



Rozvoj paliativní péče v nemocnicích

zkušenosti z pilotního programu *Spolu až do konce*
Nadační fond Avast


nadační fond avast

 CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE



Obsah

Rozvoj paliativní péče v nemocnicích
zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce
Nadačního fondu Avast

Pilotní program probíhal pod záštitou České společnosti
paliativní medicíny ČLS JEP

Zprávu připravil Martin Loučka, Julie Kovaříková
a tým Centra paliativní péče.
<https://paliativnicentrum.cz>

Duben 2018

Foto: Milan Bureš
Grafická úprava: Martina Vaňková Dvořáková

Předmluva / strana 4

Chceme v české společnosti změnit přístup k umírání
Martina Břeňová, ředitelka pro rozvoj programů, Nadační fond Avast

2 / Paliativní péče v nemocnicích / strana 6

Jakou roli má paliativní péče v nemocnicích?
Jaká byla východiska tohoto projektu?

3 / Pilotní program Nadačního fondu Avast / strana 10

Co získaly podpořené organizace a jaké si vytyčily cíle?
Co bylo obsahem programu?

4 / Zkušenosti se zaváděním paliativní péče do nemocnic / strana 14

Na jaké překážky nemocnice narážely?
Co jim při rozvoji paliativní péče pomáhalo?

5 / Výzvy pro budoucnost nemocniční paliativní péče v ČR / strana 28

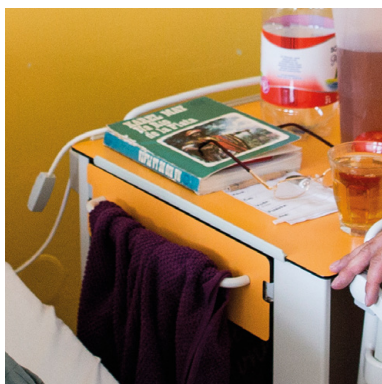
Jaké další kroky nás čekají?

Chceme v české společnosti změnit přístup k umírání

Podstata práce našeho nadačního fondu spočívá v dodržování několika jednoduchých principů. Zjišťujeme a respektujeme opravdové potřeby oblastí a jejich vývoj. Vytváříme silná partnerství s experty a lidmi, kteří v nich pracují, a společně s nimi hledáme nové cesty a inovace, jak řešit jejich problémy. Tyto hodnoty ctíme už čtyři roky i v paliativním programu Spolu až do konce. Začínali jsme s podporou výzkumu a vzdělávání, následně pomohli rozvíjet fundraising a finanční soběstačnost hospiců a poté vstoupili do prostředí nemocnic.

Naše rozhodnutí podpořit dlouhodobý rozvoj paliativní péče v nemocnicích bylo jednoznačné a logické. Umírá v nich největší procento lidí. Zároveň to byl pro nás, soukromého dárce, velký krok do neznáma. Jsem přesvědčena, že zásadní pozitivní změny vyžadují odvahu riskovat a vědomě nést odpovědnost za jejich následky. Vyhlásili jsme grantovou výzvu a přizvali nemocnice ke společnému řešení situace. Do osmnácti z nich jsme investovali pilotních třicet pět milionů korun. A desítky zdravotníků z různých koutů republiky začaly v roce 2016 intenzivně pracovat na změně.

Pro náš nadační fond je nemocniční program zásadním milníkem. Jsme globální technologická firma, která pochází z České republiky, žije tu tisíc našich zaměstnanců. Mohli jsme si vybrat jakékoliv jiné, snad i veselejší a jednodušší téma, ale jsme přesvědčeni, že lidé, kteří prožívají konec svého života, si zaslouží naši pozornost a péči, kterou všichni budeme jednou potřebovat. Dnes už víme, že paliativní péče přináší i silné a pozitivní emoce všem, kteří pomáhají toto klíčové období pacientům a jejich rodinám co nejlépe zvládnout. Stejně tak jsme si vědomi, že jen finanč-



ní podpora nestačí. Dlouhodobá společenská změna je možná v případě, že spojí své síly soukromý sektor, který ji pomůže pilotně nastartovat, expertní a neziskový sektor, který poskytne kvalitní odbornost, a státní sektor, který jí zajistí udržitelnost a systémové ukotvení.

Poděkování nás všech v Avastu patří mnoha odvážným lidem z nemocnic, kteří vše krok za krokem odpracovali a dokázali tak, že změna je možná, odborným partnerům z Centra paliativní péče a České společnosti paliativní medicíny, kteří je provázeli a expertně pomáhali. A v neposlední řadě děkujeme Ministerstvu zdravotnictví, zejména Martině Novotné a Haně Benešové, za to, že umí naslouchat reálným potřebám českého zdravotnictví a pomohly na náš program navázat systémovým financováním nemocniční paliativní péče.

Máme před sebou ještě hodně práce, ale již dnes můžeme říci, že i v českých nemocnicích je možné strávit konec života důstojně, intimně, v blízkosti rodiny a blízkých, podle svých vlastních přání, s vědomím toho, co se děje, bez bolesti a s podporou naslouchajících lékařů i sester, co si udělají čas. Vždyť je to pro nás všechny tak zásadní okamžik...

Martina Břeňová,
ředitelka pro programy a rozvoj,
Nadační fond Avast

2

Paliativní péče v nemocnicích

Paliativní péče je zaměřena na zvyšování kvality života pacientů se závažným, život ohrožujícím onemocněním. Multidisciplinární paliativní tým, ve kterém je obvykle lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník a další odborníci, pomáhá pacientům zvládnout obtížné symptomy, úzkosti, existenciální utrpení a další problémy, které jim jejich onemocnění přináší. Důraz je kladen také na podporu rodiny a blízkých pacientů. Paliativní péče je považována za významnou součást moderního zdravotního systému a vzhledem k současným epidemiologickým a demografickým trendům ve společnosti její význam intenzivně narůstá^{1,2}.

Pro pochopení role paliativních týmů v nemocnicích je důležité rozdělení na obecnou a specializovanou paliativní péči. Tyto dvě úrovně paliativních kompetencí jsou definovány Ministerstvem zdravotnictví ČR³ a zdůrazňují, že péče o pacienty v závěru života není výsadou specialistů, ale do velké míry stojí na práci všech zdravotníků, kteří o tyto pacienty pečují. V kontextu nemocnice tak musí být paliativní péče na základní úrovni zajištěna jednotlivými oborovými specialisty na onkologii, geriatrii, neurologii a dalších relevantních pracovištích. Těmto oborovým specialistům pak má být k dispozici nemocniční paliativní tým, který má zvláštní vzdělání v paliativní péči a dokáže řešit komplikovanější situace⁴.

