

Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení



Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení

Autoři

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.; Realizační tým projektu MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“; Česká společnost paliativní medicíny; Masarykův onkologický ústav v Brně.

Mgr. Jiří Krejčí, Realizační tým projektu MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“; Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK.

Mgr. Jana Ambrožová

Metodik

Mgr. Blanka Tollarová, Ph.D.

Recenze

Mgr. Petr Vrzáček; Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK.

MUDr. Ondřej Kopecký; Realizační tým projektu MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“; Centrum podpůrné a paliativní péče VFN v Praze.

Korektury

Mgr. Jarmila Neumannová

Vydává

Ministerstvo zdravotnictví České republiky
2019

Projekt „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“ je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR a je spolufinancován Evropskou unií v rámci Operačního programu Zaměstnanost z Evropského sociálního fondu.

Při tvorbě metodiky byly využity zkušenosti z projektu PALINT o časné integraci paliativní péče. Projekt PALINT byl podpořen grantem MZ ČR AZV 15-33590A.

„Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení“ vznikla v rámci první fáze projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“, který se realizuje v období let 2017 až 2021.

Cílem tohoto projektu je vytvoření prostředí pro zvýšení dostupnosti paliativní péče v nemocnicích včetně tvorby standardů a metodiky implementace. Program nemocniční paliativní péče je testován v sedmi vybraných nemocnicích a bude probíhat po dobu 21 měsíců. Součástí projektu je také tvorba e-learningového programu a sběr dat o vlivu paliativního programu na kvalitu péče a její nákladovost (více informací o projektu můžete najít na webu www.paliativa.cz).

V rámci projektu bylo v roce 2018 realizováno 18 skupinových rozhovorů ve 12 českých nemocnicích, o které se z velké části opírá tato publikace. Porozumění aktuálním problémům při rozvoji nemocniční paliativní péče autoři vnímali jako zásadní pro přípravu metodiky.

Děkujeme všem účastníkům, kteří na těchto rozhovorech participovali a bez nichž by vznik metodiky nebyl možný.

Obsah

1 Úvodní slovo	6
2 Definice	12
2.1 Náplň	14
2.2 Obecná a specializovaná paliativní péče	15
2.3 Vymezení cílové skupiny paliativní péče	16
2.4 Závěr života a potřeba paliativní péče z hlediska dat národních zdravotních registrů v ČR	17
3 Nemocnice jako místo poskytování paliativní péče	20
3.1 Aspekty obecné paliativní péče v nemocnici	23
3.2 Organizační formy specializované paliativní péče	24
3.3 Nemocniční program paliativní péče	26
4 Obecná a specializovaná paliativní péče v rámci nemocničního programu paliativní péče	30
4.1 Obecná paliativní péče	32
4.2 Konziliární tým paliativní péče	32
4.3 Ambulantní paliativní péče	36
4.4 Oddělení paliativní péče	37
4.5 Personální zabezpečení nemocničního programu paliativní péče	38
5 Financování a úhradové mechanismy paliativní péče	42
5.1 Současné možnosti financování paliativní péče v ČR	45
5.2 Budoucnost financování paliativní péče v ČR	47
6 Implementace programu paliativní péče v nemocnici	50
6.1 Vyvolání vědomí naléhavosti	54
6.2 Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny	59
6.3 Vytvoření vize a strategie	59
6.4 Šíření vize změny a získávání jejich stoupců	65
6.5 Uvolňování a podpora prostoru pro jednání	65
6.6 Vytváření příležitostí k rychlým úspěchům	67
6.7 Nepolevování	68
6.8 Upevňování dosažené změny v organizační kultuře	68

7 Týmová dynamika	72
7.1 Personální zajištění	74
7.2 Komunikace, sdílení týmu	75
7.3 Pozice paliativního týmu	76
7.4 Struktura týmu	76
7.5 Dynamika týmu	77
7.6 Konflikty	78
8 Monitoring a evaluace	80
8.1 Potřeba monitoringu	82
8.2 Co měřit?	82
9 Přílohy	86
9.1 Struktura zemřelých podle příčiny (UZIS 2017)	88
9.2 NEOPAL CCOMS-ICO 3.1 2017@	90
9.3 SPICT	92
9.4 Personální požadavky na složení konziliárního týmu paliativní péče v rámci projektu MZČR	94
9.5 PALLIA 10	95
9.6 Edmontonská symptomová škála (ESAS)	97
9.7 Paliativní škála funkční zdatnosti – Palliative performance scale (PPS)	98
9.8 IPOS	99
9.9 Paliativní screening Masarykova onkologického ústavu v Brně	101
9.10 Péče o pacienta v terminálním stavu (Součást Směrnice Masarykova onkologického ústavu Paliativní péče v MOÚ)	102
9.11 Seznam fiktivních výkonů využívaných v rámci projektu	107
9.12 VOC	110



1 Úvodní slovo



6

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
ministr zdravotnictví ČR

8

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
předseda České společnosti
paliativní medicíny ČLS JEP

10

7



Úvodní slovo

**Mgr. et Mgr.
Adam Vojtěch, MHA**
ministr zdravotnictví ČR



Kvalita života v jeho závěru je pro profesionály ve zdravotnictví důležitým tématem. Rozvoj paliativní péče, která je nedílnou součástí každého moderního zdravotnického systému, patří mezi naše dlouhodobé priority. Zavádění činnosti konziliárních paliativních týmů do nemocnic patří mezi první kroky, které představí nové metody a možnosti spolupráce v rámci nemocniční paliativní péče jak zdravotníkům, tak pacientům.

Paliativní konziliární tým zajišťuje konzultace a intervence paliativních specialistů pro všechna oddělení nemocnice. Zatímco v zahraničí tato forma převládá, v ČR začíná teprve vznikat. Není jednoduché změnit systém fungování uvnitř nemocnice ze dne na den, vnášet do již zaběhnutého provozu nový – paliativní přístup k pacientovi. Je však důležité se o to krok po kroku pokoušet, pojmenovávat si jednotlivé bariéry a zaměřit se na jejich překonávání. Právě to je cílem Metodiky implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení, jež je jedním z důležitých výstupů celého projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“.

Zkušenost ukazuje, že činnost specializovaných nemocničních paliativních týmů vede k lepší kvalitě života a spokojenosti pacientů i jejich rodin, ale také racionálnějšímu využití nákladných diagnostických a léčebných postupů v rámci hospitalizace a časnějšímu předávání pacientů do programů hospicové péče.

Jsem rád, že Ministerstvo zdravotnictví ČR iniciovalo projekt financovaný z evropských fondů a společně s Českou odbornou společností paliativní medicíny na něm pracuje.

Chtěl bych využít této možnosti a vyjádřit úctu k práci každého zdravotnického profesionála, který se na paliativní péči podílí, neboť prožívání závěru lidského života spolu s pacienty je situace, ke které musíme přistupovat s hlubokým respektem.

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA
ministr zdravotnictví ČR

Úvodní slovo

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
předseda České společnosti
paliativní medicíny ČLS JEP



Moderní nemocnice hraje v systému zdravotní péče klíčovou roli. Je místem, kde jsou soustředěny moderní diagnostické a léčebné možnosti: sofistikované přístroje, skvěle vybavené operační sály, jednotky intenzivní péče a také týmy erudovaných zdravotníků. Očekávání pacientů jsou velká. Některým pacientům je v nemocnici skutečně navraceno zdraví. Někdy je ale výsledek skromnější: zlepší se funkční stav, dosáhne se kompenzace selhávajícího orgánu, zmírní se nepříjemné projevy chronické nemoci. Stav některých pacientů již významně zlepšit nelze, ale díky možnostem intenzivní podpory selhávajících orgánů mohou být udržováni při životě neomezeně dlouho. Některé pacienti v nemocnici v důsledku své nemoci umírají. Nemocnice je místem, kde se se vši naléhavostí otevírají dilemata moderní medicíny. Co znamená individuální přístup a personalizovaná medicína? Máme léčit a nahrazovat selhávající orgány skutečně u všech pacientů? Jaký rozsah péče je u konkrétního pacienta přiměřený? Kdo to stanoví? Jaké jsou cíle péče u pacienta, jehož zdravotní stav již nemůžeme významně zlepšit? Pacientů, nad kterými v nemocnici vyvstávají podobné otázky, je několik set tisíc ročně. Více než 60 tisíc pacientů v nemocnici v ČR každoročně umírá. Péče o pacienty se závažným život ohrožujícím onemocněním, péče o pacienty v závěru života – tedy „agenda“ paliativní péče – je tak nedílnou a důležitou součástí zdravotní péče, která je v nemocnicích poskytována. Pacienti s potřebou paliativní péče se v nemocnicích „vyskytují“ ve vysokém počtu. Je otázkou, zda jsou nemocnice schopné na tuto potřebu paliativní péče adekvátně reagovat. V nemocnici je potřeba systematicky promýšlet a rozvíjet pa-

liativní péči. K tomuto rozpoznání došli v zahraničí již před více než 20 lety. V České republice jsme si to uvědomili až v posledních 5 letech.

Dokument Metodika implementace paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení je určen lékařům, sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům, ale také manažerům a vedoucím pracovníkům nemocnic. Vymezuje cílovou skupinu pacientů, kteří potřebují paliativní péči. Popisuje, jaké potřeby tito pacienti mají, a pojmenovává, která opatření a které služby mohou kvalitu paliativní péče zlepšit. Dokument vychází z přesvědčení, že implementace paliativní péče v nemocnici je komplexní intervence, na kterou lze nahlížet jako na pokus o začlenění nové „kultury péče“. V metodice je popsán koncept nemocničního Programu paliativní péče a dále nástroje a organizační formy specializované paliativní péče, které mohou být v rámci takového programu rozvíjeny.

Dokument vzniká v rámci projektu MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“. Jedná se o pracovní materiál, který bude na základě zkušeností a poznatků získaných v průběhu projektu následně upraven a doplněn.

Přáním autorů je, aby Metodika čtenáře motivovala a inspirovala ke konkrétním krokům, jež povedou ke zlepšení paliativní péče v českých nemocnicích.

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.
předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

2 Definice



12

2.1	Náplň	14
2.2	Obecná a specializovaná paliativní péče	15
2.3	Vymezení cílové skupiny paliativní péče	16
2.4	Závěr života a potřeba paliativní péče z hlediska dat národních zdravotních registrů v ČR	17

13



2.1 Náplň

Paliativní péče je komplexní, aktivní péče poskytovaná pacientovi, který trpí závažným život limitujícím onemocněním. Cílem paliativní péče je udržet dobrou kvalitu života, zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Paliativní péče:

- vychází z předpokladu, že každý člověk závěrečnou část svého života se všemi jejími fyzickými, psychickými, sociálními, duchovními a kulturními aspekty prožívá individuálně,
- při tvorbě léčebného plánu vychází z individuálních potřeb a preferencí pacientů a jejich blízkých a respektuje jejich hodnotové priority a cíle,
- je založena na multiprofesní spolupráci a integruje v sobě lékařské, ošetrovatelské, psychologické, sociální a spirituální aspekty,
- je poskytována současně s léčebnými postupy zaměřenými na kauzální ovlivnění základního onemocnění a jeho komplikací a pokračuje i po ukončení kauzální léčby v terminální fázi nemoci,
- nabízí všestrannou účinnou oporu také blízkým osobám pacienta a pomáhá jim zvládat období závažného onemocnění i jejich zármutek i po pacientově smrti.

Paliativní péče je nedílnou součástí systému zdravotní a sociální péče. Musí splňovat všechny požadavky, kladené na jiné formy zdravotních a sociálních služeb: musí být poskytována na náležitě odborné úrovni („lege artis“), bezpečně a efektivně. Uplatnění principů paliativní péče svým důrazem na komunikaci, individuální přístup a ohled na pacientovy hodnoty a preference při tvorbě léčebného plánu naplňuje koncept personalizované medicíny („správná péče, správnému pacientovi, na správném místě, ve správný čas“).

2.2 Obecná a specializovaná paliativní péče

V souladu s mezinárodními doporučeními rozlišujeme **dvě úrovně poskytování paliativní péče**: obecnou a specializovanou paliativní péči¹.

Obecnou paliativní péčí rozumíme dobrou klinickou praxi, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání život limitujícího charakteru onemocnění a rozpoznání a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. léčba symptomů, podpůrná komunikace, racionální využití kauzálních léčebných postupů s ohledem na pojmenované cíle léčby, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péčí by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná paliativní péče je multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytována pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy.

- mobilní specializovaná paliativní péče (péče je poskytována multidisciplinárním týmem ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta),
- samostatně stojící lůžkové zařízení hospicového typu (lůžkový hospic, „kamený“ hospic)²,
- oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení,
- ambulance paliativní medicíny (specializovaná ambulance odbornosti 720 – paliativní medicína),
- konziliární tým paliativní péče v rámci nemocnice.

V rámci jedné nemocnice může být specializovaná paliativní péče současně poskytována ve více formách (např. konziliární tým a lůžkové oddělení nebo konziliární tým a ambulance paliativní medicíny).

¹ / EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči 2009. Český překlad vydala Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, Praha 2010

² / podle § 22a Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zvláštní ústavní péče – paliativní péče lůžková

2.3 Vymezení cílové skupiny paliativní péče

Potřebu paliativní péče je třeba v pokročilých a konečných stádiích nemoci předpokládat u následujících skupin pacientů:

- nádorová onemocnění,
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS,
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních, ledvinných,
- polymorbidní geriatrickí pacienti,
- dětští pacienti s vrozenými nebo získanými život limitujícími onemocněními.

Úmrtí v důsledku výše uvedených diagnóz představuje více než 70 % z celkového počtu úmrtí v ČR. V absolutních číslech zemře každoročně v ČR v důsledku těchto tzv. „paliativně relevantních“ diagnóz více než 70 000 osob (viz příloha 9.1 Struktura zemřelých podle příčiny). Společným znakem těchto diagnostických skupin je chronický progresivní charakter a v pokročilých stádiích obvykle narůstající symptomová zátěž a celková disabilita. Období posledních měsíců života (tzv. závěr života, end of life) lze u těchto pacientů obvykle na základě komplexního zhodnocení rozpoznat. Smrt je zde rámcově očekávatelným nevratným vyústěním progresu základního onemocnění. Tato skutečnost má zcela zásadní vliv na plánování a organizaci zdravotní péče. Lze-li rozpoznat závěrečnou fázi života a je-li smrt bez ohledu na zvolenou léčbu očekávatelným vyústěním nevléčitelné nemoci, nabývá na významu rozhodování o přiměřeném rozsahu léčby a péče. S pacienty a jejich blízkými je třeba o limitované životní prognóze otevřeně a empaticky hovořit a společně s nimi formulovat individuální cíle a tomu odpovídající plán péče, který by zohlednil jejich hodnoty, preference a přání.

V příloze 9.2 a 9.3 jsou uvedeny jednoduché dotazníkové nástroje (NECPAL, SPICT), které slouží k rozpoznání pacienta s potřebou paliativní péče v ambulanci a lůžkové péči.

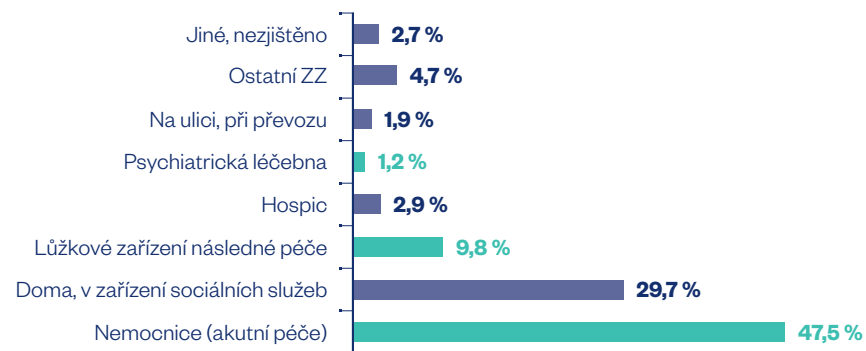
2.4 Závěr života a potřeba paliativní péče z hlediska dat národních zdravotních registrů v ČR

Pacienti v pokročilých stádiích život limitujících onemocnění, tedy pacienti s potřebou paliativní péče, se vyskytují ve všech segmentech zdravotního systému: v ambulantní péči i v nemocnicích akutní, následné i dlouhodobé péče. Poslední roky, měsíce, týdny života jsou často charakterizovány extenzivním čerpáním zdravotní péče. Na základě dat z národních zdravotních registrů lze konstatovat některé základní skutečnosti:

- Nemocnice akutní a následné péče jsou v ČR nejčastějším místem úmrtí. Na lůžkách akutní péče nastává téměř 50 % úmrtí, na lůžkách následné péče více než 10 % všech úmrtí. Viz graf č. 1.
- Poslední rok života je u pacientů s paliativně relevantními diagnózami charakterizován opakovanými hospitalizacemi. 41 % pacientů je v posledním roce hospitalizováno více než 3x, 14 % pacientů více než 5x. Viz graf č. 2.
- Pacienti s paliativně relevantními diagnózami v posledním roce života pobývají poměrně dlouhou dobu na lůžkách akutní a následné nemocniční péče. Viz graf. č. 3.

Nemocnice akutní a následné péče hrají v organizaci a zajištění péče o pacienty v závěru života a pacienty s potřebou paliativní péče zásadní roli.

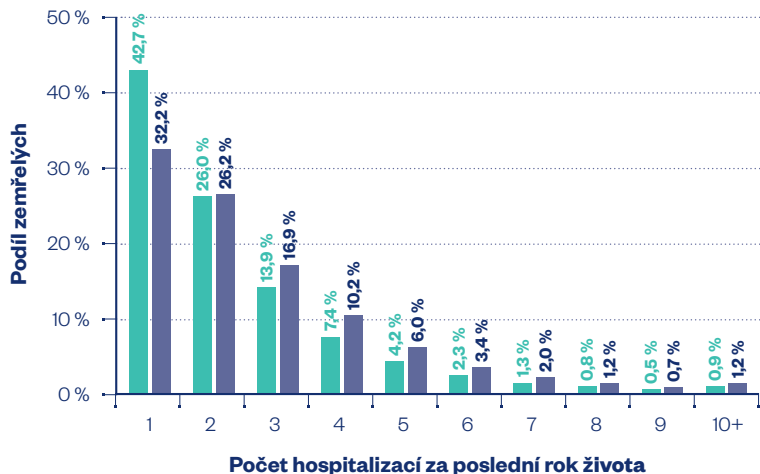
Graf č. 1 Struktura zemřelých podle místa úmrtí v roce 2017
(Národní datová základna paliativní péče, UZIS 2018)



Zelené sloupce označují lůžková zdravotnická zařízení.

Graf č. 2 Počty hospitalizací za poslední rok života (ZZ = zdravotnické zařízení)

Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011–2013, NRHOSP 2011–2013



■ Hospitalizace poslední rok před smrtí, ale úmrtí mimo ZZ
■ Úmrtí v ZZ

	Ošetřovací dny	
	Průměr	Medián (IQR)
Úmrtí mimo ZZ		
Celková ošetřovací doba	33,5	18 (8; 42)
Na akutním lůžku	19,6	13 (6; 26)
... z toho JIP	2,1	0 (0; 1)
Následná péče	13,9	0 (0; 0)
Úmrtí v ZZ		
Celková ošetřovací doba	45,3	28 (11; 59)
Na akutním lůžku	24,4	17 (7; 33)
... z toho JIP	4,6	0 (0; 4)
Následná péče	20,9	0 (0; 20)

Graf č. 3 Počet hospitalizačních dnů v posledním roce života (graf UZIS)

Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011–2013, NRHOSP 2011–2013 N = 324 197



3 Nemocnice jako místo poskytování paliativní péče



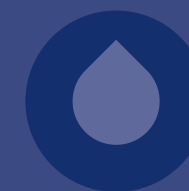
3.1 Aspekty obecné paliativní péče v nemocnici 23

3.2 Organizační formy specializované paliativní péče 24

- Konziliární tým paliativní péče (KTPP) 24
 - Ambulance paliativní medicíny 25
 - Lůžkové oddělení paliativní péče 25
-

3.3 Nemocniční program paliativní péče 26

- Přínosy nemocničního programu paliativní péče 28
-



Nemocnice jsou v ČR nejčastějším místem úmrtí a současně místem, kde jsou pacienti v závěru života opakovaně hospitalizováni. V ČR bohužel nejsou dostupná podrobná data o charakteru a kvalitě paliativní péče poskytované v nemocnicích. Svědectví pacientů a jejich rodin, s nimiž se setkávají pracovníci v hospicích i praktičtí lékaři, umožňují formulovat několik základních charakteristik současného stavu:

- Pacienti v pokročilých a konečných stádiích život ohrožujících onemocnění představují významnou část poskytnuté nemocniční zdravotní péče. Na lůžkách nemocnic akutní péče každoročně v ČR zemře více než 45 000 osob. Nedávná britská studie prokázala, že téměř 30 % nemocničních lůžek je obsazeno pacienty, kteří se nacházejí v posledním roce svého života (Prevalent cohort study D. Clark et al 2014)³
- Péče o pacienty s potřebou paliativní péče v ČR trpí některými nedostatky:
 - Pacienti nemají adekvátně zmírněnou bolest a další tělesné symptomy.
 - Zdravotníci s pacienty nedostatečně komunikují o jejich klinickém stavu a prognóze. Léčebný plán většinou stanovuje lékař. Pacient a jeho blízcí se na jeho tvorbě podílejí pouze omezeně.
 - Pacienti i v závěru života podstupují náročné diagnostické a léčebné postupy, jejichž přínos pro délku a kvalitu péče je problematický. Důvodem bývá nesprávné prognostické hodnocení ze strany zdravotníků, nedostatečná komunikace o cílech léčby, absence práce s plánem paliativní péče, právní nejistota zdravotníků o správném postupu při rozhodování o limitaci některých život prodlužujících léčebných metod
 - Opakované hospitalizace u pacientů v závěru života jsou často důsledkem nejasně formulovaného léčebného plánu a nedostatečně připraveného a organizačně zajištěného systému propuštění do domácí/komunitní péče.
 - Péči o pacienty v závěru života často není ze strany zdravotníků věnována náležitá pozornost. Není rozpoznána a využita příležitost k efektivní komunikaci, chybí schopnost paliativního managementu. To může vést k neadekvátně intenzivní a agresivní léčbě (“overtreatment”), ale také nedostatečnému využití dostupných léčebných možností (“undertreatment”). Výsledkem je v obou případech zbytečné utrpení a frustrace, ale i neúčelné využívání zdrojů a prostředků zdravotních pojišťoven.

3 / Clark, D., Armstrong, M., Allan, A., Graham, F., Carnon, A., & Isles, C. (2014). Imminence of death among hospital inpatients: Prevalent cohort study. *Palliative Medicine*, 28(6), 474–479.

3.1 Aspekty obecné paliativní péče v nemocnici

Paliativní péče v nemocnici může mít různé formy. V ideálním případě na sebe tyto služby navazují, jsou plně integrované do systému a jsou schopny reagovat na pacientovy potřeby. Většina oddělení v nemocnicích akutní i následné péče poskytuje péči také pacientům s život limitujícím onemocněním, kteří potřebují paliativní péči (viz definice paliativní péče a vymezení paliativně relevantních diagnóz).

Základem **obecné paliativní péče** je včasné rozpoznání nevyčleptelného charakteru onemocnění a efektivní ovlivňování těch oblastí, které jsou v širokém slova smyslu významné pro kvalitu pacientova života. Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Determinanty kvality obecné paliativní péče v nemocnici:

- počet, vzdělání a motivace zdravotnického personálu,
- komunikační dovednosti zdravotnického personálu,
- individuální přístup ke specifickým potřebám závažně nemocných pacientů,
- úroveň „hotelových“ služeb: velikost a vybavení nemocničních pokojů, počet lůžek na pokoji, kvalita lůžek, kvalita stravy, zázemí pro návštěvy atd.,
- úroveň řešení nejčastějších symptomů a klinických stavů: bolest, úzkost, výživa, spánek,
- dostupnost sociální, psychologické a pastorační péče,
- způsob organizace předávání pacientů (příjmy, propuštění, překlady).

Zkušenost se zaváděním obecné paliativní péče⁴

„Máme definovaná pravidla, jak probíhá ukončování léčby, jakým způsobem informujeme pacienta a případně rodinu. Rozhovory vedeme zásadně mimo jednotku intenzivní péče, probíráme možnosti další léčby, přiblížíme prognózu, snažíme se rodině dát čas, aby si o tom promluvili, aby to vstřebali. V naprosté většině případů rozhovor skončí shodou nad dalším postupem.

Naše filosofie je následující: dáme šanci každému pacientovi, i když se zpočátku zdá nevitální, neviabilní, ale když šance nebyla využita, péči ukončujeme. Považujeme to za eticky, morálně, medicínsky přijatelné a ospravedlnitelné.

4 / Skupinové rozhovory realizované v rámci projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“

Diskutovali jsme to opakovaně, tak bych řekl, že v tuto chvíli se většinou shodujeme.“

primář jednotky intenzivní péče

Specializovaná paliativní péče v nemocnici může mít formu konziliárního paliativního týmu, lůžkového oddělení paliativní péče a ambulance paliativní medicíny.

Každá z těchto forem reaguje na specifické potřeby a situace, ve kterých se pacienti mohou nacházet, a nese specifické příležitosti, ale také rizika.

3.2 Organizační formy specializované paliativní péče

Konziliární tým paliativní péče (KTPP)

KTPP pomáhá primárním zdravotním týmům s péčí o hospitalizované pacienty na různých odděleních nemocnice. Dle dotazníkového průzkumu realizovaného v České republice v rámci přípravy pilotního projektu MZČR v roce 2018 deklarovalo existenci konziliárního paliativního týmu 21 lůžkových zdravotnických zařízení. Složení týmů (zastoupení a kapacita jednotlivých profesí) a charakter poskytovaných služeb byl velmi variabilní.

Činnost KTPP je podrobněji popsána v kapitole 4.2 Konziliární tým paliativní péče.

Zkušenosti s poskytováním služeb KTPP⁵

V týmu máme paliatry, zdravotní sestry, kaplana, zdravotně sociálního pracovníka, psychologa, farmaceuta. Jsme konziliární služba a reagujeme na různá zadání dle typů pacientů. Jedná se o pacienty symptomově komplikované, jsou rozbolavělí, do toho zvrací, depresivní, úzkostní, takže symptom management. A pak pacienti komplikovaní obecně, rodina komunikačně náročná, pacient to neakceptuje. Zadáním obvykle v takovém případě bývá „domluvte to všechno, aby to dobře dopadlo.“ Tady je důležitá diskuse s rodinou, pacientem, vytvořit

⁵ / Termín „paliatr“ se postupně prosazuje jako označení pro lékaře se zvláštní specializovanou způsobilostí v paliativní medicíně, tedy lékaře s nástavbovou atestací z oboru paliativní medicína dle zákona č. 67/2017 Sb. o podmínkách získávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti.

plán a cíl léčby. V ideálním případě se snažíme, aby byl přítomen ošetřující lékař, paliativní tým i pacient s rodinou.“

člen konziliárního týmu paliativní péče

Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny je specializovaná ambulance odbornosti 720 – paliativní medicína. Je určena především pacientům, kteří jsou ve svém vlastním nebo náhradním sociálním prostředí a jejich stav umožňuje převoz k ambulancnímu vyšetření. Kromě obvyklé ambulancní péče může ambulance paliativní medicíny také vykonávat konzilia u lůžka hospitalizovaných pacientů. V dotazníkovém šetření MZČR v roce 2018 uvedlo celkem 16 nemocnic dostupnost ambulancí paliativní medicíny. Mezi nemocnicemi byly velké rozdíly v personálním zabezpečení (zastoupení profesí, velikosti úvazků) a času provozu ambulance (od 2 hodin do 40 hodin týdně).

Činnost ambulance paliativní medicíny v rámci nemocnice je podrobněji popsána v kapitole 4.3 Ambulancní paliativní péče.

Zkušenosti s ambulancí paliativní medicíny⁶

V současné době máme vytipované lékaře v různých oborech v nemocnici, kteří jsou odpovědní za obecnou paliativní péči na svém oddělení, paliatři jsou nadstavbou, doplňují, co nemohou ošetřující lékaři. Léčbu bolesti, nutriční, ale nesupluje jejich obecnou paliativní péči. Ambulance poskytuje specializovanou paliativní péči.

lékař ambulance paliativní medicíny

Lůžkové oddělení paliativní péče

Lůžkové oddělení paliativní péče může být provozováno ve dvou formách. V zahraničí jsou poměrně rozšířená oddělení „akutní“ paliativní péče, která jsou určena pro pacienty s komplexními tělesnými nebo psychosociálními potřebami, nejčastěji s nutností rychlého a sofistikovaného nastavení symptomatologické léčby. Oddělení akutní paliativní péče není v současné době (2019) v ČR uznáno jako specifická forma lůžkové zdravotní péče a není pro něj vytvořen způsob úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

⁶ / Skupinové rozhovory realizované v rámci projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“

Druhou formou nemocniční lůžkové specializované paliativní péče je oddělení s lůžky hospicového typu. Jedná se o dlouhodobou lůžkovou péči o nevyčleřitelně nemocné pacienty v terminálním stavu⁷.

Zvláštní formu lůžkové paliativní péče v nemocnici představují samostatná ("dedikovaná") lůžka paliativní péče v rámci jiného lůžkového oddělení. V praxi se jedná nejčastěji o vyčlenění jednoho nebo více jednolůžkových pokojů k péči o pacienty v terminálním stavu. V České republice existují v roce 2019 dedikovaná paliativní lůžka nebo lůžková jednotka/oddělení paliativní péče v devíti zdravotnických zařízeních. Ve všech případech se jedná o lůžka hospicového typu.

Činnost lůžkového oddělení je podrobněji popsána v kapitole 4.4 Oddělení paliativní péče.

Zkušenosti s lůžkovým oddělením paliativní péče⁸

Původní myšlenka vzešla od vedení nemocnice, které reagovalo na potřebu se starat o umírající pacienty. Nejbližší lůžkový hospic je od nás 80 km a pro hodně pacientů je to moc daleko. Oslovil mě ředitel, že by chtěl udělat něco jako hospic v nemocnici, taky jsem viděla tu potřebu jako ostatní.

Jela jsem na stáž do hospice a to mě oslovilo. Lidé pracující v hospici jsou svým způsobem ladění jinak. Začala jsem shánět personál, aby byl taky laděný tímto způsobem. Všichni tehdy nastoupivší měli aspoň stáž v hospici. Snažíme se mít lidský přístup. Když mi umírá pod rukama člověk, tak (chceme) takový to cítění jak bych asi chtěla umírat sama, jak bych to cítila, jak by to mělo být."

pracovnice lůžkového oddělení paliativní péče

3.3 Nemocniční program paliativní péče

Jako nemocniční program paliativní péče označujeme ucelený soubor opatření, který si klade za cíl zlepšit kvalitu paliativní péče v daném zdravotnickém zařízení. Cílem programu je, aby všichni pacienti s potřebou paliativní péče a také

⁷ / Zvláštní lůžková péče ve smyslu § 22a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

⁸ / Skupinové rozhovory realizované v rámci projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“

jejich blízcí v dané nemocnici zakusili excelentní personalizovanou paliativní péči. Program paliativní péče je tedy širším pojmem než pouze vybudování jedné formy specializované paliativní péče (např. lůžkového oddělení). Realizace programu paliativní péče v sobě zahrnuje kroky v oblasti obecné i specializované paliativní péče.

Zahraněční i dosavadní domácí zkušenosti ukazují, že implementace programu paliativní péče vyžaduje opatření a intervence na několika úrovních, které lze shrnout do následujících bodů:

1. Nemocnice deklaruje jako cíl a prioritu zajištění dobré paliativní péče pro všechny pacienty, kteří to potřebují.
2. V nemocnici je nastaven systém hodnocení potřeb (formou skriningu), který včas identifikuje pacienty s potřebou paliativní péče. K tomuto účelu mohou být využity validizované dotazníkové nástroje, např. NECPAL nebo SPICT (viz příloha č. 5.2 a 5.3).
3. Je nastaven systém opatření a intervencí, které je třeba realizovat u pacienta se zjištěnou potřebou paliativní péče. Tato opatření se týkají pečlivého zhodnocení bolesti a dalších tělesných symptomů, ale také stanovení plánu péče, který vychází z pacientových hodnot a preferencí.
4. V nemocnici jsou dostupné služby specializované paliativní péče: multidisciplinární nemocniční tým paliativní péče, ambulance paliativní medicíny, oddělení paliativní péče/medicíny.
5. Program popisuje, u kterých pacientů je péče zajištěna dostatečně v rámci obecné paliativní péče primárním zdravotnickým týmem a u kterých pacientů je indikované zapojení složek specializované paliativní péče. Je nastaven systém konzilií specializované paliativní péče v závislosti na komplexnosti potřeb pacienta.
6. V nemocnici je přijat a naplňován standard péče o umírajícího pacienta.
7. V nemocnici je realizován program podpory pro blízké osoby po pacientově úmrtí (péče o pozůstalé).
8. Nemocnice aktivně spolupracuje s ostatními poskytovateli obecné a specializované paliativní péče v regionu. Předávání pacientů mezi různými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb a propouštění do domácího prostředí se děje s úsilím o zajištění kontinuity plánu paliativní péče.
9. V nemocnici probíhá systematické a kontinuální vzdělávání všech pracovníků o tématech paliativní péče v rozsahu jejich kompetencí a rolí při realizaci plánu paliativní péče.
10. Data o charakteru a kvalitě poskytované paliativní péče jsou systematicky sbírána. Analýza a hodnocení kvality paliativní péče je nedílnou součástí programu kvality péče v dané nemocnici.

Implementace nemocničního programu paliativní péče je komplexní proces, který vyžaduje intervence a změny na úrovni manažersko-organizační, ale i motivačně-edukační. Nezbytná je úzká spolupráce nositelů konceptu změny v oblasti paliativní péče ("zdola") a vedení nemocnice ("shora").

Přínosy nemocničního programu paliativní péče

Implementace programu paliativní péče do lůžkového zdravotnického zařízení má charakter komplexní intervence. Zahraniční i domácí zkušenosti z nemocnic prokázaly dopady paliativního programu na několika úrovních⁹.

Přínos pro pacienta a jeho blízké

- kvalitní hodnocení a léčba bolesti a dalších tělesných symptomů,
- podpůrná komunikace,
- práce s individuálním plánem péče, který zohledňuje pacientovy hodnoty, přání a preference,
- pacient je vnímán jako osoba, je respektována a podporována jeho důstojnost,
- lepší kvalita života pacientů a jejich blízkých,
- vyšší spokojenost s léčbou na straně pacientů a jejich blízkých,
- prevence a efektivní řešení možných konfliktů a stížností.

Přínosy pro zdravotnické zařízení/nemocnici

- díky systematické podpoře a edukaci se zlepšují znalosti a dovednosti zdravotnických pracovníků,
- vyšší spokojenost zaměstnanců, pro něž díky získaným kompetencím není péče o nevléčitelně nemocné potenciálním zdrojem stresu a frustrace z léčebného neúspěchu, ale naopak se může stát zdrojem profesního uspokojení a hrdosti,
- nižší riziko profesní únavy a rozvoje syndromu vyhoření,
- v důsledku zavedení individuálních plánů péče se racionálně využijí nákladné diagnostické a terapeutické techniky a současně omezí neprospěšné intervence,
- dobrá příprava propuštění nevléčitelně nemocných může vést ke zkrácení doby hospitalizace a prevenci nežádoucích opakovaných hospitalizací,

⁹ / Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. N Engl J Med. 2015 Aug 20;373(8):747-55. doi: 10.1056/NEJMr1404684. Review. PubMed PMID:26287850;

- díky systému paliativních konzilií může docházet k ekonomickým úsporám a snížení nákladů na péči o pacienty v závěru života při zachování nebo zlepšení její kvality.

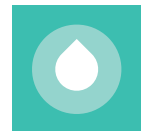
Přínosy pro zdravotní pojišťovny

- nedochází ke zvyšování celkových nákladů na zdravotní péči o pacienty v závěru života; v důsledku snížení počtu akutních hospitalizací v závěru života může dokonce docházet k redukci nákladů na zdravotní péči¹⁰,
- vypracování standardů paliativní péče umožňuje hodnocení kvality péče a rámcové plánování potřebného objemu paliativní péče,
- lepší kvalita života a spokojenost se zdravotní péčí na straně pacientů.

Přínosy pro společnost

- paliativní péče jako samozřejmá součást zdravotní a sociální péče v závěru života může vést k detabuizaci tématu závěru života a umírání ve společenské diskusi,
- atmosféra otevřeného rozhovoru mezi pacienty a zdravotníky o přáních a hodnotách, o plánu paliativní péče a limitaci neúčelné léčby, včetně většího využití institutu dříve vysloveného přání, vede k obecné kultivaci veřejné diskuse a společenské koheze.

¹⁰ / Meier DE and Sieger CE. *The case for hospital palliative care. Improving quality. Reducing cost.* New York: Center to Advance Palliative Care, 2014, <https://www.capc.org/documents/download/246/> Gardiner C, Ingleton C, Ryan T, et al. What cost components are relevant for economic evaluations of palliative care, and what approaches are used to measure these costs? A systematic review. *Palliat Med* 2017; Smith S, Brick A, O'Hara S, et al. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: a literature review. *Palliat Med* 2014; Sullender RT, Selenich SA. Financial Considerations of Hospital-Based Palliative Care [Internet]. Research Triangle Park (NC): RTI Press; 2016



4 Obecná a specializovaná paliativní péče v rámci nemocničního programu paliativní péče



4.1 Obecná paliativní péče 32

4.2 Konziliární tým paliativní péče 32

- Indikace k vyžádání konzília/intervence K TPP 33
- Struktura intervence K TPP 34
- Vedení dokumentace o činnosti K TPP 35

4.3 Ambulantní paliativní péče 36

4.4 Oddělení paliativní péče 37

4.5 Personální zabezpečení nemocničního programu paliativní péče 38



4.1 Obecná paliativní péče

Nemocniční program paliativní péče se týká obecné i specializované paliativní péče. V rámci **obecné paliativní péče** je obvykle třeba realizovat opatření v následujících oblastech:

- zvýšení kompetencí lékařů i nelékařských pracovníků v oblasti obecné paliativní péče formou vzdělávání (témata: identifikace pacientů s potřebou paliativní péče, zásady podpůrné komunikace, zásady práce s plánem, paliativní péče, hodnocení a léčba symptomů, dobrá informovanost o dostupných možnostech a službách specializované paliativní péče),
- zavedení systematického hodnocení potřeb (skrining) u všech hospitalizovaných pacientů: bolest, psychický distres, nutrice, sociální potřeby,
- Nastavení indikačních kritérií pro konzilium nebo předání do specializované paliativní péče.

Při tvorbě nemocničního programu paliativní péče je třeba rozhodnout, které organizační formy **specializované paliativní péče** budou v nemocnici rozvíjeny. S ohledem na personální a prostorové kapacity, strukturu pacientů i aktuální potřeby dané nemocnice lze rozvíjet jednu specifickou formu (např. pouze ambulanci paliativní medicíny) nebo více forem současně (např. konziliární tým paliativní péče a ambulanci paliativní medicíny). V ideálním případě jsou v rámci nemocničního programu budovány a rozvíjeny všechny formy specializované péče: konziliární tým, ambulance a lůžkové oddělení. Tuto rozvahu musí realizační tým projektu formulovat na základě pečlivého zhodnocení potřeb i kapacit a také v souladu s prioritami dané nemocnice. Na základě dosavadních zkušeností se jeví jako výhodné zahájit rozvoj nemocničního programu ustavením konziliárního paliativního týmu nebo ambulance paliativní medicíny poskytující konziliární péči hospitalizovaným pacientům. Když nemocniční tým získá zkušenosti s vlastním poskytováním paliativní péče, dokáže pak dál, své nemocnici na míru, paliativní péči rozvíjet i v dalších formách. V následujícím textu jsou podrobněji uvedeny charakteristiky činnosti specializované paliativní péče v rámci nemocničního programu paliativní péče.

4.2 Konziliární tým paliativní péče

KTPP poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům hospitalizovaným v zařízení akutní a následné lůžkové péče a jejich blízkým. Tato péče je zajišťována prostřednictvím intervence multidisciplinárního paliativního týmu. Péče

je poskytována na lůžku formou konzilia, konzultace nebo podpůrné intervence, případně ambulantní formou, je-li směřována k blízkým hospitalizovaného pacienta. Členy KTPP jsou lékař specialista na paliativní medicínu – paliatr, ostatní lékaři, sestra, psycholog/psychoterapeut, sociální pracovník, případně další odborníci (např. kaplan, klinický farmaceut, nutriční specialista). Vedoucím pracovníkem multidisciplinárního týmu je jeden z členů týmu, obvykle lékař. Optimální složení a personální kapacita KTPP bude vždy záviset na velikosti zdravotnického zařízení, konkrétním personálním obsazení týmu a na struktuře pacientů z hlediska základních diagnóz a komorbidit. Je pravděpodobné, že vytvoření plně obsazeného samostatného multidisciplinárního paliativního týmu bude možné spíše ve větších nemocnicích. V menších zdravotnických zařízeních bude pravděpodobně využíván základní tým ve složení lékař-paliatr, sestra a sociální pracovník, nebo konziliární služba ambulance paliativní medicíny ve spolupráci s již existujícími podpůrnými službami v rámci nemocnice (např. psycholog, sociální pracovník, nutriční specialista apod.)

Pro začlenění KTPP do programu paliativní péče a do širšího systému konziliární péče v rámci dané nemocnice je potřeba specifikovat následující oblasti:

- indikační kritéria pro vyžádání konzilia KTPP,
- strukturu intervence KTPP,
- způsob vedení dokumentace o intervencích KTPP.

Indikace k vyžádání konzilia/intervence KTPP

Intervenci KTPP indikuje jako žádost o konzilium ošetřující lékař hospitalizovaného pacienta, dle zvyklostí příslušného oddělení a zdravotnického zařízení. Podnět ke konziliu/intervenci paliativního týmu může ošetřujícímu lékaři dát i jiný člen základního ošetřujícího týmu (sestra, psycholog, zdravotně-sociální pracovník). O konzultaci KTPP může ošetřujícího lékaře požádat také sám pacient a jeho blízcí.

Obvyklé situace/indikace vhodné pro vyžádání konzilia KTPP:

- obtížně zvládnutelná bolest a další symptomy, které přesahují erudici nebo možnosti primárního ošetřujícího týmu,
- podpora při péči o pacienta v terminálním stavu,
- zvýšená potřeba komunikace, vysvětlování, zvažování alternativ,
- podpora při formulaci léčebných cílů a jim přiměřenému léčebnému plánu u pacientů v pokročilých a konečných stádiích závažných onemocnění,
- podpora při komunikaci o limitaci péče, případně změny terapeutického přístupu z kurativního na paliativní, včetně využití institutu dříve vysloveného přání,

- obtížná komunikace s pacientem a jeho blízkými – typicky rozpor v očekávání a terapeutických možnostech, při komunikačním nesouladu, hrozícím nebo přítomným konfliktu apod.,
- potřeba intenzivní psychologické podpory pacienta nebo jeho blízkých,
- potřeba řešení sociální problematiky, návaznosti péče mezi jednotlivými prostředními poskytování péče (např. konzultace odchodu pacienta do domácí péče, nebo do hospicu), orientace v systému sociální podpory, podpora a orientace v možnostech při zajišťování kompenzačních pomůcek,
- zprostředkování informací o možnostech paliativní péče v místě pacientova bydliště, vysvětlení fungování různých paliativních zařízení, pomoc s kontaktováním těchto zařízení,
- podpora v období truchlení, zejména v kontextu mimořádných situací (úmrtí dítěte, těžká emoční dysbalance pozůstalých, děti jako pozůstalí, úmrtí živitele rodiny apod.),
- potřeba spirituální péče a podpory u pacientů a jejich blízkých.

Na některých pracovištích v zahraničí je indikace konzilia KTPP založena na formalizovaném skríningu potřeb paliativní péče. Pokud pacient komplexností svých potřeb překročí určitý předem definovaný práh, je indikováno konzilium specializované paliativní péče. V rámci nemocničního informačního systému lze propojit vyplnění skrínigového dotazníku s automatickým vygenerováním žádanky o paliativní konzilium. Jako příklad uvádíme paliativní skrínig implementovaný do nemocničního informačního systému Masarykova onkologického ústavu v Brně (viz příloha 9.9).

Struktura intervence KTPP

První konzilium KTPP obvykle provádí lékař týmu, případně ve spolupráci s dalším členem týmu podle povahy klinické situace a řešeného problému. Zapojení dalších členů KTPP závisí na konkrétní klinické situaci a potřebách pacienta a jeho blízkých.

Konzilium KTPP je zakončeno adekvátní dokumentací (viz bod 1. 5) a rozvahou o dalším postupu. Současně je stanoveno, jakým způsobem bude KTPP dále pokračovat v péči o pacienta, případně jeho blízké. Dle charakteru problému, který byl předmětem intervence a možností konkrétního pracoviště, jsou možné následující formy způsoby péče KTPP:

- jednorázová intervence KTPP bez dalšího pokračování; další péči zajišťuje výhradně primární ošetřující tým,
- pokračování péče konziliární formou,
- doporučení pro předání jinému poskytovateli zdravotní péče nebo do domácího prostředí s doporučením adekvátní odborné péče,

- doporučení k předání pacienta na specializované lůžko či oddělení paliativní péče, je-li takové v příslušném zařízení k dispozici.

Vedení dokumentace o činnosti KTPP

O intervenci KTPP je průběžně vedena podrobná dokumentace, která musí odpovídat standardům a požadavkům daného zdravotnického zařízení. Struktura záznamu musí reflektovat komplexní charakter paliativní intervence.

Obvyklé součásti dokumentace prvního /vstupního konzilia KTPP

1. indikace vyšetření,
2. záznam o komunikaci o stavu pacienta s ošetřujícím/žádajícím lékařem obsahující jeho očekávání a požadavky na KTPP,
3. stručné anamnestické údaje relevantní pro konziliární intervenci,
4. zhodnocení tělesných, psychologických a sociálních potřeb,
5. zhodnocení pravděpodobné prognózy onemocnění,
6. zhodnocení preferencí a hodnotového systému pacienta,
7. formulace léčebných cílů a plánu péče,
8. návrh a doporučení pro následující péči a další kontakt s KTPP.

Dokumentace opakovaných konzilií, konzultací a intervencí

9. indikace vyšetření,
10. stručné anamnestické údaje relevantní pro konziliární intervenci,
11. odborné informace nezbytné pro dokumentaci příslušné léčebné a podpůrné intervence,
12. návrh a doporučení pro následující péči a pro další kontakt/péči KTPP.

Pro svou činnost potřebuje KTPP dostatečné prostorové zázemí. Přímá konziliární péče obvykle probíhá přímo na lůžkových odděleních: na patientských pokojích, v hovorách a vyšetřovacích příslušných oddělení. Pro činnost týmu je ale velmi důležitá samostatná místnost, ve které probíhají multidisciplinární setkání týmu a kde mohou také probíhat komunikační setkání členů týmu s pacienty a jejich blízkými.

Zásadním omezením pro rozvoj konziliárních týmů paliativní péče v ČR v roce 2019 je skutečnost, že tato služba není uznána jako specifická zdravotní služba v systému služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotnické zařízení za tuto péči nedostane od zdravotních pojišťoven žádnou úhradu. Náklady je tak třeba hradit ze zvláštních zdrojů (dary, dotace, granty) nebo z režijních nákladů nemocnice. Podrobněji viz kapitola 5 Financování a úhradové mechanismy paliativní péče.

4.3 Ambulantní paliativní péče

Pokud je ambulance součástí nemocnice, může poskytovat péči třemi způsoby:

13. Ambulantní péče.

14. Konziliární péče o hospitalizované pacienty. Konziliární péče se v řadě aspektů shoduje s výše popsanou činností konziliárního paliativního týmu. Je však zpravidla omezena na intervenci ambulantního lékaře – paliatra a sestry. Ostatní složky paliativní intervence (sociální pracovník, psycholog) mohou být do péče také zapojeny, pokud jsou v dané nemocnici reálně dostupné. Koordinace multidisciplinární péče je však z pozice ambulance obtížnější než v rámci modelu KTHP.

15. Ambulantní/konziliární péče o pacienty s pokročilým onemocněním přivezené pro akutní zhoršení stavu na urgentní/centrální příjem, popř. do jiných odborných ambulancí. U těchto pacientů může konziliární zhodnocení potřeb a nastavení plánu paliativní péče vést k ambulantnímu vyřešení stavu, který by bez této intervence vedl k akutní hospitalizaci daného pacienta.

V optimálním případě by měla ambulance paliativní medicíny v nemocnici zajišťovat trvalou dostupnost (7/24/365) konziliární paliativní služby a měla by velmi úzce spolupracovat s komunitními poskytovateli obecné paliativní péče (agentury home care, praktičtí lékaři) a specializované paliativní péče (mobilní hospice). Podmínku trvalé časové dostupnosti v roce 2019 žádá ambulance paliativní medicíny v ČR nenaplnuje.

Personální požadavky na ambulanci paliativní medicíny jsou definovány vyhláškou o minimálním personálním zabezpečení zdravotních služeb¹¹. Je požadován lékař se zvláštní odbornou způsobilostí (atestací) v oboru Paliativní medicína nebo Paliativní medicína a léčba bolesti a dále zdravotní sestra. Poskytování specializované paliativní péče cestou ambulance paliativní medicíny může být limitována nízkou dostupností ostatních profesí (psycholog, sociální pracovník). Tím může být omezena schopnost naplnění komplexních potřeb pacienta vyžadující paliativní péči.

Prostorové a technické požadavky na vybavení ambulance jsou specifikovány ve vyhlášce o minimálním technickém a věcném vybavení zdravotnických zařízení.¹² Dosavadní zkušenost ukazuje, že pro efektivní činnost ambulance jsou nezbytné alespoň dvě místnosti. Jedna místnost charakte-

11 / Vyhláška č. 285/2017 Sb.

12 / Vyhláška č. 92/2012 Sb.

ru malého stacionáře a zákrovového sálku umožňuje provádění drobných intervenčních výkonů (punkce, převazy) a parenterální aplikace (infuze, transfuze). Pacient zde může pobývat na lehátku nebo polohovacím křesle. Druhá místnost je pracovištěm lékaře a kromě běžných ambulantních vyšetření zde probíhají rozhovory s pacienty a jejich rodinami, popř. multiprofesní setkání.

Ambulance paliativní medicíny vykazuje svou činnost prostřednictvím specifických zdravotnických výkonů (kódů), které jsou uvedeny v seznamu zdravotních výkonů. Podrobněji viz kapitola 5 Financování a úhradové mechanismy paliativní péče.

Vzhledem ke skutečnosti, že je činnost ambulance paliativní medicíny hrazena ze zdravotního pojištění, může být pro některé nemocnice vybudování takové ambulance nejpříjemnější formou specializované paliativní péče v rámci nemocničního programu paliativní péče.

4.4 Oddělení paliativní péče

Jedinou formou lůžkového oddělení paliativní péče v rámci nemocnice, kterou český zdravotní systém v roce 2019 zná, je oddělení s lůžky hospicového typu. Jedná se o dlouhodobou lůžkovou péči o nevléčitelně nemocné pacienty v terminálním stavu.¹³ Většina pacientů, kteří jsou na takto koncipované oddělení přijati, zde také umírá (mortalita obvykle větší než 90 %). Péče je zajišťována multidisciplinárním týmem složeným z lékařů specialisty, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologa a kaplana. Na oddělení paliativní péče s lůžky hospicového typu je plátcí péče pohlíženo stejně jako na lůžka v samostatných lůžkových („kamenných“) hospicích. Péče je hrazena formou paušální platby za ošetřovací den. Vyhláška o minimálním personálním zabezpečení zdravotních služeb definuje minimální složení multidisciplinárního ošetřujícího týmu na lůžkovém oddělení tohoto typu.¹⁴

Zvláštní formu lůžkové paliativní péče v nemocnici představují samostatná („dedikovaná“) lůžka paliativní péče v rámci jiného lůžkového oddělení. V praxi se jedná nejčastěji o vyčlenění jednoho nebo více jednolůžkových pokojů, které jsou určeny k péči o pacienty v terminálním stavu. Vybavení těchto pokojů obvykle kromě zajištění komfortu a soukromí také umožňuje trvalou přítomnost blízkých osob a návštěv. Terminologicky bývají tato lůžka

13 / Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění

14 / Vyhláška č.285/2017 Sb

označována jako paliativní lůžka, nebo tzv. „rodinné pokoje“. Z hlediska úhrady ze zdravotního pojištění je v některých případech nasmlouvána úhrada jako pro lůžko hospicového typu. V jiných zařízeních je takové lůžko vykazováno a hrazeno stejně jako ostatní lůžka na daném oddělení (např. jako akutní lůžko interní, lůžko následné péče, lůžko ošetrovatelské péče atd.). Podrobněji viz kapitola 5 Financování a úhradové mechanismy paliativní péče.

Přijetí/překladu na lůžko/oddělení specializované paliativní péče v ideálním případě předchází konziliární vyšetření paliativním týmem nebo ambulancí paliativní medicíny, v rámci kterého je zhodnoceno, zda je indikován překlad do specializované paliativní péče nebo péče může dále probíhat na primárním oddělení, příp. může-li být pacient propuštěn domů s podporou domácího hospice.

4.5 Personální zabezpečení nemocničního programu paliativní péče

Z hlediska obecné paliativní péče je základním předpokladem dostatek lékařského a ošetrovatelského personálu podle požadavků Vyhlášky o minimálním personálním zabezpečení¹⁵ pro daný typ zdravotnického zařízení a lůžkového oddělení. V řadě případů jsou požadavky personální vyhlášky značně minimalistické a pro zajištění kvalitní péče je třeba kapacitu ošetrovatelského personálu navýšit. Nejde však pouze o počet lékařů a sester, ale stejnou měrou také o jejich znalosti, dovednosti, motivaci a celkový pohled na problematiku paliativní péče. Program paliativní péče by měl tyto kvality u pracovníků v daném zařízení podporovat a rozvíjet. V případě záměru vybudovat v nemocnici některou z forem specializované paliativní péče je vhodné respektovat doporučená pravidla personálního zabezpečení pro jednotlivé organizační formy (viz tabulka).

Zahraniční zkušenost ukazuje, že složení týmu může být v závislosti na velikosti zdravotnického zařízení flexibilní. Tým zahrnující pouze paliatra a zdravotní sestru a/nebo sociálního pracovníka, se zajištěnou adekvátní dostupností ostatních profesí, může mít na kvalitu paliativní péče měřitelný dopad. Specifickou otázkou jsou kompetence a „agendy“ jednotlivých členů týmu. Některé jsou oborově specifické, jiné se částečně překrývají. Ačkoliv můžeme předpokládat, že ve většině případů management symptomů zajišťuje lékař, koordinaci překladů sociální pracovník, tak schůzky s rodinami a komunikace a podpora pacientů mohou být v konkrétních podmínkách efektivně zajištěny lékařem, sociálním pracovníkem, zdravotní sestrou nebo kaplanem.

Typ zdravotní služby	Personální zabezpečení
Ambulance paliativní medicíny	Lékař specialista na paliativní medicínu – paliatr Sestra
Konziliární tým paliativní péče	Lékař – paliatr Jiný lékař Sestra Sociální pracovník Psycholog/psychoterapeut Kaplan/pastorační pracovník
Oddělení paliativní péče (hospicového typu)	Lékař – paliatr Sestra Sociální pracovník Psycholog/psychoterapeut Kaplan/pastorační pracovník

Poznámka: velikost úvazku jednotlivých profesí závisí na plánované kapacitě služby. U konziliárního týmu a ambulance v rámci nemocnice je ideálem trvalá dostupnost (alespoň formou možnosti telefonické konzultace). V počáteční rozvojové fázi ale doporučujeme cílit na zajištění dostupnosti v běžné pracovní době (pondělí až pátek, 8:00–15:00)

V příloze 9.4 jsou uvedeny personální požadavky na složení konziliárního týmu paliativní péče v rámci projektu MZ na podporu paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče (2019–2021). Projekt předpokládá, že tým bude formou konzilia intervenovat u 350 nových pacientů ročně a je realizován v nemocnicích, které mají více než 350 lůžek.

I v českém prostředí nacházíme různé modely. V některých nemocnicích můžeme vidět práci týmu založenou primárně na zdravotních sestřích, v jiné nemocnici hraje klíčovou roli pozice psychosociálního intervenanta, v další komunikaci s pacientem primárně zajišťuje psycholog. Předpokládáme, že nastavení kompetencí jednotlivých profesí v českém prostředí bude jedním z výstupů analýzy v rámci probíhajícího pilotního projektu ministerstva zdravotnictví v letech 2018–2021.

Literatura

- [1] Sláma, O., Špinková, M., Kabelka, L. 2013. Standardy paliativní péče. ČSPM. https://www.paliativnimediceina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
- [2] Smith, T. J., Coyne, P. J. and Cassel, J. B. 2012. Practical guidelines for developing new palliative care services: resource management., *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*. Oxford University Press, 23 Suppl 3(Suppl 3), pp. 70–5.
- [3] Sláma, O. 2019. Standardy paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče, MZČR
- [4] Pantilat, S. et al. 2015. Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach.
- [5] National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2018. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition. Richmond, VA: National Coalition for Hospice and Palliative Care; <https://www.nationalcoalitionhpc.org/npc>.
- [6] Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- [7] Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S et al. 2011. Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood)*; 30: 454–463.
- [8] Muir JC, Daly F, Davis MS et al. Integrating palliative care into the outpatient, private practice oncology setting. *J Pain Symptom Manage* 2010; 40(1): 126–135.



5 **Financování a úhradové mechanismy paliativní péče**



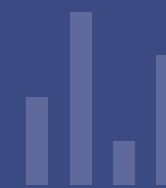
42

5.1 Současné možnosti financování paliativní péče v ČR **45**

Zdravotní výkony dle Seznamu zdravotních výkonů (2019) 45

5.2 Budoucnost financování paliativní péče v ČR **47**

43



Zahraniční studie ukazují, že paliativní péče u dospělých pacientů s vážným onemocněním snižuje náklady na hospitalizaci. Metaanalýza zahrnující šest studií a více než 130 000 pacientů ukázala, že nemocnice uspořily při hospitalizaci v případě intervence paliativního týmu v průměru 3 237 USD na pacienta (4 251 u onkologických, 2 105 u neonkologických pacientů). Větších úspor bylo dosaženo u pacientů s více onemocněními¹⁶. Ačkoliv paliativní péče může přinést významné úspory systému nebo poskytovatelům zdravotní péče, nepředpokládáme, že by v současném systému financování nemocnic měla integrace paliativní péče pozitivní dopad na náklady na zdravotní péči. Například v Německu začala hrát významnou ekonomickou roli paliativní péče až po přechodu na systém financování na základě DRG.¹⁷ Předpokládáme, že v rámci Pilotního projektu MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“ bude v porovnání s kontrolní skupinou ověřen pozitivní dopad paliativní péče na snížení počtu výskytu sledovaných indikátorů s ekonomickým dopadem (tj. počet dnů hospitalizace, počet dnů na intenzivních lůžkách, nákladné modalitě léčby v závěru života apod.) u pacientů, kde intervenoval paliativní tým.

Ve většině zemí je financování paliativní péče postaveno na kombinaci výkonových a nevýkonových plateb. Například v Norsku tvoří smluvně dohodnutý rozpočet za poskytování paliativní péče 50 % příjmu nemocnice a 50 % příjmu je vázáno na hospitalizační případ. V Holandsku, Německu a Norsku jsou výkonové úhrady za konziliární službu paliativní péče navázány na hospitalizační případ, který je založen na charakteristice a délce poskytované služby. Na Novém Zélandu a v Austrálii proběhl pokus uhradit práci konziliárního týmu paliativní péče pouze na základě charakteristiky pacientů. Byl odmítnut z důvodu obav, že týmy budou spíše vybírat ekonomicky výhodnější pacienty. V Austrálii byl v jednom regionu podobný model financování úspěšně pilotován a v současnosti je zaváděn celostátně.

V případě péče nastavené pouze na základě výkonových plateb hrozí, že se konziliární tým bude více zaměřovat na vykazování odměňovaných činností a ne na poskytování odpovídající péče. V tomto světle se kombinace plateb ukazuje jako vhodný model financování konziliární paliativní péče v nemocnicích.

¹⁶ / Groeneveld, E. I. et al. 2017. *Funding models in palliative care: Lessons from international experience*. Palliative medicine. SAGE Publications, 31(4), pp. 296–305.

¹⁷ / Diagnosis-related group – systém klasifikace klinických případů majících podobné nároky na využití zdrojů. Bývá využíván k nastavení způsobu financování nemocnic.

5.1 Současné možnosti financování paliativní péče v ČR

Kódy zdravotních výkonů, které mohou být částečně využity na úhradu nákladů spojených s poskytováním nemocniční paliativní péči v ČR, shrnují tabulky níže. Seznam není komplexním výčtem výkonů, které mohou být využity při poskytování paliativní péče, ale inspirací, jak určité aktivity, které paliativní péče zahrnuje, vykazovat. Výkony uvedené v Seznamu zdravotních výkonů (SZV) umožňují poměrně dobře vykazovat činnost ambulance odbornosti paliativní medicína (odbornost 720) a lůžkové paliativní péče hospicového typu. SZV ale zatím nepočítá s existencí multidisciplinárních konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích. Činnost těchto týmů je stávajícími výkony definovatelná velmi omezeně. Řadu důležitých aspektů a činností týmu pomocí stávajících výkonů popsat nelze.

Zdravotní výkony dle Seznamu zdravotních výkonů (2019)

Ambulance paliativní medicíny		
Výkony odbornosti 720 – Paliativní medicína		Poznámka
80053	Komplexní vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína	pouze ambulantně
80054	Cílené vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína	pouze ambulantně
80055	Kontrolní vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína	pouze ambulantně

Jednotka paliativní péče		
Výkony odbornosti 720 – Paliativní medicína		Poznámka
OD 00005	Ošetřovatelská lůžka všech odborností	vykazuje se na ošetřovatelských lůžkách všech odborností
OD 00030	Hospicová lůžková péče	vykazuje se na lůžkách ve speciálních zařízeních hospicového typu

Konziliární tým paliativní péče		
Výkon odbornosti 710 – Algeziologie		Poznámka
80025	Multidisciplinární konference o průběhu léčby	pouze na specializovaném pracovišti
Vybrané výkony odbornosti 916 – Nutriční terapeut		Poznámka
06411	Vyšetření a hodnocení nutričního stavu nutričním terapeutem	pouze ambulantně
06413	Sestavení nutričního plánu pacienta	pouze ambulantně
06415	Edukace nutričním terapeutem	pouze ambulantně
06417	Reedukace nutričním terapeutem	pouze ambulantně
Vybrané výkony odbornosti 910 – Psychoterapie		Poznámka
35520	Psychoterapie individuální systematická, prováděná psychiatrem, klinickým psychologem nebo lékařem s psychoterapeutickou kvalifikací	bez omezení
37125	Emergentní psychoterapie	pouze na specializovaném pracovišti
Vybrané výkony odbornosti 901 – Klinická psychologie		Poznámka
37021	Komplexní psychologické vyšetření	bez omezení
37022	Cílené psychologické vyšetření	bez omezení
37023	Kontrolní psychologické vyšetření	bez omezení
37111	Specifická psychologická intervence	bez omezení
37115	Krizová intervence	bez omezení
37121	Psychodiagnostika s náročným psychoterapeutickým zásahem	bez omezení

Mezioborové výkony		Poznámka
09507	Psychoterapie podpůrná prováděná lékařem ne-psychiatrem	bez omezení
09523	Edukační rozhovor lékaře s nemocným či rodinou	pouze ambulantně – agregován do ošetřovatelského dne
09525	Edukační rozhovor lékaře s rodinou	pouze ambulantně – agregován do ošetřovatelského dne
09513	Telefonická konzultace ošetřujícího lékaře pacientem	pouze ambulantně – agregován do ošetřovatelského dne
09511	Minimální kontakt lékaře s pacientem	bez omezení
Výkony odbornosti 911 – Všeobecná sestra		Poznámka
06123	Edukace, reedukace, ošetřovatelská rehabilitace	pouze ambulantně

Současné možnosti financování paliativní péče neumožňují poskytovatelům pokrýt veškeré náklady s péčí spojené. Velká část nemocnic využila pro rozvoj paliativní péče granty a dotace převážně ze zdrojů soukromých nadací.

5.2 Budoucnost financování paliativní péče v ČR

Model financování paliativní péče by měl dle zahraniční studie splňovat následující požadavky¹⁸:

- umožňuje přístup pacientů ke včasné paliativní péči (nejen k péči na konci života),
- podporuje adekvátní kombinaci paliativní péče s kurativní léčbou,
- podporuje poskytování služby na vhodném místě dle preferencí pacienta,

¹⁸ / May, P. et al. 2018. *Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness*. JAMA Internal Medicine. American Medical Association, 178(6), p. 820.

- vyhýbá se finanční zátěži pro pacienty a jejich rodiny,
- zajišťuje poskytovatelům paliativní péče stabilní a předvídatelné financování, které jim umožňuje plánování a vývoj služeb.

Vzhledem k absenci systému financování konziliární paliativní péče v nemocnicích je potřebné se právě na tento segment zaměřit. Funkčnost KTHP jako nové zdravotní služby je ověřována v rámci pilotního projektu MZČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“. V rámci tohoto projektu byl vytvořen seznam výkonů, který popisuje činnosti jednotlivých členů týmu i celého týmu jak ve vztahu k pacientovi a jeho rodině, tak také ve vztahu k ostatním zdravotníkům v primárním týmu. Cílem sběru těchto dat je co nejpřesněji popsat činnost KTHP a to z hlediska personální a časové náročnosti. Tato data by měla v budoucnu posloužit na nalezení vhodného modelu úhrady činnosti KTHP z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Seznam a popis „fiktivních“ zdravotních výkonů, které jsou používány v rámci pilotního projektu, je uveden v příloze 9.11 Seznam fiktivních výkonů využívaných v rámci projektu.

Systém financování zdravotních služeb vždy ovlivňuje jednotlivé aktéry i samotné poskytování zdravotní služby a její rozvoj. Ačkoliv, jak bylo ukázáno v ostatních kapitolách této metodiky, je zavádění paliativní péče do nemocnic komplexní problém, nastavení jeho financování je vstupní podmínkou *sine qua non*. Proces implementace nové služby v nemocnici je vždy spojen s otázkou financování. Vedení nemocnice zajímá ekonomika fungování paliativního týmu, která bývá důležitým faktorem při rozhodování o spuštění poskytování specializované péče.

Finance jako bariéra rozvoje KTHP¹⁹

„Narážíme na financování, nemáme to jednoduché, jestliže tady je iniciativa, která nám umožní hradit osobní náklady, tak jenom dobře. Ředitelství od nás chce, aby každý tým, každá skupina měla svou činnost zaplacenou. Bez dotace by to pravděpodobně vzniklo, ale tak trochu na koleně, s větší bolestí a v extrémně skromných možnostech.“

člen konziliárního týmu paliativní péče

¹⁹ / Skupinové rozhovory realizované v rámci projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“

V rámci přípravné fáze je doporučeno vytvořit plánovaný rozpočet služby, který bude obsahovat konkrétní plán nákladů (personálních, investičních, provozních) a výnosů (pojišťovny, dotace, jiné zdroje nemocnice). Zároveň je doporučeno začít s vedením vést diskusi o užitečnosti paliativní péče pro nemocnici. Paliativní péče v důsledku zavedení individuálních plánů péče využívá racionálně nákladné diagnostické a terapeutické postupy. Součástí individuálních plánů je omezení neúspěšných intervencí, optimalizace propuštění nevyléčitelně nemocných, která může vést ke zkrácení doby hospitalizace a k prevenci nežádoucích rehospitalizací. Díky systému paliativních konzilií může docházet k ekonomickým úsporám a snížení nákladů na péči u pacientů v závěru života při zachování nebo zlepšení její kvality (o přínosech paliativní péče více viz kapitola 3.3 Nemocniční program paliativní péče)

Literatura

- [1] Groeneveld, E. I. et al. 2017. *Funding models in palliative care: Lessons from international experience*. Palliative medicine. SAGE Publications, 31(4), pp. 296–305.
- [2] May, P. et al. 2018. *Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness*. JAMA Internal Medicine. American Medical Association, 178(6), p. 820.



6 Implementace programu paliativní péče v nemocnici



50

6.1	Vyvolání vědomí naléhavosti	54
	Hodnocení potřeb	56
	Hodnocení postoje	58
6.2.	Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny	59
6.3	Vytvoření vize a strategie	59
	Vytvoření sdílené vize	60
	Strategické cíle	61
	Operativní cíle	61
6.4	Šíření vize změny a získávání jejích stoupenců	65
6.5	Uvolňování a podpora prostoru pro jednání	65

51

6.6	Vytváření příležitostí k rychlým úspěchům	67
6.7	Nepolevování	68
6.8	Upevňování dosažené změny v organizační kultuře	68



Zásadním bodem při implementaci paliativní péče do nemocnic je dostatečná příprava samotného programu a personálu nemocnice včetně začlenění poskytování paliativní péče mezi strategické priority organizace. Zavedení paliativní péče do nemocnice je náročným manažerským úkolem, který vyžaduje čas v řádu několika let a bez podpory vedení a ostatních kolegů se z procesu může stát nepříjemný zážitek pro všechny zúčastněné.

Zavedení paliativní péče je pro nemocnici jako celek i pro jednotlivá oddělení velkou výzvou. Střetávají se stávající způsob poskytování péče a způsob nový, který má jinou filozofii, nemíří cíleně k uzdravení pacienta a vyžaduje přístup, který může být v běžném nemocničním provozu pro pracovníky nepředstavitelný a pro některé i obtížně přijatelný. Tyto sociální faktory, tedy velmi konkrétní a silná představa o tom, jak vypadá profesionální a správná medicínská péče, rutiny konkrétních pracovišť, dosavadní zkušenosti zdravotníků z oblasti akutní a „vítězná“ medicíny, hrají velkou roli.

Bradley a kol.²⁰ ve své knize věnované strategickému řízení uvádí, že existují dva hlavní faktory bránící strategickému řízení. Prvním je, že *strategie je prováděna lidmi*. Druhým, že *strategii realizují lidé pracující společně*. Peter Drucker, guru moderního managementu, upozorňuje na další rovinu obtíží, a to je rovina organizační kultury, která může být velmi rezistentní vůči změnám. Říká sarkasticky, že: *kultura sní vaši strategii ke snídani (Culture eats strategy for breakfast)*. Autoři těchto výroků se snaží s trochou nadsázky poukázat, že v rámci strategického řízení, a zavádění paliativní péče je zásadním strategickým rozhodnutím, je třeba vzít velmi vážně lidský prvek. A to interakci osob v rámci sociálního systému a organizační kulturu, která zahrnuje jak hodnoty, tak jednání lidí, které (obvykle) považují za správné. V našem případě – při zavádění paliativní péče do nemocnice – budou do hry vstupovat ty části kultury nemocnice a profesionálů, které se týkají jejich postojů ke smrti, představ o tom, jak má člověk umírat a jakou roli v tom mají hrát zdravotníci, jak zdravotníci ne/mají bojovat s nemocí nebo jak otevřeně se ne/má s pacientem o jeho blížící se smrti hovořit. Další významnou složkou kultury nemocnic je jasná subordinace zdravotnických i nezdravotnických profesí. Ta se v paliativní péči mírně narovnává, členové paliativního týmu pracují každý jako samostatný a spolupracující expert, významnou roli hrají zdravotní sestry a ošetrovatelská složka péče.

Rozdílnost organizační kultury nemocnic a paliativních týmů bývá vnímána jako jedna z hlavních bariér v procesu implementace²¹. Tyto rozdíly mohou být jedním z důvodů, proč paliativní týmy při rozvoji spolupráce v nemocnici obvyk-

20 / Bradley, C., Smit, S. and Hirt, M. 2018. Strategy beyond the hockey stick: people, probabilities, and big moves to beat the odds.

le vytvářejí neoficiální síť spolupracujících profesionálů, která je založena více na *vztazích, společných hodnotách a důvěře, než na vytvořeném standardizovaném systému referování pacientů*.²² Zavádění paliativní péče mimo tuto spolupracující komunitu, kde kolegové nesdílejí proaktivní interdisciplinární přístup zaměřený na pacienta a kvalitu jeho života, může být komplikované.

Na základě výzkumu, který byl realizován jako příprava na Pilotní projekt, bylo možné tyto kulturní rozdíly identifikovat. Kultura paliativní péče je založena na potřebách pacienta, relativní rovnosti členů týmu a na schopnosti sebereflexe. Klíčovou roli zde hraje empatie, nejen vůči pacientům, ale také vůči kolegům. Nemocniční kultura je více hierarchická, zaměřená na diagnózu a kauzální léčbu pacientů. Cílem nemocnice je pacienta vyléčit, k tomu také zejména lékaři směřují, neboť jim to předepisuje jejich vzdělání, praxe a etika jejich profese. V nemocničním provozu je často mnoho úkonů podřízeno tomu, aby personál zvládl v určitém čase všechno, co je třeba, nebo aby fungovala návaznost na další oddělení. Pacient se stává součástí organizace, která musí dobře fungovat, ale v níž se nakonec jednotlivec může ztratit. Provoz nejen akutních oddělení často limituje prostor pro týmovou práci a neposkytuje příležitosti k reflexi.

Zavádění paliativní péče tak pro nemocnici znamená nejen strategické rozhodnutí, ale z důvodu odlišného paradigmatu také velkou transformační změnu. Změna organizační kultury je komplikovaný proces, který vyžaduje podporu vedení nemocnice, dostatek času a manažerské dovednosti vedoucího paliativního a implementačního týmu. Vývoj integrované paliativní péče musí být proto založen nejen na vzdělávání, standardizaci péče a nových standardech, ale také na intervencích směřující ke změně organizační kultury.

21 / např. Gibbs, K. D. et al. 2015. An Assessment of Hospital-Based Palliative Care in Maryland: Infrastructure, Barriers, and Opportunities, Journal of Pain and Symptom Management. Elsevier. Gardiner C., Mark Cobb, Merryn Gott, Christine Ingleton. 2011. Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals, Age and Ageing.

Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review, Palliative Medicine, případně Loučka, M., Kovaříková, L. 2018. Rozvoj paliativní péče v nemocnicích. Praha: Centrum paliativní péče.

22 / den Herder-van der Eerden, M. et al. (2018). Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: A qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries.

Změna organizační kultury je obtížný proces, protože sdílené normy chování a základní přesvědčení sociálních skupin se nacházejí hlouběji.

Aby se implementace paliativní péče do nemocnice nestala nedosažitelným cílem, je možné využít vhodný model k řízení změny. Nejčastěji bývá zmiňován Kotterův model úspěšné transformační změny, který je zaměřen na překonání přirozeného odporu a odmítání změn ze strany zainteresovaných skupin. Jednotlivé kroky se zaměřují na cílenou komunikaci s pracovníky tak, aby proces proběhl hladce a pracovníci byli maximálně zapojeni²³

Proces řízení změny v organizaci obvykle zahrnuje následující kroky²⁴

1. Vyvolání vědomí naléhavosti
2. Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny
3. Vytvoření vize a strategie
4. Šíření vize změny a získávání jejich stoupenců
5. Uvolňování a podpora prostoru pro jednání
6. Vytváření příležitostí k rychlým úspěchům
7. Nepolevování
8. Upevňování dosažené změny v organizační kultuře

6.1 Vyvolání vědomí naléhavosti

V první fázi je doporučeno vyvolat vědomí naléhavosti změny. Pokud klíčový zaměstnanec nemocnice nevnímá paliativní péči jako potřebnou, bude její zavádění velmi komplikované a realizační tým narazí na rezistenci. Vhodnou intervencí, jak vyvolat vědomí naléhavosti změny je identifikace problému. V případě zavádění paliativní péče do nemocnice je možné se opřít analýzu potřeb pacientů v pokročilých fázích závažného onemocnění a následnou diskuzi napříč organizací. Takto získané informace mohou sloužit jako podklad k vytvoření vize a k přípravě plánu implementace. Pokud v rámci

²³ / Inspirující popis procesu řízení transformační změny je k dispozici v knize od stejného autora: Kotter, J. P., Rathgeber, H. and Mueller, P. 2008b. *Náš ledovec se rozpouští: připravte se na změnu a úspěch za jakýchkoliv podmínek*. Pragma.

²⁴ / Kotter, J. P. 2008a. *Vedení procesu změny. Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press.

nemocnice není paliativní péče vnímaná jako potřebná, je doporučeno začít s intenzivními vzdělávacími aktivitami, stážemi v zařízeních poskytujících paliativní péči a s podporou rozvoje obecné paliativní péče na jednotlivých odděleních.

Zkušenosti ze stáže v hospici²⁵

a další takový velký zlom byla návštěva teda hospice v Prachaticích, protože to bylo fakt úžasné, to domácí prostředí, děvčata se chovají tak jak mají, veškerý personál od poslední sanitářky po lékaře, fakt to bylo úžasné. Myslím si, že takhle by to mělo být, že když už bude paliativní péče poskytována v nemocnicích, tak by pacienti neměli pociťt rozdíl, že nejsou doma.

Sestra, vyprávění o vzdělávání k paliativní péči

Hospic, to má tady takovou trošku negativní konotaci, že si říkají, kam je to dáváme, ale když potom vidí, jak to prostředí vypadá, jak se tam lidé chovají a naopak o to víc o to stojí, aby to zažili na vlastní kůži, jak je to pěkný

sestra, o práci s rodinnými příslušníky

Zajímavým podkladem pro komunikaci problematiky paliativní péče v organizaci mohou být informace a zkušenosti z ostatních nemocnic, kde paliativní péči již poskytují. Uspořádání stáže v takovém zařízení umožní přenést část již nabytých zkušeností do vlastního zařízení.

TIP Významnou pomocí může být uspořádání konference paliativní péče pro zaměstnance nemocnice, na které se budou moci seznámit pracovníci, které paliativa již zajímá, může být distribuován dotazník mapující vztah zaměstnanců k paliativní péči, mohou být prezentována data z informačního systému o počtu umírajících, zkušenosti z jiných nemocnic a způsoby spolupráce s poskytovateli mobilní specializované paliativní péče.

Dále je doporučeno připravovat kazuistické semináře pro budoucí členy paliativního týmu a zájemce z ostatních oddělení. Konkrétní příklady pomohou překlenout komunikační bariéry.

²⁵ / Skupinové rozhovory realizované v rámci projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“

Hodnocení potřeb

Program paliativní péče by měl reagovat na reálné potřeby pacientů v konkrétních podmínkách daného zdravotnického zařízení/nemocnice. Měl by přispívat k časně identifikaci a adekvátnímu řešení těchto potřeb u jednotlivých pacientů, ale současně by měl reflektovat potřeby ošetřujícího personálu, managementu nemocnice a širší společnosti (viz také kapitola 3.3 Nemocniční program paliativní péče). Je nezbytné, aby program paliativní péče reagoval a přinášel řešení a odpovědi na potřeby a otázky, které jsou v dané nemocnici kladené. Spektrum otázek, potřeb a výzev může být v různých nemocnicích různé. Realizačnímu týmu pro implementaci programu paliativní péče proto v počáteční fázi doporučujeme systematickou reflexi potřeb paliativní péče v daném zdravotnickém zařízení. V této reflexi mohou pomoci následující otázky.

Tabulka: Užitečné otázky k úvodnímu zhodnocení potřeb paliativní péče v nemocnici

Otázka	Poznámka
Jsou v naší nemocnici pacienti, kteří potřebují paliativní péči?	Viz kapitola 2.3 Pacienti vyžadující paliativní péči. K rozpoznání pacientů s potřebou paliativní péče lze využít také např. dotazník NECPAL a SPICT (viz příloha č.9.2 a 9.3)
Na kterých odděleních jsou umístěni?	
Jaká je kvalita paliativní péče o tyto pacienty? (z hlediska komunikace, léčby bolesti a dalších symptomů, organizace péče, překladů, propuštění)	
Kolik pacientů v naší nemocnici za rok umírá?	Tato informace bývá běžně dostupná z nemocničního informačního systému
Na kterých odděleních pacienti umírají?	
Jaká je kvalita péče o umírající pacienty v naší nemocnici?	Tip: diskuse kazuistik konkrétních pacientů z různých oddělení se snahou identifikovat obecné silné a slabé stránky a kritické oblasti paliativní péče o tyto pacienty

Jaké jsou znalosti, dovednosti a motivace lékařů a sester pro paliativní péči na jednotlivých odděleních naší nemocnice?	Tip: diskuse kazuistik konkrétních pacientů ve snaze identifikovat významné faktory individuálního a systémového charakteru, které ovlivňují kvalitu paliativní péče
Je pro lékaře a sestry práce s pacienty v pokročilých stádiích nemoci zdrojem stresu?	Tip: proveďte anonymní dotazníkový průzkum a následně formou nemocničního semináře prezentujte výsledky
Má naše nemocnice již zavedené některé prvky podpůrné a paliativní péče? (např. pravidelné hodnocení – skrining bolesti, psychologického distresu, nutrice, sociální šetření a příprava propuštění atd., psychologická péče, kaplanská služba atd.)	Tip: Při rozvoji paliativního programu je dobré se všemi již existujícími složkami podpůrné péče aktivně spolupracovat a v rámci paliativního programu je rozvíjet a nově propojovat. Nositelé těchto aktivit jsou klíčoví spojenci při implementaci programu paliativní péče.
Je v naší nemocnici tématem příliš vysoká obloženost a často nedostatečná kapacita lůžkového fondu?	Tip: Diskuse s primáři, vedoucími lékaři a vedením nemocnice. Program paliativní péče může významně přispět k řešení tohoto problému
Jsou v naší nemocnici tématem časté opakované hospitalizace u chronicky nemocných pacientů?	Viz výše
Je v naší nemocnici tématem rozhodování o limitaci péče u pacientů v závěru života (např. KPR, překlad na JIP, dialýza atd.)	Tip: Anonymní dotazník mezi zaměstnanci a prezentace výsledků formou nemocničního semináře
Má nemocnice lůžka následné/dlouhodobé péče?	
Má nemocnice nastavenou spolupráci s lůžkovými a mobilními hospici v daném regionu?	Tip: Uspořádejte kazuistický seminář o pacientech vaší nemocnice, kteří byli předáni do hospicové péče. Vzájemné stáže a exkurze mohou významně přispět k zlepšení vnímavosti k potřebám a možnostem paliativní péče u lékařů a sester.
Má nemocnice lékaře specialistu na paliativní medicínu – paliatra, další lékaře se zájmem o paliativní péči, sestry se zájmem o paliativní péči, psychologa, sociálního pracovníka, kaplana?	

Jaká je v naší nemocnici úroveň podpory pozůstalých po úmrtí pacienta?

Má nemocnice systém hodnocení a zlepšování kvality? Jsou v rámci systému kvality hodnoceny některé aspekty relevantní pro paliativní péči (nutrice, bolest, prevence dekuubitů, psychologická péče atd.)

Implementace paliativní péče do nemocnice má za cíl zlepšení kvality péče. Spolupráce s úsekem kvality je proto od začátku velice důležitá. Podstatné také je, jak se zjištění z hodnocení kvality promítá do praxe jednotlivých oddělení.

Má naše nemocnice prostor pro nerušený rozhovor s pacientem a rodinou o závažných tématech?

Má naše nemocnice prostor pro jeden nebo více pokojů, ve kterých mohou příbuzní pobývat s pacientem bez omezení návštěvních hodin?

Na základě odpovědí na výše uvedené otázky může být formulován seznam potřeb a problémových oblastí, ve kterých by implementace programu paliativní péče mohla přinést řešení.

Hodnocení postoje

Postoj zaměstnanců nemocnice k paliativní péči má nezanedbatelný efekt na proces implementace. Jedním z možných nástrojů k analýze může být tzv. *stakeholder analysis* (analýza zúčastněných stran). Je možné ji využít, pokud potřebujeme identifikovat a charakterizovat individuální a kolektivní aktéry (týmy, skupiny, organizace), dotýkající se oblasti našeho zájmu, nebo těch, kteří v něm usilují o vliv. Analýza obsahuje několik kroků:

1. identifikace relevantních aktérů vzhledem k tématu/oblasti,
2. identifikace klíčových aktérů,
3. popis jejich jednání, záměrů, zájmů a cílů, vlivu a zdrojů, vzájemných vztahů (koalice, střety).

Pohled zaměstnanců může být zmapován také například dotazníkovým šetřením, postoj klíčových aktérů osobním rozhovorem. Čas vynaložený na identifikaci rozsahu problému a pochopení současné situace se vrátí snížením budoucích nedorozumění.

TIP Jaký je problém, který potřebuje nemocnice vyřešit? Jaké jsou jeho příčiny? Vnímáte tento problém pouze vy nebo ho s vámi sdílejí i vaši kolegové?

Identifikace problému a vytvoření pocitu naléhavosti změny zabere čas. Dopřejte si ho. Tento úkol vyžaduje plánování, na začátku můžete udělat statistickou analýzu dat, kolik pacientů u vás zemře, na jakých odděleních, která oddělení překládají pacienty do domácích hospiců.

6.2. Sestavení koalice schopné prosadit a realizovat změny

Na začátku zavádění paliativní péče v nemocnicích v ČR stál ve většině případů jedinec, který postupně vyjednával s kolegy a vedením potřebné kroky pro její rozvoj. Velkou změnu v organizaci ovšem nemůže vést pouze jeden člověk dlouhodobě. Vytvoření realizačního týmu, ve kterém jsou zastoupeni klíčoví zaměstnanci nemocnice včetně vedení nemocnice (např. náměstek, ekonom, členové paliativní týmu a vybraní primáři spolupracujících oddělení), a který bude v následujících letech nositelem změny, je pro úspěšnou implementaci zásadní. Taková koalice bude v případě týmové spolupráce schopná prosadit a realizovat žádoucí změny.

TIP Tým, který má v nemocnici na starosti zavedení paliativní péče, by neměl zahrnovat pouze odborníky na paliativní péči. Zařazení člena vedení a klíčových zaměstnanců z důležitých oddělení pomůže připravit všeobecně přijatelnou vizi služby a vytváří pocit "spoluvlastnictví" výsledku. Tyto osoby se poté mohou stát hlavními nositeli paliativní péče. Mít takové osoby ve vedení nemocnice nebo na odděleních, které generují velké množství paliativních pacientů, může být v budoucnosti velká výhoda.

6.3 Vytvoření vize a strategie

Vize paliativního programu: v první fázi plánovacího procesu je vhodné si vytvořit sdílenou vizi, konkrétní představu, kam chcete paliativní péči během několika let dostat. Na základě vize, tj. konkrétní představy fungování v budoucnosti, je teprve možno začít přemýšlet nad konkrétními kroky.

Před samotným zahájením poskytování paliativní péče v nemocnici je doporučeno věnovat dostatečný čas analýze současného stavu. Pojmenování problému, na který se nemocnice rozhodne reagovat, vytvoří srozumitelnější rámec pro další práci. Porozumění hloubce problému a jeho

příčinám umožní připravit adekvátní plán implementace. Možná v blízkosti nemocnice není vhodný lůžkový hospic, nebo se hledá způsob, jak umožnit identifikaci a transfer pacientů do domácího hospice, řešení každopádně bude odlišné. Pro některá zařízení může být vhodné otevřít jednotku paliativní péče s deseti lůžky a ambulanci paliativní medicíny, pro jiné nemocnice to bude zřízení konziliárního paliativního týmu. Povaha samotného problému, kterému nemocnice čelí, ovlivní konkrétní aktivity. Na této analýze by se již měl podílet tým pracovníků, který proces implementace paliativní péče bude v organizaci realizovat.

Vize by měla obsahovat také systémový element, měla by být odpovědí na otázku, jakou roli má nemocnice při poskytování paliativní péče sehrávat na regionální, případně nadregionální nebo meziregionální úrovni.

Vytvoření sdílené vize

Pokud nemocnice rozumí tomu, jaký problém je třeba řešit, je čas přemýšlet o tom, jakého stavu chce docílit. Sestavený tým potřebuje na základě dat, která získal v předcházejícím kroku, vytvořit představu budoucího stavu – vizi. Manažerská praxe ukazuje, že správná vize, pokud je zaměřená na reálné potřeby a je dostatečně srozumitelná zaměstnancům i navenek, dává zaměstnancům pocit sounáležitosti. Nerealistická a nesrozumitelná vize působí jako velký demotivační faktor²⁶. Úkolem realizačního týmu je zajistit, aby se z vize poskytování paliativní péče nestala jen další formalita, ale společný cíl, který všem ukazuje směr dalšího rozvoje.

TIP Zkuste si v týmu položit pár otázek. Máme jasnou představu budoucího stavu? Reaguje naše představa na identifikovaný problém? Dokážeme naši představu popsat kolegům v jedné větě? Sdílíme tuto představu v celém týmu a alespoň částečně i v organizaci?

V této části Vám může pomoci externí facilitátor, který vás procesem tvorby vize a strategických cílů provede.

Existují týmy, které svou práci nezačaly přípravou napsané vize. V těchto případech většinou existuje pro členy týmu prostor pro sjednocování představy budoucího stavu. Pokud pracovníci mají možnost se na pravidelných poradách vyjádřit ke směřování týmu, cítí se bezpečně a jejich názory jsou brány v potaz, může tým vzniknout a fungovat i bez nepsané sdílené vize.

²⁶ / Košťan, P., Šuleř, O. 2002. Firemní strategie: plánování a realizace.

Praha: Computer Press, 2002.

Strategické cíle

Ve chvíli, kdy existuje sdílená představa budoucího stavu, může organizace začít připravovat strategické cíle, které z vize vycházejí a upřesňují ji. Pomáhají manažerům, v našem případě vedoucím lékařům, v průběhu realizace sdílenou vizi naplňovat a motivovat zaměstnance.

Operativní cíle

V dalším kroku je vhodné vaši sdílenou vizi podrobit plánovacímu procesu a rozdělit na jednotlivé cíle, které se doporučují nastavit tak, aby splňovaly SMART kritéria:

S – Specific – specifické, konkrétní

M – Measurable – měřitelné

A – Achievable/Acceptable – dosažitelné/přijatelné

R – Realistic/Relevant – realistické/relevantní (vzhledem ke zdrojům)

T – Time Specific/Trackable – časově specifické/sledovatelné

Tento proces slouží nejen k plánování dalších kroků, ale zároveň napoví, jestli je strategický plán realizovatelný.

Ukázka přípravy paliativního programu v Krajské nemocnici, a.s.

Sestavení realizačního týmu

V Krajské nemocnici, a.s. působí 15 let onkolog MUDr. Novák, poslední roky pracuje zároveň na částečný úvazek pro místní mobilní hospic. Jelikož má potřebu rozvinout v domovské nemocnici paliativní péči, oslovil náměstká pro lékařskou péči, s nímž se domluvili, že sestaví tým klíčových zaměstnanců a pokusí se zmapovat současnou situaci. Kromě doktora Nováka a náměstká pro lékařskou péči nominovali do týmu zdravotní sestru z onkologie (také pracuje v mobilním hospici), ekonomického náměstká (rozhoduje o všech finančních krocích v nemocnici) a vedoucí sociálního oddělení.

Identifikace problému

Členové týmu se na začátku shodli, že potřebují pochopit rozsah problému, postoje zaměstnanců k paliativní péči a podívat se na zkušenost v jiných nemocnicích. Z analýzy vyplynulo následující:

- v Krajské nemocnici průměrně umírá 800 pacientů ročně (má celkem 1200 lůžek z toho 1000 standardních, 100 lůžek intenzivních a 100 následné a dlouhodobé péče,
- ošetřující lékaři vnímají 90 % všech úmrtí jako očekávatelných (tzn. nebyli by překvapeni, pokud by pacient zemřel do půl roku),
- z krátkých rozhovorů se zdravotníky vyplynula nízká motivace lékařů a sester pečovat o nevyléčitelně nemocné, jejich úkolem je přece léčit,
- nedostatky v komunikačních dovednostech zdravotního personálu (neví, jak nepříznivou diagnózu sdělovat, takové komunikaci se vyhýbají),
- vedení nemocnice nemá ujasněno, zda má být paliativní péče součástí nemocnice a jak ji uchopit; objevují se názory, že v nemocnici se má léčit, paliativní péče sem nepatří,
- primář neurologie poukazuje na potřebu paliativní péče, vidí velký přínos pro pacienta, když s ním může včas hovořit o cílech léčby, konkrétně zmiňuje pacienty s ALS a institut dříve vysloveného přání,
- primář chirurgie si na vyplnění dotazníku čas nenašel, sdělil, že mu paliativní péče nevadí, ale že na ni nikdo u nich na oddělení nemá čas,
- v okolí nemocnice působí jeden lůžkový hospic v dojezdové vzdálenosti, dle dostupných informací má naplněnou kapacitu z 68 %, poskytovatelé mobilní specializované péče pokrývají 80 % regionu,
- jeden z mobilních hospiců má fungující ambulanci paliativní medicíny,
- integrovaná paliativní péče dokáže zajistit dřívější překlady do hospiců (informace z fakultní nemocnice z Prahy), tato informace zaujala primáře interny.

Tým uspořádal interní konferenci paliativní péče. Doktor Novák prezentoval výsledky šetření, poukázal, že odhadem 700 pacientů by mohlo profitovat z paliativní péče. Pozvaný primář paliativního týmu z fakultní nemocnice ukázal, jak může vypadat práce konziliárního týmu paliativní péče, v příspěvcích se představili místní poskytovatelé mobilní hospicové péče. Výsledkem konference bylo posílení pocitu potřeby změny mezi zaměstnanci, kteří chápou, že paliativní péče zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich spokojenost s léčbou, také snižuje pravděpodobnost možných konfliktů s rodinou.

Doktor Novák přizval primáře neurologie do realizačního týmu, na konferenci si uvědomil, že pro něj může být cenným partnerem.

Vize

Členové týmu začínají přemýšlet jak dál. Doktor Novák navrhuje přizvat externího konzultanta, aby jim pomohl facilitovat proces tvorby vize paliativní

péče a přípravy strategického plánu. Tým souhlasí, stráví jeden den mimo prostory nemocnice, kde se jeho členové věnují pouze rozvoji paliativní péče. Kromě klidu na práci mají také možnost se lépe poznat. Na konci dne mají výsledek, s nímž jsou spokojeni:

Vize paliativní péče v nemocnici

„Dokážeme reagovat na paliativní potřeby hospitalizovaných pacientů.“

Cílem konziliárního paliativního týmu je zachovat důstojnost pacienta a zvýšit kvalitu života vážně nemocných a umírajících. Práce je založena na multidisciplinární spolupráci, centrem péče je pacient.

- Nasloucháme potřebám a preferencím pacientů, abychom mohli adekvátně komunikovat o možnostech léčby a tím respektovat jejich informovaná rozhodnutí.
- Podporujeme svůj tým, aby pro něj mohli být pacienti a jejich rodiny na prvním místě.
- Poskytujeme konzultace a vzdělávání v oblasti paliativní péče napříč nemocnicí.

Na závěr jednání byl doktor Novák pověřen přípravou operativního plánu, který má prezentovat na dalším jednání realizačního týmu.

Co nám vize a cíle říkají? Nemocnice se rozhodla vytvořit konziliární tým paliativní péče, kde na prvním místě budou pacienti, ale zaměstnanci dostanou adekvátní podporu a vzdělání.

Ekonom odcházel ze schůzky s představou, jaké náklady zavádění paliativní péče přinese. Zároveň cíle ukazují, že nemocnice nemá ambici provádět výzkum, vzdělávat okolí a podílet se na osvětě mimo nemocnici. Dobrá paliativní péče hospitalizovaných pacientů je pro ně v tuto chvíli prioritní.

Operativní cíle

Doktor Novák zpracoval návrh operativního plánu a po diskuzi s členy realizačního týmu ho schválili. Ukázka takového plánu může vypadat následovně:

Konziliární tým paliativní péče

- identifikace personálu do konziliárního týmu (prosinec 2019),
- nastavení způsobu referování pacientů do paliativního týmu (prosinec 2020),

- zajištění vzdělání a stáží pro personál KTPP dle osobních rozvojových plánů (prosinec 2020),
- první konzilia (leden 2021), primární spolupráce s onkologií a neurologií, další oddělení až dle následné analýzy,
- zajištění financování z prostředků veřejného zdravotního pojištění, smlouvy s pojišťovnami (leden 2022).

Zvyšování povědomí o paliativní péči v nemocnici

- každoroční konference v nemocnici na téma paliativní péče pro všechny zaměstnance,
- klinické dny (každý měsíc seminář o aktuálních klinických případech otevřený pro všechny zaměstnance).

Průřezové aktivity

- nastavení systému péče o zaměstnance včetně supervizí (prosinec 2020),
- zakotvení konziliárního týmu paliativní péče v organizačním řádu jako samostatné nákladové středisko (T: prosinec 2020),
- vznik vzdělávacích plánů včetně plánů osobního rozvoje zahrnující nejen kurzy se zaměřením na paliativní péči (atestace z paliativní medicíny, ELNEC případně IOPCN), ale také manažerské kurzy pro vedoucího paliativního týmu, tréninky v komunikačních dovednostech apod. (prosinec 2020),
- organizace průběžných případových seminářů o paliativní péči (kvartálně).

Čas je pro řízení změny zásadní, proto doktor Novák navrhuje, aby šest měsíců věnovali identifikaci personálu do paliativního týmu. V následujícím roce se poté budou věnovat vzdělávacím aktivitám, stážím (na základě rozvojového plánu), přípravě způsobu referování pacientů do paliativního týmu a přípravě systému péče o zaměstnance. První konzilia mají naplánovaná až na začátek roku 2021. Začít chtějí tam, kde vnímají podporu jak ze strany primářů (primář neurologie je členem realizačního týmu, doktor Novák je z onkologie), tak ze strany části personálu. Po roce poskytování péče budou spolupráci případně rozšiřovat i na další oddělení.

S ekonomem připravili rozpočet na úvodní fázi, vedení nemocnice (dva členové realizačního týmu jsou jeho členy) rozhodlo, že počáteční náklady v odhadované výši 2 mil. Kč ponese, od roku 2022 budou směřovat k získání úhrad od zdravotních pojišťoven. Mají signály, že v té době by již měl existovat systém financování konziliární paliativní péče.

6.4 Šíření vize změny a získávání jejích stoupenců

K nepřetržité komunikaci o transformační vizi je vhodné využít dostupné komunikační kanály a prostředky. Až v tomto bodě teprve dochází fakticky k realizaci změny. Důležitost tohoto kroku nelze podceňovat, neboť je mnohdy důležité získat i jiné osoby než jen realizační tým a podporovatele paliativní péče. Ke komunikaci vize mohou být využity interní konference, případové semináře, letáky, nástěnky apod.

Důležité osoby je možné zapojit v přípravné fázi projektu případně během realizace. Jejich připomínky mohou umožnit realizačnímu týmu vyhnout se některým komunikačním komplikacím.

TIP Realizační tým se rozhodl uskutečnit druhý seminář pro své kolegy. Jelikož tým právě připravuje standardy paliativní péče, rozhodl se seminář koncipovat jako workshop s názvem „Jak může být paliativní tým užitečný?“ Moderováním pověřili externistu, tak se všichni mohou soustředit na samotný průběh semináře. Přání a návrhy kolegů poté tým zapracoval do vznikajícího interního předpisu.

6.5 Uvolňování a podpora prostoru pro jednání

V případě implementace se objeví překážky, které je vhodné analyzovat a intenzivně o nich komunikovat v rámci týmu i mimo něj. K řešení problémových momentů je doporučeno vytvořit vhodný prostor k diskusi o plánování péče, provozních problémech a ke sdílení emocí. Takový prostor sníží napětí v týmu i mezi odděleními.

V souvislosti s kvalitou poskytované péče a spokojeností zaměstnanců bývá zmiňován *pocit bezpečného prostoru (psychological safety)*, který je zajištěn, pokud všichni členové týmu nemají strach mluvit o svých obavách, mohou pokládat otázky, bez toho, aby se cítili hloupě, dovolí se zeptat na zpětnou vazbu, aniž by vypadali nekompetentně, je přijatelné, že každý přináší nové nápady bez pocitu obtěžování ostatních²⁷. Každý z vyjmenovaných atributů pocitu bezpečného prostoru má své místo. Například možnost klást otázky, aniž by zdravotník vypadal hloupě, má přímou vazbu na schopnost se v klinickém prostředí učit. V mnoha sociálních

²⁷ / Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A. 2017. Framework for Safe, Reliable, and Effective Care. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare.

prostředích není podporováno kladení otázek, hledání zpětné vazby na svou práci nebo navrhování inovativních postupů. Například společnost Google při hledání odpovědi na otázku, co mají společného efektivní týmy, zjistila, že vzdělání, délka praxe, ani jiné strukturální atributy jednotlivých týmů nehrají roli, ale nejdůležitějším prvkem efektivního a úspěšného týmu je právě sdílený pocit bezpečného prostoru²⁸.

UKÁZKA Zdravotní sestra KTHP získala po půl roce fungování týmů pocit, že pro ni není adekvátní náplň práce. Několikrát se pokusila svoje vnímání zmínit na týmové poradě, ale nikdy na tento problém nebylo dostatek času. Vedoucí lékař vždy zmínil, že musí řešit urgentní témata týkající se pacientů. Po dvou měsících zdravotní sestra podala výpověď. Vedoucí lékař vnímal rozladění kolegyně delší dobu, výpověď ho ovšem překvapila.

Péče o zaměstnance vyžaduje po manažerech i anticipaci jejich pocitů. Pocit nepotřebnosti případně nevyjasněných rolí má velký vliv na pocit smysluplnosti vlastní práce. Ve chvíli, kdy vedoucí lékař (tj. manažer) konziliárního týmu paliativní péče zaznamenal trvající negativní pocity kolegyně způsobené nastavením kompetencí, bylo vhodné aktivně podpořit diskusi na toto téma. Ideální platformou pro obdobnou diskusi mohla být například týmová supervize, případně separátní schůzka s vyjasněním očekávání kolegyně.

K posílání pocitu bezpečného prostoru mohou být použity následující způsoby:²⁹

1. Doptávejte se členů týmu na jejich pochybnosti, negativní pocity i nesouhlasná stanoviska, **vytvářejte prostor pro zvědavost**.
2. Z problémů vytvořte prostor pro rozvoj a učení, umožněte ostatním přicházet s nápady.
3. Sdílejte se členy týmu, že každý dělá chyby a lze je vnímat jako příležitost k učení. Aktivně přiznejte před týmem vlastní pochybení.

²⁸ / Re:work. 2015. The five keys to a successful Google team. Dostupné z: <https://rework.withgoogle.com/blog/five-keys-to-a-successful-google-team/>

²⁹ / O'Daniel M, Rosenstein AH. 2018. Professional Communication and Team Collaboration. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.

6.6 Vytváření příležitostí k rychlým úspěchům

Proces zavádění paliativní péče je dlouhodobý, proto je doporučeno vytvářet tzv. příležitosti k rychlým úspěchům. Členové paliativního týmu a jeho okolí potřebují v průběhu procesu vnímat drobné úspěchy, které je vhodné napláňovat. Ideálním drobným úspěchem v práci paliativního týmu je dobrá zpětná vazba od pacienta, jejich příbuzných nebo od kolegů. Aby mohlo k této pozitivní zkušenosti dojít, je třeba, aby byl tým na první pacienty připravený, aby nebyl zavalen velkým množstvím požadavků z různých oddělení a aby nemusel řešit problémy způsobené nepřijetím týmu paliativní péče na některém z oddělení.

TIP První pacienti mohou sloužit jako vhodné případové studie a inspirace pro vaše okolí pouze za předpokladu, že tým nebude od začátku přetížen. Je doporučeno se ze začátku zaměřit pouze na několik spolupracujících oddělení a neztrácet energii tam, kde to prozatím vypadá náročně. „Kamaraďte se s těmi, kteří vás mají rádi“.

Následné sdílení pozitivních případů na interních seminářích může působit motivačně nejen pro členy týmu, ale dokáže přesvědčit okolí o smysluplnosti paliativní péče.

První zkušenost vašich kolegů s paliativní péčí rozhoduje o úspěchu či neúspěchu. Dostatečná příprava na první pacienty včetně vzdělání, stáží, apod. je nutnou podmínkou k poskytování kvalitní péče. Pilotní testování služby na několika odděleních s následným pozvolným rozšiřováním péče je vhodným způsobem zavádění paliativních služeb.

Zkušenost se zaváděním KTHP³⁰

„Když jdu někam poprvé, snažím se, aby to bylo top, aby s námi udělali maximálně dobrou zkušenost. Proto jsme začali nabízet své služby postupně.“

zdravotní sestra, členka KTHP

³⁰ / Skupinové rozhovory realizované v rámci projektu „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“

6.7 Nepolevování

Tento bod znamená neustálé opakování předcházejících kroků, zaměřte se také na další zvyšování kapacit vašeho týmu a vzdělávání jeho členů. Je možné, že budete potřebovat rozšířit tým, případně vyměnit některé jeho členy. Rozhodně i nadále je nutné podporovat probíhající proces implementace.

UKÁZKA Tým se také rozhodl zavést pravidelné případové semináře. Každé setkání věnují jednomu pacientovi, přínosu paliativní péče pro něj i pro personál nemocnice. Prezentuje vždy člen paliativního týmu a ošetřující lékař. Závěr je určen pro diskusi, lékaři si zvykli konzultovat své aktuální pacienty.

Za první tři roky praxe se z členů týmu stali odborníci na paliativní péči, pravidelně přednášejí na konferencích, seminářích, absolvovali výukové kurzy i stáže v zahraničí. Jsou považováni za odborníky v paliativní péči, jejich kolegové si to uvědomují.

6.8 Upevňování dosažené změny v organizační kultuře

Předpokládáme, že proces integrace paliativní péče a zakotvení do organizační kultury nemocnice vyžaduje minimálně 10 let. Do té doby se mohou nové přístupy vrátit k původním stereotypům. Proto je neustále potřeba pracovat na inkorporaci paliativní péče do organizační kultury nemocnice. Dokud se paliativní péče nestane přirozenou součástí chování a sdílených hodnot v nemocnici, jsou dosažené změny stále ohrožovány návratem k původnímu stavu.

Prvky organizační kultury, na kterých je postavena paliativní péče (týmová spolupráce, schopnost sebereflexe, sdílené rozhodování, pocit bezpečného prostoru) mají pozitivní dopad na podstatné indikátory kvality (např. spokojenost pacientů, fluktuace, produktivita)³¹. Napomoci integraci paliativní péče mohou také intervence, které nejsou primárně zaměřené na paliativní péči, ale na podporu klíčových atributů paliativní organizační kultury.

³¹ / Schneider, B. and Barbera, K. M. 2014. *The Oxford handbook of organizational climate and culture*. Oxford University Press.

UKÁZKA Za čtyři roky fungování paliativní tým v nemocnici vykazuje téměř nulovou fluktuaci, pokud někdo odešel, bylo to z objektivních důvodů (mateřská dovolené, stěhování apod.) Personální náměstek tomu moc nerozumí, od ostatních oddělení má neustále požadavky na zajištění personálu. Nedávno proběhlo šetření mezi zaměstnanci personálu s cílem zjistit míru vyhoření zaměstnanců a jejich spokojenost s pracovním prostředím. Paliativní tým měl výrazně lepší výsledky. Vedoucí paliativního týmu ho seznámil s konceptem vytváření bezpečného prostoru pro zaměstnance a supervizi, poukázal, že toto jsou dle jeho zkušeností klíčové atributy vedoucí ke spokojenému a efektivnímu zaměstnanci a pozitivní zpětné vazbě od pacientů.

Personální náměstek se dohodl s několika mladými primáři, že absolvují potřebné výcviky, půjdou na stáž do paliativního týmu a pokusí se zavést supervizi na svém oddělení a podniknou kroky ke zvýšení pocitu bezpečného prostoru u zaměstnanců.

Literatura

- [1] Bradley, C., Smit, S. and Hirt, M. 2018. *Strategy beyond the hockey stick: people, probabilities, and big moves to beat the odds*.
- [2] CAPC. 2018. *The Case for Hospital Palliative Care*. New York.
- [3] den Herder-van der Eerden, M. et al. (2018). *Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care: A qualitative study with healthcare professionals in 19 integrated palliative care initiatives in five European countries*.
- [4] Gibbs, K. D. et al. 2015. *An Assessment of Hospital-Based Palliative Care in Maryland: Infrastructure, Barriers, and Opportunities*. *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier, 49(6), pp. 1102–1108.
- [5] Gardiner C., Mark Cobb, Merryn Gott, Christine Ingleton. 2011. *Barriers to providing palliative care for older people in acute hospitals*, *Age and Ageing*, Volume 40, Issue 2, 1 March 2011, Pages 233–238.
- [6] Aldridge, M. D. et al. 2016. *Education, implementation, and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review*, *Palliative Medicine*, 30(3), pp. 224–239.
- [7] Loučka, M., Kovaříková, L. 2018. *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích*. Praha: Centrum paliativní péče.
- [8] Schneider, B. and Barbera, K. M. 2014. *The Oxford handbook of organizational climate and culture*. Oxford University Press.
- [9] SCOTT, T. et al. 2003. *Implementing culture change in health care: theory and practice*. *International Journal for Quality in Health Care*. Oxford University Press, 15(2), pp. 111–118.

[10] Kotter, J. P. 2008a. *Vedení procesu změny. Osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press.

[11] Kotter, J. P., Rathgeber, H. and Mueller, P. 2008b. *Náš ledovec se rozpouští: připravte se na změnu a úspěch za jakýchkoliv podmínek*. Pragma.

[12] Haraden C, Federico F, Lenoci-Edwards J. A. 2017. *Framework for Safe, Reliable, and Effective Care*. White Paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement and Safe & Reliable Healthcare.

[13] Re:work. 2015. *The five keys to a successful Google team*. Dostupné z: <https://rework.withgoogle.com/blog/five-keys-to-a-successful-google-team/>

[14] Carroll, J. S. and Quijada, M. A. 2004. *Redirecting traditional professional values to support safety: changing organisational culture in health care.*, Quality & safety in health care. BMJ Publishing Group Ltd, 13 Suppl 2.

[15] Krejčí, J. 2017. *Kongruence individuálních a organizačních hodnot*. Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://dspace.uni.cz/handle/20.500.11956/1956?locale-attribute=cs>

[16] O'Daniel M, Rosenstein AH. 2018. *Professional Communication and Team Collaboration*. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality. Chapter 33.



7 Týmová dynamika



72

7.1 Personální zajištění 74

7.2 Komunikace, sdílení týmu 75

Porady	75
Strategické plánování	75
Supervize	75
Zpětná vazba	76

7.3 Pozice paliativního týmu 76

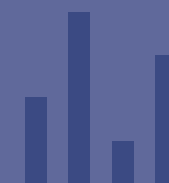
7.4 Struktura týmu 76

Manažer	76
Členové týmu	77

7.5 Dynamika týmu 77

7.6 Konflikty 78

73



Šíře a naléhavost potřeb pacientů v paliativní péči a jejich blízkých vyžaduje týmovou spolupráci zahrnující různé odbornosti zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. V paliativní péči hovoříme o týmu v užším a širším pojetí. Užší paliativní tým je složený ze zástupců jednotlivých odborností – z lékaře, zdravotních sester, psychologa, sociálních pracovníků, ev. spirituálního pracovníka – a zástupců dalších odborností (např. fyzioterapeut, ergoterapeut, farmaceut, nutriční terapeut aj.) V širším kontextu je členem paliativního týmu i stávající ošetřující lékař pacienta, který vede léčbu nemocného a je nadále odpovědný za management symptomů, plánování vyšetření a rozhodování o dalším postupu. Významným členem týmu se stává i sám pacient a jeho rodina. Jejich postoje, potřeby a přání jsou plně respektovány a jsou součástí rozhodovacího procesu ve vytváření plánu další péče.

Podstatou týmové spolupráce v poskytování nemocniční paliativní péče je vzájemná důvěra a respekt jednotlivých členů paliativního týmu. Jednotlivé složky, členové paliativního týmu jsou akceptováni jako rovnocenní partneři.

Důležitými předpoklady pro efektivní týmovou spolupráci jsou:

- členové týmu si uvědomují, že jsou součástí většího funkčního celku,
- každá složka týmu má jasnou, ostatními akceptovanou rovnocennou pozici,
- vztah mezi složkami týmu i jeho jednotlivými členy je partnerský,
- všechny složky týmu jsou zavzaty do spolurozhodování a podílejí se na vytváření plánu další péče,
- vedoucí týmu disponuje leaderovskými dovednostmi.

Paliativní týmy podílející se na péči o pacienta v závěru života potřebují pro svou práci vhodné podmínky. Jak externí (místo v systému péče, akceptace systémem, prostorové a finanční zabezpečení), tak interní (manažer, koherence týmu, vyjasněné procesy, kompetence, limity atd.). Každý tým prochází vlastním vývojem a má svou specifickou dynamiku.

7.1 Personální zajištění

Základním předpokladem pro fungování týmu je dostatečné personální zajištění, které umožňuje případnou zastupitelnost nepřítomných členů týmu. Nezbytné je i stanovení a dodržování pracovní doby členů paliativního týmu. V praxi se často stává, že pracovní úvazek v paliativním týmu je kombinován s jiným pracovním úvazkem. Při nevhodném nastavení pak dochází k přetěžování a ke kolizím, které vedou k frustraci pracovníka a mohou urychlit nástup procesu vyhoření členů paliativního týmu.

7.2 Komunikace, sdílení týmu

Pro zdárné fungování tým potřebuje existující platformu pro diskusi. Jde o časově ohraničený prostor pro výměnu názorů, vyjasňování postojů a preferencí ve vztahu k péči o paliativní pacienty (např. vyjednávání cíle péče mezi členy týmu). Tyto platformy mohou mít několik podob.

Porady

Potřebným komunikačním polem jsou pro členy týmu porady. V praxi se osvědčuje uskutečňovat porady zaměřené na přímou péči o pacienty s pravidelnou frekvencí minimálně 1x týdně. Přínosné je s pravidelnou frekvencí minimálně 1x měsíčně organizovat i porady provozní. Efektivitu porad podpoří předem stanovená struktura (např. krátká reflexe týdne, události, jednotlivé případy, úkoly a jejich kontrola) a poradě předcházející příprava jednotlivých referujících členů týmu. Porady se konají optimálně ve stejný čas na stejném místě a doba porady je předem stanovena. Poradu vede vždy jeden člen (často manažer), který odpovídá za uvedení všech témat a time management (čas na výměnu informací, diskusi, na rozdělení a kontrolu úkolů, na hledání konsenzu a vzájemnou podporu je předem jasně definovaný). Ze setkání se pořizuje zápis, který je po poradě dostupný všem členům týmu.

Strategické plánování

Tým musí mít vytvořenou a popsanou strategii poskytování paliativní péče. Doporučovaná jsou i pravidelná setkání všech členů týmu (1 až 2x za rok), na kterém se reviduje primární nastavení týmu ze začátku fungování tj. upřesňuje se cílová skupina pro poskytování paliativní péče, revidují se kompetence členů týmu, způsob předávání informací, řešení konfliktů, spokojenost s prací týmu i jednotlivců, hodnotí se spolupráce s ostatními složkami nemocniční péče, tým reflektuje svoje začlenění a postavení v systému nemocniční péče a plánuje kroky pro jeho optimalizaci. Strategické setkání je i prostorem pro vyjasnění hranic a limitů týmu jako celku i jeho jednotlivých členů. Tato setkání je vhodné pořádat na mimopracovní půdě a zajistit pro ně externího moderátora.

Supervize

Důležitým nástrojem pro ventilaci problémů a zpracování a řešení konfliktů je supervize. Je vedena externím odborníkem a má podobu skupinovou (týmová supervize) nebo individuální. Supervize je považována za účinný prostředek k rozvíjení profesního chování, ke zvýšení kvality a efektivitě práce a jako prevence profesního vyhoření.

Týmy v paliativní péči jsou vystaveny trvalé zátěži spojené s péčí o nevyléčitelně nemocné pacienty, supervize je pro jejich fungování nezbytná. Doporučovaná frekvence skupinové supervize je 1 × za 6–8 týdnů. Pro případ potřeby individuální supervize některého z členů týmu je potřebné disponovat kontakty na další supervizoři.

Zpětná vazba

Je důležité, aby tým i jeho jednotliví členové získávali průběžně zpětnou vazbu o provedené práci. Kromě náhodných reakcí od pacientů, jejich blízkých či kolegů v nemocnici je možné získávat zpětnou vazbu i díky vytvořenému systému poskytování strukturované zpětné vazby. Pravidelné poskytování zpětné vazby od manažera ostatním členům týmu a naopak se může stát zdrojem dalšího profesního rozvoje pro všechny členy týmu.

7.3 Pozice paliativního týmu

Efektivita a spokojenost paliativního týmu může být zpočátku vysoká i přesto, že podmínky pro práci týmu nemusí být optimální. Svůj vliv má vysoká motivace jednotlivců i týmu. S rostoucí dobou fungování ovlivňují efektivitu týmu i další faktory. Jedním z nich je míra zakotvení týmu v systému poskytované péče. Snaha o dosažení pevné a jednoznačné pozice týmu v poskytované nemocniční péči je prioritou manažera týmu a měla by být úkolem i pro management nemocnice.

Velkou roli hraje i zajištění dostatečného zázemí včetně prostorového, materiálního vybavení a finančního zabezpečení práce členů týmu. Pokud tým má vyhovující zázemí a nemusí řešit existenční otázky, může se dobře soustředit na kvalitu poskytované péče.

Kromě výše uvedených faktorů se osvědčuje i zajištění vhodných podmínek pro mimopracovní setkávání, která umožňují vzájemné poznávání a vyladění členů týmu a posilují týmovou soudržnost.

7.4 Struktura týmu

Manažer

V čele týmu je potřebný kompetentní manažer (většinou vedoucí lékař), který tým řídí, podporuje jeho koherenci, umožňuje jeho rozvoj a současně se podílí na celkové změně v příslušné nemocnici při zavádění paliativní péče. To na jeho osobu klade značné nároky.

Z pohledu týmu je zásadní jeho dostupnost pro všechny členy týmu. Vhodné je stanovit si pravidelný čas pro kontakt s členy týmu a domluvit si způsob kontaktování i pro náhlé naléhavé situace, které mohou nastat.

Manažer týmu musí být schopen reflektovat potřeby a dění v týmu, dokáže delegovat dílčí úkoly a odpovědnost a kontroluje jejich plnění. Respektuje postoje ostatních členů týmu, umí argumentovat a přesvědčovat. Zasaduje se v systému zdravotní péče o optimální podmínky pro práci paliativního týmu. Manažerská pozice je velmi náročná, je proto doporučeno, aby vedoucí týmu měl možnost využívat manažerskou supervizi, případně pracovat s koučem.

Členové týmu

Práci v týmu usnadňují nastavené procesy a postupy. Je bezpodmínečně nutné, aby členové měli v týmu jasně vymezené role a jejich obsah. Musí být schopni, s vědomím vlastních hranic, přijímat jednoznačně přidělené úkoly a odpovědnost za jejich plnění. Jsou týmovými hráči a plně respektují nastavené procesy práce v týmu. Akceptují systematicky nastavené komunikační kanály pro sdílení a předávání informací a podílejí se na jasně stanovené formě vedení dokumentace a shromažďování potřebných dat.

Společným úkolem všech členů týmu, včetně manažera, je vytvářet bezpečný prostor pro sdílení a vyjádření vlastních, byť různorodých, názorů a postojů.

Spojujícími a posilujícími prvky fungování týmu jsou vzájemná důvěra a respekt a podobná prioritizace hodnot.

7.5 Dynamika týmu

Týmy v nemocniční paliativní péči procházejí podobně jako jiné skupiny přirozeným vývojem. Jeho znalost může být prevencí nevhodných či předčasných zásahů do dynamiky týmu a narušení jeho fungování. Jde o různě dlouhý proces, pro naše účely volíme stručný popis jeho fází.

Počáteční fáze fungování týmu může být provázena nejistotou. Členové týmu jsou zdrženliví, hledají mezi sebou přirozené autority. Zprvu se drží svého komfortu, neusilují o pozici, o vliv, jejich role se formuje. Ve chvíli, kdy svoji pozici najdou a přijímají, začínají usilovat o vliv a vyžadují její respektování od ostatních. Postupně krystalizuje týmová kultura, vznikají koalice a podskupiny. Spolupráce vytrvá, upevňuje se soudržnost týmu, ustavuje se týmová kultura, členové týmu jsou akceptováni ve své jedinečnosti.

Týmovou dynamiku výrazně ovlivňují následující faktory:

- pocit bezpečí v týmu,
- kvalita komunikace (předávání, sdílení informací a rozhodování),
- primární systematické nastavení strategie a spolupráce v týmu (definované kompetence týmu i jednotlivců, stanovené limity, hranice),
- pravidelná revize primárního nastavení týmu (viz výše),
- leaderovské dovednosti vedoucího týmu.

7.6 Konflikty

Paliativní tým je v ideálním případě soudržnou skupinou tvořenou pracovníky s podobným hodnotovým systémem a náhledem na svět. Stejně jako jiné skupiny lidí se ale ani on nevyhne pochybnostem, konfliktům a kolizím, které jsou přirozenou součástí dynamiky skupiny.

Vznik konfliktů je přirozený. Na jejich řešení se ale členové týmu podílejí.

Konflikt je vždy zátěžovou situací, kterou je potřebné a možné řešit, aby nenarušoval další spolupráci. Interpersonální konflikty je možné řešit vlastními silami a vhodně zvolenou taktikou (více v odborné literatuře). Cílem je obnovit spolupráci a hledat řešení problému.

V případě vzniku konfliktu v rámci týmu je možné postupovat podle následujícího postupu³²:

1. Zaznamenejte konflikt.
2. Připravte se.
3. Začněte nehodnotícím stanoviskem.
4. Přerámujte emocionálně nabitě problémy.
5. Reagujte empaticky.
6. Hledejte možnosti, které vyhovují oběma stranám.
7. Pokud nelze dosáhnout dohody, obraťte se na pomoc.

Pokud nelze konflikt vyřešit vlastními silami, je vhodné obrátit se na mediátora (u dvoustranných konfliktů) nebo facilitátora (při skupinovém řešení problému), kteří provázejí procesem vyjednávání tak, aby byl efektivní.

³² / Back A, Arnold R: Dealing with Conflict in Caring for the Seriously Ill - "It Was Just Out of the Question" JAMA, March 2005, 293:11.
https://training.caresearch.com.au/files/file/EoLEss/Step-wise_Approach_to_Conflict_Table.pdf

Intrapersonální konflikty (vnitřní konflikty) vznikají při péči o nevléčitelně nemocné přirozeně; je třeba je reflektovat, porozumět jim a najít řešení.



8 Monitoring a evaluace



8.1 Potřeba monitoringu **82**

8.2 Co měřit? **82**



8.1 Potřeba monitoringu

Zavádění nemocničního programu paliativní péče má za cíl nejen zlepšit kvalitu a dostupnost paliativní péče pro jednotlivé hospitalizované pacienty, ale příznivě ovlivnit i další parametry péče o pacienty v závěru života (např. snížit počet a délku hospitalizací, usnadnit přechod z nemocniční do hospicové péče, čerpání nákladných diagnostických a léčebných modalit, celkové náklady na zdravotní péči atd.). Při rozvoji programu je ale také důležité v celém jeho průběhu systematicky sbírat data, která umožní zhodnotit, zda je těchto cílů dosahováno a zda jsou prostředky na provoz paliativního programu využívány efektivně. Systematický sběr dat a průběžné hodnocení může být paliativním týmem na první pohled vnímáno jako zatěžující práce „navíc“. Zkušenost však ukazuje, že se tato práce jednoznačně vyplatí a zvyšuje pravděpodobnost úspěchu paliativního programu. Sběr a pravidelná analýza dat je významná v několika oblastech:

1. Umožňuje doložit přínos a užitečnost paliativního programu pro ostatní relevantní strany (zřizovatelé nemocnice, vedení nemocnice, vedoucí pracovníci jednotlivých oddělení, zdravotní pojišťovny, pacienti).
2. Umožňuje lépe vést a rozvíjet nemocniční program (objem a struktura poskytnuté péče, personální kapacity týmu a jejich využití atd.).
3. Umožňuje kontinuální hodnocení a zlepšování kvality péče. Hodnocení a zlepšování kvality je významné jak v kontextu jedné nemocnice, tak formou standardizovaného srovnání i na úrovni celostátní a mezinárodní.

8.2 Co měřit?

V následující tabulce uvádíme oblasti, které by měly být v rámci procesu implementace paliativního programu systematicky hodnoceny.

Oblast hodnocení/měření	Význam
Složení konziliárního týmu z hlediska zastoupení a jednotlivých profesí (lékař, sestra, sociální pracovník, psycholog/psychoterapeut, duchovní služba).	Složení týmu je základním indikátorem komplexnosti poskytované paliativní péče.
Odborná kvalifikace členů týmu (zastoupení pracovníků s formálním vzděláním v paliativní medicíně/péči).	Formální (specializační, atestační) vzdělávání souvisí s odbornou kompetencí členů týmu.

Oblast hodnocení/měření	Význam
Zajištění trvalé dostupnosti konziliární služby/24/7/365 (ANO/NE).	Trvalá dostupnost specializované paliativní konziliární služby má významný dopad na některé výstupy nemocničního programu (např. předcházení zbytným akutním hospitalizacím, rychlost efektivního zvládnutí závažných symptomů atd.)
Kvalita intervence paliativního konziliárního týmu.	Proporce pacientů, u nichž v rámci prvního konzilia: <ul style="list-style-type: none"> • byla zhodnocena bolest, dušnost, úzkost, • byly diskutovány a dokumentovány cíle léčby a plán budoucí péče.
Vliv paliativní intervence na kvalitu života pacientů jejich rodin.	Dopad intervence paliativního týmu lze měřit různými nástroji. V kontextu paliativní péče v nemocnici je využíván např. dotazník IPOS (viz příloha 9.8). K posouzení vlivu paliativní intervence na symptomovou zátěž lze použít dotazník ESAS (viz příloha 9.6).
Spokojenost pacientů a jejich blízkých s intervencí paliativního týmu.	Spokojenost lze hodnotit různými nástroji. V kontextu paliativní péče v nemocnici je využíván např. dotazník VOC (viz příloha 9.12 VOC).
Počet pacientů předaných do hospicové péče (mobilní nebo lůžkové).	Z hlediska správné a včasné indikace je vhodné ve spolupráci s poskytovateli hospicové péče také hodnotit délku hospicové péče (trvání hospicové péče v řádu jednotlivých dnů je obvykle považováno za projev pozdní indikace překladu).
Počet pacientů a jejich blízkých, u kterých proběhla paliativní intervence.	
Charakteristika pacientů, u kterých proběhla paliativní intervence.	Charakteristika pacientů z hlediska pohlaví, věku, základní diagnózy, přidružených onemocnění, celkového funkčního stavu. V kontextu paliativní péče bývá k charakteristice celkového stavu pacientů používán Palliative Performance Scale – PPS – viz příloha 9.7.

Oblast hodnocení/měření

Lékař/pracoviště, který žádá intervenci paliativního týmu.

Důvod vyžádání intervence paliativního týmu.

Délka poskytování konziliární paliativní péče.

Počet pacientů, u kterých byla intervence konziliárního týmu indikována v posledních 48 hodinách pacientova života.



9 Monitoring a evaluace



86

9.1	Struktura zemřelých podle příčiny (UZIS 2017)	88
9.2	NECPAL CCOMS-ICO 3.1 2017	90
9.3	SPICT	92
9.4	Personální požadavky na složení konziliárního týmu paliativní péče v rámci projektu MZČR	94
9.5	PALLIA 10	95
9.6	Edmontonská symptomová škála (ESAS)	97
9.7	Paliativní škála funkční zdatnosti – Palliative performance scale (PPS)	98

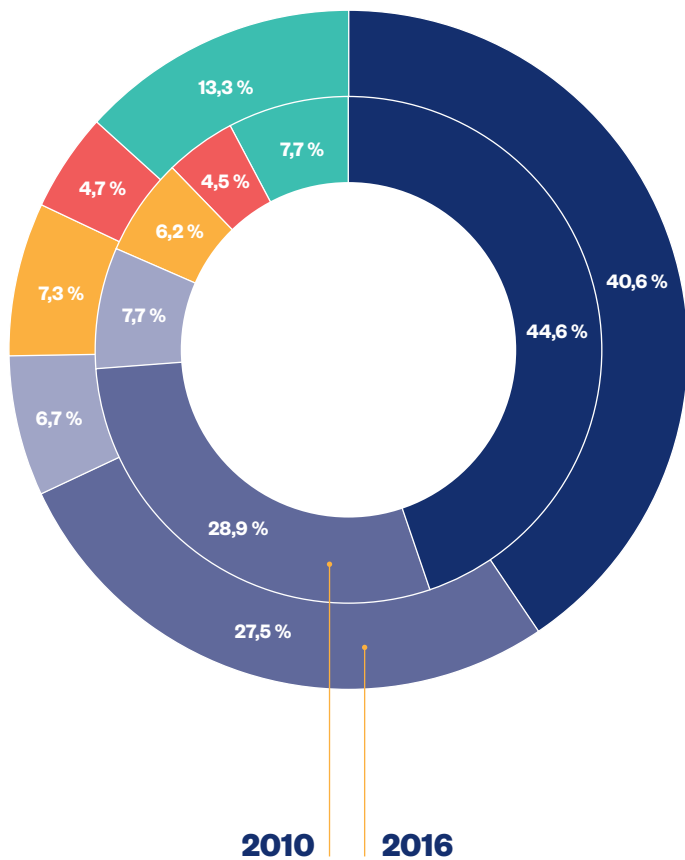
87

9.8	IPOS	99
9.9	Paliativní skríníng Masarykova onkologického ústavu v Brně	101
9.10	Péče o pacienta v terminálním stavu (Součást Směrnice Masarykova onkologického ústavu Paliativní péče v MOÚ)	102
9.11	Seznam fiktivních výkonů využívaných v rámci projektu	107
9.12	VOC	110



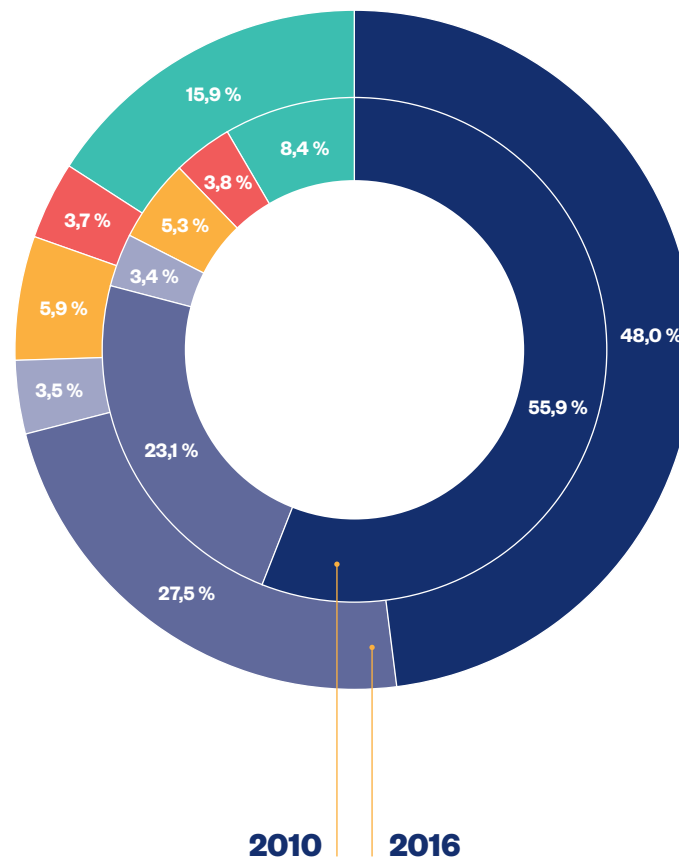
9.1 Struktura zemřelých podle příčiny (UZIS 2017)

MUŽI



- nemoci oběhové soustavy
- zhoubné novotvary
- vnější příčiny
- nemoci dýchací soustavy
- nemoci trávicí soustavy
- ostatní

ŽENY



- nemoci oběhové soustavy
- zhoubné novotvary
- vnější příčiny
- nemoci dýchací soustavy
- nemoci trávicí soustavy
- ostatní

9.2 NECPAL CCOMS-ICO 3.1 2017

„Surprise question“ (SQ) (odpovídá lékař nebo jiný zdravotník)	Překvapilo by Vás, kdyby tento pacient zemřel v průběhu následujících 12 měsíců?	Ano <input type="checkbox"/> (+)	Ne <input type="checkbox"/> (-)	
„Žádost“ nebo „Potřeba“	Žádost: požádal pacient nebo někdo z jeho blízkých nebo z primárního týmu implicitně nebo explicitně o limitaci rozsahu léčby nebo o paliativní péči? Potřeba: členem týmu byla indentifikována potřeba paliativní péče?	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	
Obecné klinické ukazatele progresu	Zhoršení nutričního stavu	Váhový úbytek >10%	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> V posledních 6 měsících Nesouvisí s reverzibilními přidruženými chorobami 	Zhoršení funkčního stavu	Zhoršení: Karnovsky nebo Barthel skóre > 30% ADL > 2	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
	Zhoršení kognitivního stavu	Zhoršení: MMS ≥ 5 nebo Pfeiffer ≥ 3	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Výrazná závislost/ nesoběstačnost	Karnovsky < 50% nebo Barthel < 20	Dle anamnézy a klinického vyšetření	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Geriatrické syndromy	<ul style="list-style-type: none"> Pády Dekubity Dysfagie Delirium Opakované infekty 	≥ 2 přetrvávající nebo recidivující geriatrické syndromy dle anamnézy a klinického vyšetření	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Persistující symptomy	Např. bolest, únava, dušnost, anorexie, ...	≥ 2 přetrvávající a léčebně obtížně ovlivnitelné (refrakterní) symptomy dle ESAS	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Psychosociální aspekty	Distres a/nebo těžká porucha adaptace	Zjištění velmi závažného psychického dystresu > 9/10	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
	Významná sociální křehkost/zranitelnost	Zhodnocení rodinné a sociální situace	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

Multimorbidita	> 2 pokročilé chronické nemoci z přiloženého seznamu	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>	
Potřeba a využívání zdrojů	Zhodnocení potřeby/intenzity intervencí	> 2 akutní a neplánované hospitalizace za posledních 6 měsíců Narůstající potřeba/intenzita intervencí (např. ošetrovatelská péče, asistenční služba atd.)	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Specifické indikátory závažnosti chronického onemocnění a jeho progresu	Nádory, CHOPN, chronické onemocnění srdce, ledvin, jater, COM, demence, neurodegenerativní nemoci a další pokročilá onemocnění	Specifické indikátory pro jednotlivé diagnostické skupiny jsou uvedeny v samostatné příloze	Ano <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>

Klasifikace dle NECPAL

Surprise question (SQ)	SQ+ (Nebyl bych překvapen, kdyby...) SQ- (Byl bych překvapen, kdyby)
NECPAL parametry	NECPAL+ (1+ až 13+ podle počtu kladných odpovědí na otázky dotazníku) NECPAL- (žádná kladná odpověď na otázky dotazníku)

9.3 Supportive and Palliative Indicators Tool (SPICT™)

**SPICT pomáhá rozpoznat pacienty, jejichž zdravotní stav se zhoršuje.
Pomáhá zhodnotit jejich potřebu podpůrné a paliativní péče a stanovit plán péče**

Všiměj si obecných indikátorů špatného a zhoršujícího se zdraví

- Neplánované/akutní hospitalizace
- Celková funkční zdatnost (PS) je nízká a postupně se ireverzibilně zhoršuje
- (např. pacient zůstává na lůžku nebo v křesle více než polovinu denní doby)
- Je závislý na péči druhých v důsledku narůstajících tělesných a/nebo duševních zdravotních potíží
- Pacientova pečující osoba potřebuje více pomoci a podpory
- V posledních měsících došlo k významnému váhovému úbytku a/nebo přetrvává významná malnutrice
- Přetrvávají závažné symptomy a to i přes optimální léčbu vyvolávající příčiny
- Pacient (a/nebo jeho blízcí) žádají paliativní péči; zvažují limitaci, ukončení nebo odmítnutí léčby; chtějí se soustředit výhradně na kvalitu života

Všiměj si klinických indikátorů u jedné nebo více život limitujících onemocnění

Nádorová onemocnění

- Zhoršování funkčního stavu v důsledku progresu nádoru
- Pacient je příliš křehký, aby mohl podstoupit protinádorovou léčbu; léčba orientována symptomaticky

Respirační onemocnění

- Těžké chronické onemocnění plic s dušností v klidu nebo při minimální námaze; časté akutní exacerbace
- Trvalá hypoxie vyžadující dlouhodobou oxygenoterapii
- V anamnéze respirační selhání s nutností umělé plicní ventilace; stavy kdy je UPV kontraindikovaná

Demence/křehkost/frailty

- Není schopen oblékání, chůze a jídla bez pomoci
- Jí a pije méně; problémy s polykáním
- Inkontinence moči a stolice
- Nechopen slovní komunikace; málo sociálních interakcí
- Časté pády; zlomenina krčku femuru
- Opakované febrilní epizody a infekce; aspirační pneumonie

Onemocnění ledvin

- Chronické onemocnění ledvin 4. nebo 5. stupně (clearance kreatininu < 30ml/min) s postupným zhoršováním celkového stavu
- Selhání ledvin jako komplikace jiného život limitujícího onemocnění nebo léčby
- Rozhodování o ukončení nebo nezačínání dialýzy

Neurologická onemocnění

- Postupné zhoršování fyzických a/nebo kognitivních funkcí i přes optimální terapii
- Problémy s řečí, narůstající komunikační obtíže a/nebo narůstající problémy s polykáním
- Opakované aspirační pneumonie, dušnost nebo respirační selhávání
- Přetrvávající neurologický deficit po prodělané CMP s významnou ztrátou funkce a přetrvávající disabilitou

Onemocnění jater

- Cirhóza s výskytem jedné nebo více komplikací v posledním roce
- Ascites refrakterní na diuretika
- Jaterní encefalopatie
- Hepatorenální syndrom
- Bakteriální peritonitida
- Opakované krvácení z jícnových varixů
- Transplantace jater není možná

Kardiovaskulární onemocnění

- Srdeční selhávání nebo rozsáhlé neřešitelné onemocnění koronárních tepen; dušnost nebo stenokardie v klidu nebo při minimální námaze
- Těžká, neřešitelná ischemická choroba periferních tepen (např. dolních končetin)

Ostatní onemocnění

Postupné zhoršování celkového stavu a riziko úmrtí v důsledku jakékoliv kauzálně neléčitelné nemoci. Kauzální léčba hodnocena jako příliš zatěžující a s malou pravděpodobností na příznivý výsledek

Přehodnoť zavedený léčebný plán

- Přehodnoť zavedenou léčbu a medikaci a zajisti, aby pacient dostával optimální péči; minimalizuj rizika polypragmatie
- Pokud jsou symptomy a ostatní problémy komplexní a obtížně řešitelné, zvaž ode-slání pacienta ke specialistovi na podpůrnou a paliativní péči (např. konziliární tým paliativní péče)
- Dosáhni shody s pacientem a jeho blízkými na plánu další péče. Zajisti podporu pro blízké osoby pacienta, kteří se podílejí na péči
- Využij včas plán budoucí péče a dříve vyslovená přání tam, kde je pravděpodobné, že pacient v důsledku nemoci může ztratit rozhodovací schopnost.
- Dokumentuj, komunikuj a koordinuj plán péče.

9.4 Personální požadavky na složení konziliárního týmu paliativní péče v rámci projektu MZČR

„Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“

- Služby pilotního provozu musí zajišťovat základní odborný multidisciplinární tým, který je po celou dobu pilotního provozu složený z pracovníků minimálně následujících odborností:
- **vedoucí lékař** (úvazek 0,5) s ukončeným vzděláním v nástavbovém oboru paliativní medicína (dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, dále jen „Zákon o lékařských zdravotnických povoláních“); výše úvazku smí být naplněna pouze jednou osobou;
- **lékař** (úvazek celkem 0,5) s ukončeným vzděláním v nástavbovém oboru paliativní medicína dle Zákona o lékařských zdravotnických povoláních nebo se specializovanou způsobilostí v oboru, jehož absolvování je podmínkou pro zařazení do nástavbového oboru paliativní medicína;
- **psycholog** s atestací v oboru klinická psychologie (úvazek celkem 0,5), dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, dále jen „Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních“, případně psycholog ve zdravotnictví za předpokladu, že je zajištěn odborný dohled dle § 22 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních nebo všeobecná sestra s atestací v oboru ošetrovatelská péče v psychiatrii s ukončeným komplexním psychoterapeutickým výcvikem akreditovaným pro zdravotnictví nebo lékař se specializací v oboru psychiatrie (dále jen „psycholog“);
- **všeobecná sestra** (úvazek celkem 1,0);
- **sociální pracovník** (úvazek celkem 0,5) dle § 110 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „Zákon o sociálních službách“) nebo zdravotně sociální pracovník dle § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (dále jen „sociální pracovník“).

9.5 PALLIA 10

Dotazník ke stanovení indikace specializované paliativní péče v nemocničním prostředí (konzultace týmu paliativní péče nebo překladu na oddělení specializované paliativní péče). *Překlad dokumentu SFAP (Francouzské společnosti pro doprovázení a paliativní péči). Dokument dostupný na www.sfap.fr.*

Jaký je účel dotazníku PALLIA 10?

PALLIA 10 je nástroj, který Vám má pomoci správně a včas rozpoznat moment, kdy je nezbytné do péče zapojit struktury specializované paliativní péče (např. nemocniční tým specializované paliativní péče).

Kdo může dotazník používat?

Každý pracovník ve zdravotních a sociálních službách.

Kdy má/může být dotazník použit?

- U všech pacientů s chronickým progredujícím onemocněním, u kterých není možné léčbou dosáhnout úplného vyléčení a jejichž předpokládaná prognóza přežití je v důsledku této nemoci limitovaná.
- Když narůstající množství potřeb a komplexnost situace činí zajištění péče obtížně zvládnutelné pro primární ošetřující tým.
- Když se tvorba plánu péče, formulování priorit a koordinace péče ukazuje jako problematická.

Jak dotazník vyplnit?

Označte křížkem ty otázky, které jsou pro daného pacienta nebo klinickou situaci relevantní.

Kdy je indikováno zapojení specializované paliativní péče?

Pokud jste označili více než pět otázek, je indikováno zapojení specializované paliativní péče. Zapojení specializované paliativní péče je však možné i při nižším počtu označených odpovědí.

1. Pacient trpí onemocněním, které nelze dostupnými prostředky vyléčit. Onemocnění pacienta ohrožuje na životě.

Kladná odpověď na tuto otázku je nezbytnou podmínkou pro použitelnost dotazníku PALLIA 10 a k tomu, aby mělo smysl pokračovat v odpovídání na další otázky.

2. Onemocnění progreduje.

Dochází ke klinické nestabilitě nebo zhoršování celkového stavu.

3. Pacient a/nebo jeho blízcí si přejí zapojení specializované paliativní péče

4. Pacient trpí symptomy, které se nepodařilo zmírnit obvyklými léčebnými postupy.

Např. spontánní nebo průlomová bolest, dušnost, zvracení, motorický neklid, zmatenost.

5. Pacient a/nebo jeho blízcí mají problém s přijetím a zpracováním informace o závažném onemocnění a jeho prognóze.

V důsledku úzkosti vyvolané zhoršováním závažné nemoci může pacient a jeho blízcí rozvinout obranné psychické mechanismy, které komplikují komunikaci a znemožňují realizaci plánu paliativní péče.

6. U pacienta a/nebo jeho blízkých se vyskytují problémy v psychické oblasti.

Smutek, úzkost, deprese, agresivita, poruchy chování, složitá komunikace, konflikty v rodině, výskyt významné psychopatologie v předchorobí u pacienta a/nebo jeho blízkých.

7. U pacienta a/nebo jeho blízkých se vyskytují problémy v sociální oblasti.

Vyčerpání na straně pečující rodiny, problémy s organizačním zajištěním péče, izolace, finanční obtíže, malé děti v blízké rodině, pacient a/nebo jeho blízcí ze sociálně slabých a vyloučených komunit.

8. Napětí, neshody nebo konflikty v rámci pečujícího týmu ohledně cílů péče a realizace péče.

Tyto neshody se mohou týkat např. doporučené medikace, umělé hydratace, výživy, zavedení nasogastrické sondy, podání antibiotik, transfúze, zahájení farmakologické sedace, ne/zahájení kardiopulmonální resuscitace.

9. U pacienta vyvstávají otázky ohledně přiměřeného rozsahu léčby a péče v kontextu specifických klinických situací: odmítnutí léčby, limitace nebo ukončení určité léčby, žádost o eutanazii ze strany pacienta, konflikt hodnot mezi pacientem a ošetřujícím týmem atd.

10. U pacienta a/nebo jeho blízkých se projevuje existenciální a spirituální tíseň.

Ztráta smyslu, beznadějí a zoufalství, pochybnosti pacienta o vlastní víře a systému hodnot

Celkový počet označených odpovědí

Překlad dokumentu SFAP (Francouzské společnosti pro doprovázení a paliativní péči). Dokument dostupný na www.sfap.fr

9.6 Edmontonská symptomová škála (ESAS)

Škála hodnocení závažnosti symptomů

Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Označte prosím číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte právě NYNÍ :

žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná bolest
žádná únava	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná únava
žádná ospalost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná ospalost
žádná nevolnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná nevolnost
žádná nechutenství	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelné nechutenství
žádná dušnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná dušnost
žádná deprese	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná deprese
žádná úzkost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná úzkost
maximální celková pohoda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	naprostá nepohoda
další problémy (např. zácpa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná
Závažnost symptomu	nízká			střední			vysoká					

Celkové ESAS skóre = součet hodnot pro jednotlivé symptomy

Jméno pacienta:

Datum:

Čas:

vyplněno (vyber):

- pacientem
 pečující osobou
 zdravotníkem

9.7 Paliativní škála funkční zdatnosti – Palliative performance scale (PPS)

PPS	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/ práce	významné	plná	normální nebo snížená	normální
60	omezená	neschopen práce / činnosti 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 činnosti	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	normální nebo spavost +/- zmatenost
1	smrt	-	-	-	-	-

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

9.8 IPOS

IPOS Formulář pro pacienty

Pro personál – Číslo pacienta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jméno:

Datum: (dd/mm/yyyy)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplňte, prosím, čitelně, do každého políčka vepište jedno písmeno či číslici. Vaše odpovědi nám pomohou zlepšovat péči o vás i o další pacienty. **Děkujeme.**

Otázka 1. – Jaké byly vaše hlavní problémy či obtíže v posledních 3 dnech?

1a.
1b.
1c.

Otázka 2. – Zde je seznam obtíží, které jste u sebe mohli – ale nemuseli – pozorovat. Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak vás tato obtíž ovlivnila během posledních 3 dnů.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
Bolest	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dušnost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Slabost či nedostatek energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nevolnost (pocit na zvracení)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zvracení	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nechutenství	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zácpa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Bolesti či sucho v ústech	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ospalost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Snížená pohyblivost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím **jednoho políčka** označte, jak vás tyto obtíže v posledních 3 dnech ovlivnily.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
2a	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2b	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2c	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

V posledních třech dnech:

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
Otázka 3. Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 4. Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 5. Cítili jste se depresivně?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
Otázka 6. Pocítujete vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 7. Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 8. Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Problémy řešeny / žádné problémy	Problémy většinou řešeny	Problémy částečně řešeny	Problémy spíše neřešeny	Problémy vůbec neřešeny
Otázka 9. Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Sám/a	S pomocí někoho z přátel či příbuzných	S pomocí někoho z ošetřujícího personálu
Otázka 10. Jak jste vyplnil/a tento dotazník?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ve vás některé z otázek položených v dotazníku vyvolávají obavy, promluvte si, prosím, s někým z lékařů čísester.

9.9 Paliativní skrining Masarykova onkologického ústavu v Brně

Cíl: včasná identifikace pacientů, kteří mají komplexní potřebu paliativní péče a měli by profit z konzilia specializované paliativní péče.

Kdo provádí: ošetřující lékař do 48 hodin od přijetí k hospitalizaci.

Skrining potřeby specializované paliativní péče v MOÚ

Otázka	ANO (1)	NE (0)
Je u pacienta v průběhu této hospitalizace rozhodnuto o ukončení protinádorové léčby a přechod na symptomatický paliativní přístup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jedná se o pacienta v režimu symptomatické péče, který byl akutně (neplánovaně) hospitalizován v MOÚ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je u pacienta zvažován překlad do lůžkového nebo domácího hospice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jedná se o pacienta, u kterého bylo v rámci hospitalizace rozhodnuto o kategorizaci „terminální stav“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trpí pacient s pokročilým onemocněním závažnými tělesnými symptomy (bolest, dušnost, nevolnost/zvracení) a/nebo psychickými symptomy (úzkost, deprese, delirium), které se nepodařilo dostatečně zmírnit standardními postupy do 48 hodin od přijetí?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Celkem bodů

Poznámka: u pacientů, kteří mají celkové skóre ≥ 2 , je indikované konzilium ambulance paliativní medicíny. Po vyplnění odpovědí v elektronickém formuláři v rámci nemocničního informačního systému bude při dosažení ≥ 2 bodů automaticky vygenerována žádanka o konzilium ambulance podpůrné a paliativní onkologie.

9.10 Péče o pacienta v terminálním stavu (Součást Směrnice Masarykova onkologického ústavu Paliativní péče v MOÚ)

Terminální stav

Jako terminální stav označujeme stav pacienta, u něhož dochází v důsledku diseminovaného nebo lokálně pokročilého nádorového onemocnění nebo jeho komplikace k nevratnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav. Smrt je u takového pacienta neodvratným a očekávaným vyústěním jeho stavu a to v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů.

Klinická kritéria terminálního stavu

Stav pacienta může být označen za terminální, pokud je u něj přítomno alespoň jedno velké kritérium a alespoň jedno malé kritérium z kritérií níže uvedených a ošetřující lékař je na základě komplexního zhodnocení klinického stavu přesvědčen, že onemocnění pacienta bezprostředně ohrožuje na životě.

Velká kritéria

1. Metastatické onemocnění, které nelze ovlivnit žádnou modalitou protinádorové léčby.
2. Lokálně pokročilé onemocnění, které nelze ovlivnit žádnou modalitou protinádorové léčby.

Malá kritéria

3. Pokročilá progredující nádorová kachexie omezující funkční zdatnost pacienta na hodnoty KI menší než 30 %.
4. Progredující jaterní selhání při prokázaném nádorovém postižení. V případě maligní biliární obstrukce nemožnost zajištění biliární drenáže (operace, PTD, stent via ERCP).
5. Progredující renální selhání refrakterní na konzervativní léčbu.
6. Respirační selhávání v důsledku nádorového postižení plic nebo pleury, maligním pleurálním výpotku nebo ochablosti dechového svalstva při kachexii.
7. Srdeční selhání refrakterní na standardní léčbu.
8. Septický šok refrakterní na standardní léčbu.
9. Nežítelné krvácení při krvácení z nádoru nebo paraneoplastické hemoragické diatéze (koagulopatie, trombocytopenie, trombocytopenie).
10. Závažná paraneoplastická hyperkalcémie a hyponatermie refrakterní na standardní léčbu.
11. Subileozní nebo ileozní stav při maligní střevní obstrukci, který není řešitelný chirurgickou léčbou a je refrakterní na konzervativní léčbu.

12. Progredující neurologické a psychiatrické symptomy při metastatickém postižení CNS (delirium, sopor, koma).
13. Závažné interní onemocnění (např. infarkt myokardu, plicní embolie), které s ohledem na celkový stav pacienta a přítomné orgánové dysfunkce nelze řešit intenzivní kauzální léčbou.

Přechod pacienta v pokročilém stavu onkologického onemocnění do terminálního stavu může mít charakter postupné deteriorace nebo se může projevit jako náhlý rozvoj léčebně neovlivnitelné letální komplikace (např. porucha vědomí, krvácení, oběhové selhání).

Hodnocení stavu pacienta jako „terminálního stavu“, musí jednoznačně vyplývat z rozvahy ve zdravotnické dokumentaci a musí obsahovat klinické důvody, na základě kterých lékař k tomuto závěru dospěl. Rozhodnutí o terminálním stavu pacienta provádí společně ošetřující lékař a vedoucí lékař oddělení nebo konziliární lékař APPO³³. Informace, že se s tímto závěrem oba ztotožňují, musí být ve zdravotnické dokumentaci uvedena a potvrzena otisky jejich jmenovek a jejich podpisy. Dále ošetřující lékař červeně napíše v teplotní tabulce „terminální stav“ a tento zápis opatří datem, otiskem jmenovky a podpisem.

Péče o tělesné symptomy a tělesné potřeby

Všechny diagnostické, léčebné a ošetrovatelské postupy musí být přehodnoceny tak, aby bezprostředně přispívaly ke komfortu pacienta. Postupy, které ke komfortu nepřispívají, by měly být ukončeny. Léčebné postupy bez přímého vlivu na komfort, které však vedou k oddálení smrti (např. antibiotika, parenterální výživa, hemodialýza, umělá plicní ventilace) ve skutečnosti často pouze uměle prodlužují proces umírání a zvyšují utrpení pacienta i jeho rodiny. Jejich nasazení popř. ukončení je třeba individuálně rozhodnout. Rozhodnutí je součástí plánu paliativní péče. Za toto rozhodnutí je odpovědný ošetřující lékař a vedoucí lékař daného oddělení.

Terminální stav je charakterizován kolísavou intenzitou tělesných a psychických symptomů. Adekvátní léčba předpokládá pravidelné hodnocení intenzity nejčastějších symptomů: bolesti, dušnosti, nevolnosti, úzkosti a deprese. Cíleně je třeba pátrat po přítomnosti deliria.

Tabulka Management nejčastějších symptomů u pacienta v terminálním stavu

Symptom	Terapie	Poznámka
Bolest	METAMIZOL 1–2,5g i.v. 2–3 × denně DICLOFENAC 50–100 mg i.v., i.m., p.r. 2–3x denně MORFIN 5–10 mg á 4–6h i.v. s.c., nebo formou kontinuální infuze 30 mg/24 h s.c. nebo i.v.	Neopioidní analgetika jsou někdy výhodná pro svůj antipyretický účinek. V terminální fázi je obvykle nahrazujeme opioidy. Uvedené dávky morfinu jsou počáteční. Při nedostatečném účinku je třeba dávku zvýšit o 30–50 % denně. Pacienti dosud neléčení silnými opioidy potřebují v terminální fázi pouze výjimečně dávky vyšší než 60 mg/24h s.c. Pacienti léčení opioidy pro chronickou bolest vyžadují někdy dávky mnohem vyšší (100–1000 mg/24h). U pacientů léčených perorálními opioidy (např. morfin SR, oxycodon SR) tuto léčbu obvykle ukončujeme a přecházíme na ekvivalenční dávku parenterálního morfinu.
Dušnost	MORFIN 2,5–10 mg á 4–8 h s.c., i.v. 10–20 mg á 4–6 h p.o., p.r. MIDAZOLAM 2–5 mg s.c., i.v. á 2 hodiny nebo kontinuálně 10–60 mg s.c., i.v. OXYGENOTERAPIE, obvykle 3–5 l O ₂ /min kyslíkovými brýlemi	U pacientů, kteří již morfin nebo jiný silný opioid užívají pro bolest, zvyšujeme v případě dušnosti zavedenou denní dávku o 30–50 %. Midazolam je indikován především u pacientů, u kterých je dušnost spojena s výraznou úzkostí. Podání kyslíku má pro pacienta i jeho rodinu velký symbolický význam a pacienti udávají úlevu od dušnosti, přestože objektivní ventilační parametry ani saturace O ₂ se nemění.
Úzkost	MIDAZOLAM 2,5 mg i.v., s.c. á 2 h nebo 20 mg/ 24 h kontin. i.v., s.c. DIAZEPAM 5–10 mg á 12 h i.m., i.v., p.r. ALPRAZOLAM 0,5 1 mg 2–3 denně p.o.	Intenzita úzkosti bývá velmi různá. Dávky benzodiazepinů potřebné k dosažení komfortu jsou velmi variabilní: anxiolytické až silně sedativní. Uvedené počáteční dávky je někdy třeba několikanásobně zvýšit. Zásadní význam mají nefarmakologické intervence: blízkost příbuzných, empatický přístup zdravotníků či náboženské rituály.
Delirium	HALOPERIDOL 1–5 mg p.o., i.v., s.c., lze opakovat po 30 min až je dosaženo efektu (zklidnění pacienta normalizace jeho kognitivních funkcí) LEVOMEPROMAZIN (TISERCIN) 25–50 mg á 6h i.v., i.m.	Primárním cílem podání antipsychotik je obnovení pacientova výchozího mentálního stavu a jeho zklidnění, nikoliv jeho útlum (sedace). Lze kombinovat s benzodiazepiny – viz Úzkost. Antipsychotika jsou indikována především u agitovaného deliria. Využíváme také jejich antiemetického účinku.

Hydratace a výživa u pacientů v terminálním stavu

U pacientů v terminálním stavu musí ošetřující personál podporovat perorální příjem tekutin a stravy. Doporučuje se ukončit všechna dietní omezení. Množství a složení se řídí výhradně přáním a preferencí pacienta a jeho schopností příjmu per os. Pokud je pacient schopen přijímat sippingovou enterální výživu, v jejím podávání pokračujeme.

Parenterální výživa nemá u pacientů v terminálním stavu vliv na délku ani kvalitu života a její podání proto není indikované. U pacientů neschopných dostatečného příjmu tekutin p. o. je indikována parenterální hydratace (podávaná formou i. v. nebo s. c. infúzí) U pacienta v terminálním stavu je dostatečný celkový denní příjem tekutin 500–1000 ml. U bezprostředně umírajících pacientů parenterální hydratace nemá vliv na délku života ani symptomovou zátěž. Její indikace je proto relativní. U všech umírajících pacientů je indikovaná důsledná péče o dutinu ústní včetně pravidelného svlažování sliznice.

Paliativní farmakologická sedace (PS) u pacientů v terminálním stavu

Jako PS označujeme farmakologické utlumení terminálně nemocného pacienta s cílem zmírnit refrakterní symptomy a dosáhnout komfortu. Hloubka sedace je vždy individuální a závisí na intenzitě symptomů a celkovém klinickém kontextu. V některých případech je třeba pacienta farmakologicky utlumit až do hloubky soporu – komatu.

Nejčastější indikací PS jsou refrakterní dušnost, úzkost, agitované delirium. Bolest lze většinou účinně zmírnit bez výrazného ovlivnění stavu vědomí.

Před zahájením paliativní sedace je vhodné vyžádat paliativní konzilium k posouzení, zda je pacientův diskomfort a přítomné symptomy skutečně refrakterní (léčbou neovlivnitelné).

Pacient (příp. jiná oprávněná osoba, pokud pacient není schopen sám rozhodovat o poskytnutí zdravotní péče) musí se záměrem zahájit paliativní sedaci souhlasit. Důvod zahájení PS musí být uveden ve zdravotnické dokumentaci.

Před zahájením PS je nutné stanovit, jakým způsobem bude v průběhu PS zajištěna výživa a hydratace.

K zajištění paliativní sedace používáme nejčastěji kontinuální podání midazolamu (10–200 mg/24h i.v.), v případě bolesti a dušnosti současně s morfinem (10–200 mg, dle intenzity bolesti). Lze užít také levomepromazin nebo propofol.

Resuscitační péče u pacienta v terminálním stavu

U pacienta v terminálním stavu není v případě oběhové zástavy indikováno zahájení kardiopulmonální resuscitace ani překlad do intenzivní péče.

Péče o psychický komfort pacienta

Lékaři i nelékařský zdravotnický personál musí s pacientem komunikovat způsobem, který bude podporovat pacientovu schopnost adaptace na skutečnost závažného život ohrožujícího onemocnění. Při zjištění větší míry psychického distresu u pacienta a jeho blízkých je třeba pátrat po jeho příčinách a možnosti ovlivnění.

Při klinicky významné úzkosti a depresi je indikované včasné zahájení symptomatické farmakoterapie. Je žádoucí, aby lékaři a ošetřovatelský personál v péči o pacienty v terminálním stavu využívali odbornou psychologickou a sociální péči a včas kontaktovali příslušné odborníky (konziliář v oboru paliativní medicína, klinický psycholog, sociální pracovník).

Péče o duchovní komfort pacienta

Duchovní oblast může být v terminální fázi nemoci zdrojem specifických potřeb a problémů. Současně je ale velmi významným zdrojem inspirace, motivace a životní energie ke zvládnutí závěru života. Systematická péče o duchovní oblast pacientova prožívání je proto integrální součástí paliativní péče v závěru života. Lékař a ošetřující personál aktivně zjišťují, zda pacient netrpí spirituálním distresem. Při zjištění významného spirituálního distresu se lékař a další ošetřující personál snaží zjistit jeho příčiny a usilují podpůrnou komunikací o jeho zmírnění.

Ošetřovatelský tým musí dle potřeby do péče aktivně zapojit pastoračního pracovníka nebo duchovního. Na lůžkových odděleních a na ambulancích jsou k dispozici seznamy duchovních jednotlivých církví.

Péče o rodinu pacienta

Důležitou součástí péče o terminálního pacienta je komunikace s rodinou nemocného. Jejím cílem je psychická podpora rodiny, podpora adaptace na novou závažnou situaci a snaha o to, aby byla situace terminální fáze rodině pacienta srozumitelná. Lékaři, v rozsahu, v jakém to pacient umožnil, aktivně informují rodinu o průběhu onemocnění a progresi do terminálního stavu tak, aby v případě očekávaného úmrtí během hospitalizace mohla být rodina pacienta závěru života přítomna. Ošetřující personál aktivně monitoruje potřeby rodiny a v případě nutnosti zprostředkuje kontakt na zdravotně-sociálního pracovníka nebo klinického psychologa.

Zdravotničtí pracovníci jsou pravidelně školeni v oblasti podpory pacientů s onkologickým onemocněním, v oblasti zvládnutí zátěžové situace spojené s kontaktem s pacienty v terminálním stavu, s jejich blízkými a rodinami. Součástí školení je také praktický nácvik komunikace s těmito osobami. Zvláštní péče je pak věnována školení v komunikaci s umírajícími a jejich blízkými, kde jsou zátěžovou situací zasaženy děti.

Úmrtí pacienta

Každému pacientovi, který v MOÚ zemřel, je nutno zajistit péči s úctou ke skončenému životu a mrtvému tělu, v souladu s jeho hodnotovými, kulturními a náboženskými preferencemi.

9.11 Seznam fiktivních výkonů využívaných v rámci projektu

Zdravotní pojišťovny - výkony	Název ZP - výkonu
ZP markery - péče lékaře	
92901	Komunikace hodnotového systému a preferencí pacienta - lékař
92902	Stanovení cíle péče - lékař
92903	Stanovení plánu péče - lékař
92904	Multidisciplinární rozvaha o plánu péče - lékař
92905	Mezioborová terapeutická rozvaha - lékař
92906	Komunikace alternativ péče včetně neposkytování kurativní terapie - lékař
92907	Komunikace DVP - lékař
92908	Formulace limitace péče - lékař
92909	Etická konzultace - lékař
92910	Sdělení nepříznivé zprávy - lékař
92911	Mediace diskrepantních očekávání - lékař
92912	Vedení rodinné konference - lékař
92913	Symptomová intervence - polypragmazie - lékař
92914	Symptomová intervence - bolest - lékař
92915	Symptomová intervence - ostatní symptomy - lékař
92916	Indikace paliativní sedace - lékař
92917	Koordinace zdravotnické péče mimo poskytovatele - lékař
92918	Podpůrná intervence psychologické povahy pacientovi - lékař

92919	Podpůrná intervence psychologické povahy blízkým – lékař
92920	Podpůrná intervence psychologické povahy dítěti/osobě s limitovanou rozhodovací kompetencí – lékař
92930	Orientace v systému zdravotní a soc. péče – lékař
92931	Spirituální podpůrná intervence – lékař
92932	Péče o pozůstalé lékařem – lékař
92933	Péče o pozůstalé dítě/osobu s omezenou rozhodovací kompetencí – lékař
92934	Vyplnění PaPaS scale
92935	Telefonická konzultace – lékař

ZP – markery péče sestry

92940	Komplexní zhodnocení potřeb – sestra
92941	Ošetrovatelská péče – sestra
92942	Administrativní výkony (dotazníky, screening apod.) – sestra
92943	Kontrola efektu zdravotnické intervence – sestra
92944	Koordinace péče s primárním ošetrovatelským týmem – sestra
92945	Koordinace zdravotnické péče mimo poskytovatele – sestra
92946	Podpůrná intervence psychologické povahy pacientovi – sestra
92947	Podpůrná intervence psychologické povahy blízkým – sestra
92948	Podpůrná intervence psychologické povahy dítěti/osobě s limitovanou rozhodovací kompetencí – sestra
92949	Orientace v systému zdravotní a soc. péče – sestra
92950	Spirituální podpůrná intervence – sestra
92951	Péče o pozůstalé sestrou – sestra
92952	Péče o pozůstalé dítě/osobu s omezenou rozhodovací kompetencí – sestra
92953	Edukace pacienta – sestra
92954	Edukace blízkých – sestra
92955	Telefonická konzultace – sestra

ZP – markery péče psychologa

92960	Krizová intervence pacient/blízcí – psycholog
92961	Podpůrná psychologická intervence individuální – pacient – psycholog
92962	Podpůrná psychologická intervence individuální – blízcí – psycholog
92963	Podpůrná psychologická intervence skupinová – pár/rodina – psycholog
92964	Krizová intervence individuální – dítě nebo osoba s omezenou rozhodovací kompetencí – psycholog
92965	Podpůrná psychologická intervence individuální – dítě nebo osoba s omezenou rozhodovací kompetencí – psycholog
92966	Podpůrná psychologická intervence skupinová – včetně dítěte nebo osoby s omezenou rozhodovací kompetencí – psycholog
92967	Psychologická péče o pozůstalé – psycholog
92968	Psychologická péče o pozůstalé – dítě nebo osoba s omezenou rozhodovací kompetencí – psycholog
92969	Telefonická konzultace – psycholog

ZP – markery péče sociálního pracovníka

92975	Komplexní zhodnocení sociálních potřeb a sociální podpory – sociální pracovník
92976	Edukace a poradenství v systému podpory – pacient/rodina – sociální pracovník
92977	Edukace a poradenství v systému podpory směrem k ošetr. týmu – sociální pracovník
92978	Komunikace / koordinace mezi poskytovateli – sociální pracovník
92979	Zajištění administrativní činnosti (žádosti apod.) – sociální pracovník
92980	Podpůrná intervence nepsychologem – sociální pracovník
92981	Péče o pozůstalé – sociální pracovník
92982	Telefonická konzultace – sociální pracovník

Signální výkony k mapování péče

92990	Signální výkon – terminální paliativní péče
92991	Signální výkon – terminální paliativní péče u dítěte/nezletilého pacienta
92992	Signální výkon – časná paliativní péče
92993	Signální výkon – časná paliativní péče u dítěte/nezletilého pacienta
92994	Signální výkon – podpůrná intervence pro blízké a pečující osoby závažně nemocného pacienta
92995	Signální výkon – podpůrná intervence pro blízké a pečující u dětského/nezletilého pacienta

9.12 VOC

Dotazník hodnocení péče (Views on Care – VOC)³⁴

Přečtete si prosím všechny otázky a označte odpověď, které nejvíce odpovídá Vaší Nejsou zde žádné „správné“ ani „špatné“ odpovědi.

Dotazník vyplňuji jako:

Pacient Blízká osoba za pacienta Blízká osoba pacienta za sebe

1. Jak byste zhodnotil/a svou celkovou kvalitu života v průběhu 3 dnů před tím, než se na péči začal podílet paliativní tým?

1 2 3 4 5 6 7
Velmi špatná Vynikající

34 / A1 Pinto, C., Firth, A. M., Groeneveld, E. I., Guo, P., Sykes, N., & Murtagh, F. E. (2019). Patients' views on care and their association with outcomes in palliative care. *Palliative Medicine*, 33(4), 467–469

2. S ohledem na problémy a starosti, které vás nejvíce trápí, došlo ve Vaší situaci během posledních 3 dnů k nějaké změně?

Situace se výrazně zlepšila	Situace se mírně zlepšila	Situace se nezměnila	Situace se mírně zhoršila	Situace se výrazně zhoršila	Nevím
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Pokud vezmete v úvahu všechny okolnosti, domníváte se, že ke změně Vaší současné situace přispěl paliativní tým? Na tuto otázku nemusíte odpovídat, pokud se s paliativním týmem dnes setkáváte poprvé.

Ano, velmi mi pomohl	Ano, docela mi pomohl	Ano, trochu mi pomohl	Ne, moc mi nepomohl	Ne, vůbec mi nepomohl	Nevím
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Když se zamyslíte nad svou dnešní situací, jak byste zhodnotil/a svoji momentální kvalitu života?

1 2 3 4 5 6 7
Velmi špatná Vynikající



Metodika implementace programu paliativní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení

Autoři

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., Mgr. Jiří Krejčí, Mgr. Jana Ambrožová

Metodik

Mgr. Blanka Tollarová, Ph.D.

Recenze

Mgr. Petr Vrzáček, MUDr. Ondřej Kopecký

Korektury

Mgr. Jarmila Neumannová

Vydává

Ministerstvo zdravotnictví České republiky
2019

Projekt „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“, reg.č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0 007277, je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR a je spolufinancován Evropskou unií v rámci Operačního programu Zaměstnanost z Evropského sociálního fondu.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY