kh.com/sluzby/terenni-hospicova-pece/

	Nadační fond Klíček	M	Malejovice 22, Uhlířské Janovice 28504	www.klicek.org
	Dům péče ČČK	L	Tovačovského 163, Mladá Boleslav 293 01	www.cervenykrizmb.cz/dum-pece-cck/
	Hospic svaté Hedviky, o.p.s.	M	Severní 2952 Kladno 272 04	www.hospicsvatehedviky.cz/domaci-hospic
	RUAH, o.p.s.	M	Tyršova 2061, Benešov 26501	www.ruah-ops.cz
	Hospic knížete Václava, o.p.s.	M	Buštěhradská 77, Kladno 272 03	www.hospicknizetevalava.cz
	Dětský hospic	L	Malejovice 22, Uhlířské Janovice 285 04	www.klicek.org
	Hospic Dobrého Pastýře	L+ M	Sokolská 584, Čerčany 257 22	www.hospic-cercany.cz/hospic-dobreho-pastyre/domaci-hospic-horovice
Hlavní město Praha	Hospic Štrasburk, o.p.s.	L	Bohnická 12/57, Praha 8 18100	www.hospicstrasburk.cz
	Hospic Malovická	L	Malovická 3304/2, Praha 4 14000	www.hospicmalovicka.cz
	Mobilní hospic Most k domovu	M	Karla Černého 1456/1 156 00 Praha 5	www.mostkdomovu.cz/
	Cesta domů	M	Boleslavská 2008/1, Praha 3 130 000	www.cestadomu.cz

Plzeňský kraj	Hospic svatého Lazara, z.s.	L	Sladkovského 2472/66a, Plzeň 32600	www.hsl.cz
	Hospic sv. Jiří, o.p.s.	M	Náměstí Republiky 70, Tachov 34701	www.hospictachov.cz
	Domov-plzeňská hospicová péče, z.ú.	M	Sušická 141/33 Plzeň 326 00	www.domov-plzen.cz/
Jihočeský kraj	Domácí hospic Jordán	M	Bydlinského 2964, Tábor 390 02	www.hospicjordan.cz
	Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	L	Neumannova 144, Prachatice 38301	www.hospicpt.cz
	Hospicová péče sv. Kleofáše Třeboň, o.p.s.	M	Na Nábřeží 552, Lomnice nad Lužnicí 37816	www.kleofas.cz
	Domácí hospic sv. Veroniky	M	Husova tř. 636/33b, České Budějovice 37011	www.hospicveronika.cz
	Domácí hospic Athelas	M	Budějovická 204/13, Písek 39701	www.hospic-pisek.cz
Ústecký kraj	Hospic v Mostě, o.p.s.	L	Svážná 1528, Most 43401	www.hospic-most.cz
	Hospic sv. Štěpána	L+ M	Rybářské nám. 662/4 412 01 Litoměřice	www.hospiclitomerice.cz
	Mobilní hospic Masarykovy nemocnice	M	V Podhájí 791/21 Ústí nad Labem 400 01	www.kzcr.eu/default.aspx
Liberecký kraj	Hospic sv. Zdislavy, o.p.s.	L+ M	Pod Perštýnem 321/1, Liberec IV – Perštýn 460 01	www.hospiczdislavy.cz
	Smržo – medic, s.r.o.	M	Tyršova 1340 468 51 Smržovka	www.doktorzhor.cz/domaci-pece

Pardubický kraj	Domácí hospic sv. Michaela	M	Vrchlického 185 572 01 Polička	www.policka.charita.cz/nase-sluzby/domaci-hospic-sv-michaela
	Hospic Chrudim	L	K Ploché dráze 602 537 01 Chrudim	www.smireni.cz
	Domácí specializovaná hospicová péče, Oblastní charita Ústní nad Orlicí	M	Choceň Česká Třebová Ústní nad Orlicí Lanškroun	www.uo.charita.cz/sluzby/domaci-specializovana-hospicova-pece
Královéhradecký kraj	Domácí hospic Duha, o.p.s.	M	Čsl.armády 1815, Hořice 50801	www.hospic-horice.cz
	Domácí hospicová péče – Oblastní charita Hradec Králové	M	Na Kropáčce 30/3, Hradec Králové 500 03	http://www.charitahk.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/
	Hospic Anežky České	L+ M	5. května 1170, Červený Kostelec 54941	www.hospic.cz
	Domácí hospic Vrchlabí	M	Náměstí Míru 287, Vrchlabí 54301	www.hospic-vrchlabi.cz
	Domácí hospic Setkání, o.p.s.	M	Hrdinů odboje 1017, Rychnov nad Kněžnou 51601	www.hospicrychnov.cz
Moravskoslezský kraj	Mobilní hospic při MEDICA zdravotní péče	M	Konská 63, Třinec 739 61	http://hospic.trinec.cz/
	Mobilní hospic Ondrášek, o.p.s.	M	Gurťjevova 459/11 Ostrava 700 30	www.mhondrasek.cz

	Hospic sv. Lukáše a Charitní středisko sv. Kryštofa	L+ M	Charvátská 8, Ostrava – Výškovice 70300	www.ostrava.caritas.cz
	Domácí hospic Strom života	M	Máchova 619/30, Nový Jičín 741 01	www.zivotastrom.cz
	Domácí hospicová péče Pokojný přístav	M	Kylešovská 10, Opava 74601	www.charitaopava.cz
	Domácí hospicová péče Blansko	M	Sadová 2, Blansko 678 01	www.blansko.charita.cz/seniori/hospicova
	Hospic Frýdek – Místek, p.o.	L	I.J.Pešiny 3640, Frýdek – Místek 73801	www.hospicfm.cz
Zlínský kraj	Hospic Hvězda	L	Sokolovská 967 Zlín 760 01	www.sdruzenhvezda.cz
	Domácí hospic Společnou cestou	M	Žerotínova 319/21, Valašské Meziříčí 757 01	www.diakonievm.cz/nabizene-sluzby/sluzby-pro-lidisi-nevylecitelnym-onemocnenim/domaci-hospic-spolecnou-cestou
	Domácí hospicová péče Letokruhy, o.p.s.	M	Tyršova 1271 Vsetín 755 01	www.letokruhy-vs.cz
	Domácí hospic Most k domovu	M	Tř. 2. května 3070 Zlín 760 01	www.centrumlb.cz
	Diakonie ČCE – hospic CITADELA	L	Žerotínova 1421, Valašské Meziříčí 75701	www.citadela.cz
	Hospic sv. Rodiny Nový Hrozenkov	M	Nový Hrozenkov 124, Nový Hrozenkov 75604	www.nhrozenkov.charita.cz