PALIATIVNÍ PÉČE OBECNÁ

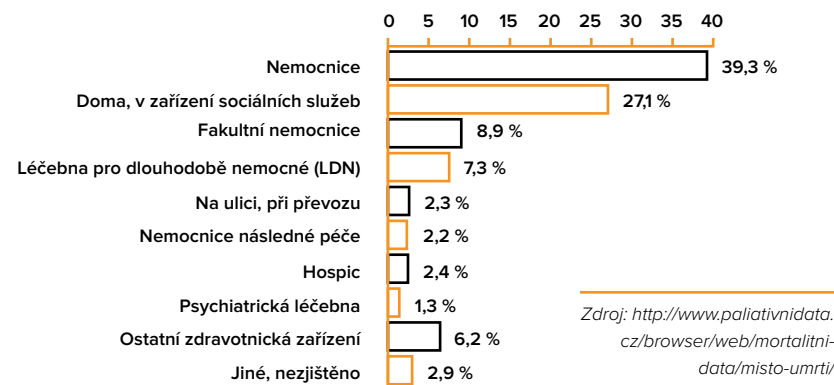
Souhrn léčebných postupů o pacienty s pokročilým onemocněním, které jsou poskytovány v rámci rutinní činnosti u poskytovatelů zdravotních služeb, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb i v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

PALIATIVNÍ PÉČE SPECIALIZOVANÁ

je poskytována lékařem se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína pacientům s komplexními problémy. Specializovaná paliativní péče vyžaduje týmový přístup spojující různé profese s multidisciplinárním způsobem práce. Odborným garantem specializované paliativní péče je lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb (somatických, psychických, sociálních, spirituálních) přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče, kteří jsou držiteli oprávnění pro poskytování zdravotních služeb v jiných oborech, než je paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti.

Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče
Věstník MZ ČR č.13/2017

V České republice, podobně jako v mnoha dalších zemích Evropy, umírá většina lidí právě v nemocnicích. Podle dat Ústavu pro zdravotnické informace a statistiku se ročně jedná o zhruba 60 procent zemřelých⁵. Přesto se specializovaná paliativní péče v českých nemocnicích ještě před několika lety vyskytovala jen velmi vzácně a systémové uchopení tohoto oboru není vyřešeno dodnes. Hlavními poskytovateli specializované paliativní péče jsou hospice, které poskytují služby na velmi vysoké úrovni, ale bohužel se do jejich péče dostane ročně jen malý zlomek pacientů, kteří paliativní péči potřebují.



Pilotní projekty v ČR i zahraniční zkušenost ukazují, že poskytování specializované paliativní péče v nemocnici může být obvykle zajištěno čtyřmi způsoby. **Prvním** je **lůžkové paliativní oddělení**, které poskytuje terminální péči hospitalizovaným pacientům, jedná se tedy o takové hospice v nemocnici. V českém zdravotním systému je tento model opřený i o stejný úhradový mechanismus a existuje několik nemocnic, které paliativní oddělení mají (například Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze nebo nemocnice v Jihlavě).

Druhým modelem je **paliativní konziliární tým**, který zajišťuje konzultace a intervence paliativních specialistů pro všechna oddělení nemocnice. V zahraničí je toto převládající forma poskytování paliativní péče v nemocnicích. V České republice začaly první konziliární týmy vznikat právě díky programu Spolu až do konce.

Třetí formou je **ambulance paliativní medicíny**, která je v naší zemi opřena o nasmlouvání výkonů s pojišťovnami pod odborností 720 (paliativní medicína). Přes formální průchodnost tohoto modelu existuje v českých nemocnicích pouze několik ambulančních paliativní medicíny a řada paliativních specialistů zajišťuje ambulantní péči přes své základní obory, tedy například onkologickou nebo interní ambulanci.

Poslední formou je **lůžková stanice paliativní medicíny**, která poskytuje akutní paliativní péči na vlastních lůžkách, ale po stabilizaci zdravotního stavu a formulaci plánu péče pacienty ve velké míře propouští do domácího ošetřování nebo odesílá do hospiců a jiných institucí. V České republice tento typ akutních paliativních lůžek zatím neexistuje.

V zahraničí je paliativní péče standardní součástí nemocničních služeb. V USA je nějaká forma specializované paliativní péče nabízena ve všech fakultních nemocnicích a zhruba v 70 procentech nemocnic, které mají alespoň 50 lůžek⁶. V Německu pracují paliativní týmy ve více než 250 nemocnicích⁷, v Rakousku funguje v nemocnicích 49 konziliárních týmů a 36 lůžkových stanic⁸. Jako modelový příklad můžeme uvést univerzitní nemocnici v Mnichově, která má zhruba 1000 lůžek a přeneseně je svým významem na úrovni našich předních fakultních nemocnic. V mnichovské univerzitní nemocnici fungují všechny zmiňované formy specializované paliativní péče a to včetně vlastního týmu mobilní paliativní péče, který se stará o pacienty propuštěné domů. Jejich konziliární tým je přivolan za rok k více než 1200 pacientů a na lůžkové stanici i v domácím prostředí pečují ročně o více jak 200 pacientů. Všechny tyto služby včetně výzkumné a vzdělávací agendy jsou zastřešeny samostatnou klinikou paliativní medicíny⁹.



Podpora paliativního týmu má pro hospitalizované pacienty velký význam. Řada studií potvrdila pozitivní vliv paliativní intervence na kvalitu života pacientů i jejich rodin, tišení bolesti a dalších symptomů, depresivitu a úzkostnost, spokojenost s péčí a v některých případech i na delší dožití pacientů, kteří měli vedle standardní péče k dispozici i podporu paliativního týmu¹⁰⁻¹⁴. V mnoha zemích se také ukazuje pozitivní dopad nemocničních paliativních týmů na organizaci péče, kdy se daří lépe plánovat a koordinovat čerpanou zdravotní péči, a tím pádem také efektivněji utrácet finanční prostředky systému^{15,16}.

Cílem tohoto dokumentu je shrnout zkušenosti s implementací paliativní péče do nemocnic v České republice, která probíhala v pilotních projektech podpořených Nadačním fondem Avast v rámci programu Spolu až do konce.

ODKAZY

- ¹ Rezoluce Světové zdravotnické organizace WHA67:19 (2014) *Posilování paliativní péče jako součásti komplexní péče v průběhu celého života*. Dostupné z https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2017/11/rezoluce-o-paliativni-peci_who_cz.pdf
- ² Výbor ministrů Rady Evropy (2003) Doporučení Rec (2003)24 O organizaci paliativní péče. Dostupné z <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=AqG4xhuJVec%3D&tabid=1709>
- ³ Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017). *Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče*. Věstník MZ ČR č.13/2017.
- ⁴ Quill TE, Abernethy AP (2013) Generalist plus specialist palliative care – creating a more sustainable model.

New England Journal of Medicine, 368(13),1173-1175.

⁵ <http://paliativnidata.cz>

⁶ Rogers M, Dumanovsky, T. *How We Work: Trends and Insights in Hospital Palliative Care*. The Center to Advance Palliative Care and the National Palliative Care Research Center. February 2017.

⁷ <http://www.wegweiser-hospiz-paliativmedizin.de/de>

⁸ <https://www.hospiz.at/einrichtunguebersicht/>

⁹ přednáška přednostky kliniky paliativní medicíny v Mnichově prof. Claudie Bausewein, kampaň Konec dobrý, všechno dobré, Praha, 25. 5. 2017.

¹⁰ Bakitas M, Doyle Lyons K, Hegel MT, et al. (2009). Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 302(7), 741-749.

¹¹ Zimmermann C, Swami N, Krzyzanowska M, et al. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster- randomised controlled trial. *The Lancet*, 383(9930), 1721-1730.

¹² Sidebottom AC, Jorgesnon A, Richards H, et al. (2015). Inpatient Palliative Care for Patients with Acute Heart Failure: Outcomes from a Randomized Trial. *Journal of Palliative Medicine*, 18(2), 134-142.

¹³ Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. (2010) Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine*, 363, 733-742.

¹⁴ Higginson IJ, Bausewein C, Reilly C, et al. (2014). An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *Lancet Respiratory Medicine*, 2(12), 979-987.

¹⁵ Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand Ch. (2014) Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 28(2), 130-150.

¹⁶ May P, Normand Ch, Morrison RS. (2014) Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1054-1063.



3

Pilotní program Nadačního fondu Avast

Nadační fond Avast se dlouhodobě věnuje rozvoji paliativní péče. Na oblast nemocnic zaměřil svou pozornost v roce 2016, kdy vypsal grantovou výzvu pro nemocniční zařízení, která chtěla rozvíjet paliativní péči v rámci svých služeb. K tomuto kroku se Nadační fond rozhodl přistoupit po několika letech zkušeností a intenzivní spolupráce s poskytovateli paliativní a hospicové péče v ČR. Během přípravy programu konzultoval jeho podobu s Centrem paliativní péče a Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP.

Do programu se mohlo přihlásit jakékoli zdravotnické zařízení nemocničního typu, poskytující akutní nebo dlouhodobou péči, bez ohledu na velikost, zřizovatele nebo region, kde působí. V rámci grantové výzvy mohly nemocnice žádat až o 2 000 000 Kč, jejichž využití mohlo být velmi flexibilní a odvislé od aktuální situace a potřeb dané nemocnice. Klíčové bylo, aby projekt směřoval k rozvoji paliativní péče o pacienty a rodiny, o které se nemocnice stará. Na výzvu zareagovalo mnoho zařízení a nakonec bylo doručeno 64 žádostí z 58 nemocnic z celé republiky. Nadační fond ve dvoukolovém výběrovém řízení s účastí odborné komise vybral 18 projektů s realizačním horizontem září 2016 až prosinec 2017. V některých nemocnicích vzešly projekty od lékařů, sester a dalších pracovníků v přímé péči, u některých projektů se jednalo o iniciativu vedení nemocnice. Vzhledem k inovativnímu charakteru projektů však bylo vždy důležité, aby měly zaručenou podporu managementu.

KRITÉRIA VÝBĚRU

- systémový význam projektu a potenciál ukotvení principů paliativní péče napříč celkovým fungováním nemocnice
- jasně deklarovaná podpora vedení nemocnice
- relevance typu zařízení v rámci pilotní podpory a inspirace pro ostatní
- regionálnost

Vedle finančních prostředků získaly nemocnice také kontinuální konzultační podporu Nadačního fondu Avast a Centra paliativní péče a možnost sdílet zkušenosti a inspiraci s ostatními organizacemi během pravidelných setkání a školení.

64 žádostí
18 podpořených projektů
31 090 400 Kč

Podpořené projekty



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE Praha

Výše grantu: 2 000 000 Kč
Cíl projektu: Vytvoření paliativního konziliárního týmu v jedné z největších nemocnic ČR, rozvoj vědecké a pedagogické činnosti, vznik ambulance paliativní medicíny.
Vedení projektu: MUDr. Ondřej Kopecký, MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.

NH HOSPITAL, A.S. – NEMOCNICE HOŘOVICE Hořovice

Výše grantu: 2 000 000 Kč
Cíl projektu: Vytvoření multidisciplinárního paliativního týmu pro dospělé i dětské pacienty.
Vedení projektu: Bc. Jiří Pichlík, DiS., prim. MUDr. Mahulena Mojžíšová

KLINIKA NA KOŠÍKU
Praha

Výše grantu: 140 000 Kč
Cíl projektu: Vzdělávání personálu v oblasti paliativní péče, prohloubení kompetencí a znalostí.
Vedení projektu: Markéta Votavová

NEMOCNICE NA PLEŠI
Nová Ves pod Pleší

Výše grantu: 1 270 400 Kč
Cíl projektu: Rozvoj specializované ambulance paliativní a podpůrné léčby pro onkologické pacienty a jejich rodiny, zkvalitnění péče a vybavení na lůžkovém oddělení.
Vedení projektu: prim. MUDr. Kateřina Jirsová, Mgr. Pavla Lhotová

VYSOKOMÝTSKÁ NEMOCNICE
Vysoké Mýto

Výše grantu: 1 025 950 Kč
Cíl projektu: Vytvoření paliativních rodinných pokojů, vzdělávání personálu a vytvoření paliativní týmu v rámci nemocnice.
Vedení projektu: Mgr. Eva Havlíková, Ing. Jan Nezval

ÚSTAV HEMATOLOGIE A KREVNÍ TRANSFÚZE
Praha

Výše grantu: 1 424 850 Kč
Cíl projektu: Systémové ukotvení paliativní péče na ÚHKT, vznik ambulance paliativní medicíny a vytvoření informačních materiálů pro odbornou i širokou veřejnost.
Vedení projektu: MUDr. Michal Kouba, Martina Klejnová, DiS.

OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM
Příbram

Výše grantu: 1 600 000 Kč

Cíl projektu: Vytvoření a rozvoj paliativního týmu, vznik poradny pro nemocné, příbuzné a pozůstalé.
Vedení projektu: Mgr. Ivana Králíčková, DiS., MHA

INTERNÍ ODDĚLENÍ STRAHOV, VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
Praha

Výše grantu: 2 000 000 Kč
Cíl projektu: Vytvoření paliativního týmu na specializovaném pracovišti pro pacienty s onemocněním ledvin. Rozvoj výuky paliativní péče u studentů lékařské fakulty, přenos zkušeností v rámci nefrologických pracovišť.
Vedení projektu: MUDr. Barbora Szonovská

MASARYKŮV ONKOLOGICKÝ ÚSTAV
Brno

Výše grantu: 1 401 000 Kč
Cíl projektu: Vytvoření a implementace uceleného programu paliativní péče do činnosti Masarykova onkologického ústavu. Další rozvoj činnosti ambulance paliativní medicíny.
Vedení projektu: MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
Praha

Výše grantu: 1 970 580 Kč
Cíl projektu: Systematická integrace paliativní péče v dětské nemocnici FN Motol, vzdělávání personálu, vytvoření multidisciplinárního týmu a příprava otevření ambulance paliativní medicíny pro dětské pacienty.
Vedení projektu: MUDr. Lucie Hrdličková

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE – VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
Praha

Výše grantu: 1 945 000 Kč
Cíl projektu: Vytvoření a rozvoj multidisciplinárního týmu a příprava paliativního oddělení v nemocnici.
Vedení projektu: Mgr. Václava Otcová, MUDr. Ilja Kotík, Ing. Monika Vaňhová

NEMOCNICE JIHLAVA
Jihlava

Výše grantu: 2 000 000 Kč
Cíl projektu: Zlepšení péče na lůžkové paliativní stanici a rozšíření působnosti týmu na další pracoviště nemocnice.
Vedení projektu: prim. MUDr. Eva Balnerová

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SV. VINCENCE DE PAUL
Kroměříž

Výše grantu: 450 000 Kč
Cíl projektu: Vzdělávání personálu, prohloubení kompetencí a znalostí v oblasti paliativní péče v zařízení následně a dlouhodobé péče, rozvoj spolupráce s dalšími poskytovateli v regionu.
Vedení projektu: MUDr. Antonín Bařinka, Mgr. Martina Tenčíková (s. Damiána)

FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY
Praha

Výše grantu: 2 000 000 Kč
Cíl projektu: Vytvoření konziliárního paliativního týmu a paliativních pokojů v rámci I. interní kliniky nemocnice, rozvoj vědecké a pedagogické práce v oblasti paliativní péče.
Vedení projektu: prim. MUDr. Martin Havrda

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC
Liberec

Výše grantu: 1 200 000 Kč

Cíl projektu: Zahájení činnosti ambulance paliativní medicíny, rozvoj multidisciplinárního týmu nemocnice, spolupráce s hospicem v Liberci
Vedení projektu: MUDr. Marek Sochor, MUDr. Jiří Bartoš, MBA

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH SESTER SV. KARLA BOROMEJSKÉHO
Praha

Výše grantu: 1 555 000 Kč
Cíl projektu: Zlepšení vybavení jednoho z mála stážovacích pracovišť v ČR, rozvoj výukové činnosti v oboru paliativní medicíny.
Vedení projektu: MUDr. Pavlína Marková (s. Přemysla)

MASARYKOVA MĚSTSKÁ NEMOCNICE V JILEMNICI
Jilemnice

Výše grantu: 1 900 000 Kč
Cíl projektu: Rozvoj multidisciplinárního paliativního týmu, rozšíření činnosti v rámci nemocnice
Vedení projektu: MUDr. Jana Michlová

NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC
Jindřichův Hradec

Výše grantu: 2 000 000 Kč
Cíl projektu: Prohloubení kompetence a znalostí paliativního týmu v nemocnici, vzdělávání ostatního personálu, prohloubení spolupráce s ostatními pracovišti.
Vedení projektu: Mgr. Lenka Řeřichová, MUDr. Filip Řeřicha

Více informací o projektech můžete získat v prezentacích jednotlivých nemocnic na webu Nadačního fondu Avast nadacnifond.avast.cz/nemocnice .

4

Zkušenosti se zaváděním paliativní péče do nemocnic

Vedle přímé podpory týmů, které se rozhodly rozvíjet paliativní péči o pacienty v nemocnicích, bylo zájmem Nadačního fondu Avast zmapovat zkušenosti s implementací těchto aktivit v českém nemocničním prostředí. Tým Centra paliativní péče proto realizoval rozsáhlý průzkum mezi podpořenými organizacemi s cílem pojmenovat překážky, které musely být překonány a také toho, co týmům při rozvoji paliativní péče nejvíce pomáhalo.

METODIKA

Sběr dat proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů s paliativními týmy v jednotlivých nemocnicích. Celkem bylo realizováno 66 rozhovorů s respondenty ze všech podpořených organizací. Profesionální zastoupení respondentů korespondovalo s multidisciplinární povahou paliativních týmů.

- 22 lékařů (z toho 4 vedoucí lékařů a 4 primáře)
- 20 zdravotních sester (z toho 6 staničních a 5 vrchních sester)
- 8 sociálních pracovníků
- 5 psychologů
- 2 fyzioterapeuti
- 3 náměstci
- 2 pastorační pracovníci
- 1 administrativní pracovník
- 1 nutriční terapeut
- 1 ošetřovatel
- 1 etik

Strukturu rozhovorů tvořily tři klíčové otázky:

1. Co Vám při realizaci projektu nejvíce pomáhalo?
2. S čím jste zápasili, co byly hlavní překážky, které jste museli překonat?
3. Co byste doporučili dalším nemocnicím, které by chtěly začít rozvíjet paliativní péči a zatím nemají mnoho zkušeností?

Odpovědi byly nahrány, přepsány a v anonymizované podobě analyzovány za využití metodiky *framework analysis*.

VÝSLEDKY

V rozhovorech se členy paliativních týmů bylo identifikováno množství důležitých témat, která ovlivnila realizaci projektů a rozvoj paliativní péče v zapojených nemocnicích. Během analýzy jsme je rozřadili do tří skupin podle tematické blízkosti. Jednalo se o faktory na úrovni samotného **týmu**, **nemocnice** jako svébytné organizace a také faktory na úrovni **vnějšího prostředí** a zdravotního systému.



Tým

První skupina klíčových faktorů se týká samotného paliativního týmu – lidí, kteří jej tvoří, jejich vzájemných vztahů a atmosféry, ve které tým pracuje. V této oblasti jsme v rozhovorech identifikovali zejména 4 stěžejní témata.

VŮDČÍ OSOBNOST

Základním předpokladem pro úspěšnou implementaci nového paliativního programu v rámci nemocnice je přítomnost vůdčí osobnosti, která bude celou iniciativu stmelovat, bude její tvář a zdrojem energie. V ideálním případě by to měl být člověk, který v sobě spojuje **odborné, komunikační a organizační dovednosti**. Vzhledem k náročnosti vedení podobného projektu se ukazuje jako nezbytné, aby tento člověk měl kolem sebe tým. Ale bez přítomnosti charismatické vůdčí postavy, která bude motivovat ostatní a také reprezentovat projekt vůči vedení a ostatním pracovištím nemocnice, je velmi těžké dosáhnout vytyčeného cíle.

„Naprostě tam musí být člověk, který bude mít ten drive, entuziasmus a udrží lidi i v těch chvílkách, kdy přestává nálada na lodi být konstruktivní. Jakmile tam ten člověk nebude, tak nemá nemocnice šanci to udržet.“

Seth Godin říká: „Člověk nemusí mít charisma, aby byl dobrý leader, právě vedení lidí člověku charisma dodá.“ Projekty Spolu až do konce vedli lidé na začátku své kariéry i zkušení vedoucí pracovníci. Spojovalo je však nadšení pro věc a snaha zlepšit péči ve své nemocnici. Důležitou hodnotou, která při rozvoji projektu pomáhala, je důvěryhodnost těchto vedoucích postav, která je založená na lidských kvalitách i odborných znalostech.

„Musí to být spojené s nějakými konkrétními lidmi a ti lidé musí být důvěryhodní, ostatní je musí brát.“

Doporučení

Pokud chcete v nemocnici s paliativní péčí začít, bude velkou výhodou, pokud nejdříve najdete a získáte silnou osobnost, kolem které se bude tým budovat.

FUNGOVÁNÍ TÝMU

Medicína je v dnešní době často provázána přívlastky jako komplexní nebo multioborová. Přesto se ukazuje, že efektivní fungování paliativních týmů vyžaduje ještě silnější

nastavení týmových procesů, na které nejsou zdravotníci vždy úplně zvyklí ze svých základních oborů.

„Paliativní péče se nedá dělat jako sám doktor na ambulanci nebo sama sociální pracovníce, ať to myslí sebelíp. Prostě ve více lidech se systémově rozložila ta zodpovědnost a sdílely se nejenom povinnosti, ale i zážitky z péče o rodiny, to že něco nejde, to že něco někde vázne. To mně připadá absolutně klíčové.“

Z rozhovorů vyplynulo, že **multidisciplinarita týmu** a s ní spojená možnost řešit nejen fyzické, ale i psychosociální a duchovní potřeby pacientů a jejich blízkých, je považována za velkou přednost a nadstandard oproti běžné péči.

„Nevím, jak tomu říkat jinak, ale srdce té péče opravdu spočívá v tom, že máte skupinu lidí, kteří s vámi souzní a mají ty hodnoty nastavené obdobně, umí jinou profesi než vy a společně, když to poskládáte, tak je to super péče o pacienta a jeho rodinu a bez toho to nejde. Opravdu každý v tom týmu může pacientovi i rodině něco dát.“

Týmy si začaly budovat vlastní systém porad a setkávání nad pacienty, často označované jako **reflexe**. Během těchto setkání je čas na zhodnocení klinické stránky péče, ale také možnost **reflektovat frustraci a těžké momenty**, které museli členové týmu řešit. Někdy to nejsou problémy spojené s přímou péčí, ale třeba s přijetím týmu jinými kolegy, nedostatkem času a dalšími obtížemi, spojenými s nastavením systému, ve kterém tým pracuje. Jedná se v podstatě o formu intervize, která je v našich nemocnicích velmi nedostupná a přepracovaní a mnohdy frustrovaní zdravotníci musí konfliktní situace nebo stres z náročných rozhovorů řešit o samotě vlastními silami.

„Pořád tady je to téma umírání, který i s námi něco dělá. Takže to, jak potom ta péče vypadá, není jenom otázkou, jak se ten pacient a rodina k tomu staví, ale i toho, jak já se v tom cítím, co to dělá se mnou.“

Doporučení

Vznikající paliativní tým bude **potřebovat čas a prostor na reflexi prvních úspěchů i neúspěchů, možnost vzájemné podpory a prohloubení vztahů mezi členy týmu. Osvědčují se strukturovaná setkání nad jednotlivými případy, kam mohou přicházet i kolegové z jiných oddělení nemocnice.**

VZDĚLÁVÁNÍ

Při zakládání paliativních týmů je klíčové umožnit zaměstnancům dostatečné vzdělání. Vedle nadšení je právě odbornost nezbytným předpokladem nejen pro dobrou péči, ale hlavně pro získání důvěry ostatních kolegů v nemocnici. Vzhledem k nedostatku vzdělávání v paliativní péči během studia na lékařských fakultách je dobré počítat s nutností dalšího vzdělávání týmu, a to zejména před spuštěním provozu a v začátcích péče, kdy si týmy ladí principy fungování a kdy potřebují inspiraci a zpětnou vazbu. Některým týmům se osvědčilo **zapojení externího mentora**, který v prvních měsících poskytoval pohled zvenčí a pomáhal týmům s nastavením pracovních procesů.



„Člověk si myslí, že jedná podle citu, že jedná dobře, ale toto vás zocelí a dává vám to takovou tu jistotu, že jste těm lidem opravdu prospěšný.“

Týmy v programu Spolu až do konce využívaly možnosti vzdělávání na seminářích České společnosti paliativní medicíny, sesterského kurzu ELNEC, webinářů Centra paliativní péče a v mnoha případech také stáží na pracovištích nejen u nás, ale i v zahraničí. **Zejména možnost vidět fungování zavedených paliativních týmů** v nemocnicích v Německu, Belgii nebo USA byla hodnocena jako extrémně užitečná zkušenost.

Doporučení

Paliativní týmy nemohou začít jen tak ze dne na den pracovat. Vzhledem k nedostatku zkušených paliativních specialistů v naší zemi je při zakládání týmů nutné plánovat jako první krok dovedení týmu a načerpání inspirace z pracovišť, kde již podobné týmy fungují.

POZITIVNÍ ZPĚTNÁ VAZBA

Z rozhovorů vyplynulo, že paliativní týmy v nemocnicích reagují na velmi silnou potřebu pacientů a rodin, a že nabízejí něco, co systém doposud neuměl úplně poskytnout. Díky tomu se i týmy v programu Spolu až do konce brzy začaly setkávat s velmi pozitivní zpětnou vazbou. Ta sloužila jednak jako **motivace a povzbuzení** pro další práci, ale také pomáhala zvýšit **důvěryhodnost** paliativního týmu u dalších kolegů.

„Byla tu pacientova manželka, byla s ním až do konce, byla tady s ním celou dobu a potom nám říkala, že hrozně děkuje a že by to jinak nezvládla. A my jsme si najednou říkali, že to je vlastně ono. Že my máme radost z toho, že ona je spokojená.“

V určité fázi je tedy dobré učinit odvážný krok kupředu a začít s přímou péčí, protože i přes nejistotu a počáteční provozní potíže velmi pravděpodobně přinese motivaci a pozitivní energii, která bude důležitá v dalším rozvoji.

„Čím déle jedeme, tím větší je počet zdravotníků, kteří dokážou ocenit, v čem je ta naše péče užitečná, jedinečná a v čem těm jejich pacientům jako reálně pomůže. Že udělají zkušenost a z té zkušenosti pak radí těm dalším lidem. Takže čím déle jedeme, tak tím srozumitelnější jsme pro to zdravotnické okolí.“

Doporučení

Nebojte se začít s přímou péčí. Podstata paliativní intervence je natolik důležitá, svébytná a ve výsledku pozitivní, že vám v naprosté většině případů přinese motivaci a zpětnou vazbu pro další práci.



Nemocnice

Druhá skupina faktorů, ovlivňujících vznik paliativního týmu v nemocnici, jsou zdroje a překážky, které pramení z nemocnice, jakožto svébytné instituce s vnitřními pravidly, personální kapacitou, organizační kulturou, dostupnou možností podpory pro změnu a ochotou je využít.

PODPORA VEDENÍ NEMOCNICE

Výraznou pomocí v implementaci paliativního programu v nemocnici je, pokud je s tímto programem již od začátku obeznámen někdo z vedení nemocnice a je mu pozitivně nakloněn. Zahraniční doporučení dokonce uvádí, že je nutné, aby celý projekt reflektoval **hlavně vnímání managementu nemocnice**. Sebevícemotivovaný zdravotník z přímé péče bude jen těžko bojovat proti negativně nastavenému řediteli. Při plánování projektu je tedy vhodné již od začátku konzultovat celý záměr s vedením nemocnice, snažit se pochopit jejich perspektivu, obavy a očekávání a fungování týmu opřít o společný zájem.

„Vnímala jsem jako dobré, že máme velké zázemí v tom, že máme ochrannou ruku, že ten garant tady je člen vedení nemocnice. Tím pádem i finance na rekonstrukce například prostor šly poměrně jinak. On si na to vyčlenil čas v rámci své agendy a nebylo to na tom, že to někdo bude dělat potom odpoledne od šesti a i nad svojí práci a vybojovávat to třeba proti složitým předpoklům. Takže tímto to bylo u nás jednodušší a myslím takový hodně unikátní, že se toho ujal člověk, který měl zároveň rozhodovací pravomoc.“

Pro některé vedoucí pracovníky mohou být důležité hlavně ekonomické aspekty projektu, zkušenosti z programu Spolu až do konce ale ukazují, že vedení často vnímalo potřebu paliativní péče a její význam pro pacienty podobně jako sami zdravotníci. Při debatě nad existencí paliativního týmu pak vedení může **lépe porozumět zamýšlené funkci týmu**, zda je záměrem zvýšit kvalitu péče o umírající v nemocnici, nebo třeba lépe organizovat jejich překlady do hospiců. Dostatečná komunikace těchto zdánlivě dílčích aspektů může výrazně snížit napětí a nedorozumění, ke kterým někdy dochází při pozdějším zahájení samotné práce týmů.

Doporučení

Co nejdříve zapojte do přípravy paliativního týmu někoho z vedení nemocnice. Při formulaci cílů projektu zohledněte potřeby pacientů, personálu i managementu organizace. Bez podpory vedení půjde vše pomaleji a obtížněji.

PLÁNOVÁNÍ

Vytvoření nové služby v nemocnici, zejména v momentě kdy není ještě plně součástí obvyklého úhradového mechanismu, je nutné poctivě a detailně připravit. I když se v nemocnici potká skupina zájemců o paliativní péči, ze zkušenosti pilotních nemocnic se ukazuje, že je nutné pečlivě zvážit kapacity a postup práce na takovéto iniciativě.

„Je potřeba, aby si definovali, co umí, co reálně můžou dělat, jak tuhle práci obhájí a jak udrží její funkčnost. Tohle je potřeba si definovat dřív, než se ta aktivita rozjede. Když se to podaří definovat a přesvědčit se o tom, že jsme schopný to tak dělat, pak má smysl tu aktivitu zahájit.“

Optimální součástí tohoto plánování je na prvním místě **analýza potřeb** a dostupných kapacit. Neexistuje jeden univerzální způsob, jak má paliativní péče v nemocnicích fungovat. Vždy je nutné určit **cílovou skupinu, objem potřebné péče a vhodný typ** jejího zajištění. Na začátku je tady třeba odpovědět na otázky: Pro jaké pacienty má být péče paliativního týmu určena? Kolik pacientů v nemocnici umírá a jakou dostávají v závěru života péči? Jak spolupracujeme s hospici v okolí? Až se znalostí těchto reálií je možné zvolit vhodný formát paliativního týmu – zda budovat konziliární tým pro celou nemocnici, vlastní lůžkové oddělení, ambulanci paliativní medicíny nebo třeba jen posílit základní kompetence personálu na úrovni obecné paliativní péče a lépe organizovat spolupráci s místními poskytovateli specializované paliativní péče, například mobilními hospici.

„To byl asi úplně nejdůležitější moment a jakoby to překlenutí, když jsme si řekli, které pacienty zařadíme do paliativní péče.“

Od začátku je také dobré plánovat způsob, jak bude tým **ověřovat a vyhodnocovat svůj přínos** pro pacienty, příbuzné i nemocnici. Ať už jsou to data o lepší kvalitě života, spokojenosti s péčí, úspoře financí nebo zkrácení hospitalizace, týmy by měly od začátku počítat s tím, že budou muset obhajovat svou existenci a přínos pro systém.

Doporučení

Vyhradte si dost času na plánování celého projektu, ještě než se pustíte do přímé péče. Nastavte si termíny a milníky, kterých chcete dosáhnout. Mějte rozmyšlené, co chcete prací týmu docílit a jak to budete moci třeba za první rok činnosti prokázat.

SYSTÉMOVÉ ZAKOTVENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Když se začne práce týmu dařit, je snadné zůstat u toho, že tu máme funkční tým, který se dobře stará o pacienty. Pilotní projekty jsou ale často křehká záležitost, která stojí na konkrétních jedincích a jejich nasazení pro věc. Je proto důležité nabyté znalosti a užitečnost týmu formálně popsat a implementovat do struktur dané nemocnice, například formou směrnice nebo jiného dokumentu, oficiálně upravujícího poskytování paliativní péče. Vyjednávání takového dokumentu je zároveň



dobrá příležitost, jak informovat ostatní pracoviště o existenci a přínosech paliativního týmu. Tento dokument může dále sloužit jako neoddiskutovatelný argument pro další fungování týmu a také jako edukační platforma například pro nové zaměstnance v nemocnici.

„Je to proces samo o sobě, ne že by to bylo do týdne, ale mít něco jako řídicí dokument, který by tohle téma řešil, podobně jako jsou zpracovány všechny ostatní procesy v nemocnici, formou metodických pokynů a směrnic, to je klíčové. Tenhle dokument mi připadá zásadně důležitý a nemůže to nemocnici vytvořit, já nevím, Česká společnost paliativní medicíny. Tento dokument, aby to fungovalo, musí vzniknout právě z reflexe nějaké pracovní skupiny, kterou si ta nemocnice ustaví.“

Systémové uchopení formou směrnice nebo podobného dokumentu může nastavit pravidla, jak hodnotit intenzitu paliativních potřeb u nově přijatého pacienta, jak a kdy žádat o konzilium, jak vyhodnocovat kvalitu života pacientů, jak funguje ambulance paliativní medicíny a jaké služby nabízí, jak probíhá vzdělávání paliativního týmu vůči ostatním pracovištím a podobně. Zejména moment identifikace pacientů a jejich předávání paliativnímu týmu se jeví jako zásadní úkol pro dobré fungování celého systému.

Doporučení

Zjistěte, jaké formální zpracování mají obdobné služby ve vaší nemocnici, a již od začátku plánování projektu myslíte na to, že v určité chvíli by mělo být i poskytování paliativní péče v nemocnici touto formou ošetřeno. V tomto ohledu se opět vyplatí už na začátku úzce spolupracovat s vedením nemocnice.

MATERIÁLNÍ ZÁZEMÍ A VYBAVENÍ

Je samozřejmé, že pro fungování týmu bude potřeba zajistit i adekvátní vybavení. Jeho specifikace se bude odvíjet od povahy služeb, které bude daný tým poskytovat. Na obecné rovině se však dá říct, že zkušenost pilotních projektů Spolu až do konce zdůraznila potřebu vybudování **prostoru pro rozhovory s pacienty a jejich rodinami**. Průzkum Cesty domů a agentury STEM MARK (data.umirani.cz) před časem ukázal, že obvyklé sdělování závažných informací v nemocnicích má podobu 10–15 minutového rozhovoru na pokoji pacienta nebo na chodbě, kde to úkorně vnímají nejen pacienti a jejich rodina, ale i samotní zdravotníci. Díky grantům Nadačního fondu Avast řada podpořených organizací vybudovala speciální místnosti, kde mohou takové rozhovory probíhat, aniž by byly narušovány péčí o jiné pacienty, nedostatkem soukromí nebo ostatním provozem nemocnice.

Doporučení

Vlastní prostory dodají paliativnímu týmu pocit vlastní identity a budou také sloužit jako významný nástroj pro poskytování paliativní péče – pro setkávání s rodinami a pacienty, pro reflexe týmu, pro supervize.

VNÍMÁNÍ PALIATIVNÍ PÉČE V NEMOCNICI

Další z velmi důležitých faktorů, ovlivňujících úspěšnost pilotních projektů, bylo vnímání paliativní péče na ostatních pracovištích nemocnice. Důvěra kolegů a jejich ochota spolupracovat se vznikajícími paliativními týmy zcela zásadně ovlivnila schopnost týmů naplnit vytyčené cíle. První překážkou bylo **nepochopení podstaty paliativní péče** jinými zdravotníky v nemocnici. Toto nepochopení nemusí být vždy odmítáním principů paliativní medicíny, ale spíše pocit, že je již ostatními obory poskytována na dostatečné úrovni.

„Plno doktorů vám řekne, že to umí dělat podobně nebo stejně, a lidi to vnímají tak, že ta ambulance je o tom, že v podstatě si ty lidi přijdou popovídat a že je pohladíme po ruce. Ale realita té ambulance nebo toho, co obnáší, to málokomu dojde, co všechno se tam děje, jakým způsobem se to děje.“

Někdy týmy narážely také na předsudky a odmítání paliativního přístupu jako negativního a nežádoucího.

„Cílem je pacienta vyléčit, hlavně mu nebrat naději, hlavně do poslední chvíle dělat všecko pro to, aby měl pocit, že se furt ještě něco děje. A pak umře. Jo a mezitím se nebude dělat nic, abychom neprohráli.“

„Slovo paliace, paliativa je mými bývalými kolegyněmi bráno jako něco pejorativního. To jste vy, co děláte tu paliativu. Jako v podstatě nic neumíš, tak si to běž dělat, šmrdat s těma umírajícíma, tam nic nezkazíš.“

Vzhledem k těmto bariérám přistoupila většina týmu v začátcích svého působení k intenzivnímu **vzdělávání** směrem k ostatnímu personálu nemocnic. Pořádání nemocničních seminářů, otevřených setkání nad kazuistikami pacientů, předávání zkušeností, zvaní paliativních odborníků ze zavedených pracovišť, to vše pomáhalo sjednotit představy o roli a možnostech paliativního týmu a tyto akce také umožnily identifikovat partnery napříč nemocnicí. Postupem času se pak v některých nemocnicích osvědčilo vytipovat si kontaktní **klíčové osoby na jednotlivých odděleních** a z těchto kolegů učinit spojnicí mezi paliativním týmem a jednotlivými obory. S kontaktními osobami se týmy mohou pravidelně scházet, diskutovat potřeby a možné způsoby posílení spolupráce. V několika nemocnicích se také ukázalo, že oddělení, která by vzhledem ke skladbě svých pacientů potřebovala paliativní péči nejvíce, nejsou vždy ta, která jsou spoluprací s novým týmem nejvíce otevřená. Sean Morrison, profesor paliativní medicíny z Mount Sinai Hospital v New Yorku, k tomu na své nedávné přednášce v Praze poznamenal: „Začněte s těmi, kteří spolupracovat chtějí. Ostatní se přidají časem.“ Zkušenost pilotních nemocnic z programu Spolu až do konce toto potvrzuje a po několika dobrých zkušenostech s předáním pacientů a intervencemi paliativního týmu se většinou poptávka po této službě začne zvyšovat exponenciálně.

Doporučení

Hned na začátku projektu je dobré informovat ostatní pracoviště o připravované iniciativě, o tom, co nabízí jejich pacientům a jak by mohla vypadat spolupráce. Osvědčuje se pokorný přístup a podpora toho, že se nejedná o kritiku jejich práce, ale nabídku pomoci v komplikovaných situacích, o kterých všichni víme. Je dobré začít spolupracovat s kterýmkoli oddělením, které o to projeví zájem, a dobře zdokumentovat přínos pro konkrétní pacienty a jejich rodiny. Na této práci se dá dále stavět edukace a „propagace“ paliativního týmu v rámci nemocnice.

ČAS

V dnešní situaci nedostatku zdravotnického personálu je zavádění nové služby poměrně odvážným krokem. I ti nejvíce motivovaní kolegové a kolegyně naráží na zásadní bariéru, kterou je čas, respektive jeho nedostatek. Také mnozí z kolegů, kteří realizovali projekty v programu Spolu až do konce, dělali tyto aktivity nad rámec svého běžného pracovního vytížení, které je již tak často extrémní. **Z dlouhodobého hlediska je neudržitelné, aby paliativní týmy fungovaly na bázi vedlejšího zájmu** několika jedinců, kteří si potom po večerech dohánějí povinnosti hlavního zaměstnání. Projekty tohoto typu však budou vždy vyžadovat změnu standardního režimu a je potřeba s tím počítat. Paliativní intervence mají navíc z vnějšího pohledu neobvykle klidnou a svým způsobem pomalou atmosféru, která může být zdrojem negativních reakcí a nepochopení okolí.

„Paliativní péče je hodně o komunikaci a o čase, který věnujeme těm lidem. A když přijdeme do zdravotnického zařízení, kde to všechno takzvaně odsýpá, a pokud možno rychle a vlastně včera bylo pozdě, a my do toho přijdeme s tím naším klidem a tou pomalostí, tak nejsme úplně vítány.“

Doporučení

Je nutné dobře vyhodnotit časovou kapacitu, která bude potřeba k dosažení takové úrovně fungování, kterou si paliativní tým vytyčí. Pokuste se s vedením vyjednat dostatek času alespoň pro přesně stanovenou dobu pilotáže. Pokud se to nepodaří, je nutné nepodcenit supervizi a podporu členům týmu, pro které toto období může být velmi náročné a vyčerpávající. Je také vhodné, například na základě podařených kazuistik, dobře formulovat přidanou hodnotu paliativní intervence oproti běžné péči a pracovat na srozumitelnosti této hodnoty vůči ostatním pracovištím.



Vnější prostředí

Poslední skupina důležitých faktorů se týká celkového fungování zdravotnictví a role, možností a limitací, které má v tomto systému nemocnice jako jeden z článků velké skládky komplikovaného zdravotního systému.

FINANCE

V programu Spolu až do konce získaly nemocnice granty ve výši až 2 000 000 Kč na nemocnici, díky kterým mohly zahájit pilotní projekty. Bez této podpory by v mnoha nemocnicích plán paliativního týmu zůstal dále jen plánem, i když je nutné zmínit, že v České republice v několika nemocnicích paliativní ambulance nebo oddělení existovala již před spuštěním programu Nadačního fondu Avast (většina z nich se do programu také zapojila).

Vlastní kapitolou je pak úhradový mechanismus, který by specializovanou paliativní péči v nemocnicích proplácel. Z hlediska systému jsou dnes některé možnosti dostupné – v několika nemocnicích fungují lůžka hospicového typu, která mají stejný finanční model jako v lůžkových hospicích. Je také možné nasmlouvání kódů pro ambulanci paliativní medicíny, kterou úhradový systém zná jako poskytovatele samostatné odbornosti 720. Tyto mechanismy byly nicméně vytvořeny v době, kdy se v České republice nemocniční paliativní péče nerozvíjela, alespoň ne na systémové úrovni. Je proto nutné revidovat a vytvořit adekvátní způsoby, jak jednotlivé modely nemocniční paliativní péče financovat. Tento úkol jistě náleží zejména Ministerstvu zdravotnictví, pojišťovnám a politikům. Pro formulaci vhodných opatření však budou potřebovat součinnost se samotnými nemocnicemi a zkušenosti a data o fungování paliativních týmů. Proto i na tento úkol musí nemocniční paliativní specialisté myslet. V současnosti se nejedná pouze o dobrou péči, ale také o její usazení do systému.

„Není úplně jasné, jaký je rozdíl mezi paliativním oddělením v nemocnici a mezi hospicem. Není úplně jasné, jestli je to pro tu pojišťovnu stejný druh péče nebo různý druh péče. Protože ta filosofie a ty cíle, nebo hodnoty, který všichni vyznávají, jsou v něčem podobné, zároveň to zájem, možnosti a technické podmínky jsou odlišné. A v tom bych řekla, že vládne stále ještě v Čechách dost mlhavo.“

Několik nemocnic v programu Spolu až do konce referovalo o pozitivních zkušenostech se spoluprací s místními samosprávami a krajskými úřady, které si v některých případech jasně uvědomovaly význam a benefit paliativního programu v nemocnici a dokázaly na jeho podporu vyčlenit i zvláštní finanční prostředky.

Doporučení

Před zahájením činnosti paliativního týmu je nutné naplánovat financování. Nejen na odměny členů paliativního týmu, ale také na vybavení, informační materiály, vzdělávání. Někdy může být vhodnější celou věc odložit a počkat na získání alespoň částečného rozpočtu. Bez finančních prostředků hrozí, že tým nebude schopen poskytovat péči podle svých představ a frustrace a zklamání může v dlouhodobé perspektivě vést k vyhoření a kolapsu celého projektu. Spolupracujte se státní správou a v rámci možností podporujte nutnost tvorby úhradového mechanismu. Zvažte také možnosti dalšího fundraisingu, který se i v zahraničí ukazuje jako důležitá součást financování aktivit paliativních týmů.

PŘEDÁVÁNÍ PACIENTŮ

Jedním ze zásadních momentů pro úspěšné nastavení fungování paliativního týmu v nemocnici je vyladění systému **předávání pacientů**. A to platí jak pro identifikaci a předávání vhodných pacientů v rámci nemocnice, tak pro spolupráci s dalšími pracovišti jako hospici, domovy pro seniory, agenturami domácí zdravotní péče nebo praktickými lékaři. Ti všichni se podílí na péči a na akutním nemocničním lůžku se často odehrává pouze část příběhu daného pacienta. Dobrá komunikace, znalosti symptomové léčby a také schopnost správně odhadnout potřebu specializované paliativní péče jsou předpoklady pro úspěšné doprovázení pacienta a jeho rodiny.

„Nedávno jsme tu měli mladého člověka, kdy jeho děti nevěděly, že jim umírá tatínek. Nevěděly ani, že je těžce nemocný, a opravdu se to všechno komunikovalo na poslední chvíli. Stihli jsme to. Ale bylo to na poslední chvíli, bylo to vlastně den předem, kdy se rozloučili, než tatínek zemřel. Přitom pán byl hospitalizovaný půl roku na onkologii, vědělo se, že ta prognóza je infaustní, že má omezený čas.“

Doporučení

Formulujte postup pro identifikaci paliativních pacientů a způsob jejich propojení s paliativním týmem. Stejně tak je důležité budovat spolupráci s relevantními poskytovateli zdravotních a sociálních služeb, kterým budou pacienti předáváni.

SDÍLENÍ ZKUŠENOSTÍ

Pro nastavení funkčního systému předávání pacientů je nezbytné prohlubovat vzájemnou důvěru. Tomu může pomoci například poskytování zpětné vazby a reflexe jednotlivých pacientů. Sdílení zkušeností se ukazuje jako velmi cenné i pro řadu dalších aspektů, jako je inspirace pro další rozvoj nebo identifikace problematických míst. Mnoha týmům se osvědčila možnost výměnných stáží s poskytovateli v regionu (například nemocniční tým na stáži v hospici a naopak). Také se osvědčilo využívat kontaktů s ostatními paliativními týmy získaných například na vzdělávacích akcích České společnosti paliativní medicíny nebo Centra paliativní péče.

Je však nutné pamatovat na to, že organizace stáží a péče o návštěvy z jiných organizací je další práce, kterou budou muset členové týmu odvést. Není nijak nepatřičné pro tyto aktivity využít formátu stáží, obvyklého na daném pracovišti, například i s jistou formou finanční úhrady. S narůstající zkušeností a úspěchy týmu bude zájemců o stáže rychle přibývat.

Doporučení

Využívejte sdílení zkušeností, osvědčují se otevřené semináře nad kazuistikami, kterých se mohou účastnit i pracovníci jiných zařízení, praktičtí lékaři a podobně. Inspirujte se od ostatních a vyžadujte zpětnou vazbu, díky které se budete moci dále rozvíjet.

INFORMOVANOST VEŘEJNOSTI

Posledním tématem je informovanost veřejnosti, a to odborné i široké. Nepochopení principů paliativní péče a mnohdy zcela chybějící povědomí o existenci takové služby způsobuje komplikace v indikacích péče, jejím odmítání ze strany pacientů nebo rodin a také přeneseně v ochotě některých organizací rozvíjet paliativní péči v rámci svých služeb.

Osvědčuje se pořádání seminářů, tvorba informačních materiálů a je také velmi prospěšné, pokud jsou členové paliativních týmů ochotni vystupovat na konferencích, besedách a v médiích. Pro tyto aktivity je užitečné získat podporu a vzdělání, aby týmy dokázaly efektivně formulovat zprávu o své činnosti a tak zlepšovat povědomí o nabízených službách.

„Protože i když budeme super proškolený tým a profici znalý toho, jak s pacienty a rodinami zacházet, ale oni o nás nebudou vědět a nebudou vědět, s čím můžeme pomoci, tak tady taky můžeme jen tak sedět. To PR je prostě hrozně nutný.“

Samostatnou kapitolou je pak vzdělávání zdravotníků. Výuka paliativní péče je dnes na většině lékařských fakult velmi omezená, i když studenti o výuku stojí a většínou se jakákoli nabídka tímto směrem setká s pozitivní reakcí. Je proto vhodné, aby paliativní týmy hledaly způsob, jak se napojit na školy v okolí (lékařské fakulty, zdravotnické školy, VOŠ a podobně) a pokud je to možné v rámci svých kapacit vyčlenily část energie na vzdělávání budoucích kolegů.

Doporučení

V dnešní době, kdy paliativní péče zůstává pro velkou část veřejnosti neznámou, musí být jedna z rolí paliativních týmů i edukačně-osvětová. Pokuste se v rámci možností hledat cesty, jak spolupracovat se školami v okolí, buďte připraveni medializovat svou práci a rozbíjejte mýty a nedorozumění o paliativní péči.

5

Výzvy pro budoucnost nemocniční paliativní péče v ČR

Pilotní projekty v programu Spolu až do konce ukázaly, že systémová implementace paliativní péče v českých nemocnicích je žádoucí a možná. Je však provázána řadou výzev, na které musíme jako společnost hledat odpovědi.

FINANCOVÁNÍ

V českém zdravotnickém systému, který funguje na principu veřejné služby, musí být paliativní péče v nemocnicích součástí standardních úhradových mechanismů stejně jako ostatní zdravotní péče. Je nutné vytvořit adekvátní systém pro úhradu ze zdravotního pojištění, a to pro všechny formy nemocniční paliativní péče. Soukromí dárci mohou nadále podporovat inovativní modely péče, excelentní týmy nebo vznik nových zařízení, systémové řešení ale musí být vytvořeno na úrovni veřejné správy, pojišťoven a ministerstev.

STANDARDY

Pilotní projekty v programu Spolu až do konce dokládají potřebnost paliativní péče ve fakultních nemocnicích i v menších zařízeních v regionech. Týmy v malých i velkých nemocnicích sdílí stejnou filozofii péče, mohou se ale výrazně lišit z hlediska personálního obsazení a rozsahu služeb. Je nezbytné vytvořit systémovou koncepci nemocniční paliativní péče, která bude definovat funkční rámec pro jednotlivé typy zdravotnických zařízení.

ROZVOJ TÝMŮ

Paliativní péče je neochvějně spojena s týmovou spoluprací. Potřebujeme silné osobnosti, které budou lídry

paliativních týmů, budou umět vést, motivovat a budovat důvěru s ostatními odbornostmi. Dnes tolik nedostatečná supervize musí být standardem i v nemocniční péči. Paliativní týmy budou také potřebovat standardizovat procesy, na kterých stojí jejich činnost – o jaké pacienty se mají starat, jak nastavit indikační kritéria, jak vyhodnocovat svou efektivitu, jak zaznamenávat výstupy komplexní paliativní intervence v často rigidním systému zdravotnické dokumentace a další.

VÝZKUM

Nemocniční paliativní péče musí být, stejně jako ostatní medicínské obory, rozvíjena na základě robustní evidence. Potřebujeme excelentní výzkum, který by prohluboval naše znalosti o efektivitě paliativní péče, zdokonaloval naše terapeutické možnosti a pomáhal nám lépe rozumět potřebám pacientů a jejich rodin.

VZDĚLÁVÁNÍ

Je nutné zásadně zlepšit vzdělávání v paliativní péči na úrovni pregraduálního i postgraduálního vzdělávání zdravotníků a podporovat informovanost veřejnosti. Zejména v nejbližších letech bude důležité předávat si vzájemně zkušenosti z pilotních pracovišť a budovat centra excelence.