

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav ošetrovatelství

Kateřina Chaloupková

Multidisciplinární paliativní tímy v českých nemocnicích

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Renáta Grossová Klementová, MBA

Olomouc 2023

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 29. 4. 2023

Kateřina Chaloupková

Mé poděkování patří vedoucí práce Mgr. Renátě Grossové Klementové, MBA, za cenné rady, trpělivost a věcné připomínky při zpracování mé práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce, teoretická - přehledová

Téma práce: Paliativní péče

Název práce: Multidisciplinární paliativní týmy v českých nemocnicích

Název práce v AJ: Multidisciplinary palliative teams in Czech hospitals

Datum zadání: 22. 11. 2021

Datum odevzdání: 29. 4. 2023

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav ošetrovatelství

Autorka práce: Kateřina Chaloupková

Vedoucí práce: Mgr. Renáta Grossová Klementová, MBA

Oponent práce: Mgr. Šárka Šaňáková, Ph.D.

Abstrakt:

Paliativní péče je mladé odvětví moderní medicíny. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající je čím dál tím častěji diskutovaným tématem. Smrt je nedílnou a přirozenou součástí života, a přestože se jedná o období nejen fyzicky, ale i psychicky velice náročné, mělo by se dbát na to, aby probíhalo v souladu s přáním umírajícího. Oporu však nepotřebuje pouze nemocný sám, ale i jeho rodina a blízcí. Navíc jsou tyto záležitosti provázány i řadou nutných administrativních úkonů. V důsledku toho v posledních letech vznikají podpůrné konziliární paliativní týmy v nemocničním prostředí. Dříve byla jejich existence spojována spíše s hospici. V současnosti již tyto týmy fungují i v řadě českých nemocnic a jejich počet se stále zvyšuje. Tato přehledová práce se věnuje nejen paliativní péči samotné, ale právě i těmto multidisciplinárním týmům. Poznatky této práce mají za cíl rozšířit vědomí o existenci těchto týmů a nasměřovat laickou i odbornou veřejnost k jejich využívání.

Abstract:

Palliative care is a young branch of modern medicine. Caring for the terminally ill and dying is an increasingly common topic. Death is an integral and natural part of life, and even though it is a period that is not only physically but also mentally very demanding, care should be taken to ensure that it takes place in accordance with the wishes of the dying person. However, support is needed not only by the patient himself, but also by his family and loved ones. In addition, this is accompanied by a few necessary administrative tasks. As a result, in recent years, supportive palliative support teams have emerged in the hospital setting. In the past, their existence was associated more with hospice. At present, these teams already operate in a few of Czech hospitals and their number is still growing. This review focuses not only on palliative care itself, but also on these multidisciplinary teams. The findings of this work aim to increase awareness of the existence of these teams and direct the lay and professional public to their use.

Klíčová slova: paliativní péče, multidisciplinární tým, financování, umírání, smrt, nemocnice, terminální stadium, ošetrovatelská péče

Keywords: palliative care, multidisciplinary team, financing, dying, death, hospital, terminal stage, nursing

Rozsah: stran 34 / příloh 0

OBSAH

ÚVOD	7
CÍL	9
POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI.....	10
1 KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE.....	11
1.1 DEFINICE PP	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
1.2 ZAŘÍZENÍ PP	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
1.3 CÍLOVÉ SKUPINY PP	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
1.4 HISTORIE PP	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
1.5 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE.....	13
2 PALIATIVNÍ PÉČE V PRAXI.....	15
2.1 INDIKACE K PP	15
2.2 FINANCOVÁNÍ PP	16
2.3 DŘÍVE VYSLOVENÉ PŘÁNÍ.....	17
3 KONZILIÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE	19
3.1 FUNKCE K TPP	19
3.2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PT	21
3.3 FUNKCE PT.....	22
3.4 ROLE VŠEOBECNÉ SESTRY V PT.....	24
ZÁVĚR	28
REFERENČNÍ SEZNAM.....	29
SEZNAM ZKRATEK	34

ÚVOD

Moderní medicína za posledních několik desetiletí zaznamenala výrazný pokrok a zná léčebné postupy, které byly ještě poměrně nedávno nepředstavitelné, a dokáže zachránit život člověku, který by ještě před několika desetiletími neměl šanci přežít. Ovšem toto heroické pojetí medicíny má jedno závažné úskalí. Často opomíjí otázku zachování kvality života. Ne vždy je zcela žádoucí záchrana života „za každou cenu“ (Tomešová, 2016). I to je pravděpodobně jedním z důvodů, proč je paliativní péče čím dál častěji skloňovaným pojmem. V České republice je paliativní péče (dále „PP“) ukotvena v zákoně o zdravotních službách, kde je definována jako aktivní péče věnovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo konečném stadiu nemoci a byly vyčerpány všechny možnosti kurativní terapie. Cílem PP je zmírnění utrpení nevléčitelně nemocného a zároveň zachování co možná nejvyšší kvality jeho života. Jedná se především o zmírňování symptomů nemoci, tlumení bolesti a psychickou podporu nejen nemocného samotného, ale i jeho blízkých. Je snahou zachovat důstojnost nemocného v maximální možné míře. Důraz je kladen na bio-psycho-socio-spirituální jedinečnost každého člověka. Z toho vyplývá, že je vyžadován individuální, citlivý a empatický přístup k nemocnému i k jeho blízkým. Nabízené služby a poskytovaná péče ovšem po smrti nemocného nekončí. Pokračuje duševní oporou blízkým, pomáhá se zvládnutím zármutku a s péčí o zemřelého (Konopáčová, 2017, s. 83). Dá se říci, že PP přináší nový úhel pohledu na péči o pacienta v terminálním stadiu nemoci, připouští, že i moderní medicína má v léčbě pokročilých onemocnění své limity, a soustředí se na poměr zachování života a jeho kvality. Dalším důležitým poznatkem je, že PP je multioborová, propojuje lékařské i nelékařské profese a vyžaduje jejich úzkou spolupráci (Gricajev, 2021, s. 182). PP se v posledních letech dostává do popředí zájmu odborné i laické veřejnosti. Tento trend podporuje ve svém textu Kolářová, jež se opírá o dotazníkový průzkum Ministerstva zdravotnictví České republiky, který zájem o další rozvoj PP potvrzuje. Za další potvrzení zájmu o rozvoj PP se dá považovat i prudce se zvyšující počet vznikajících multioborových týmů PP v nemocnicích, kdy v roce 2018 jich v ČR fungovalo 18, oproti tomu již v roce 2020 těchto týmů bylo již 40. To je více než dvojnásobek. Respondenti průzkumu z nemocnic, kde v tuto chvíli tým PP ještě zřízen nebyl, vyjádřili svůj zájem o jeho vznik (Kolářová, 2022). Paliativní medicína se tak stává žádaným odvětvím medicíny se stále se rozšiřující klientelou. Charakteristická je pro ni péče nejen o samotné pacienty se závažným onemocněním v terminálním stadiu, ale i o jejich blízké. Ve středu jejího zájmu již není léčba kurativní, i když i ta může být poskytována souběžně s péčí paliativní, ale léčba symptomatická, ulevující od

somatických obtíží a zmírňující obtíže psychické. Poskytuje duševní oporu a útěchu. Pomáhá v praktických záležitostech, jako jsou nutná administrativa a pomoc v komunikaci s úřady i poskytovateli sociálních a odlehčovacích služeb. Má být poskytována specializovaným multidisciplinárním týmem PP, složeným z lékařů, všeobecných sester, sociálních pracovníků a dalších specialistů, kteří ve spolupráci s ošetřujícím lékařem poskytují cílenou podpůrnou léčbu (Get Palliative Care, 2022).

CÍL

Tato přehledová práce je rozdělena do dvou částí. Ta první si klade za cíl osvětlit, co je hlavním tématem PP, její definice, kde a jakými způsoby je uplatňována. Ve druhé části se práce soustředí na funkci paliativních týmů v českých nemocnicích. Poukazuje na jejich významnou roli při péči o nevléčitelně nemocné v nemocničním prostředí. Představuje jejich personální složení a popisuje jejich činnost. V roce 2018 byl v České republice spuštěn projekt, který podporuje vznik multidisciplinárních paliativních týmů v českých nemocnicích. Dílčím cílem této práce je výše zmíněný projekt představit a přiblížit.

POPIS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

V následujícím textu je podrobně popsána rešeršní činnost, podle které došlo k vyhledání validních zdrojů využitých při tvorbě této bakalářské práce.