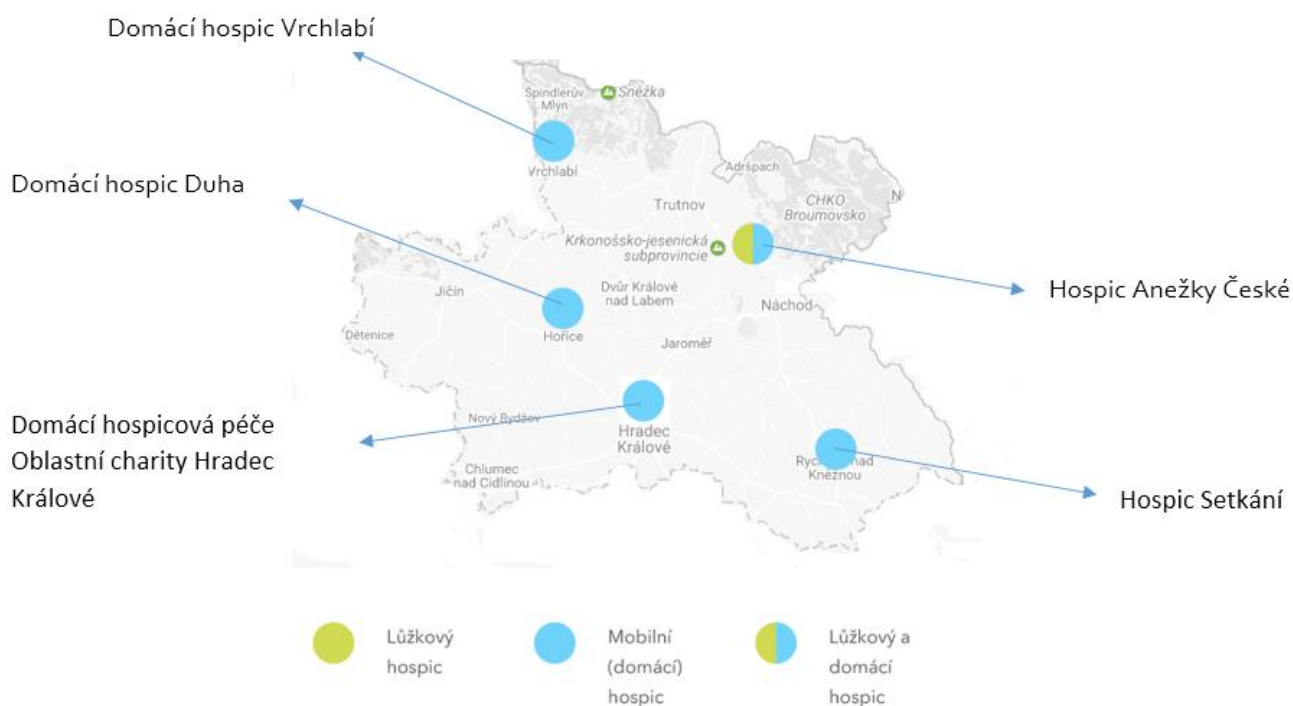
Olomoucký kraj	Agentura Pomadol, s.r.o.	M	Dobnerova 26 Olomouc 779 00	http://agentura.pomadol.cz/
	Domácí hospicová péče Charity Zábřeh	M	Žižkova 15, Zábřeh 789 01	www.zabreh.caritas.cz/cs/dhp.php?menu=nase_cinnost
	Nejste sami – mobilní hospic, z.ú.	M	V Křovinách 4 Olomouc 779 00	http://nejstesami.eu/
	Hospic na Svatém Kopečku	L	Kopeček nám. Sadové 4/24, Olomouc – Svatý Kopeček 77900	www.hospickopecek.caritas.cz
Karlovarský kraj	Domácí Hospic Sv. Jiří, o.p.s.	M	Svobody 3, Cheb 35002	www.hospiccheb.cz
	Domácí hospic Motýl	M	Okružní 226 Březová 356 01	www.hospicmotyl.cz
	Ladara, o.p.s.	M	Závodu míru 227 Karlovy Vary 360 17	www.ladara.eu/paliativni-pece
	Zařízení následné rehabilitační a hospicové péče, p.o.	Z	Perninská 975, Nejdek 36221	www.rehos-nejdek.cz
Vysočina kraj	Domácí hospicová péče Iris	M	Solní 1814 Pelhřimov 393 01	www.pelhrimov.charita.cz/nase-sluzby/domaci-hospicova-pece
	Domácí hospicová péče Oblastní charity Třebíč	M	Karlovo náměstí 41/30 Třebíč 674 01	www.trebic.charita.cz/strediska/strediska-sv-zdislavy/domaci-hospicova-pece/
	Domácí hospicová péče oblastní Charity	M	Horní 22 591 01 Žďár nad Sázavou	http://zdar.charita.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domaci-hospicova-pece#directory...

	Sdílení, o.p.s.	M	Masarykova 330 Telč 588 56	www.sdileni-telc.cz
	Bárka – charitní domáci hospicová péče	M	Jakubské náměstí 5/2 Jihlava 586 01	www.jihlava.charita.cz/barka
	Domáci hospic Vysočina, o.p.s.	M	Žižkova 89 Jihlava 586 01	www.hhv.cz/
	Spolek pro lůžkový hospic Mezi stromy	Z	Osvobození 2002, Pelhřimov 39301	www.hospicmezistromy.cz
Jihomoravský kraj	Hospic sv. Alžběty, o.p.s.	L	Kamenná 36, Brno 63 900	www.hospicbrno.cz
	Domáci hospic Tabita	M	Kamenná 36, Brno 63 900	www.hospicdoma.cz
	Domáci hospic Konipaska	M	Riegrova 1199/42, Znojmo 669 02	www.konipaska.cz
	Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa	L	Jiráskova 47 Rajhrad u Brna 664 61	http://rajhrad.charita.cz/dum-lecby-bolesti-s-hospicem-sv-josefa1/
	Domáci hospic David, Charita	M	Palackého 194 Kyjov 697 01	www.kyjov.caritas.cz/sluzby/domaci-hospicova-pece

Vysvětlivky: **M** – mobilní specializovaná péče **L** – lůžkový hospic **Z** – záměr vybudovat hospic nebo je již ve výstavbě **L+M** – kombinace lůžkového a mobilního hospice

Zdroj: *Hospic. Dobrá tečka za životem* [online]. 2017 [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.dobratecka.cz/mapa>; Umírání. *Umírání* [online]. [cit. 2017-06-07]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.884/15.502>

Příloha C – Mapa poskytovatelů domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji



Obrázek 2 Poskytovatelé domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji

Zdroj: Hospic. *Dobrá tečka za životem* [online]. 2017 [cit. 2017-03-22].

Dostupné z: <http://www.dobratecka.cz/mapa>

Tabulka 17 Poskytovatelé domácí hospicové péče v Královéhradeckém kraji

<i>Název zařízení</i>	<i>Typ zařízení</i>	<i>Adresa</i>	<i>Webová stránka</i>
Domácí hospic Duha, o.p.s.	M*	Čsl.armády 1815, Hořice, 50801	www.hospic-horice.cz
Domácí hospic Vrchlabí	M*	Náměstí Míru 287, Vrchlabí 54301	www.hospic-vrchlabi.cz
Domácí hospicová péče – Oblastní charita Hradec Králové	M*	Na Kropáčce 30/3, Hradec Králové 500 03	http://www.charitahk.cz/nase-strediska/domaci-hospicova-pece/

Domácí hospic Setkání, o.p.s.	M*	Hrdinů odboje 1017, Rychnov nad Kněžnou 51601	www.hospicrychnov.cz
Hospic Anežky České	L+M*	5. května 1170, Červený Kostelec 54941	www.hospic.cz
Domácí hospicová – paliativní péče	M	u. Dřevařská 332, Trutnov, 541 03	www.trutnov.charita.cz
Charitní ošetrovatelská služba Náchod	M	Denisovo nábřeží 665, Náchod 547 01	www.charitanachod.cz/pages/c_hos.htm
Domácí zdravotní péče, Pekárková	DP	Pražská 231/184, 500 04 Hradec Králové 4	www.domacipecehk.cz

Vysvětlivky:

M – mobilní specializovaná paliativní péče

M* - mobilní specializovaná paliativní péče, garantovaná APHPP

L+M – kombinace lůžkového a mobilního hospice

DP– domácí zdravotní péče, které v rámci zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách poskytují zdravotní služby ve vlastním sociálním prostředí klienta, včetně paliativní a hospicové péče

Zdroj: Umírání. *Umírání* [online]. [cit. 2017-06-07]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/adresar-sluzeb#8/49.884/15.502>; Hospic. Dobrá tečka za životem [online]. 2017 [cit. 2017-03-22]. Dostupné z: <http://www.dobratecka.cz/mapa>

Příloha D – Seznam spolupracujících poskytovatelů paliativní péče

Seznam spolupracujících poskytovatelů paliativní péče

Město	Název agentury
Hradec Králové	Agentura domácí péče Pekárková Agentura domácí péče Mavea Oblastní charita Domácí hospicová péče LDN Ambulance paliativní onkologické péče
Hořice	LDN Agentura domácí péče Niké Mobilní hospicová péče
Jičín	Agentura domácí zdravotní péče Ambulance paliativní onkologické péče
Jaroměř	Agentura domácí péče TEOS LDN Charitní ošetrovatelská služba
Červený Kostelec	Hospic Mobilní hospicová péče
Hronov	Agentura zdravotní péče Z.F. s.r.o.
Broumov	LDN
Rychnov n/Kněžnou	Agentura sociální služby města Agentura domácí péče Agentura HC O. Míková Oddělení rehabilitační a následné péče Ambulance paliativní onkologické péče
Kostelec n/Orlicí	Agentura zdravotní služby doma
Trutnov	Charitní ošetrovatelská služba Oblastní spolek ČČK-ALICE Ambulance paliativní onkologické péče
Vrchlabí	Agentura domácí péče Farská
Dvůr Králové nad Labem	Ošetrovatelská lůžka
Žacléř	Agentura Rehamedica a.s.
Žamberk, Červená Voda, Vysoké Mýto, Svitavy	LDN
Polička, Litomyšl	LDN Charitní ošetrovatelské služby
Ústí nad Orlicí	Charitní ošetrovatelské služby
Náchod	Charitní ošetrovatelské služby Ambulance paliativní onkologické péče

Zdroj: https://www.fnhk.cz/search.php?find=seznam+poskytuj%C3%ADc%C3%ADch&find_button

=

Příloha E – Fáze smíření s nemocí dle Kübler-Rossové

Na základě mnohaletých zkušeností s těžce nemocnými a na základě 450 výpovědí terminálně nemocných Dr. Elizabeth Kübler-Rossová popsala fáze, kterými prochází člověk při sdělení závažné diagnózy v její knize „O smrti a umírání“ v roce 1969. (Kupka, 2014, s. 96)

Je důležité zmínit, že nevléčitelně nemocný nemusí fázemi postupně postupovat, do některých fází se může vrátit nebo opakovaně je střídat nebo se mohou vzájemně prolínat. Je důležité, aby nevléčitelně nemocný i jeho rodina přijali skutečnost a tzv. došli ke smíření s nemocí. (Kupka, 2014, s. 97)

Jednotlivá stádia formulovala Elizabeth Kübler-Rossová do pěti fází, které Helena Haškovcová doplnila fází nulovou.

0. fáze – Zjištění nemoci
1. fáze – Popření a stažení do izolace
2. fáze – Období zloby, hněvu či agrese
3. fáze – Období smlouvání
4. fáze – Období deprese
5. fáze – Smíření s nemocí

Zdroj: Kupka, 2014, s. 96–97

Příloha F – Glasgow Coma Scale (GCS) - Glasgowská stupnice kómatu

Reakce	Podnět	Počet bodů
A. Otvírání očí	spontánní	4
	na oslovení	3
	na bolest	2
	žádné	1
B. Slovní odpověď	adekvátní (orientován)	5
	zmatená	4
	nepřiměřená (zkomolená)	3
	nesrozumitelná	2
	žádná	1
C. Motorická odpověď	adekvátní na oslovení	6
	adekvátní na bolest	5
	úhyb	4
	flexe na bolest	3
	extenze na bolest	2
	žádná	1

Zdroj: Studentský intranet

Hodnocení

Maximum – 15 bodů

Minimum – 3 body

Příloha G – Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Schopnost spolupráce		Věk		Stav pokožky		Každé další onemocnění		Fyzický stav		Stav vědomí		Aktivita		Pohyblivost		Inkontinence	
úplná	4	< 10	4	normální	4	žádné	4	dobrý	4	dobrý	4	chodí	4	úplná	4	není	4
malá	3	< 30	3	alergie	3	DM, anemie	3	zhoršený	3	apatický	3	doprovod	3	částečně omezená	3	občas	3
částečná	2	< 60	2	vlhká	2	kachexie, ucpávání tepen	2	špatný	2	zmatený	2	sedačka	2	velmi omezená	2	převážně moč	2
žádná	1	> 60	1	suchá	1	obezita, karcinom	1	velmi špatný	1	bezvědomí	1	leží	1	žádná	1	moč + stolice	1

Tato stupnice slouží k posouzení rizika vzniku dekubitů.

Nebezpečí dekubitů vzniká při 25 bodech a méně.

Zdroj: <http://ose.zshk.cz/media/p5821.pdf>

Příloha H – Úroveň soběstačnosti dle Gordonové

0	Nezávislí, soběstačný nemocný.
1	Potřebuje minimální pomoc, používá sám zařízení, sám zvládne 75 % činností.
2	Potřebuje menší pomoc, dohled, radu. Sám zvládne 50 % činností.
3	Potřebuje velkou pomoc (od další osoby, přístroje). Sám zvládne méně než 25 % činností.
4	Zcela závislý na pomoci druhých. Potřebuje úplný dohled.
5	Absolutní deficit sebezpečí, žádná aktivní účast. Potřebuje úplnou pomoc nebo je neschopen pomáhat.

Zdroj: Studentský intranet, Trachtová, Eva a kol.: *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2

Příloha CH – Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	Oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	Koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	Kontinence moči	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	Kontinence stolice	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	Použití WC	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0

8.	Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

ADL 4 0 – 40 bodů vysoce závislý

ADL 3 45 – 60 bodů závislost středního stupně

ADL 2 65 – 95 bodů lehká závislost

ADL 1 96 – 100 bodů nezávislý

ZDROJ: Studentský intranet, TOPINKOVÁ, E. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, s. 214, ISBN 90-7262-365-6.

Příloha I – Paliativní škála funkční zdatnosti (PPS)

Paliativní škála funkční zdatnosti (Palliative Performance Scale – PPS)						
PP S	Pohyblivost	Aktivita	Symptomy nemoci	Soběstačnost	Příjem potravy	Stav vědomí
100	neomezená	normální	žádné	plná	normální	normální
90	neomezená	normální	mírné	plná	normální	normální
80	neomezená	normální, vyžaduje úsilí	mírné	plná	normální nebo snížená	normální
70	omezená	neschopen zaměstnání/p ráce	významné	plná	normální nebo snížená	normální
60	omezená	neschopen práce /činností doma	významné	příležitostná pomoc nutná	normální nebo snížená	normální nebo zmatenost
50	převážně leží nebo sedí	neschopen žádné práce	plně rozvinutá choroba	častá pomoc nutná	normální nebo snížená	normální nebo zmatenost
40	převážně na lůžku	neschopen většiny činností	plně rozvinutá choroba	nutná pomoc s většinou činností	normální nebo snížená	normální nebo spavost +/- zmatenost
30	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	snížená	normální nebo spavost +/- zmatenost

20	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	srkání tekutin	normální nebo spavost +/- zmatenost
10	trvale na lůžku	neschopen žádné činnosti	plně rozvinutá choroba	úplná nesoběstačnost	jen zvlhčování úst	spavost nebo bezvědomí +/- zmatenost
0	smrt	-	-	-	-	-

zařazení do programu mobilní specializované paliativní péče (MSPP) je indikované u pacientů s PPS ≤ 50

Zdroj: www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/story/2015/priloha-tabulkykmetodicestratifikacepacientu_0.pdf

Příloha J – Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu u pacientky č.2

Tabulka 18 Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu

Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu			
Příjmení, jméno pacienta, iniciály:	XY (Pacientka č.2)	Příjmení a jméno studenta/ky:	Karolína Andrllová
Rok narození:	1951	Ročník:	3.ročník
Diagnóza:	Generalizovaný tumor prsu	Datum:	14. 12. 2016
ETIOLOGIE RÁNY		TYP RÁNY – stupeň	LOKALIZACE RÁNY
Datum vzniku defektu (přibližně):	před půl rokem	<input type="checkbox"/> dekubitus – <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> diabetická gangréna <input type="checkbox"/> dehiscence <input type="checkbox"/> operační rána <input type="checkbox"/> popálenina – <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 4 ⊖ jiné kožní defekty: chronická maligní rána	Lokalizace slovy: levé prso Velikost v cm: (šířka x délka) 12,5 x 15 Hloubka rány v cm: 2 cm
Příčina rány – je-li známá:	karcinom		
Kde defekt vznikl: ⊖ doma <input type="checkbox"/> v nemocnici – oddělení: <input type="checkbox"/> jinde – kde:			
CHARAKTERISTIKA RÁNY			
Okolí rány: <input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> edematózní ⊖ zarudlé <input type="checkbox"/> macerované <input type="checkbox"/> puchýřky <input type="checkbox"/> ekzém <input type="checkbox"/> podminované <input type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> nekróza <input type="checkbox"/> jiné:			
Okraje rány: <input type="checkbox"/> ohraničené ⊖ neohraničené <input type="checkbox"/> jiné:			
Spodina rány: <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> granulující <input type="checkbox"/> epitelizující <input type="checkbox"/> atonická ⊖ povleklá <input type="checkbox"/> nekrotická ⊖ secernující <input type="checkbox"/> jiná:			
Sekreze z rány: <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> mírná ⊖ střední			
Sekret – charakter: <input type="checkbox"/> serózní ⊖ hnisavý <input type="checkbox"/> krvavě serózní <input type="checkbox"/> jiný:			
Zápach: <input type="checkbox"/> žádný <input type="checkbox"/> lehký ⊖ silný			
BOLEST	Intenzita: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ⊖ 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
⊖ ne ⊖ ano jiný:	Charakter: ⊖ napínání <input type="checkbox"/> pálení <input type="checkbox"/> píchání ⊖ tlak <input type="checkbox"/> jiný: Lokalizace: ⊖ v ráně ⊖ v okolí		

MIKROBIOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – datum:		Poznámky:	
Nález:	Citlivost: ATB:		
CÉVNÍ VYŠ. (ulcus cruris): <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – datum:			
DIABETOLOGICKÉ VYŠ.: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – datum:			
HEMATOLOGICKÉ VYŠ.: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – datum:			
NUTRIČNÍ PODPORA: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – jaká: sipping			
OŠETŘOVATELKÁ PÉČE: v domácím prostředí			
polohování: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano – po kolika hodinách: den - noc –			
mobilizace: <input type="checkbox"/> sed na lůžku <input type="checkbox"/> sed v křesle Bandáž DK: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano			
hygiena: <input type="checkbox"/> celková koupel: <input type="checkbox"/> na lůžku <input type="checkbox"/> sprcha Úprava lůžka: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano			
ATD matrace: <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano: <input type="checkbox"/> pasivní <input type="checkbox"/> aktivní			
ATD pomůcky: <input type="checkbox"/> klíny <input type="checkbox"/> kola <input type="checkbox"/> válce <input type="checkbox"/> další: polštáře			
SOUČASNÁ TERAPIE:			
<input type="checkbox"/> lokální <input type="checkbox"/> systémová <input type="checkbox"/> fyzikální		<input type="checkbox"/> lymfodrenáže <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	
<input type="checkbox"/> komprese: <input type="checkbox"/> přes den <input type="checkbox"/> 24 hodin		<input type="checkbox"/> manuální <input type="checkbox"/> přístrojové	
Datum, čas	Oše. den	Ošetření/lokální terapie (čím)	Další převaz
13. 12. 2016 16:00	1.	Pacientka s nově zjištěným a lokálně pokročilým tumorem levého prsu. Dosud nikdo ránu neviděl a nepřevazoval. Pacientka si vkládala do podprsenky vložky či ubrousky z důvodu sekrece. Pacientky tumor roste z kůže navenek a vypadá jako umělé prso. Sestra provedla toaletu rány obklady s Prontosanem na 10 minut. Okolí rány ošetřeno ochranným krémem Menalind. Na defekt aplikován moderní obvazový materiál (Atrauman Ag + Atrauman), suché krytí a savé krytí Zetuvit. Celý převaz fixován náplastí. Při převazu přítomen lékař a rodina.	14.12.2016
14. 12. 2016 08:30	2.	Z prsu nejdříve opatrně oddělán prosáklý obvazový materiál. Následně provedena dezinfekce defektu Braunolem. Okolí rány promazáno ochranným krémem – Menalind. Na defekt aplikován Atrauman Ag s Atraumanem, suché krytí a savé krytí Zetuvit. Celý převaz fixován náplastí. Při převazu přítomna dcera pacientky.	15.12.2016
15. 12. 2016 07:30	3.	Pacientka v ranních hodinách zemřela 15.12. 2016. Z defektu byl odstraněn obvazový materiál a aplikováno čisté suché krytí, které bylo přelepeno náplastí.	-