Vyhledávací kritéria

Klíčová slova v ČJ: paliativní péče, multidisciplinární tým, financování, umírání, smrt, nemocnice, ošetřovatelství

Klíčová slova v AJ: palliative care, multidisciplinary team, financing, dying, death, hospital, nursing

Jazyk: český, anglický, slovenský

Období: 2011–2021

Další kritéria: plné texty, recenzovaná periodika

Databáze: Medvik, EBSCO, Google Scholar, Medline, PubMed

Vyřazující kritéria: duplicitní články, články nesplňující kritéria, články neodpovídající tématu

Sumarizace: celkem bylo vyhledáno 143 článků, z toho 107 českých zdrojů a 36 anglických, vyřazeno bylo 116 článků, v textu bylo užito 34 článků

1 KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE

1.1 Historie PP

Celou historii ošetrovatelství provází péče o umírající a nevléčitelně nemocné. V roce 1967 byl Cicely Saundersovou otevřen první hospic svatého Kryštofa. Tento čin byl označen jako prvotní krok k rozvoji komplexní PP. Odtud se pak dále myšlenka hospicové péče začala šířit do celé Evropy. V devadesátých letech 20. století byla PP představena i v České republice. Zakladatelkou je Marie Svatošová. První český Hospic Anežky České byl otevřen v Červeném Kostelci 8. prosince 1995. Toto zařízení se stalo vzorem pro následující lůžkové hospice v České republice (Nováková, 2017, s. 135). V současnosti je Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP prosazován model mobilní specializované PP. Snahou je podporovat nevléčitelně nemocné v jejich přirozeném prostředí (Kabelka, 2018, s. 34).

1.2 Definice PP

Podle WHO je PP definována jako přístup ke zlepšení kvality života pacientů a jejich rodin, kteří jsou vystaveni problémům spojeným s nevléčitelnými chorobami. Jde cestou prevence a úlevy od utrpení za pomoci časně identifikace a precizního zhodnocení léčby bolesti a dalších symptomů – fyzických, psychosociálních a spirituálních (WHO). Jak z této definice vyplývá, PP se netýká pouze onkologicky nemocných pacientů, ale prolíná se všemi odvětvími medicíny. Vlivem demografického vývoje, stárnutí populace, zvyšování se věku dožití a mnoho dalších faktorů se PP dostává velké pozornosti a dochází k jejímu velkému rozvoji. Toto vše vyústilo ve vznik PP jako samostatného lékařského oboru s tím, že je velký důraz kladen na rozvoj PP ve všech jejích složkách s cílem jejího rozšíření, zkvalitnění a vytvoření podmínek pro péči o nevléčitelně nemocné pacienty v jejich přirozeném prostředí. V České republice je možno podporu a rozvoj PP sledovat nejen ve vzniku lůžkových hospiců, ale hlavně v rozvoji mobilní hospicové péče nebo ve vzniku nemocničních multidisciplinárních paliativních týmů (Černá Pařízková, 2019, s. 283).

1.3 Zařízení PP

Jednou z organizací, které se na našem území věnují PP, je Centrum paliativní péče. Jak tato organizace uvádí na svých internetových stránkách, PP si klade za cíl podporovat kvalitu života pacienta až do samého závěru života. Kvalita života nemocného přímo úměrně závisí na prostředí, ve kterém se pečovaný nachází, a na péči, kterou je mu možno v tomto prostředí

poskytovat. Centrum paliativní péče se opírá o výzkum, který v roce 2013 provedla agentura STEM/MARK pro Cestu domů, kde téměř 80 procent dotazovaných odpovědělo, že by si přálo umírat v domácím prostředí. Reálně mají tuto možnost pouze asi jen čtyři procenta nemocných. Proto tu existuje několik druhů zařízení, kde je nemocným v terminálním stadiu nemoci poskytována adekvátní péče. Jednou z forem těchto zařízení je mobilní hospic. Jedná se o zařízení, kdy je specializovaná PP poskytována v domácím prostředí klienta. Je dostupná dvacet čtyři hodin denně. Multidisciplinární tým dochází za pacientem, a ve spolupráci s rodinou tak umožňuje zemřít v prostředí, jež je mu blízké a přirozené. Pacientům, již nemohou prožít závěr života v domácím prostředí, je určen lůžkový hospic. Zde je snahou v co největší míře přiblížit klientovi jeho domácí prostředí. Blízcí zde nejsou limitováni návštěvními hodinami, mají možnost i ubytování v zařízení. Další formou je nemocniční PP. Zde fungují KTHP na různých odděleních, slouží jako poradní tým pro ostatní zdravotníky a často spolupracují s rodinami nemocných. Jinou možností v rámci nemocnic jsou lůžkové stanice paliativní péče. Ty mají podobu standardních lůžkových oddělení s hospicovými lůžky. V České republice tyto stanice zatím nejsou běžnou součástí nabízených služeb nemocnic.

1.4 Cílové skupiny PP

Svým rozvojem PP dnes již vyvrací dříve obecně rozšířený fakt, že je určena pouze onkologicky nemocným. PP je určena komukoliv, kdo trpí nevyléčitelnou chorobou, bez ohledu na věk a stadium nemoci. Tato péče v moderní podobě zahrnuje poměrně širokou škálu nemocných. PP svou pozornost zaměřuje především na nemocné v pokročilých a konečných stadiích všech nevyléčitelných nemocí. Nádorová onemocnění tvoří původní cílovou skupinu. Další velkou skupinu tvoří pokročilá stadia chronických neonkologických onemocnění. Ta zahrnuje především chronické srdeční selhávání, chronickou obstrukční nemoc, jaterní cirhózu a onemocnění ledvin. U těchto onemocnění je klinicky velmi obtížné odhadnout prognózu a dle toho zvolit správný poměr mezi kauzální a symptomatickou léčbou. Neurologická onemocnění tvoří další velmi různorodou skupinu. Ta zahrnuje demenci, roztroušenou sklerózu a např. imobilizační syndrom po CMP. Pokročilá stadia těchto nemocí vyžadující PP mohou trvat i několik let. Opomenout nelze ani skupiny polymorbidních geriatrických pacientů. U nich je ovšem prognóza odhadnutelná jen velmi těžší. Základní onemocnění zde progreduje velice pomalu, zvyšují se křehkost a riziko fatálních komplikací. Zahnout do skupin pacientů s potřebou PP lze i nemocné v konečném stadiu AIDS a pacienty v permanentně vegetativním stavu (Konopáčová, 2017, s. 84).

Na webových stránkách paliativnimedica.cz lze ještě nalézt informaci, která uvádí, že k potenciálním klientům PP patří i nemocní s některými vrozenými pediatrickými syndromy a onemocněními. Taktéž se sem řadí i kriticky nemocní s multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče (Sláma et al., 2013).

1.5 Dělení paliativní péče

V obecně platné rovině, kterou tvoří standardy PP, je tato péče rozlišována do dvou základních kategorií: na obecnou a specializovanou PP. Standardy PP se opírají o mezinárodní doporučení.

Obecná PP: tato PP je definována dobrou klinickou praxí, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Základem je včasné rozpoznání nevléčitelného charakteru onemocnění, identifikace a ovlivňování oblastí významných pro kvalitu pacientova života. Do této kategorie spadá racionální využití kauzálních potřeb léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče, při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetrovatelské péče atd. Obecnou PP by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.

Specializovaná PP: jedná se o aktivní multidisciplinární péči poskytovanou pacientům a jejich rodinám týmem odborníků se speciálním vzděláním v oblasti PP. Je poskytována pacientům, kteří komplexností svých tělesných nebo psychosociálních potřeb přesahují možnosti poskytovatelů obecné PP (Sláma et al., 2013).

Toto základní rozdělení PP dále ve svém textu rozšiřuje MUDr. Marek Sochor z pohledu onkologa. Ten dělí PP podle návaznosti na primární, sekundární a terciární PP. Primární péče je realizována základními odbornostmi, kde je kladen důraz na zvládnutí základních fyzických i psychických symptomů. Například u onkologicky nemocných má být tato péče zajištěna onkologem. Ten zde hraje zásadní roli při kontrole symptomů v časných fázích léčby nádorových onemocnění. Podle MUDr. Sochora je však nereálné očekávat plné zohlednění pacientových obtíží s progresí onemocnění a symptomů z důvodů časových, dostupnosti psychosociální podpory, zkušeností a zájmu o paliativní péči. Dále MUDr. Sochor uvádí, že podle dostupných studií onkologičtí pacienti preferují optimistický přístup lékaře se zaměřením na léčbu nádoru i fyzických obtíží a méně řeší psychické a existenciální otázky, včetně péče na konci života. Sekundární péče je praktikována specialisty paliativní péče a je určena pacientům s potřebou komplexní péče multidisciplinárního týmu. Tito specialisté zde fungují jako konzultanti v lůžkové i ambulantní péči. Terciární péče je nejčastěji realizována ve formě paliativních jednotek pro pacienty s vysokou mírou symptomové zátěže a komplexním

utrpením (Sochor, 2018, s. 14–15). Jiné rozdělení uvádí MUDr. Kateřina Rusinová a kol. Ti ji rozdělují z hlediska časového na terminální a časnou PP. Zatímco terminální PP se soustředí především na management symptomů bezprostředního umírání, časná PP poskytuje příležitost pacientovi a jeho blízkým se dobře orientovat v trajektorii onemocnění, získat podporu pro vyrovnání se s diagnózou, zvýšit kvalitu rozhodování mezi alternativami postupu tak, aby odpovídaly hodnotám a preferencím pacienta, dále mít realistická očekávání výsledků léčby, včas anticipovat další vývoj tak, aby se na něj pacient i rodina mohli dobře připravit (Rusinová et al., 2019, s. 449–450).

2 PALIATIVNÍ PÉČE V PRAXI

2.1 Indikace k PP

Zcela klíčovou roli v kvalitní PP hrají její včasná indikace a nastavení kvalitního plánu, ať už je poskytována v nemocničním prostředí, anebo domácím. Velmi důležitá je spolupráce praktických lékařů a specialistů v oboru paliativní medicíny (Kabelka, 2018, s. 34). Centrum paliativní péče na základě moderních výzkumů uvádí, že čím dříve je paliativní péče zahrnuta do celkové péče o těžce nevléčitelného pacienta, tím více z ní nemocný i jeho blízcí profitují. Dále uvádí, že je vhodným doplněním léčby pro její princip neléčit, ale tišit bolest, mírnit tělesné i duševní utrpení a zachovávat důstojnost pacienta. Centrum poukazuje na možnost oba typy léčby účelně propojit a využívat současně, přičemž je možné jejich poměr upravovat podle vývoje stavu pacienta. Protože cílem paliativní péče je udržet kvalitu života na co možná nejvyšší úrovni, důsledkem včasného zapojení paliativní péče často bývá, že pacient žije spokojeněji a déle než v případě využití pouze klasické nemocniční péče (Sláma et al., 2013). Právě ale včasné zahájení PP představuje největší problém. Rozhodnutí, kdy zahájit PP, je velmi těžké pro snahu zdravotnického personálu zajistit pacientovi v nejvyšší možné míře zdravotní péči s využitím nejmodernějších metod léčby daného onemocnění. Přestože toto rozhodnutí nemůže provést jeden odborník daného oboru, je to v důsledku on, kdo toto rozhodnutí učiní, a tím zahájí aktivní PP. Dalším stěžejním bodem pro poskytnutí kvalitní PP je její dostupnost. PP by neměla být výsadou jenom vybraných center rozdělených např. podle oborů, nebo dokonce na základě diagnóz, měla by být součástí organizace plošné zdravotní péče poskytované na regionální úrovni. Pokud bude mít PP jednotnou strukturu, velmi se tím usnadní a zpřehlední její medicínsko-ekonomické řízení. Proto je vhodné začlenění PP do struktury organizace ZP jako plnohodnotný samostatný obor. Úspora finančních prostředků, které by byly vynaloženy na ZP, by zpětně měla podpořit ten segment ZP, který tuto úsporu aktivoval. Finanční úspora je pouze jedním z mnoha přínosů PP. K dalším nepřehlédnutelným přínosům patří zkrácení doby pobytu na JIP, zkrácení hospitalizace, nižší frekvence rehospitalizací, snížení stresu a zvýšení spokojenosti s péčí, zvýšení spokojenosti s rozhodovacím procesem, menší četnost nepřínosných invazivních postupů, mezi než patří další chemoterapie nebo operační zákroky, lepší vyrovnání se rodiny se situací, případně nekomplikované truchlení, lepší léčba symptomů a v neposlední řadě častější odeslání ke specializované paliativní a hospicové péči. Rusinová a kol. se ve své práci opírají o metaanalýzu 43 studií, již v roce 2016 publikovali autoři Cavalieratos, Corbeli, Zhang a kol., čehož se

celkem zúčastnilo 12 731 ambulantních i hospitalizovaných pacientů. Tato studie prokazuje lepší kvalitu života nemocných a nižší symptomovou zátěž, častěji vyjádřená dříve vyslovená přání, větší spokojenost pacientů i pečujících osob, nižší potřebu ZP. Toto všechno jsou nezanedbatelné přínosy kvalitní a dostupné PP. Přičemž podle této metaanalýzy nebyl prokázán vliv na délku přežití (Rusinová et al., 2019, s. 450). Otázkou stále zůstává, kdy tedy PP zahájit. K nalezení odpovědi na tuto otázku mohou pomoci indikační kritéria, která vycházejí především z odborných medicínských ukazatelů a z podmínek poskytování ošetrovatelské péče na různých úrovních. Díky tomu je možno sem zařadit i nemocné, u nichž nemusí být hlavním kritériem celkový stav nemocného nebo prognóza. Podle těchto kritérií je možno do PP zařadit i nemocné, u kterých byla ukončena kurativní léčba. Kritéria (tzv. automatické spouštěče) jsou následující:

1. Nemocní, u kterých byla ukončena aktivní onkologické léčba s kurativním záměrem.
2. Nemocní, u nichž byla zahájena symptomatická a podpůrná léčba s cílem dosáhnout co možná nejvyšší úrovně kvality života.
3. Nemocní vyžadující intenzivní ošetrovatelskou péči s cílem dosažení stabilizace onemocnění a vedlejších projevů léčby.
4. Nemocní vyžadující trvalou ošetrovatelskou péči s cílem dosažení co nejlepší možné úrovně kvality života.
5. Nemocní v preterminální a terminální fázi onemocnění (Filip et al., 2011, s. 170).

2.2 Financování PP

Od listopadu 2015 do března 2016 provedla Nováková studii, ve které srovnává financování PP v Ugandě a v České republice. Ve své studii uvádí, že PP je v ČR z 50 až 60 procent hrazena zdravotními pojišťovny. Dalších 20 procent poskytují některé magistráty, sponzorské dary tvoří 2–3 procenta. Určitá finanční zátěž leží i na samotných nemocných, kteří se v lůžkových zařízeních PP podílejí na její úhradě pevně stanovenou částkou ve výši 8 700 Kč. Na domácí péči též přispívají zdravotní pojišťovny, hradí náklady na standardní ošetření. Za nadstandardní výkony platí nemocný, případně rodina nebo blízcí. O odbornou ošetrovatelskou péči žádá nemocný sám nebo jeho rodina na doporučení ošetřujícího lékaře (Nováková, 2017, s. 136). V roce 2019 byl spuštěn projekt Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZČR) *Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče*. Jedná se o pilotní projekt, který si klade za cíl podporovat a ověřovat funkci sedmi konziliárních paliativních týmů ve vybraných nemocnicích. Zároveň zajišťuje kvalitní sběr dat, na jejichž základě budou navrženy

změny vedoucí ke standardizaci PP v nemocnicích. Nedílnou součástí projektu je i jeho financování. To bylo zajištěno podpisem Memoranda o spolupráci na zajištění udržitelnosti a na rozvoji paliativních týmů u poskytovatelů akutní lůžkové péče v České republice. MZČR, zastoupené tehdejším ministrem Janem Blatným, zástupci zdravotních pojišťoven, České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) se zavázali k rozvoji a financování zdravotních služeb v oblasti PP. Účelem Memoranda je jak zajištění financování sedmi pilotních paliativních týmů v roce 2021, tak i spolupráce na nastavení definitivního úhradového mechanismu pro nemocniční konziliární paliativní týmy od roku 2022. Díky nastavení systémového financování se paliativní týmy stanou standardní součástí českého zdravotního systému a jejich služby budou dostupné všem potřebným (mzcr.cz, 2022). V návaznosti na Memorandum se podařilo v úhradové vyhlášce pro rok 2022 definovat bonifikaci pro poskytovatele, kteří zajišťují PP prostřednictvím samostatného PT. Cílem je zajistit udržitelnost výše zmiňovaného projektu. V současné době splňuje podmínky bonifikace 25 českých nemocnic (Kolářová, 2022).

2.3 Dříve vyslovené přání

Právo na sebeurčení každého člověka nekončí tím, že již nemůže mluvit, nebo tím, že pro svůj zdravotní stav není schopen rozhodovat sám o sobě. Od roku 2012 může každý občan ČR sepsat své dříve vyslovené přání. Zde může popsat vše, co si do budoucna přeje, nebo naopak nepřeje v případě, že by se dostal do situace například dlouhodobého kómatu, bude trpět syndromem pokročilé demence, nebo v jiném nepříznivém zdravotním stavu, kdy nebude schopen rozhodovat sám o sobě. Institut dříve vysloveného přání mu umožňuje vyjádřit nesouhlas s resuscitací, dýcháním s pomocí přístroje atd. To je pomoc nejen pro pacienty samotné, ale i pro jejich okolí a zdravotnické pracovníky (Cesta domů, 2016). Tato možnost je výslovně zakotvena do českého právního řádu zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který nabyl účinnosti dne 1. 4. 2012. Příslušná ustanovení zákona o zdravotních službách vychází z ustanovení čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, podle kterého bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta týkající se lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy by mohl své přání vyjádřit. Zákon o zdravotních službách jasně definuje v § 36 odst. 2, že dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Nedílnou součástí je i písemné poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecného praktického lékařství, u něhož je pacient registrován, případně jiným lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí. V zájmu jistoty lze

doporučit i podpis lékaře, který poskytl poučení, přímo na listině obsahující dříve vyslovená přání pacienta. V odstavci 5 stejného paragrafu jsou pak vymezeny situace, kdy dříve vyslovené přání nelze respektovat. Jedná se zejména o situaci, kdy by splnění přání mohlo ohrozit jiné osoby. Nebo případ, kdy přání nabádá k postupům vedoucím k aktivnímu způsobení smrti (Tomešová, 2016). Právními aspekty tohoto institutu se ve svém článku zabývá Doležal. Ten rozebírá jeho klady i rizika. Přestože zakotvení institutu dříve vyslovených přání do českého právního řádu bylo odbornou veřejností přijato vesměs pozitivně, Doležal ve své práci poukazuje na některé právní i etické problémy, které se s tímto institutem pojí, a kterými se podle Doležala zabývá odborná literatura. Jedná se o právní problémy související s formou jejich vyjádření, s jejich významem, s problémem obecnosti, nebo naopak přílišné specifikace budoucí situace a budoucí léčby, otázkou jejich aplikovatelnosti, zejména v definici situace, kdy je již osoba zcela nekompetentní k vyjádření právně relevantní vůle k postupu ohledně její další léčby. Problém představují i prospektivní autonomie a nejistota ohledně budoucnosti. Doležal vysvětluje, že člověk se neustále vyvíjí. Proto není zcela jisté, zda pacient dokáže zvážit situaci, ve které se ocitne v budoucnosti. S tím souvisí i problém konfliktu mezi zájmy „dříve kompetentního já“ a současného „nekompetentního já“. Jako příklad je uvedena situace, kdy dříve pacient vyslovil přání nežít, nyní ale je spokojen a nechce zemřít. Což nás přivádí k dalšímu, úzce propojenému problému, a tím je změna personální identity. Doležal se zde opírá o další autory, kteří tvrdí, že se u pacientů zcela mění identita a vzniká nová osobnost, přičemž dřívější identita není kompetentní k tak závažnému rozhodnutí o osobnosti stávající. V některých případech se může stát, že je zplnomocněn zástupce, aby rozhodl o nemocném. Zde je velké riziko subjektivního náhledu zmocněnce na danou situaci. V neposlední řadě rovněž narážíme na problém interpretace a kontextu dříve vyslovených přání (Doležal, 2017, s. 7).

3 KONZILIÁRNÍ TÝM PALIATIVNÍ PÉČE

3.1 Funkce K TPP

Standardy PP popisují konziliární týmy paliativní péče jako multidisciplinární tým s jasně definovaným personálním obsazením (lékař, sestra, zdravotně-sociální pracovník, psycholog a další). Specializovaná PP v podobě K TPP je součástí komplexní sítě služeb specializované PP v ČR (Paliativní centrum, 2022). Nemocnice hrají v ošetřování nemocných se závažným onemocněním klíčovou roli. Urbanová a kol. se ve svém textu opírají o Ramirezovu studii, ze které vyplývá, že v posledním roce života je hospitalizováno až 90 procent nemocných a kolem 55 procent úmrtí ve Velké Británii je v nemocnici. Přičemž již výzkumy v osmdesátých letech zdokumentovaly ve Velké Británii nedostatky v péči o umírající pacienty. Novodobější výzkumy Urbanové a kol., jež se opírají o výzkum Rogerse z roku 2000, dokládají, že ačkoliv je přístup lékařů a ošetřujícího personálu výborný, dotazovaní vyjadřují nespokojenost s dehumanizací a poukazují na to, že na jejich individuální potřeby a přání nebyl brán zřetel. V nemocniční PP byla shledána celá řada nedostatků, tj. kvůli aspektům lidskosti, schopnosti mírnit úzkost atd. PP by měla zahrnovat komunikaci nejen s nemocným, ale i s jeho rodinou v celém svém průběhu. Komunikovat o prognóze, včetně prognózy nejisté, o předpokládaném vývoji onemocnění je nezbytné. Je třeba dostatek času na plánování závěru života, stanovení plánů péče, které musí zohledňovat přání nemocných. Autoři zmiňované studie ve své práci prokázali vysokou míru hospitalizací v posledních třech měsících života. Podle nich je možno tento čas také chápat jako příležitost pro komunikaci o cílech léčby a plánech péče s nemocným i s rodinou pro případ, že navzdory léčbě nedochází ke zlepšení stavu nemocného. Vše výše jmenované klade vysoké nároky na celý ošetřující tým, kdy hlavním předpokladem je vzdělaný a školený personál. Jsou nutné úzká spolupráce v multidisciplinárním týmu a intenzivní spolupráce s ostatními poskytovateli PP, např. domácími hospici (Urbanová et al., 2020, s. 115). Současné zdravotnictví si jako jeden z důležitých úkolů stanovuje oproštění paliativní medicíny od výlučné konotace v duchu end-of-life care. Díky komplexnímu řešení pacientových obtíží, včetně problémů psychologického a sociálního charakteru, a pečlivé facilitaci cílů péče s pacientem a jeho rodinou může PP velmi usnadnit složitá rozhodování, kterým lidé v závěru života čelí (Loučka, Sláma, 2018, s. 3). Spouštěčem pro přizvání paliativního týmu k řešení akutních stavů v nemocnici může být klinická rozvaha ošetřujícího lékaře nebo splnění definovaných podmínek – automatických spouštěčů. Mezi odborníky převládá názor, že je vhodné kombinovat oba přístupy. Výhodou používání automatických

spouštěčů bývá větší počet referovaných pacientů, mohou také vhodně doplnit systém závislý na rozhodnutí ošetřujícího lékaře tím, že sejmou z primárního týmu pocit nepatřičnosti volat paliativní konziliáře zvláště v nemocnicích, kde paliativní týmy nemají tradici. Podmínkou je dostupnost týmu a jeho dostatečná kapacita (Rusinová et al., 2019, s. 451). Oporou v budování KTHP v českých nemocnicích mohou být zahraniční zkušenosti. Jednu z obsáhlých retrospektivních studií provedli Ana de Santiago a kol., kteří zkoumali více než 600 pacientů indikovaných pro využití služeb konziliárního KTHP v nemocnici v Palomě ve Španělsku. Autoři udávají, že v prvních letech fungování KTHP využilo jeho služeb více než 200 pacientů. U všech došlo ke zlepšení symptomů již po několika dnech, kdy začali využívat služeb KTHP. Z této studie vyplývá, že implementace KTHP v nemocničním prostředí má na její uživatele jednoznačně pozitivní vliv. Potvrzují vysokou efektivnost již od počátku fungování PT (De Santiago et al., 2012, s. 22). V ČR pozvolna přibývá nemocnic, kde KTHP fungují, což s sebou přináší významné zlepšení péče o těžce nemocné. Průběžná data zjištěná v rámci pilotního projektu MZČR ukazují na užitečnost KTHP jak pro pacienty se závažnou chorobou, tak i pro zdravotníky, kteří s nimi pracují. Zlepšení kvality života znamenala práce KTHP pro téměř 57 procent pacientů v terminální PP, 77,6 procenta v časné PP a ve 100 procentech v PP u nezletilého (Kolářová, 2022). Pilotní projekt na podporu implementace KTHP spustil nadační fond AVAST v rámci svého projektu Spolu až do konce. Na svých internetových stránkách popisují, proč a za jakým účelem tento projekt vznikl. Z uvedeného grafu je patrné, že nejvíce pacientů stále umírá v prostředí nemocnic. Proto je rozvoj KTHP více než žádoucí. Autoři projektu odkazují na několik zahraničních studií a přednášek, které uvádějí, že např. v USA je možnost využití služeb paliativního týmu v každé fakultní nemocnici a ve více než 70 procentech nemocnic, které mají více než 50 lůžek. Je zde uveden i příklad z Evropy, kdy např. v Německu pracují KTHP ve více než 250 nemocnicích. Rakousko hlásí činnost 49 konziliárních týmů a 36 lůžkových stanic. Je tedy zřejmé, že zahraniční zkušenosti jsou bohaté a je odkud čerpat potřebné zkušenosti. Na základě těchto informací nadační fond vypsal v roce 2016 grantovou výzvu pro nemocniční zařízení. Přihlásit se mohlo jakékoliv nemocniční zařízení poskytující akutní nebo dlouhodobou péči bez ohledu na velikost. Maximální výše příspěvku byla dva miliony korun. Nadační fond uvádí, že bylo podáno celkem 64 žádostí, z nichž bylo vybráno 18 nemocnic. Celý projekt je i důsledně monitorován. Na základě tohoto monitoringu vznikají další doporučení pro směřování PP v nemocničních zařízeních (Loučka, Kovaříková, 2018, s. 24 - 28). Rusinová et al. ve své práci uvádí jasně definované služby, které KTHP poskytuje. Jedná se o konziliární služby lékaře, což v praxi znamená podporu při tvorbě plánu péče, zejména v pokročilé fázi závažného onemocnění, rozhovor o preferencích

a hodnotách pacienta i podporu při formulaci odpovídajících léčebných cílů a léčebných alternativ. Dále pak jde o podporu při formulaci limitací terapie v souvislosti se závažným onemocněním, podporu při obtížné komunikaci s pacientem a jeho blízkými v souvislosti se závažnou diagnózou a etické poradenství související s péčí o pacienta se závažným a infaustním onemocněním. Dále pak psychologická péče o pacienty s potřebou paliativní intervence. Konkrétně se jedná o krizovou intervenci v souvislosti se sdělením nepříznivé diagnózy a prognózy, psychologická podpora pacientů v pokročilé fázi nemoci, psychologická pomoc rodinným příslušníkům i blízkým osobám nemocného a psychologická podpora dětí umírajících. V neposlední řadě se jedná i o sociální poradenství vymezené podporou při zajištění návazné péče v domácím prostředí či institucionální péče, o podporu při orientaci v dostupnosti sociálních služeb, při orientaci v systému sociálních dávek, v základní orientaci při plánování a zajišťování kompenzačních pomůcek (Rusinová et al., 2018, s. 31).

3.2 Multidisciplinární PT

Jak již bylo zmíněno v úvodu, PP zaznamenává dynamický rozvoj nejen v zahraničí, ale i v tuzemsku. Postupně rozšiřuje své působení i v nemocničním prostředí, kde vznikají multidisciplinární PT. Jak předesílá slovo „multidisciplinární“, jedná se o multioborovou péči. V čele takového týmu stojí lékař paliatr – jedná se o lékaře, který kromě svého původního oboru ještě absolvoval vzdělávání v oboru paliativní medicíny. Hlavní důraz je tu kladen na komunikační schopnosti a léčbu refrakterních symptomů. Paliativní sestra je sestrou specialistkou, která kromě běžné ošetrovatelské péče zajišťuje spolupráci s primárním týmem, aktivně komunikuje s rodinou, nabízí potřebnou psychosociální podporu. Spolu se sociálním pracovníkem řeší organizační aspekty péče, má přehled o zařízeních hospicové a paliativní péče, a v neposlední řadě koordinují propojení sociální a zdravotní péče. Další důležitou součástí PT je psycholog nebo psychiatr. Jeho úkolem je pomoci nemocnému a jeho blízkým se zvládnutím náročné životní situace. Napomáhá smířit se s nepříznivou prognózou onemocnění a přijmout tuto skutečnost. Jeho činnost není ale zaměřena pouze na onemocnění samotné, může pomoci i s dalšími záležitostmi, které nemocného trápí, např. špatné rodinné vztahy nebo nesplněná životní očekávání. Toxicitu a případnou interakci podávaných léčiv monitoruje klinický farmaceut. V oblasti výživy lze využít nutričního terapeuta. Je nápomocen pro úpravu stravy v případech poruch polykání, jeho snahou je také „nastavit“ v mysli nemocného, že strava je pro něj potěšení, ne „nutnost“ k přežití. Duchovní a spirituální podporu poskytuje kaplan (Hanousková, Neumannová, 2022, s. 23–24). Své zkušenosti s jejich fungováním popisuje MUDr. Havrda z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, kde

PT vznikl v roce 2017 v rámci projektu „Spolu až do konce“ nadačního fondu Avast. Havrda ve svém textu potvrzuje role jednotlivých členů týmu. Popisuje jejich úkoly a činnost. PT v FNKV zahrnuje kromě MUDr. Martina Havrdy další čtyři lékaře, odborníky v paliativní medicíně, zkušeného farmaceuta a všeobecnou sestru, která kromě komunikace s pacientem a jeho rodinou koordinuje práci celého týmu. S pacienty pracují i sociálně-zdravotní pracovník, duchovní, psycholog. První půlrok své činnosti tým věnoval důkladné přípravě pro praktickou práci s pacienty. Každý jednotlivý člen byl řádně vzděláván v problematice, kdy jako mentor týmu byla přizvána sestra specialista z Belgie, která již měla zkušenost nejen s organizací PP v nemocnici, ale významně se podílela i na tvorbě ošetrovatelské dokumentace. Svými zkušenostmi z Belgie velmi významně pomohla s volbou kritérií pro indikaci pacienta k PP a s volbou hodnotících škál vhodných pro klinické prostředí v ČR. Tým zde funguje jako konziliární (Havrda, Heřmanová, Ledererová, 2017, s. 38). Další významnou nemocnicí, které nabízí služby PT, je Fakultní nemocnice Motol. Zde tým vznikl také v roce 2017, kdy nemocnice požádala MZ o dotaci na rozvoj PP v nemocnicích. Prvotní činnost byla zaměřena spíše na vzdělávání a průzkum, kdy nemocnice zorganizovala několik odborných seminářů, provedla průzkum preferencí typu PP mezi zdravotnickými pracovníky nemocnice, byla zformována pracovní skupina PP pro dospělé pacienty FNM, byly organizovány pravidelné schůzky, teoretické a kazuistické semináře PT. V roce 2019 byl v nemocnici realizován projekt MZ ČR „Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče“. Personální obsazení týmu je prakticky shodné jako v případě FNKV, kdy tým zahrnuje lékaře, všeobecné sestry, sociálního pracovníka, psychologa, duchovního a farmaceuta. I zde tým funguje jako konziliární (Gricajev, 2021, s. 183).

3.3 Funkce PT

Paliativní tým ve spolupráci s ošetřujícími lékaři a sestrami aktivně vyhledává nemocné, kteří podpůrnou a paliativní péči potřebují. Takto vytipovaní pacienti pak absolvují vstupní pohovor a vyšetření, kdy jsou identifikovány jejich potřeby a jsou vyhledávány intervence k uspokojení těchto potřeb. Komunikace není zaměřena jen na pacienta, ale i na jeho rodinné příslušníky, případně další blízké osoby. Léčba je upravována ve spolupráci se zkušeným paliatrem. Tým může doporučit a zajistit i péči mobilního hospice, případně hospice kamenného. Hlavním koordinátorem PT je paliativní sestra společně s lékařem a sociálním pracovníkem. Podle specifických potřeb pacienta jsou pak zapojováni další členové týmu (Havrda, Heřmanová, Ledererová, 2017, s. 39). Nutné bývají i pravidelné schůzky PT. Ve

FNKV se PT takto schází jednou měsíčně, ve FNM pak jednou týdně (Gricajev, 2021, s. 182). KTHP vzniká i na Vysočině. Nemocnice Jihlava je jedním z účastníků pilotního projektu MZČR pro rozvoj PP v ČR. Byly zřízeny webové stránky, na kterých je zveřejněna metodika KTHP. Zde je popsána jeho činnost v pěti indikačních fázích. V první fázi je podán podnět k zahájení PP. Tento podnět může podat kterýkoliv člen ošetřujícího týmu, pacient sám, jeho rodina, jiný ošetřující lékař či zdravotnický profesionál. Na toto navazuje druhá fáze v podobě zhodnocení a formulace postupu v ošetřujícím týmu, eventuálně konzultace adekvátních odborných lékařů, případně dalších profesí. Ke konzultaci je přizván paliativní konziliář. Třetí fáze je zde definována komunikací s nemocným a jeho rodinou. Na toto navazuje ve čtvrté fázi provedení indikace spojené se zápisem do dokumentace a stanovení plánu péče. Pátá fáze se soustředí na vedení samotné PP, úpravu léčebného plánu podle klinického stavu, potřeb a přání nemocného, jeho podpora i podpora jeho blízkých. Metodika práce KTHP v Kraji Vysočina jasně definuje společná pravidla pro PP, kdy se uvádí, že podnět k zahájení PP může podat kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu, z rodiny a blízkých pacienta i pacient sám. Vždy, když je to možné, je brán zřetel na pacientovo přání. Náзор rodiny a blízkých musí být zahrnutý do rozhodování o zahájení PP. Rovněž by rodina a blízcí měli být co nejvíce zahrnuti do rozhodování. Avšak delegování odpovědnosti za přijaté rozhodnutí o zahájení PP na rodinu a blízké přípustné není. Výsledek rozhodnutí o zahájení PP má být přijat konsenzuálně všemi členy ošetřujícího zdravotnického týmu. V případě, že ke konsenzu nedojde, mají být odlišné názory znovu pečlivě posouzeny a zohledněny před formulací závěrečného rozhodnutí. Pokud nastane situace, kdy není dosaženo souladu mezi rodinou a ošetřujícím týmem, je možno přizvat nezávislého lékaře či etickou komisi ustanovenou pro tento účel. Do rozhodování o zahájení PP mají být zahrnuti všichni členové ošetřujícího týmu (lékařští i nelékařští pracovníci). Zahájení PP a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování v kurativní terapii musí být vždy uvedeno v dokumentaci pacienta jako součást léčebného plánu. Tento zápis má být uskutečněn před zahájením PP a má obsahovat minimálně odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení PP, okruh osob, které se na rozhodnutí o zahájení PP podílely, formulování cílů další péče a léčebného plánu. Cíle péče, přínos a rizika plánovaných diagnostických i léčebných postupů mají být pravidelně přehodnocovány a zvažovány. Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno. Záznam o důvodech změny intervence musí být pečlivě uveden v dokumentaci. K zahájení PP by se mělo přistoupit vždy až po zápisu do zdravotnické dokumentace a informování pacienta a jeho blízkých (u pacienta – pokud to lze s ohledem na jeho klinický stav). Prioritou léčebného plánu PP je odstranění známek bolesti, diskomfortu a

strádání. Léčebný plán PP musí obsahovat dostatečnou ošetrovatelskou péči a symptomovou léčbu, přiměřenou klinickému stavu. Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl (paliatr-vysocina.cz, 2022). Kromě symptomatické léčby se PP soustředí duchovní útěchou. Této problematice se věnují Siler a kol. ve své studii, kterou provedli na vzorku devatenácti zkušených pracovníků v oboru PP. Jednalo se o lékaře, sestry i další pracovníky na třech ambulancích pracovištích v jižní Kalifornii. Sběr dat probíhal formou osobního rozhovoru a dotazníku. Sběrem dat je studie velmi validní, nicméně její limit tvoří poměrně malý vzorek zkoumaných. Ze studie vyplývá, že duchovní opora je nedílnou součástí PP. Kvalitu života zvyšuje stejnou měrou jako mírnění somatických průvodů nemoci (Siler et al., 2019, s. 51). Duchovní útěcha a podpora jsou nedílnou a velmi významnou součástí PP. Její významnou rolí se zabývá studie z roku 2017 provedená Stilošem a kol. v torontské nemocnici. Tato studie se zabývá intervencí pro pozůstalé. Členové týmu, jejichž úkolem je duchovní opora, kontaktovali zhruba po čtyřech až šesti týdnech od úmrtí nemocného jeho blízké. V rámci telefonního hovoru jim byla vyjádřena soustrast jménem organizace. Dále byly zkoumány strategie zvládání smutku, které pozůstalí využívají ke zvládání smutku ze ztráty blízké osoby. Nadále byla nabídnuta příležitost nejbližším přibuzným mluvit o svém vztahu se zemřelým. Více než 50 % respondentů hodnotilo poskytnutou předsmrtnou i následnou posmrtnou péči kladně. Jak autoři ve své práci uvádějí, většina kontaktovaných v rámci uskutečněných telefonických rozhovorů mluvila o vztahu se zemřelými i o způsobech, jakými se s danou situací vyrovnávají (Kalli et al., 2022, s. 16 – 20) Funkci PT v českých podmínkách rozebírá ve svém přehledovém textu Rusinová. Zde bylo využito konkrétních kazuistik. Ze všech tří uvedených případů vyplývá, že stěžejní funkcí PT je právě komunikace, duchovní opora a ohled na pacientovy problémy a přání. V případě první kazuistiky je důležitá komunikace s rodinnými příslušníky, kdy jsou ujednány i limity léčby, kdy si rodina nepřeje pro špatný zdravotní stav pacientky některé intervence, jako např. zavedení sondy pro výživu, přeložení na jednotku intenzivní péče či resuscitace v případě oběhové zástavy. Je zde zmíněn institut dříve vysloveného přání, kdy je ve druhé uvedené kazuistice odkázána na notáře, který následně kontaktuje PT. Ve třetím zmíněném případě je ukázána souběžnost péče paliativní i kurativní a ukazuje, že včasná PP může závažně nemocnému pomoci s pocitem beznaděje a výrazně zkvalitnit i prodloužit život (Rusinová et al., 2018, s. 31–33).

3.4 Role všeobecné sestry v PT

Paliativní ošetrovatelská péče je komplexní péče poskytovaná všeobecnými sestrami s odbornou způsobilostí a je zaměřená na management a uspokojování potřeb pacienta i jeho

blízkých. Jedná se o náročnou činnost, která je úzkostlivě sledována nejen pacientem, ale i jeho rodinou. Toto klade vysoké nároky na poskytování péče i na její dokumentaci (Kačálová, Žiaková, 2019, s. 40). Tyto vysoké nároky poskytování ošetrovatelské PP vyústily v možnost specializačního vzdělávání všeobecných sester. Ty mají možnost absolvovat studijní kurz ELNEC (End Of Life Nursing Education Consortium). Jedná se o intenzivní vzdělávací kurz s mezinárodní licenci pro všeobecné sestry, které pracují s pacienty v konečné fázi života. Kurz vznikl v roce 2000 v USA a odtud se rozšířil i do ČR (paliativnicentrum.cz, 2018). Tento kurz byl zajištěn i FNKV v rámci funkce PT v této nemocnici. Zde je všeobecná sestra stěžejní osobou PT, proto bylo zdejší VS umožněno absolvovat i odbornou stáž v hospici a certifikovaný kurz Specifika ošetrovatelské péče v paliativní péči, poskytovaný NCO NZO v Brně (Havrda, Heřmanová, Ledererová, 2017, s. 39). Studie Kněžkové a Trešlové se v jedné z oblastí šetření zabývá tím, zda má vzdělání vliv na postoj sester k přístupu v péči o terminálně nemocné. Autoři vytvořili hypotézu „Postoj sester k péči o terminálně nemocné klienty v hospici je závislý na jejich vzdělání“. Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena. Většina respondentů uvedla, že se cítí v péči o nevléčitelně nemocné a umírající ovlivněna jejich vzděláním a dalším vzděláváním. Do dalšího vzdělávání dotazované řadí studium na vysoké škole, na školách odborných, účast na seminářích a konferencích, k tomu četbu odborné literatury a odborné stáže v hospicích. Svě odpovědi doplňují o fakt, že studium jim dodává jiný pohled na smrt a umírající, více znalostí v oboru, rychlejší a přesnější reakce na změny. Jako formu vzdělávání vnímají také životní zkušenost a víceletou praxi v daném oboru. Jako nutnost byla uvedena i ochota se stále vzdělávat, protože podle sester v hospicové péči vzdělání souvisí s přístupem k umírání a bezprostředně souvisí s péčí o nevléčitelně nemocné. Z dané studie vyplývá, že sestry v hospicové péči mají ke vzdělání kladný vztah. Vnímají je jako samozřejmou součást práce v daném oboru (Kněžková, Trešlová, 2011, s. 5). Kromě vzdělávání bylo nutno pro zkvalitnění ošetrovatelské PP vytvořit jednotný systém vedení dokumentace. Tento systém zahrnuje následující rozdělení výkonů ošetrovatelské péče:

1. Ošetrovatelský screening obsahuje aktualizaci a záznam změn v rámci anamnézy, měření, hodnocení a zaznamenávání základních FF nemocného.
2. Základní rehabilitační péče obsahuje soubor základních rehabilitačních výkonů v rámci ošetrovatelské péče.
3. Nutriční poradna obsahuje přípravu základního nutričního plánu v rámci sesterské ošetrovatelské péče.

4. Ošetrovatelská péče podle ordinace lékaře obsahuje ošetrovatelské výkony, jako např. převaz rány, převaz kolostomie, tracheostomie, nefrostomie a další specializované výkony.
5. Aplikace léků podle ordinace lékaře obsahuje aplikaci léků na základě doporučení praktického lékaře nebo specialisty v rámci léčby symptomů i podpůrné léčby.
6. Edukační činnost v rámci ošetrovatelské péče obsahuje soubor zdravotně sociálních opatření v rámci spolupráce s rodinou a nemocným (Filip et al., 2017, s. 170).

Rozsáhlou studii o důležitém postavení VS v PT provedla Witkamp ve velké fakultní nemocnici v Nizozemsku. Této studii se účastnila všechna oddělení nemocnice. Na každém z těchto oddělení byly v rámci studie přiděleny dvě sestry – specialistky v PP. Cílem studie bylo porozumění paliativní a terminální péči v nemocnici a její zlepšení zavedením sítě sester – specialistek v PP. Tato síť sester má svého koordinátora v podobě VS, která je členkou PT. Tato koordinátorka zajišťuje komunikaci mezi specialistkami na odděleních a zbytkem týmu. Nicméně i tato obsáhlá podrobná studie dokazuje, že VS je v PT nezastupitelná. Je přínosem nejen pro uživatele, ale i poskytovatele (Witkamp, 2013, s. 5). I v českém prostředí se v tomto oboru dostává role VS do popředí. Ze zkušeností z nemocnic, kde již paliativní týmy fungují, vyplývá, že sestra je naprosto klíčovou osobou pro dobré fungování PT. Toto zmiňují i Havrda a kol. ve svém textu, kdy uvádí, že stěžejní koordinační činnost leží právě na paliativní sestře. Mezi její činnosti patří přijímání podnětů lékařů a sester k zahájení intervence, vstupní vyšetření pacienta, komunikace s pacientem a jeho blízkými, přivolání dalších členů podpůrného a paliativního týmu podle stanovených kritérií, spolupráce s nimi, koordinace péče o pacienta, pomoc při zjišťování efektu léčby bolesti a dalších nepříjemných příznaků, relaxační a aktivizační techniky, podpůrná komunikace s ošetřujícím personálem, iniciativa v oblasti dříve vyslovených přání, šíření osvěty v PP, administrativa, která zahrnuje vedení deníku činnosti týmu a evidenci pacientu týmu. Na VS jsou kladeny vysoké nároky nejen v organizačních a ošetrovatelských činnostech, je zde velmi důležitá i její vlastní osobnost. Na pacienta nesmí nahlížet pouze jako na pacienta, ale jako na lidskou bytost, nesmí se soustředit pouze na výkon, musí umět nevtíravě nabízet a nevnucovat se, a v neposlední řadě musí velmi obratně umět zacházet s emocemi svými, pacientovými i jeho blízkých (Havrda, Heřmanová, Ledererová, 2017, s. 40). Personál pečující o nemocné v preterminálním či terminálním stadiu onemocnění musí mít pro tuto práci určité předpoklady. Na toto téma byla provedena studie Kněžkovou a Trešlovou, ze které vyplývá, že samy sestry pracující v oboru PP si u sebe cení především spolehlivosti, sebejistoty, odbornosti, fyzické i psychické stability a asertivity. Z této studie vyplývá, že tyto sestry jsou si plně vědomy náročnosti své profese a jsou schopny vnímat

vlastní potřeby, které se alespoň částečně snaží naplňovat. Respondenti zmiňované práce uvádí, že nedílnou součástí jejich práce je i smysl pro humor. Tvrdí, že hospic rozhodně není místem pláče a smutku. Naprosto nesouhlasí s tvrzením, že hospic je dům smrti, případně „umírárna“. Podle autorek studie lze říci, že předpoklady a motivační prvky pro práci v tomto oboru jsou především filozofie péče o nevléčitelně nemocné, láska k lidem a fyzická i psychická odolnost. Neméně důležité je i umění dobré komunikace – s nemocným, jeho blízkými i s ostatními členy týmu. Nutná je i sebereflexe, tedy uvědomění si a pojmenování vlastních potřeb a ochota se stále vzdělávat (Kněžková, Trešlová, 2011, s. 7). Jak důležitá je role VS v péči o nevléčitelně nemocné, ukazuje i studie Mareková, která na konkrétních kazuistikách vysvětluje funkci VS v ošetřování nemocných a poukazuje na důležitou ošetřovatelskou péči i o blízké nemocných. V této oblasti konkrétně zmiňuje neopomenutelné ošetřovatelské diagnózy 00062 – Riziko přetížení ošetřovatele. Tuto diagnózu autorky odůvodňují závislostí umírajícího na pečujícím, nedostatečnou podporou ze strany ostatních příbuzných, případně špatnými vztahy v rodině nemocného. Rizika přetížení osoby pečující představují i propuštění nemocného do domácí péče, zhoršení jeho stavu, nedostatek času na odpočinek pečujícího, nedostatek informací i financí a neschopnost naplnit očekávání vlastní i okolí. S touto diagnózou souvisí i diagnóza 00060 – Narušený život v rodině. Do té doby normálně fungující rodina prochází krizovým obdobím, které přímo ohrožuje její základní funkce. K určujícím znakům patří neschopnost zvládat situaci, řešit problémy nebo požádat o pomoc. Rodinní příslušníci nejsou schopni se navzájem podporovat a respektovat se. Autorky zmiňují i diagnózu 00147 – Úzkost ze smrti – v souvislosti s pečujícími pro pocity marnosti a beznaděje, ztrátu motivace a smyslu života. V neposlední řadě je stanovena i diagnóza 00126 – Nedostatečné vědomosti v souvislosti s péčí o umírajícího příbuzného. Ta je určena nedostatkem informací ohledně péče o umírajícího, blízcí nedokážou demonstrovat jednotlivé ošetřovatelské činnosti (Mareková, Králová, Poliaková, 2019, s. 15–16).

ZÁVĚR

Tato práce si jako první cíl kladla osvětlit pojem PP. Tento cíl se splnit podařilo. Přestože je PP mladým odvětvím medicíny, má své nenahraditelné místo a dostává se jí více a více pozornosti. Nejen laická, ale i odborná veřejnost již přijala fakt, že některé nemoci léčit nelze. Lze jen zmírnit utrpení takto nemocného člověka a jeho blízkých. To je právě úkolem PP a vzhledem k jejímu dynamickému rozvoji je tento úkol plněn u čím dál tím většího počtu pacientů. Postupně se specializovaná PP rozšířila i do nemocničních zařízení. V rámci nemocnic vznikají KTHP. Druhým cílem bylo přiblížit funkci KTHP v prostředí českých nemocnic. V tomto ohledu tato práce naráží na své limity. V ČR je této problematice věnována jen malá pozornost. Chybí větší podpora státního aparátu, a to nejen v podpoře samotných týmů. Z výše uvedeného vyplývá, že chybí jasně definovaný úhradový mechanismus. Tento problém částečně řeší memorandum z roku 2022. Nicméně se jedná o řešení prozatímní a je třeba, aby stát tuto záležitost vyřešil trvale, přehledně a jasně. Velkým nedostatkem je i možnost specializačního vzdělávání zdravotnických odborníků. Všeobecné sestry si v tuto chvíli mohou své vzdělání doplnit pouze kurzem ELNEC, případně využít kurz NCONZO. Trochu větší podpory se dostává spíše ze strany nadačních fondů. Smrt je nedílnou součástí života. Umírání je procesem bolestným a někdy zdlouhavým. Přestože by si většina přála umírat v prostředí domácím, není to vždy možné. Stále velké procento nevléčitelně nemocných umírá v nemocnicích, proto je rozvoj KTHP žádoucí a zaslouží si větší podporu nejen stran nadačních fondů, ale právě i státu. Systémové řešení může nabídnout a vyřešit pouze státní aparát. Navzdory těmto skutečnostem je možné po prostudování dostupných informací říci, že PP v ČR zaznamenává rozmach. Pozornost jí věnuje čím dál tím větší počet osob z řad laické i odborné veřejnosti. Péče o nevléčitelně nemocné a umírající je vnímána jako důležitá součást medicíny a ošetrovatelské péče. Nemocní i blízcí vyhledávají aktivně pomoc v těžkých chvílích. Uvědomují si, že na těžké chvíle nemusí být sami, a učí se hledat oporu v odbornících. Oproti tomu odborná veřejnost se chce vzdělávat v péči o terminálně nemocné a umírající.

REFERENČNÍ SEZNAM

CESTA DOMŮ, 2016. Dříve vyslovená přání. In: *Umirani.cz* [online]. 21. 6. 2016 [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/rady-a-informace/drive-vyslovena-prani>

ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata, 2019. Etika a paliativní péče v intenzivní péči v roce 2019. *Anesteziologie a intenzivní medicína* [online]. **30**(6), 281–287 [cit. 2022-12-15]. ISSN 1805-4005. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/anesteziologie-intenzivni-medicina/2019-6-10/etika-a-paliativni-pece-v-intenzivni-peci-v-roce-2019-121726/download?hl=cs>

DE SANTIAGO, Ana et al. A new palliative care consultation team at the oncology department of a university hospital: an assessment of initial efficiency and effectiveness. *Support care cancer* [online]. 2012, 2012, **20**(9), 22 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: doi:10.1007/s00520-012-1476-x

DOLEŽAL, Adam, 2017. Dříve vyslovená přání (advance directives). Právní a etické úvahy. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* [online]. **7**(2), 1–15 [cit. 2021-12-18]. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/141/126>

FILIP, Stanislav et al., 2011. Ambulance paliativní onkologické péče. *Časopis lékařů českých* [online]. **150**(3), 169–172 [cit. 2022-12-11]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2011-3/ambulance-paliativni-onkologicke-pece-34671/download?hl=cs>

GET PALLIATIVE CARE, 2022. The Latest. *Getpalliativecare.org* [online]. © 2022 [cit. 2022-06-17]. Dostupné z: <https://getpalliativecare.org>

GRICAJEV, Sergej, 2021. Zpráva o činnosti konziliárního týmu paliativní péče v dospělé části FN Motol. *Geriatric a gerontologie* [online]. **10**(3), 181–184 [cit. 2022-04-15]. ISSN 1805-4684. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2021-3-22/zprava-o-cinnosti-konziliarniho-tymu-paliativni-pece-v-dospele-casti-fn-motol-128391/download?hl=cs>

HANOUSKOVÁ, Kateřina a Jarmila NEUMANNOVÁ, 2022. Možnosti spolupráce nemocničního paliativního týmu s praktickým lékařem aneb jak vám můžeme pomoci. *Practicus* [online]. **21**(6), 23–25 [cit. 2023-03-04]. ISSN 1213-8711. Dostupné z:

<http://www.practicus.eu/file/d358e746c247de5b84f6dd1ce6fbf020/136/Practicus2022-06-br.pdf>

HAVRDA, Martin, HEŘMANOVÁ Jana a LEDEREROVÁ Kateřina, 2017. "Dobrá smrt" by měla být přirozenou součástí života. *VITA NOSTRA REVUE* [online]. **27**(2), 37–41 [cit. 2022-01-20]. ISSN 1212-5083. Dostupné z: <https://fl.lf3.cuni.cz/svi/3LF%20-%20DOKUMENTY/VNR/VNR%202017/VNR%202017-2.pdf#page=39>

KABELKA, Ladislav, 2018. Geriatrická paliativní péče. *Časopis lékařů českých* [online]. **157**(1), 34–36 [cit. 2022-01-11]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/geriatricka-paliativni-pece-63254/download?hl=cs>

KABELKA, Ladislav, 2019. *Nemocniční program paliativní péče* [online]. Jihlava: Kraj Vysočina [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2019/10/konziliarni-paliativni-tym.pdf>

KAČALOVÁ, Katarína a Katarína ŽIAKOVÁ, 2019. Paliativná starostlivosť o chorých s narušenou integritou kože v domácom prostredí a jej zaznamenávanie do dokumentácie. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. **22**(1–2), 39–45 [cit. 2022-05-14]. ISSN 1805-4560. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/revizni-posudkove-lekarstvi/2019-1-2-2/paliativna-starostlivost-o-chorych-s-narusenou-integritou-koze-v-domacom-prostredi-a-jej-zaznamenavanie-do-dokumentacie-115164/download?hl=cs>

KALLI, Kalliopi Stilos et al., 2022. Quality improvement of the end of life care experience through bereavement calls made by spiritual care. *Journal of Health Care Chaplaincy*, **28**(1), 16-20. doi:<https://doi.org/10.1080/08854726.2020.1724460>

KNĚŽKOVÁ, Klára a Marie TREŠLOVÁ, 2011. Předpoklady pro práci sester v hospici. *Florence* [online]. **2011**(7–8), 1–7 [cit. 2022-12-18]. ISSN 2570-4915. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/7/predpoklady-pro-praci-sester-v-hospici/>

KOLÁŘOVÁ, Zdenka, 2022. Nemocniční paliativní péče se dočkala standardů. In: *Tribune.cz* [online]. 24. 3. 2022 [cit. 2022-05-13]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/nemocnicni-paliativni-pece-se-dockala-standardu/>

KONOPÁČOVÁ, Andrea, 2017. Paliativní péče v zařízení následné péče (LDN). *Geraitrie a gerontologie* [online]. **6**(2), 83–86 [cit. 2022-12-09]. ISSN 1805-4684. Dostupné z:

<https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2017-2/paliativni-pece-v-zarizeni-nasledne-pece-ldn-61873/download?hl=cs>

KOUŘILOVÁ, Petra, 2021. *Projekt na založení lůžkového oddělení paliativní péče ve Fakultní nemocnici Brno*. Zlín [online]. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta managementu a ekonomiky [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/46662/kouřilová_2021_dp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

LOUČKA, Martin a Jůlie KOVAŘÍKOVÁ, 2018. *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích* [online]. Praha: AVAST - nadační fond [cit. 2022-10-18]. Dostupné z: <https://files.avast.com/files/marketing/foundation/avast-spolu-az-do-konce-sprava.pdf>

LOUČKA, Martina a Ondřej SLÁMA, 2018. Paliativní péče a moderní medicína. *Časopis lékařů českých* [online]. **157**(1), 3 [cit. 2022-12-13]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/paliativni-pece-a-moderni-medicina-63247/download?hl=cs>

MAREKOVÁ, Anna, Eva KRÁLOVÁ a Nikoleta POLIAKOVÁ, 2019. Poskytnutie ošetrovateľskej starostlivosti blízkym príbuzným zomierajúceho pacienta. *Zdravotnícke listy* [online]. **7**(2), 13–21 [cit. 2023-03-04]. ISSN 1339-3022. Dostupné z: <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=513253bc-6030-454f-8363-3ca4a18b36c3%40redis>

NOVÁKOVÁ, Petra, 2017. Srovnání paliativní péče v České republice a subsaharské Africe. *Praktický lékař* [online]. **97**(3), 134–138 [cit. 2022-01-11]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-3/srovnani-paliativni-pece-v-ceske-republice-a-subsaharske-africe-61212/download?hl=cs>

PALIATIVNÍ CENTRUM, 2022. Paliativní péče. *Paliativnicentrum.cz* [online]. © 2021 [cit. 2022-12-15]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

PETEROVÁ, Barbora, 2021. Paliativní týmy v nemocnicích budou dále financovány díky podepsanému Memorandu. In: *Mzcr.cz* [online]. 18. 2. 2021 [cit. 2022-12-13]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/paliativni-tymy-v-nemocnicich-budou-dale-financovany-diky-podepsanemu-memorandu/>

RUSINOVÁ, Kateřina et al., 2018. Perioperative palliative care: the role of multidisciplinary consult team in perioperative period and intensive care setting. *Casopis lekaru ceskych*. **157**(1), 30–33. ISSN 0008-7335.

RUSINOVÁ, Kateřina et al., 2019. Úloha paliativní medicíny u akutních stavů. *Vnitřní lékařství* [online]. **65**(6), 449–455 [cit. 2022-01-11]. ISSN 1801-7592. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/vnitri-lekarstvi/2019-6-2/uloha-paliativni-mediciny-u-akutnich-stavu-113427/download?hl=cs>

SILER, Shaunna et al., 2019. Interprofessional perspectives on providing spiritual care for patients with lung cancer in outpatient settings. *Oncology nursing forum* [online]. **46**(1), 49–58 [cit. 2022-12-18]. ISSN 0190-535X. Dostupné z: <https://www.ons.org/pubs/article/241046/preview>

SLÁMA, Ondřej et al., 2013. *Standardy paliativní péče* [online]. Brno: ČSMP ČLS JEP [cit. 2022-01-11]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf

SOCHOR, Marek, 2018. Časná integrace paliativní péče v onkologii. *Časopis lékařů českých* [online]. **157**(1), 13–18 [cit. 2022-01-11]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2018-1/casna-integrace-paliativni-pece-v-onkologii-63250/download?hl=cs>

STRATEGIE ROZVOJE PALIATIVNÍ PÉČE KRAJE VYSOČINA DO ROKU 2027. <https://www.paliatr-vysocina.cz> [online]. Jihlava: Kraj Vysočina, 2022 [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: <https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2022/12/RK-40-2022-18pr01.pdf>

TISKOVÉ ZPRÁVY. *Mzcr.cz* [online]. Praha: mzcr, 2022 [cit. 2022-06-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>

TOMEŠOVÁ, Jana, 2016. Dříve vyslovené přání - předem vyslovený (ne)souhlas s poskytnutím léčby. In: *Pravniprostor.cz* [online]. 27. 7. 2016 [cit. 2022-05-18]. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

URBANOVÁ, Renata et al., 2020. Závěr života nemocných s nehodgkinským lymfomem, analýza souboru zemřelých během šesti let (2012-2017) na jednom pracovišti, integrace paliativní péče. *Transfúze Hematol Dnes* [online]. **26**(2), 113–123 [cit. 2022-12-13]. ISSN

1805-4587. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/transfuze-hematologie-dnes/2020-2-26/zaver-zivota-nemocnych-s-nehodgkinskym-lymfomem-analyza-souboru-zemrelych-behem-sesti-let-2012-2017-na-jednom-pracovisti-integrace-paliativni-pece-123570/download?hl=cs>

WITKAMP, Frederika, 2013. Improving the quality of palliative and terminal care in the hospital by a network of palliative care nurse champions: the study protocol of the PalTeC-H project. *BMC Health Services research* [online]. **115**(13), 1–7 [cit. 2022-05-18]. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-115>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023. Palliative care. *Who.int* [online]. © 2022 [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

SEZNAM ZKRATEK

CZ-DRG – patientský klasifikační systém pro akutní lůžkovou péči v ČR

ČLS JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR – Česká republika

KTPP – konziliární tým paliativní péče

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

PP – paliativní péče

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky