

tento projekt je spolufinancován Evropskou unií z Evropského sociálního fondu



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

# **Podpora paliativní péče - zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče**

Autoři: PhDr. Martin Loučka, Ph.D., Mgr. Kristýna Poláková, Mgr. Karolína Vlčková

## Obsah zprávy

1. Konsenzuální stanovisko odborných společností
2. Indikátory kvality v paliativní péči
3. Přehled standardů nemocniční paliativní péče

# 1. Konsenzuální stanovisko odborných společností

## Úvod

Jedním z cílů klíčové aktivity 1 bylo vytvoření společného stanoviska odborných společností, které by vyjadřovalo konsenzuální pohled na důležitost rozvoje paliativní péče v nemocnicích napříč odbornostmi. Tato kapitola shrnuje proces tvorby stanoviska i jeho výsledek.

## Metodika

Společné stanovisko vybraných odborných společností ČLS JEP k poskytování nemocniční paliativní péče bylo vytvořeno metodou Delphi, která je pro tyto účely standardní (viz například Sasahara et al., 2009). Tato metoda slouží k vytvoření konsenzuálního stanoviska dobré praxe a její použití je vhodné i v případě paliativní péče (Jünger, et al., 2017). Metodika Delphi se zakládá na tom, že konkrétní výroky jsou hodnoceny v několika kolech a díky tomu je postupně dosaženo konsenzu.

Do expertního panelu byly pozváni zástupci všech odborností, které jsou relevantní v péči o paliativní pacienty. Na výběru těchto odborností se po diskusi shodl realizační tým projektu. Původně byly vybírány pouze odborné společnosti sdružené pod ČLS JEP, ale posléze byly do seznamu přidány i jiné odborné společnosti, které se paliativní péčí také zabývají. Po dokončení výběru odborností byli osloveni předsedové těchto odborných společností, aby doporučili své zástupce do expertního panelu. Oslovení k účasti v expertním panelu odeslalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Z oslovených 26 odborných společností se ozvalo 23 se zájmem zapojit se do tvorby společného stanoviska (seznam zapojených společností viz níže).

### Tvorba stanoviska - první kolo:

Část realizačního týmu projektu, který se skládá z odborníků na paliativní péči, vytvořila první podobu stanoviska, které se skládalo z 19 konkrétních doporučení pro paliativní péči v nemocnicích na základě rešerší literatury. Tato doporučení byla následně diskutována realizačním týmem, doplněna a jejich počet se zvýšil na 22. Poté byl tento dokument převeden do dotazníku a elektronicky rozeslán zástupcům oslovených odborných společností sdružených v expertním panelu k posouzení. Každé doporučení bylo hodnoceno zvlášť z hlediska jeho vhodnosti zařazení do finálního stanoviska na škále od 1 do 9 (1-3 nevhodné; 4-6 částečně vhodné; 7-9 vhodné).

Shoda expertů k jednotlivým doporučením byla stanovena dopředu a základala se na dvou kritériích:

- 1) Rozdíl mezi nejvyšším a nejnižším hodnocením daného doporučení nesmí být větší než 4
- 2) Zároveň medián (prostřední hodnota) hodnocení musí být alespoň 8.

Pokud zvolili zástupci hodnocení 6 či nižší, měli pod otázkou prostor na vysvětlení či návrh na nové formulace daného doporučení.

### Tvorba stanoviska - druhé kolo:

V prvním kole bylo schváleno na základě výše uvedených kritérií 8 doporučení. U dalších 14 nebylo dosaženo potřebné míry shody a realizační tým projektu zapracoval návrhy na změny. Dvě doporučení byla přeformulována a spojena dohromady. V druhém kole byl tedy expertnímu panelu zaslán elektronicky dotazník s 13 doporučeními, která byla znovu hodnocena na škále od 1 do 9 z hlediska míry vhodnosti zařazení do finálního stanoviska. Kritéria pro zařazení zůstala stejná jako v prvním kole.

### **Tvorba stanoviska - třetí kolo:**

V druhém kole bylo expertním panelem schváleno na základě výše uvedených kritérií 8 doporučení, u 5 dalších se objevilo nižší hodnocení, ale pouze u 3 bylo navrženo jejich přeformulování. Tyto návrhy byly zapracovány a následně byla doporučení znovu zaslána elektronicky k finálnímu schválení. Většina oslovených společností text odsouhlasila bez dalších návrhů na změny. Pouze v jednom případě došlo ještě k návrhu na přeformulování a tento návrh byl přijat. S výsledným zněním stanoviska se tedy ztotožňuje všech 23 zapojených společností. Výsledné stanovisko je připojeno v závěru této kapitoly.

Všem zástupcům odborných společností děkujeme za jejich čas a zapojení do tvorby tohoto stanoviska. Stanovisko odborných společností k zajištění a poskytování paliativní péče v nemocnici naleznete v příloze. Jedná se v našich podmínkách o unikátní konsensuální pohled odborných společností na konkrétní problematiku - v tomto případě důležitost zajištění paliativní péče v nemocničním prostředí. Z hlediska projektu na podporu nemocniční paliativní péče, který realizuje MZ ČR, se jedná o potvrzení naléhavosti řešené problematiky a výchozí bod pro argumentaci budoucí implementace pilotovaného modelu péče.

### **Seznam zapojených společností:**

Asociace nemocničních kaplanů, z.s.

Česká asociace sester, o.s.

Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP

Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP

Česká hematologická společnost ČLS JEP

Česká chirurgická společnost ČLS JEP

Česká kardiologická společnost, z.s.

Česká nefrologická společnost, o.s.

Česká neonatologická společnost ČLS JEP

Česká neurologická společnost ČLS JEP

Česká onkologická společnost ČLS JEP

Česká pediatriká společnost ČLS JEP

Česká pneumologická a fizeologická společnost ČLS JEP

Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP

Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP

Česká společnost klinické farmakologie ČLS JEP

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP

Katolická asociace nemocničních kaplanů

Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Psychiatrická společnost ČLS JEP

Společnost dětské neurologie ČLS JEP

Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP

Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP

## LITERATURA

Jünger, S., Payne, S. A., Brine, J., Radbruch, L., & Brearley, S. G. (2017). Guidance on Conducting and Reporting Delphi Studies (CREDES) in palliative care: Recommendations based on a methodological systematic review. *Palliative Medicine*, 31(8), 684–706.

Sasahara, T., Kizawa, Y., Morita, T., Iwamitsu, Y., Otaki, J., Okamura, H., ...Bito, S. (2009). Development of a Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Teams Using a Modified Delphi Method. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(4), 496–504.

# Společné stanovisko odborných společností k zajištění a poskytování paliativní péče v nemocničním prostředí

Toto stanovisko vzniklo jako součást projektu Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče (reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007277).

Cílem tohoto společného stanoviska je pojmenovat klíčové aspekty pro zajištění specializované paliativní péče v nemocnicích v České republice.

1. Paliativní péče je komplexní péče o pacienty se závažným, zejména život limitujícím onemocněním<sup>1,2</sup>.
2. Paliativní péče je poskytována dospělým i dětským pacientům<sup>3</sup>.
3. Zajištění paliativní péče je standardem moderního zdravotního systému a etickým imperativem péče o pacienty<sup>5</sup>.
4. Cílem paliativní péče je udržení co nejlepší kvality života těchto pacientů a jejich blízkých.
5. Klíčovou součástí paliativní intervence je podpora pacientů a jejich blízkých v rozhodování o cílech péče<sup>4</sup>.
6. Nedílnou součástí paliativní péče je tišení bolesti a dalších fyzických symptomů, stejně jako řešení problémů psychické, sociální a spirituální povahy<sup>2</sup>.
7. Paliativní péče může být poskytována zároveň s kauzální léčbou. Dostupná literatura ukazuje, že tento model tzv. časné paliativní péče, vhodný zejména pro nemocniční prostředí, má významný pozitivní efekt na kvalitu života pacientů, kontrolu symptomů a prožívání blízkých pacienta. U některých diagnostických skupin má také vliv na delší dožití pacientů a zároveň tato péče nezvyšuje náklady systému.<sup>6-13</sup>
8. Přínos paliativní péče je dnes empiricky doložen pro široké spektrum chronických onemocnění.<sup>6,8-11,14-17</sup> Mezi tato onemocnění patří zejména: nádorová onemocnění; neurodegenerativní nemoci; pokročilá a konečná stadia chronických orgánových onemocnění; nevratné multiorgánové selhávání v prostředí intenzivní péče; některé vrozené syndromy a onemocnění; AIDS a persistující vegetativní stav<sup>19</sup>.
9. Vzhledem k tomu, že zhruba 60–70 % úmrtí nastává v nemocnicích, je důležité, aby právě v těchto zařízeních byla dostupná jak obecná paliativní péče, tak i její specializovaná forma<sup>18</sup>.

10. Obecná paliativní péče je poskytována všemi zdravotnickými pracovníky v rámci jejich rutinní klinické péče jako dobrá klinická praxe v péči o pacienty se závažným život ohrožujícím onemocněním<sup>20</sup>.
  11. Specializovaná paliativní péče je komplexní péče poskytovaná multidisciplinárním týmem, jenž je tvořen zejména lékařem, všeobecnou nebo dětskou sestrou, sociálním pracovníkem, psychologem a nemocničním kaplanem, kteří mají adekvátní vzdělání. Specializovaná paliativní péče je určena pacientům, kteří komplexností svých potřeb přesahují možnosti, případně kompetence poskytovatelů obecné paliativní péče<sup>20</sup>.
  12. Specializovaná paliativní péče v nemocnici může mít formu samostatného lůžkového oddělení, konziliárního paliativního týmu nebo paliativní ambulance. Své místo má v nemocnicích akutní, následné i dlouhodobé péče.
  13. Součástí nemocniční paliativní péče je i podpora pacientů a jejich blízkých při orientaci v systému návazné péče, včetně překlady do hospiců a kultivace spolupráce s těmito organizacemi.
- ❖ K dosažení funkční sítě nemocniční paliativní péče doporučujeme realizaci těchto opatření:
  - ❖ Zajištění dostupnosti adekvátní formy specializované paliativní péče v nemocnicích, a to podle kapacity, charakteru a potřeb daného zařízení i návazných služeb v regionu.
  - ❖ Vytvoření standardů, definujících personální strukturu a kompetence paliativních týmů pro jednotlivé typy zdravotnických zařízení.
  - ❖ Podpora zavádění vnitřních metodických pokynů k zajištění paliativní péče o pacienty v daném zařízení.
  - ❖ Systematické vzdělávání lékařských i nelékařských profesí s cílem prohlubování kompetencí v obecné paliativní péči na pregraduální i postgraduální úrovni.
  - ❖ Rozvíjení výzkumu v oblasti paliativní péče v souladu s principy medicíny založené na důkazech.
  - ❖ Vytvoření systému hodnocení efektivity poskytování paliativní péče.
  - ❖ Ve spolupráci s veřejnou správou a pojišťovnami vytvoření adekvátního úhradového mechanismu pro financování paliativní péče v nemocničním prostředí.

**Na tvorbě společného stanoviska se podílely tyto odborné společnosti:**

Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP  
Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP  
Česká hematologická společnost ČLS JEP  
Česká chirurgická společnost ČLS JEP  
Česká kardiologická společnost, z.s.  
Česká nefrologická společnost, o.s.  
Česká neonatologická společnost ČLS JEP  
Česká neurologická společnost ČLS JEP  
Česká onkologická společnost ČLS JEP  
Česká pediatriká společnost ČLS JEP  
Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP  
Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP  
Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP  
Česká společnost klinické farmakologie ČLS JEP  
Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP  
Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP  
Psychiatrická společnost ČLS JEP  
Společnost dětské neurologie ČLS JEP  
Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP  
Společnost radiční onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP  
Česká asociace sester, o.s.  
Katolická asociace nemocničních kaplanů  
Asociace nemocničních kaplanů, z.s.

## **Literatura**

- 1 Radbruch L, Payne S, the Board of Directors of the EAPC (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), 278-289
- 2 Kelley AS, Morrison RS (2015) Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine*, 373:747-755.
- 3 American Academy of Pediatrics (2013) Policy statement: Pediatric Palliative Care and Hospice Care Commitments, Guidelines, and Recommendations. *Pediatrics*, 132(5): 966-972.



4 Bernacki RE, Block SD (2014) Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. *JAMA Internal Medicine*, 174(12):1994-2003.

5 Rezoluce Světové zdravotnické organizace (WHO) 67.19 Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. Dostupné z [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R19-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf)

6 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.

7 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.

8 Hays RM, Valentine J, Haynes G, et al. (2006) The Seattle Pediatric Palliative Care Project: Effects on Family Satisfaction and Health-Related Quality of Life. *Journal of Palliative Medicine*, 9(3): 716-728.

9 Higginson IJ, Bausewein C, Reilly Ch, 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.

10 Hussain J, Mooney A, Russon L. (2013). Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. *Palliative Medicine*, 27(9), 829-839.

11 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.

12 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.

13 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.

14 Rogers JG, Patel CB, Mentz RJ, et al. (2017) Palliative Care in Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 70(3):331-341.

15 Oliver DJ, Borasio GD, et al. (2016) A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. *European Journal of Neurology*, 23(1): 30-38.

16 Fairman N, Irwin SA (2013) Palliative Care Psychiatry: Update on an Emerging Dimension of Psychiatric Practice. *Current Psychiatry Reports*, 15:374-383.

17 Miner TJ, Cohen J, Charpentier K (2011) The Palliative Triangle: Improved patient selection and outcomes associated with palliative operations. *Archives of Surgery*, 146(5):517-523.

18 Quill TE, Abernethy AP. (2013) Generalist plus Specialist Palliative Care - Creating a More Sustainable Model. *New England Journal of Medicine*, 368;13 1173-1175

19 Česká společnost paliativní medicíny (2013). *Standardy paliativní péče*. Dostupné z [https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp\\_cspm\\_2013\\_def.pdf](https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf)

20 Ministerstvo zdravotnictví ČR (2017). Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče. *Věstník*, 13, 23-27.

## 2. Indikátory kvality paliativní péče

S rozvojem paliativní péče roste také potřeba vyhodnocovat její efektivitu a dopad. Evaluace je nutná pro pochopení, jak paliativní intervence vlastně funguje, jaký má dopad na pacienta, jeho blízké i celý systém. Díky vyhodnocování kvality péče můžeme lépe navrhovat organizační uspořádání i obsah poskytované péče a ve zdravotnictví u nás i v zahraničí se této oblasti věnuje velká pozornost (MZČR, 2013, Válková, 2015). Klasická teorie hodnocení kvality zdravotní péče pracuje s modelem Avedise Donabediana, který rozdělil indikátory kvality na tři typy, které pokrývají tři dimenze poskytování zdravotní péče – indikátory struktury, procesů a výstupů.

Indikátory struktury se týkají zázemí, vybavení a zdrojů poskytovatele péče – počtu personálu, jeho kvalifikace a vzdělání, dostupnosti opiátů, kapacitních možností zařízení. Indikátory procesů zahrnují měření efektivity a správnosti poskytnuté péče – délku intervencí, dostupnost týmu, čekací dobu od vyžádání konzilia, obsah zdravotnické dokumentace, četnost konkrétních vyšetření nebo intervencí nebo shodu poskytnuté péče s akreditačními standardy. A konečně indikátory výstupů se týkají hodnocení péče z hlediska jejího výsledku a dopadu – mortalita, poměr rehospitalizací, intenzita symptomů, spokojenost s péčí reportovaná pacientem nebo rodinou, nebo třeba kvalita života. Naplnění jednotlivých indikátorů se většinou měří poměrem mezi počtem pacientů, u kterých se daný indikátor naplnil oproti celkovému počtu relevantních pacientů (například s určitou diagnózou nebo přijatých na určitou kliniku) za určité období.

Vzhledem ke komplexitě paliativních intervencí je pro hodnocení kvality paliativní péče nutné stanovit podobně komplexní set indikátorů, které budou reflektovat širší působení paliativních týmů. V literatuře najdeme několik přístupů k popsání rozsahu toho, co paliativní péče zahrnuje. Pro účely této zprávy se odkazujeme na jeden z nejvýznamnějších modelů, vytvořený v USA v rámci *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (2013). Tento model (dále NCP) je využíván v USA i Evropě pro systémové uchopení rozsahu paliativní péče a v roce 2018 vyjde již ve 4. upraveném vydání. Konkrétně pak obsahuje 8 domén paliativní péče, které jsou uvedené v následujícím seznamu.

### Domény pro měření kvality péče

1. Struktura a proces péče
2. Péče o fyzické symptomy
3. Psychologické a psychiatrické aspekty péče
4. Sociální rozměr péče
5. Spirituální, náboženský a existenciální rozměr péče

6. Kulturní aspekt péče
7. Péče v závěru života
8. Etické a právní aspekty péče

Ke každé doméně se následně tvoří adekvátní indikátory, jejichž splnění nebo nesplnění (případně částečně splnění) vyjadřuje kvalitu poskytnuté paliativní péče.

Cílem této kapitoly je představit aktuální pohled na doporučené indikátory pro měření kvality paliativní péče, založené na rešerši dostupné literatury a zahraničních zkušenostech. Konkrétně pak uvádíme několik projektů, které nabízí nejrelevantnější inspiraci pro současnou situaci nemocniční paliativní péče v České republice. Vzhledem k rozsahu této zprávy bylo nutné provést tento výběr a syntézu poznatků z literatury, protože téma měření kvality péče je velmi široké a většina autorů ve svých projektech pracuje s modifikacemi dříve publikovaných indikátorů nebo si přímo vytváří vlastní – v jednom z posledních systematických přehledů publikovaných studií na toto téma (De Roo, 2013) autoři identifikovali 17 setů indikátorů vytvořených již přímo pro hodnocení paliativní péče, zahrnujících celkem 326 odlišných indikátorů.

### Nejvýznamnější projekty

V poslední době bylo uskutečněno několik významných projektů s cílem definovat set indikátorů pro měření kvality paliativní péče. V Evropě byl v letech 2007-2010 realizován projekt EUROPALL (Woitha et al., 2012), do kterého byly zapojeny instituce zabývající se paliativní péčí ze sedmi zemí (Belgie, Velká Británie, Francie, Německo, Nizozemí, Polsko a Španělsko). I když se v tomto projektu věnovali pouze indikátorům struktury a procesů, rozsáhlost tématu měření kvality zdravotní péče reflektuje fakt, že výsledný set obsahuje 110 indikátorů. Vybrané kategorie, do kterých byly tyto indikátory rozřazeny, jsou v tabulce 1 a celý set indikátorů pak v příloze této zprávy.

Tabulka 1
Kategorie indikátorů projektu EUROPALL (Woitha et al., 2012)
Definice paliativního týmu
Dostupnost paliativní péče
Dostupnost léků
Návaznost péče
Zázemí pro tým

Informovanost o paliativní péči
Vzdělání pro tým a dobrovolníky
Podpora týmu (supervize, hodnotící pohovory)
Organizace péče
Sdílení informací
Dokumentace
Včasnost dokumentace
Systém pro kontrolu kvality
Výzkumná a vzdělávací činnost

Pro účely projektu o nemocniční paliativní péči je důležitá práce Twaddle a kol. (2007), kteří v USA stanovili 11 indikátorů pro měření paliativní péče v nemocnicích. Zároveň provedli vyhodnocení dosažení těchto indikátorů u 35 větších univerzitních nemocnic (medián kapacity byl 556 lůžek, rozptyl 206-937) a provedli také analýzu s cílem zjistit efekt dostupnosti paliativního týmu na dosažení zvolených indikátorů. Jedenáct zvolených indikátorů kvality bylo hodnoceno na základě retrospektivní analýzy zdravotnické dokumentace. Všechny jsou uvedeny v tabulce 3, společně s mírou jejich dosažení. Celkové naplnění indikátorů bylo významně vyšší, pokud byl v nemocnici dostupný specializovaný paliativní tým (69.3% vs. 53.8%).

<i>Tabulka 3</i>	
<b>Úroveň naplnění indikátorů kvality paliativní péče v amerických nemocnicích</b> (N=35, Twaddle et al., 2007)	
<b>indikátor</b>	<b>Medián naplnění indikátoru</b>
Zhodnocení bolesti <sup>a</sup>	98.5 %

Využití numerické škály pro měření bolesti	85.2 %
Snížení bolesti <sup>a</sup>	78.3 %
Souběžná administrace laxativ při použití opiátů	59.1%
Zhodnocení dušnosti <sup>a</sup>	95 %
Snížení dušnosti <sup>a</sup>	80 %
Záznam celkového stavu pacienta (prognóza, psychosociální problémy, funkční stav, celková symptomová zátěž) <sup>a</sup>	15.6 %
Psychosociální zhodnocení stavu pacienta <sup>b</sup>	17.8 %
Rodinná konference / setkání s pacientem nad plánem péče <sup>c</sup>	40.5 %
Plán péče s ohledem na využití návazných služeb <sup>b</sup>	55.0 %
Zajištění návazné péče	75.0 %
<sup>a</sup> během 48 hodin po přijetí	
<sup>b</sup> během 4 dní po přijetí	
<sup>c</sup> během 1 týdne po přijetí	

Alternativním setem indikátorů, testovaným také specificky v nemocničním prostředí, nabízí projekt PEACE (Hanson et al., 2012). Vychází opět z domén NCP a v USA je rozšířen díky iniciativě *Measuring What Matters* (Dy et al., 2015).

Tabulka 4

## Indikátory kvality paliativní péče podle projektu PEACE (Hanson et al., 2012)

### ***Struktura a proces péče***

1. Procento pacientů, přijatých pro více než 1 den, u kterých bylo provedeno základní zhodnocení fyzických symptomů (bolest, dušnost, zácpa, nauzea) během příjmu.
2. Procento pacientů, přijatých pro více než 1 den, u kterých bylo provedeno komplexní zhodnocení obtíží (bolest, dušnost, zácpa, nauzea, psychosociální obtíže, spirituální potřeby) během 5 dnů od příjmu.

### ***Péče o fyzické symptomy: bolest***

3. Procento všech pacientů, u kterých byla zhodnocena bolest během příjmu
4. Procento pacientů, u kterých byla při příjmu zjištěna střední nebo silná bolest a následně bylo provedeno podrobnější zhodnocení lékařem (během 24 hodin)
5. Procento pacientů, u kterých byla při příjmu zjištěna střední nebo silná bolest a následně byla zahájena léčba bolesti (během 24 hodin)
6. Procento pacientů, u kterých byla při příjmu zjištěna střední nebo silná bolest a následně byl nastaven plán léčby bolesti (během 24 hodin)

### ***Péče o fyzické symptomy: dušnost***

7. Procento všech pacientů, u kterých byla zhodnocena dušnost během příjmu
8. Procento pacientů, u kterých byla vyhodnocena dušnost a během 24 hodin byla zahájena její léčba.
9. Procento pacientů, u kterých byla vyhodnocena dušnost a měli druhé zhodnocení dušnosti během 24 hodin

### ***Péče o fyzické symptomy: ostatní symptomy***

10. Procento pacientů, jejichž symptomy jsou léčeny opioidy a zároveň mají administrována laxativa.

### ***Emocionální a spirituální aspekty péče***

11. Procento pacientů, kteří mají zaznamenáno v dokumentaci rozhovor o spirituálních nebo náboženských potřebách.
12. Procento pacientů, kteří mají zaznamenáno v dokumentaci rozhovor o emočních nebo psychologických potřebách.

### ***Péče v závěru života: poslední týden před smrtí***

13. Procento pacientů, kteří zemřeli a měli v posledním týdnu před smrtí zaznamenanu střední nebo silnou bolest.

***Komunikace a rozhodovací proces: etické a právní aspekty péče***

14. Procento pacientů, kteří mají zaznamenáno v dokumentaci preference vůči resuscitaci a dalším život prodlužujícím úkonům.

15. Procento pacientů, kteří mají zaznamenáno v dokumentaci dříve vyslovené přání nebo informaci, že DVP nemají sepsáno.

16. Procento pacientů, u kterých je v dokumentaci uvedeno jméno a kontakt na zástupce pro rozhodování o zdravotní péči.

17. Procento pacientů s omezenou schopností rozhodování (demence, kóma), u kterých je v dokumentaci uvedeno jméno a kontakt na zástupce pro rozhodování o zdravotní péči.

Autoři iniciativy Measuring What Matters dodávají, že je nutné hledat i tzv. globální indikátor, měřící zkušenost pacientů a rodin. V tomto ohledu doporučují jeden ze 4 dotazníků pro měření kvality péče – pro hospicové prostředí vytvořený dotazník FEHC *Family Evaluation of Hospice Care* (<https://www.nhpco.org/fehc-survey-materials>), specifickou variantu, využitelnou pro paliativní péči v nemocnicích - *Family Evaluation of Palliative Care* (<https://www.nhpco.org/fehc-survey-materials>), Bereaved Family Survey (<https://www.cherp.research.va.gov/PROMISE/>) nebo Consumer Assessments and Reports of End of Life (<http://www.chcr.brown.edu/pcoc/toolkit.htm>).

Při tvorbě každého systému pro měření kvality paliativní péče je nutné vzít v potaz specifika prostředí, na které se zaměřujeme a dostupnost dat, potřebných pro vyhodnocení jednotlivých indikátorů. V literatuře jsou dostupné specifické sady indikátorů pro určité populace paliativních pacientů, například kardiologické pacienty (Mizuno et al., 2017), onkologické pacienty (Kamal et al., 2014) nebo pro využití v pediatrii (Charlebois, Cyr, 2015).

## LITERATURA

Charlebois J, Cyr C (2015). Quality indicators for pediatric palliative care. *Paediatrics and Child Health*, 20(3), s.145-147.

- De Roo ML, et al. (2013). Quality Indicators for Palliative Care: Update of a Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), s. 556-572.
- Dy SM, et al. (2015). Measuring What Matters: Top-Ranked Quality Indicators for Hospice and Palliative Care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(4), s. 773-781.
- Hanson LC, et al. (2012). Measuring Palliative Care Quality for Seriously Ill Hospitalized Patients. *Journal of Palliative Medicine*, 15(7), s.798-804.
- Kamal AH, et al. (2014). Quality Measures for Palliative Care in Patients With Cancer: A Systematic Review. *Journal of Oncology Practice*, 10(4), s. 281-287.
- Mizuno A, et al. (2017). Potential palliative care quality indicators in heart disease patients: A review of the literature. *Journal of Cardiology*, 70(4), s. 335-341.
- MZČR (2013). Národní sada indikátorů zdravotní péče. Dostupné z [http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/indikatory-kvality-zdravotni-pece\\_2907\\_29.html](http://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/indikatory-kvality-zdravotni-pece_2907_29.html)
- National Consensus Project for Quality Palliative Care (2013). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, 3rd. [www.nationalconsensusproject.org](http://www.nationalconsensusproject.org)
- Twaddle ML, et al. (2007). Palliative Care Benchmarks from Academic Medical Centers. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), s. 86-98.
- Válková M (2015). *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: IPVZ.
- Woitha K, et al. (2012). Development of a set of process and structure indicators for palliative care: the Europall project. *BMC Health Services Research*, 12:381, doi: 10.1186/1472-6963-12-381.

### 3. Standardy paliativní péče v nemocničním prostředí



V této kapitole přinášíme ucelený přehled zahraničních dokumentů, které se věnují problematice standardů zaměřených na nemocniční paliativní péči. Pro účely tohoto textu byla dostupná literatura shromážděna a analyzována formou systematické přehledové studie s cílem identifikace vhodných přístupů k definici standardů pro nemocniční paliativní péči.

## Zdroje dat

Dokumenty, které byly ve studii použity pocházejí z různých zdrojů. Tato metodika byla zvolena za účelem identifikace co nejvíce relevantních dokumentů. Jedná se o následující zdroje:

### Kategorie A Přehled odborných časopiseckých publikací

Články identifikované systematickým hledáním v odborných časopiseckých databázích. Prohledány byly odborných elektronické databáze Medline, Embase, Scopus, SocIndex, Cochrane Library za použití předem definovaných klíčových slov. Klíčová slova pro hledání relevantních článků a dalších materiálů byla vygenerována v pomoci databáze Medline za pomoci MeSH terminologie. Výsledná klíčová slova a fráze použita pro hledání v databázích byla následující:

- (palliative) AND (standards) AND (hospital)
- palliative AND (standards OR guide lines) AND hospitals

V první fázi byla analyzována abstrakta článků s následnou podrobnou analýzou plných textů článků, které prošly vstupním hodnocením. Nalezeno bylo celkem 2404 článků, po odstranění duplikátů (145 článků) bylo zbylých 2259 článků zahrnuto do další analýzy na základě názvu článku a abstraktu. Celkem 68 článků bylo vybráno pro podrobnější další analýzu celého textu. Po přečtení všech 68 článků bylo vybráno 28 článků, které splňovaly kritéria pro zahrnutí do další analýzy.

### Kategorie B Odborné zprávy o stavu paliativní péče v daných zemích (tzv. „country reports“) a atlasy paliativní péče

Jedná se o odborné zprávy o paliativní péči publikované [EAPC](#), [IAHPC](#), [WPCA](#) a International Observatory on End of Life Care při Lancaster University v Anglii. Tyto *country reports* a atlasy paliativní péče využívají lokálních informantů a obsahují odkazy na relevantní materiály z daných zemí, které by nemusely být identifikovány jinou formou.

### Kategorie C Gray literature

Kromě databází byly prohledány i další zdroje. Jedná se o tzv. „gray literature“ zahrnující sborníky z konferencí a workshopů, publikace odborných asociací a dalších institucí, dostupné skrz volné online vyhledávání (platforma Google Scholar). Prohledány byly sborníky z

konferencí EAPC, ICPCCN, Montreal Palliative Care Congress a Sapporo Conference for Palliative Care. Celkem bylo nalezeno 11 dokumentů. Do výsledné analýzy byly zařazeny dva dokumenty.

## Kategorie D Expertní panel

Dalším zdrojem pro identifikaci standardů v nemocniční paliativní péči byli zahraniční experti. Zahraniční expertní skupina byla vytvořena zástupci paliativních společností, sdružených pod Evropskou asociací paliativní péče (EAPC). Zástupci společností byli osloveni e-mailem s žádostí o poskytnutí doporučených postupů odborných společností, národních standardů, dokumentů pojišťoven, vyhlášek a jiných legislativních dokumentů, týkajících se nemocniční paliativní péče. Kontaktní e-mail byl odeslán na 84 adres, celkem odpovědělo 16 expertů. Touto cestou bylo získáno 38 dokumentů. V analýze jsou nyní zařazeny pouze dokumenty, které byly napsané v anglickém nebo německém jazyce.

## Analýza dat

Získané dokumenty, odborné články a další materiály, byly následně podrobeny analýze zaměřené na zhodnocení jejich kvality a relevantnosti k danému tématu. Vzhledem k širokému rozpětí dokumentů od úzkého zaměření na specializovanou paliativní péči poskytovanou v nemocnicích v konkrétním státě až po obecné mezinárodně platné dokumenty o paliativní péči byly do výsledné analýzy vybrány dokumenty, které jsou zaměřené na specializovanou nemocniční péči v jednotlivých zemích. V analýze je celkem devět dokumentů, které byly vydány ve Velké Británii (Skotsko a Wales), Rakousku, Norsku, na Slovensku, v Austrálii, Libanonu, Japonsku a v Africe (Uganda). Tyto dokumenty dále prošly obsahovou analýzou zaměřenou na následující parametry:

- rok vydání
- země původu dokumentu
- úroveň působnosti standard
- míra závaznosti standardů
- způsob vytvoření standardů
- struktura standardů
- obsah standardů (personální složení paliativních týmů, kvalifikace a vzdělávání členů týmu, struktura poskytování paliativní péče v dané zemi, dostupnost péče, způsob odesílání pacientů do paliativní péče)

--- tabulka ---

## **Přehled analyzovaných dokumentů**

Všechny dokumenty prezentované v této analýze se zabývají specializovanou paliativní péčí, která je poskytována v nemocnicích buď na paliativních odděleních nebo nemocničním

paliativním týmem, případně se jedná o kombinaci obou způsobů poskytování péče. Standardy jsou určeny pro všechny pacienty s vážným, život ohrožujícím nebo chronickým onemocněním a pro pacienty v závěru života. Standardy vydané ve Walesu a v Japonsku jsou určeny hlavně pro pacienty s onkologickou diagnózou. Všechny standardy jsou určeny pro dospělé pacienty, ale australské a skotské standardy je možné použít i v pediatrii. Standardy vydané v Ugandě obsahují také standardy specificky vytvořené pro dětskou populaci.

Tvorba standardů vždy probíhala ve spolupráci s lékaři a zdravotními sestrami s dostatečnou expertízou a praxí ve svých kmenových oborech a se zkušeností s paliativní péčí. Do tvorby standardů byly ve většině případech zapojeny i další odborníci. Jedná se o sociální pracovníky, kaplany, farmaceuty a management nemocnic nebo hospiců. Ve vybraných zemích byly do tvorby standardů zapojeni také pacienti nebo patientské organizace (Skotsko, Wales, Uganda). Při tvorbě standardů byly využity již existující dokumenty, a to jak národní dokumenty, tak dokumenty a standardy vydané mezinárodními organizacemi zabývající se paliativní péčí nebo kvalitou poskytované péče (jedná se např. o dokumenty vydané NICE, EAPC, JCAHO, CAPC a další). Tvorby standardů pro Afriku se zúčastnili také vybraní odborníci ze zahraničí. Tvorba standardů trvala od jednoho roku do pěti let. Standardy vytvořené v Austrálii, Rakousku, Walesu jsou revizí a aktualizací předchozích standardů nebo koncepcí paliativní péče. Ačkoliv tvorba standardů pro paliativní péči byla většinou iniciována asociacemi pro paliativní péči nebo pro onkologii, v některých zemích o tvorbu standardů projevil zájem i místní vláda (Slovensko, Rakousko, Wales, Libanon, Uganda).

Kromě vládní koncepce paliativní péče vydaná ve Slovenské republice jsou všechny standardy pouze doporučené a nejsou právně závazné. Způsob, jakým budou standardy implementovány je většinou ponechán na jednotlivých zařízeních, které si mají vytvořit své vlastní standardy a směrnice pro poskytování paliativní péče. Předložené standardy tak představují, jak má poskytování kvalitní paliativní péče v nemocnici vypadat a uvádí minimální požadavky pro dosažení požadované úrovně péče a v některých případech také konkrétní kritéria pro hodnocení kvality péče (Rakousko, Wales, Skotsko, Austrálie, Norsko, Uganda). Zajištění kvality poskytované péče a měření kvality péče je uváděn jako nezbytný předpoklad pro poskytování nemocniční paliativní péče. Kvalitou péče se zabývají všechny zde prezentované dokumenty kromě dokumentu z Libanonu.

Specializovaná paliativní péče musí být vždy poskytována multidisciplinárním týmem, který se skládá z lékařů a sester s dostatečnou kvalifikací a praxí v paliativní péči. Požadavky na vzdělání personálu jsou uvedeny ve všech zde uvedených dokumentech. Kromě lékaře, zdravotní sestry a sociálního pracovníka, kteří tvoří základ týmu, má být v týmu také fyzioterapeut, ergoterapeut, kaplan, nutriční terapeut, psycholog, psychiatr a farmaceut. Tým by měl mít k dispozici lékaře s odborností v onkologii, anesteziologii, interní lékařství, chirurgie, praktické lékařství. V Norsku, Skotsku a Walesu upozorňují na potřebu administrativního pracovníka, který slouží jako podpora týmu. Nezbytné je kontinuální vzdělávání všech členů týmů, kteří mají mít vytvořen osobní vzdělávací plán (Skotsko, Austrálie, Slovensko, Uganda).

Poskytovatelé specializované paliativní péče, obzvláště pak centra excellence, se mají aktivně podílet na výuce paliativní péče na všech úrovních. Kromě výuky se mají také věnovat výzkumu

v paliativní péči a mají mít navázány formální kontakty s místními univerzitami (Norsko, Wales, Skotsko, Libanon, Uganda, Austrálie).

Kromě koncepce paliativní péče vydané na Slovensku a v Rakousku nejsou v ostatních standardech uvedena indikační kritéria pro přijetí pacientů do péče. Britské a japonské standardy uvádějí, že jednotlivá zařízení si indikační kritéria pro převzetí pacientů do paliativní péče mají vytvořit sami. Paliativní týmy mají mít vytvořené protokoly pro poskytování péče v akutních situacích a v závěru života. Přejít mezi jednotlivými poskytovateli péče má probíhat bez zbytečných odkladů a má být jednoduchý a dobře koordinovaný.

Nezbytné je proto efektivní předávání informací o stavu pacienta, jeho léčbě a plánu péče (Wales, Rakousko, Austrálie, Uganda).

V následující části analýzy budou jednotlivé dokumenty představeny podrobněji se zaměřením na výše uvedené parametry (země původu, originální název, rok vydání, úroveň působnosti standardů, míra závaznosti standardů, způsob vytvoření standardů, struktura standardů, obsah standardů).

## 1. Národní standardy pro specializovanou paliativní péči v onkologii 2005

<b>Země původu:</b>	Velká Británie, Wales
<b>Originální název:</b>	National Standards for Specialist Palliative Care Cancer Services 2005
<b>Rok vydání:</b>	2005
<b>Vydalo:</b>	National Health Service Wales
<b>Cílová skupina:</b>	Zařízení, poskytující paliativní péči onkologickým pacientům.

### Způsob vytvoření standardů

Standardy byly vytvořeny na základě požadavku Velšského národního shromáždění. Tvorba standardů byla zadána koordinační skupině pro onkologii. Tvorba standardů byla zahájena v roce 2003 revizí stávajících standardů za použití nově vydaných národních strategií a standardů věnujících se pacientům s rakovinou. Během tvorby standardů byly využity i dokumenty aktuálně publikované Národním institutem pro zdraví a péči excellence (NICE). Do tvorby standardů byli dále zapojeni odborníci z velšské onkologické asociace. Standardy vytvořené pracovní skupinou byly předloženy Národnímu shromáždění v červenci 2004. Do tvorby standardů byli zapojeni lékaři různých odborností (paliativní medicína, onkologie, patologie, praktické lékařství, chirurgie), zdravotní sestra se specializací v onkologii, zástupci pacientů, management onkologických asociací a představitelé Národního shromáždění.

### Měření kvality péče

Každý standard má definovaná kritéria, která jsou určena k hodnocení zda jsou standardy naplněny.

### Struktura standardů

Standardy představují základní požadavky pro poskytování specializované paliativní péče. Jsou určeny pro všechna zařízení, ve kterých je specializovaná paliativní péče poskytována včetně paliativních oddělení, poskytovatele domácí péče nebo hospice. Na základě těchto standardů si jednotlivá zařízení mají vytvořit své vlastní protokoly a standardy.

Standardy jsou členěny do čtyř tematických oblastí podle organizačních požadavků, které jsou klíčové pro poskytování kvalitní paliativní péče. Každá oblast obsahuje jednotlivé standardy včetně kritérií pro hodnocení.

Oblasti:

- Organizace poskytování péče a spolupráce (Standard 1, 2)
- Péče orientovaná na pacienta (Standard 3)
- Multidisciplinární tým (Standard 4)
- Indikace pacientů k paliativní péči a paliativní léčba (Standard 5,6,7)

Specializovaná paliativní péče musí být poskytována multidisciplinárním týmem, který má adekvátní diagnostické, terapeutické a ošetrovatelské znalosti a schopnosti. Paliativní tým musí poskytovat svoji péči celodenně a ideálně 7 dní v týdnu a být dostupný pro telefonické konzultace 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. Paliativní oddělení musí poskytovat nepřetržitou péči. Paliativní tým poskytující specializovanou paliativní péči musí mít dva lékaře s atestací v paliativní medicíně, zdravotní sestru s kvalifikací v paliativní péči, sociálního pracovníka s odpovídajícím vzděláním v paliativní péči a administrativního pracovníka. Kromě těchto profesí v týmu má být dále zastoupen ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog nebo psychiatr, kaplan, onkolog, farmaceut, nutriční terapeut a klinický logoped. Všichni členové týmu by měli mít kvalifikaci v paliativní péči odpovídající potřebám jejich profese. Počet personálu není přesně definován, ale má být dostatečný tak, aby byl tým schopen zajistit péči sedm dní v týdnu a přijímat nové pacienty do péče bez zbytečných prodlev. Tým by měl být schopen vyšetřit nové pacienty i mimo běžné ordinační hodiny. (Standard 4).

Každá nemocnice poskytující specializovanou paliativní péči by si měla vytvořit vlastní indikační kritéria pro překlad pacienta do péče paliativního týmu a jakým způsobem může být pacient do péče přeložen. Dále musí být uvedeno, jakým způsobem je možné poskytnout péči, která není poskytována přímo paliativním týmem. Pacienti s obtížně zvládnutelnými projevy nemoci by měli být vyšetřeni paliativním týmem během dvou dnů od prvního kontaktu. (Standard 5)

Paliativní péče má být poskytována systematicky a její poskytování je založeno na vzájemné spolupráci odborníků tak, aby potřeby pacientů byly vyhodnocovány standardním postupem. Paliativní tým by měl mít proto vytvořen protokol pro hodnocení následujících potřeb pacienta: kontrola příznaků, funkční potřeby, psychologické, sociální a spirituální potřeby a potřeby pečujících. Tým by měl mít dále vytvořen protokol pro poskytování paliativní péče v následujících situacích: kontrola specifických příznaků, běžné akutní situace v paliativní péči a péče v závěru života, včetně péče o rodinu a blízké. (Standard 6)

Tým specializované paliativní péče by se měl aktivně podílet na výzkumu v paliativní péči (nábor pacientů do výzkumných studií) a na vzdělávacích aktivitách. (Standard 6 a 7)

Vzhledem k tomu, že paliativní péče může být poskytována současně s kurativní léčbou, je nezbytná dostatečná spolupráce mezi jednotlivými ošetřujícími lékaři, aby přechod mezi jednotlivými poskytovateli péči byl co nejjednodušší a efektivní. Paliativní tým musí mít přístup k potřebným informacím ohledně zdravotního stavu pacienta a péče musí být dobře koordinována. (Standard 7).

## 2. Klinické standardy pro specializovanou paliativní péči

<b>Země původu:</b>	Velká Británie, Skotsko
<b>Originální název:</b>	Clinical Standards for Specialist Palliative Care
<b>Rok vydání:</b>	2002
<b>Vydalo:</b>	Clinical Standards Board for Scotland
<b>Cílová skupina:</b>	Standardy jsou určeny pro všechny pacienty, kteří vyžadují specializovanou paliativní péči bez ohledu na jejich primární diagnózu a místo poskytování péče. Standardy jsou aplikovatelné také pro dětskou paliativní péči.

### Způsob vytvoření standardů

Pro tvorbu standardů byla vytvořena projektová skupina, ve které byli zástupci vybraných organizací. Tvorba standardů pro specializovanou paliativní péči byla zahájena v září roku 2000. Standardy byly vytvářeny během opakovaných setkání členů realizačního týmu a výsledné standardy byly testovány v roce 2001 ve vybraných hospicích k zajištění jejich aplikovatelnosti v různých prostředích. Na tvorbě standardů se podíleli zdravotníci (lékaři, zdravotní sestry), sociální pracovníci, kaplan, farmaceut, manažeři vybraných hospiců, pacienti i široká veřejnost.

### Měření kvality péče

Výsledné standardy jsou určeny k hodnocení kvality. Kritéria pro hodnocení dosažení standardů jsou jasně definována.

### Struktura standardů

Jedná se o velmi detailně propracované standardy, které zahrnují jasně definovaná kritéria, kterých je potřeba dosáhnout, aby byl standard naplněn. Kritéria jsou rozdělena na základní a rozšířená. Dosažení základních kritérií je nezbytným předpokladem pro všechny poskytovatele péče. Dokument obsahuje 8 standardů, přičemž standardy 1, 2 a 3 jsou rozděleny dle poskytovatele péče na specializované paliativní oddělení a na nemocniční specializované paliativní týmy.

- Standard 1 - Dostupnost specializované paliativní péče
- Standard 2 - Základní elementy specializované paliativní péče
- Standard 3 - Řízení lidí a zdrojů
- Standard 4 - Vzdělávání
- Standard 5 - Komunikace mezi odborníky

- Standard 6 - Komunikace s pacienty a pečovateli
- Standard 7 - Léčebné intervence
- Standard 8 - Pacient

Specializovaná paliativní péče má být dostupná dle potřeby pacienta. Poskytovatel péče musí mít jasně definována indikační kritéria pro překlad pacienta. Kritéria mají být vytvořena na základě spolupráce mezi lékaři různých úrovní a specializací v daném zařízení. V případě oddělení paliativní péče musí být kontakt s pacientem navázán nejdéle do 2 pracovních dnů od odeslání žádosti o specializovanou paliativní péči. Nemocniční paliativní tým by měl pacienta kontaktovat během jednoho pracovního dne. (Standard 1)

Specializovaná paliativní péče musí být dostupná 24 hodin denně, a to jak její lékařská, tak ošetrovatelská složka. Dále musí být pacientům dostupná 24 hodinová telefonická podpora. (Standard 1,2)

Specializovaná paliativní péče je poskytována vysoce kvalifikovaným multidisciplinárním týmem, který zahrnuje lékaře, sestry, kaplana, sociálního pracovníka, ergoterapeuta, farmaceuta a fyzioterapeuta. Tým spolupracuje s dalšími odborníky (např. onkolog, nutriční terapeut, psycholog, psychiatr) a má k dispozici administrativního pracovníka. Pokud paliativní tým pečuje o dětského pacienta musí mít k dispozici dětskou zdravotní sestru. Standardy přesně určují potřebné vzdělání. Lékař musí mít atestaci v paliativní péči a zdravotní sestra magisterské vzdělání v paliativní péči nebo musí být registrována jako sestra specialista v paliativní péči. Všichni členové týmu se kontinuálně vzdělávají a mají vytvořený osobní plán profesního rozvoje. (Standard 3)

Specializovaný paliativní tým nebo oddělení organizuje vzdělávací aktivity na všech úrovních, a to pro lékaře a nelékařské zdravotní pracovníky, kteří poskytují obecnou nebo specializovanou paliativní péči. Pro vzdělávací aktivity mají k dispozici dostatečné zázemí, včetně přístupu do odborné knihovny, k internetu a do odborných databází. Výuka musí být dostatečně multidisciplinární a věnovat se oblastem zahrnující fyzické, psychologické, sociální a spirituální aspekty paliativní péče. Dále se věnuje etickým problémům v závěru života a komunikaci. (Standard 4)

Nezbytný je také sběr dat ohledně pacientů, kteří využili specializovanou paliativní péči pro hodnocení jak jsou využívány dostupné zdroje a pro audit nemocnic. Pro sběr dat má být využit předdefinovaný systém určený ke sběru dat o specializované paliativní péči ve Skotsku. (Standard 8).

### 3. Vícestupňová hospicová a paliativní péče pro dospělé.

**Země původu:** Rakousko

**Originální název:** Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene

**Rok vydání:** 2014

**Vydalo:** Rakouský institut pro zdravotnictví a Ministerstvo zdravotnictví



**Cílová skupina:** Koncepce se věnuje organizaci paliativní péče pro dospělé pacienty, kteří jsou nevyлéčitelně nemocní nebo umírající bez ohledu na jejich primární diagnózu.

### **Způsob vytvoření standardů**

Jedná se o aktualizaci koncepce paliativní péče, kterou vydal Rakouský institut zdravotnictví. Koncepce byla původně v roce 2006 přijata svazem, spolkovými zeměmi a lékařskou komorou. Odborná pracovní skupina, která se podílela na revizi koncepce provedla v roce 2014 aktualizaci kritérií kvality a stanovila potřebnou kapacitu sítě paliativních služeb. Od roku 2010 je tento model součástí rakouského plánu pro dlouhodobý rozvoj systému zdravotní péče.

### **Měření kvality péče**

V dokumentu jsou uvedena doporučená kritéria kvality, která se týkají kvalifikace pracovníků v paliativní péči. Podrobná kritéria kvality jsou dále uvedena u každého typu poskytovatele péče.

### **Struktura standardů**

Standardy jsou rozčleněny podle poskytovatele péče. Jedná se o šest typů zařízení, které mohou poskytovat paliativní péči – paliativní oddělení, lůžkový hospic, denní stacionář, paliativní konziliární služba, mobilní paliativní týmy a hospicové týmy. Paliativní oddělení a paliativní konziliární služba se řadí mezi specializovanou paliativní péči, která je poskytována v rámci nemocnice. Mobilní paliativní týmy poskytují péči v domácím prostředí pacientů.

*Paliativní oddělení* funguje jako samostatné oddělení v rámci nemocnice. Péče je poskytována pacientům se závažnou symptomatologií onemocnění, které vyžaduje komplexní léčebný přístup. Cílem léčby je kontrola symptomů, není prováděna kauzální léčba. Pacienti jsou přijímáni na základě stanovených kritérií.

Péče je poskytována multidisciplinárním týmem, který zahrnuje všeobecné i odborné lékaře a zdravotní sestry. Lékař musí být dostupný 24 hodin denně. Tým má k dispozici také sociální pracovníky, psychoterapeuty, psychology, fyzioterapeuty, ergoterapeuta, logopeda, nutričního terapeuta, kaplana a hospicový tým. Lékaři, zdravotní sestry a sociální pracovníci musí během dvou let od nástupu do zaměstnání absolvovat kurz paliativní péče.

V koncepci jsou definovány požadavky na minimální úvazky:

- Lékař – 1 úvazek na 5 lůžek na denní službu
- Sestra – 1,2 úvazku na lůžko
- Sociální pracovník, psychoterapeut- 6 hodin týdně na pacienta

Doporučená lůžková kapacita paliativního oddělení je 8–14 lůžek. Spádová oblast je stanovena na 200 000 obyvatel. Každé paliativní oddělení má mít vlastní paliativní konziliární tým. Paliativní oddělení organizuje interní a externí vzdělávací činnosti.

*Paliativní konziliární služba* poskytuje podporu lékařům a ošetrovatelskému personálu na lůžkových odděleních a v ambulancích a věnuje se péči o paliativní pacienty a rodinné příslušníky. Konziliární služba funguje buď samostatně nebo je součástí paliativního oddělení. Paliativní konziliární tým spolupracuje s primárním ošetrujícím týmem a poskytuje

specializovanou paliativní péči, paliativní ošetřovatelství, psychosociální podporu, podporuje komunikaci a procesy rozhodování. Pacienti jsou přijímáni do péče na základě indikace ošetřujícího lékaře nebo na vlastní přání či přání rodiny.

Péče je poskytována multidisciplinárním týmem (všeobecní a odborní lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník), který má k dispozici další odborníky, tak jako paliativní oddělení.

Výše úvazků je ale odlišná:

- Lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník - 2,0 úvazku na 150–250 lůžek, 1,0 úvazku na dalších 250 lůžek. Složení týmu je variabilní, ale každá z uvedených odborností musí být v týmu zastoupena.
- Velikost týmu jsou minimálně 2,0 úvazku na 250 lůžek. Tým může fungovat pro několik nemocnic současně

Požadavky na kvalifikaci členů týmu jsou shodné s požadavky na odborníky v paliativních nemocnicích. Konsiliární tým se také podílí na vzdělávacích aktivitách.

#### 4. Věstník ministerstva zdravotnictví Slovenské republiky – Koncepce zdravotní péče v oboru paliativní medicíny

**Země původu:** Slovensko

**Originální název:** Vestník ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky – Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína

**Rok vydání:** 2006

**Vydalo:** Ministerstvo zdravotníctví Slovenské republiky

**Cílová skupina:** Koncepce je určena pro všechna zařízení, pečující o dospělé pacienty s chronickým, nevyléčitelným onemocněním a o umírající pacienty.

#### Způsob vytvoření standardů

Jedná se o ministerskou vyhlášku. Způsob, jakým byla vytvořena není uveden. Ministerstvo zdravotnictví v koncepci uvádí, že budou vytvořeny standardy pro paliativní péči, které ale zatím vytvořené nebyly.

#### Měření kvality péče

Poskytovatelé paliativní péče jsou povinni zajistit systém kvality, který má za cíl zabezpečit poskytování stanovené úrovně péče, zabezpečit personální obsazení týmu a materiálně technické vybavení pracoviště.

#### Struktura koncepce

Nejedná se přímo o standardy, ale o koncepci, která vymezuje nemocniční paliativní péči, způsob poskytování paliativní péče a stanovuje požadavky na poskytovatele péče a vzdělávání pracovníků. Dále jsou uvedena indikační kritéria pro překlady pacienta na paliativní oddělení nebo do hospice, požadavky na kontrolu kvality a vzájemnou spolupráci s ostatními lékařskými obory. Mezi poskytovatele paliativní péče v nemocnicích jsou v koncepci zařazeny oddělení paliativní medicíny a jednotky paliativní medicíny.

*Oddělení paliativní medicíny* jsou součástí nemocnic nebo jiných zdravotnických zařízení. Ideální počet lůžek je 10 až 20. K překladu pacienta na oddělení dochází na základě konzílií mezi primáři jednotlivých oddělení a péče spočívá hlavně v kontrole bolesti a dalších příznaků nemoci včetně řešení psychosociálních těžkostí.

Doporučené personální zabezpečení na oddělení paliativní medicíny s 20 lůžky je následující:

Lékaři:	3
Sestry:	15
Zdravotničtí asistenti:	5
Klinický psycholog:	1
Speciální pedagog (u dětí):	1
Sociální pracovník:	1
Duchovní	
Dobrovolníci dle potřeby	

*Jednotky paliativní medicíny* jsou kapacitně menší a jsou přidruženy ke geriatrickým, sociálním a jiným zdravotnickým zařízením. Jednotky jsou určeny pro pacienty, kteří potřebují paliativní péči. Počet lůžek ani bližší specifikace personálu nejsou stanoveny.

V koncepci jsou přesně uvedena indikační kritéria pro překlad pacienta do péče paliativního oddělení nebo hospice. Indikační kritéria jsou uvedena u následujících diagnóz: onkologické onemocnění, progresivní neurodegenerativní onemocnění, progredující demyelinizační onemocnění, progredující neuromuskulární dystrofie, chronická obstrukční bronchopulmonální choroba v terminálním stádiu, chronická renální insuficience, perzistentní vegetativní stav, pacienti s obtížně kontrolovatelnými bolestmi neonkologického původu.

Zdravotníci poskytující paliativní péči se vzdělávají v akreditovaných specializovaných studijních programech a v certifikovaných programech. Lékaři, kteří mají pozici vedoucího lékaře nebo primariát na oddělení paliativní medicíny musí mít licenci pro lékaře v oboru paliativní medicína. Pro přechodné období jsou akceptovatelné i jiné specializace (vnitřní lékařství, klinická onkologie, anesteziologie, neurologie, geriatric a pediatrie).

## 5. Standardy pro paliativní péči

<b>Země původu:</b>	Norsko
<b>Originální název:</b>	Standard for palliative care
<b>Rok vydání:</b>	2004
<b>Vydalo:</b>	Norwegian association for palliative medicine

**Cílová skupina:** Standardy jsou určeny pro všechna zařízení bez ohledu na primární diagnózu pacienta. Hlavní důraz je ale kladen na onkologické pacienty, kteří představují největší skupinu, která paliativní péči v Norsku využívá.

### **Způsob vytvoření standardů**

Standardy byly vytvořeny Norskou asociací paliativní medicíny ve spolupráci s Odbornou radou Norské lékařské asociace. První společné setkání proběhlo v září roku 2002 a v listopadu téhož roku vznikla pracovní skupina s cílem vytvořit standardy pro paliativní péči v Norsku. V pracovní skupině byli zastoupeni odborníci různých specializací – anesteziologie, onkologie, praktický lékař, internista a zdravotní sestra se specializací v onkologii. Při výběru odborníků do skupiny, byl kladen důraz na zahrnutí širokého spektra specialistů a dostatečné geografické zastoupení. Výsledný dokument byl konzultován v průběhu multioborového setkání, kterého se zúčastnilo 34 specialistů se zkušeností s poskytováním paliativní péče v Norsku. Vznesené komentáře byly integrovány do výsledného znění standardů. Konečné znění standardů bylo vytvořeno v roce 2003 a předáno Norské lékařské asociaci k revizi. Vytvořené standardy nepředstavují podrobné pokyny, jak poskytovat paliativní péči. Zařízení, která poskytují paliativní péči by si měla vytvořit vlastní manuály a směrnice pro poskytování kvalitní paliativní péče.

### **Měření kvality péče**

Standardy kladou velký důraz na poskytování kvalitní paliativní péče a hodnocení péče pomocí indikátorů kvality, které jsou zaměřené na strukturu organizace, proces a výsledek. Pro hodnocení péče je doporučeno používat zavedený systém ESAS.

### **Struktura standardů**

Standardy jsou rozděleny dle typu zdravotnického zařízení, kde je paliativní péče poskytována. Paliativní péče je v Norsku dostupná na třech úrovních – primární, sekundární a terciální. Základní paliativní péče má být dostupná všem pacientům bez ohledu na jejich diagnózu a v dokumentu jsou uvedeny minimální standardy pro veškerý zdravotnický personál, který paliativní péči poskytuje. Primární úroveň paliativní péče zajišťují poskytovatelé domácí péče a domy s pečovatelskou službou. V každé spádové oblasti musí být alespoň jeden lékař a sestra se specializací v paliativní péči. Sekundární úroveň paliativní péče je poskytována v ambulancích, na specializovaných odděleních nebo ji poskytují paliativní týmy ve velkých nemocnicích. Terciální úroveň paliativní péče představují regionální centra excellence a oddělení paliativní péče v univerzitních nemocnicích.

Další část dokumentu se věnuje požadavkům pro poskytování paliativní péče v jednotlivých typech zdravotnických zařízení. Jedná se o onkologická oddělení, onkologické ambulance, oddělení kontroly bolesti, regionální paliativní centra, nemocniční centra paliativní péče, ambulance paliativní péče, paliativní jednotky v domovech seniorů a v okresních nemocnicích, domovy seniorů bez paliativního oddělení a o poskytovatele domácí péče.

*Nemocniční centra paliativní péče* jsou tvořena multidisciplinárním paliativním týmem, který poskytuje konzultace v rámci nemocnice a ambulantní návštěvy v domácnostech pacientů. Centra mohou disponovat také lůžkovým oddělením, které je určeno pro akutní péči.

Hospitalizace na těchto odděleních by měly být krátkodobé (5–7 dnů). Lůžka je možné využít i pro terminální fázi nemoci. Doporučený počet lůžek je 2-6 lůžek na 150-200 000 obyvatel. Kromě péče o pacienta a jeho rodinu se centra věnují také výzkumu a vzdělávacím aktivitám.

Regionální centra paliativní péče jsou centra excelence a skládají se z klinické části a z centra excelence. Klinická část může fungovat jako nemocniční centrum paliativní péče poskytující lékařskou a ošetrovatelskou péči. Centrum excelence je centrem pro rozvoj a výzkum, spolupracuje s univerzitou, poskytuje pregraduální a postgraduální vzdělávání odborníkům v paliativní péči a organizuje vzdělávací aktivity pro zdravotníky poskytující obecnou paliativní péči. Centra excelence se dále aktivně věnují výzkumu a mají vytvořeny formální vazby s lékařskou fakultou na místní univerzitě.

Paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem, který se skládá z lékaře, sestry, fyzioterapeuta, kaplana, sociálního pracovníka a administrativního pracovníka. Lékař musí mít dostatečnou kvalifikaci v paliativní medicíně (úroveň C, jedná o se o dvouletý kurz zaměřený na paliativní péči, který vytvořila Norská asociace paliativní medicíny). Je potřeba, aby v týmu byly zastoupeni další odborníci formou částečných úvazků s odborností v onkologii, anesteziologii, interním lékařství, chirurgii, psychiatrii a praktickém lékařství. Zdravotní sestry mají mít odpovídající odborné vzdělání v paliativní péči a dostatek praktických zkušeností. Specializované vzdělání, které je relevantní pro sestry pracující v paliativní péči zahrnuje onkologii, intenzivní péči, geriatrici, psychiatrii a anesteziologii.

Pro překlad pacientů do péče paliativního týmu mají zařízení využívat standardizované formuláře, kde jsou uvedeny informace ohledně současných zdravotních potíží pacienta, přehled užívaných léků, kontakt na sestru poskytující domácí péči, kontakt na obvodního lékaře, aktuální ESAS hodnocení a termín plánované kontroly.

## 6. Národní standardy pro paliativní péči

<b>Země původu:</b>	Austrálie
<b>Originální název:</b>	National Palliative Care Standards
<b>Rok vydání:</b>	2018
<b>Vydalo:</b>	Palliative Care Australia (PCA)
<b>Cílová skupina:</b>	Standardy jsou určeny všem zařízením, které pečují o pacienty indikované k paliativní péči. Ačkoliv se jedná o standardy určené pro dospělou populaci jsou aplikovatelné i na dětskou paliativní péči a

zvláštní pozornost je věnována znevýhodněným skupinám obyvatel (aboriginci, lidé s demencí nebo psychiatrickým onemocněním, lidé žijící v domovech důchodců dále bezdomovcům, kulturně a jazykově odlišným komunitám a sexuálním menšinám).

### **Způsob vytvoření standardů**

Jedná se o revizi čtvrtého vydání standardů z roku 2005. Revize stávajících standardů byla zahájena v roce 2013 a v roce 2015 za tímto účelem vznikla pracovní skupina. Skupina byla tvořena zdravotníky, výzkumníky a vedoucími pracovníky. Na základě podrobné analýzy čtvrtého vydání standardů byly navrženy potřebné změny. Navržené standardy prošly dvěma koly konzultací. První konzultace proběhla během léta 2017 s představiteli Národního poradního výboru. Druhá konzultace zahrnovala online průzkum s poskytovateli paliativní péče, zástupci organizací se zájmem o tvorbu standardů v paliativní péči a přidružené vládní orgány. Vzhledem k tomu, že Austrálie má k dispozici další standardy zaměřené na péči v závěru života, stávající Národní standardy pro paliativní péči jsou navrženy tak, aby doplňovaly ostatní dokumenty a nabízejí také přehlednou analýzu ostatních standardů.

### **Měření kvality péče**

Každý standard obsahuje kritéria, kterých je potřeba dosáhnout, aby mohl být standard považován za naplněný. Kromě toho se očekává, že poskytovatelé péče mají vytvořený protokol pro zhodnocování kvality poskytované péče a jejich výsledků, podrobují se klinickému auditu, účastní se benchmarkingu a zařízení je akreditováno. (Standard 8)

### **Struktura standardů**

Standardy byly vytvořeny pro specializovanou paliativní péči, jejímž cílem je poskytování vysoce kvalitní péče pacientům, jejich rodinám a pečujícím osobám. Implementace standardů má probíhat v souladu s dokumenty, které se věnují ochraně dat a nakládání s informacemi o pacientech a s relevantními dokumenty zaměřené na lokální a národní zdravotní politiku.

Standardy jsou rozděleny do dvou kategorií. První kategorie nazvaná "Standardy péče" (1-6) je zaměřená na systémy a podmínky nutné pro poskytování kvalitní klinické péče. Druhá kategorie jsou "Řídící standardy" (7-9) a ty zahrnují management, zlepšování kvality a benchmarking.

- Standard 1 - Posouzení potřeb pacienta
- Standard 2 - Tvorba plánu péče
- Standard 3 - Péče o pečující
- Standard 4 - Poskytování péče
- Standard 5 - Přejít mezi různými poskytovateli péče
- Standard 6 - Podpora v zármutku
- Standard 7 - Organizační kultura
- Standard 8 - Zlepšování kvality
- Standard 9 - Kvalifikace a vzdělávání personálu

Specializovaná paliativní péče je rozdělena do dvou úrovní (úroveň 2 a 3) a je určena pacientům s komplexními potřebami. Paliativní péče poskytovaná v úrovni 1 je obecná paliativní péče. Úroveň 2 je určena pacientům, kteří mají život omezující onemocnění a jejich potřeby jsou

snadněji předvídatelné až mírně proměnlivé. Tým poskytující péči na této úrovni se skládá z lékařů, sestry a dalšího nelékařského personálu, který má znalosti a zkušenosti v paliativní péči případně doplňující vzdělání v paliativní péči. Specializovaná péče poskytována v úrovni 3 je určena pacientům s život omezujícím onemocněním, jejichž potřeby jsou komplexní a trvalé. Péče zahrnuje zvládnutí komplexních příznaků, které není možné zvládnout běžnými léčebnými postupy (např. paliativní sedace, radioterapie, PEG). Péče je dostupná 24 hodin denně včetně telefonických konzultací. Péče zahrnuje také zvládnutí komplexních psychosociálních potřeb pacienta a jeho blízkých, plánování péče (advance care planning) včetně ukončení léčby. Specializovaný paliativní tým organizuje vzdělávací aktivity, poskytuje konzultace ostatním poskytovatelům paliativní péče (úroveň 1 a 2) a má vedoucí roli ve výzkumu v paliativní péči včetně spolupráce s akademickými centry. Multidisciplinární tým se skládá z lékařů, sestry a dalších nelékařských pracovníků, kteří mají specializované vzdělání a značnou praxi v paliativní péči. Tým má k dispozici další odborníky včetně ergoterapeuta, fyzioterapeuta, logopeda, sociálního pracovníka, odborníka na truchlení, arteterapeuta, muzikoterapeuta a spirituálního či pastoračního pracovníka. Veškerý personál má vytvořený vlastní vzdělávací plán, má k dispozici supervizi a další formy osobní podpory. Osoby na vedoucích pozicích týmu (klinické i managementu) mají odpovídající vzdělání a praxi. (Standard 4,8,9).

Specializovaný paliativní tým efektivně spolupracuje s dalšími poskytovateli péče a má vytvořené protokoly pro přechod pacientů, vzájemnou komunikaci a definované úrovně odpovědnosti za péči. Paliativní týmy by měly informovat ostatní zdravotnická zařízení o své činnosti, o tom, jakou péči poskytují a jakým pacientům. Dále musí mít vytvořeny indikační kritéria, která mají být transparentní a nediskriminační. Vzhledem k tomu, že péče o pacienta může probíhat v různých zařízeních je nezbytné, aby byla péče kontinuální a poskytovatelé péče měli k dispozici všechny potřebné a aktuální informace o zdravotním stavu pacienta. Pacienti by proto měli mít vytvořeny plány péče. Překlady pacientů mají probíhat bez zbytečných odkladů. (Standard 5).

## 7. Standardy pro poskytování paliativní péče v Libanonu

**Země původu:** Libanon

**Originální název:** Practice standards for palliative care in Lebanon

**Rok vydání:** 2013

**Vydalo:** National Committee for Pain Control and Palliative Care (NCPCPC) s podporou Ministerstva veřejného zdraví.

**Cílová skupina:** Pro všechny nemocnice bez ohledu na diagnózu pacienta.

**Způsob vytvoření standardů**

Standardy byly vytvořeny podvýborem NCPCPC zaměřeného na poskytování paliativní péče v nemocnicích. V podvýboru byly zastoupeni specialisté různých odborností (paliativní péče, geriatric, anesteziologie, praktické lékařství, pediatrická onkologie, ošetrovatelství a psychiatrie). Hlavním cílem činnosti podvýboru bylo vytvoření standardů pro nemocniční paliativní péči a definování kompetencí poskytovatelů péče. K vytvoření standardů byly použity směrnice zaměřené na paliativní péči, které byly vydané ve Spojených státech amerických, Evropě, Kanadě a Austrálii (EAPC, NCP, JCAHO, HAS, CAPC). Výsledný dokument vytvořený na základě vybraných směrnic byl revidován členy podvýboru a následně předložen komisi NCPCPC. Komentáře od NCPCPC byly zapracovány do výsledného znění standardů. Konečná podoba standardů byla prezentována v říjnu 2012, tvorba standardů byla zahájena v květnu 2011.

### **Měření kvality péče**

Není uvedeno

### **Struktura standardů**

Standardy představují základní vymezení nemocniční paliativní péče a kompetencí jednotlivých profesí, které jsou zastoupeny v multidisciplinárním paliativním týmu včetně požadavků na jejich vzdělání. Standardy jsou určeny pro všechny nemocnice a jejich implementace je dobrovolná. NCPCPC doporučuje, aby minimální standardy byly součástí akreditačních procesů nemocnic k zajištění poskytování minimální úrovně paliativní péče ve všech nemocnicích v Libanonu.

Poskytovatelé paliativní péče jsou děleny do tří úrovní dle péče, kterou poskytují. Základní úroveň paliativní péče má být dostupná ve všech nemocnicích, druhá úroveň zahrnuje nemocnice, které mají vytvořený program paliativní péče. Třetí úroveň jsou pak centra excellence, která poskytují specializovanou paliativní péči a zaměřují se i na rozvoj oboru paliativní péče.

Paliativní péči v nemocnicích, které mají paliativní program nebo jsou centra excellence, poskytuje multidisciplinární tým složený z lékaře, sestry, psychologa nebo psychiatra. V týmu má být také sociální pracovník, farmaceut a spirituální pracovník. Tým může doplňovat fyzioterapeut a nutriční terapeut.

Centra excellence musí splňovat výše uvedené požadavky na složení týmu a také mají lůžkové oddělení pro řešení akutních situací a management komplexních symptomů. Cílem paliativních oddělení je stabilizace pacienta a poskytnutí dostatečné psychosociální podpory tak, aby bylo možné pacienta propustit do domácí péče nebo jiného zařízení. Centra excellence dále poskytují vzdělávací aktivity, věnují se aktivně výzkumu v paliativní péči a je vhodné, aby měli vlastní etickou komisi. Centra excellence zajišťují také podporu v truchlení, spirituální podporu, věnují se dobrovolníkům a slouží jako centra pro odesílání pacientů na jiná pracoviště.

## **8. Standard pro nemocniční paliativní konziliární týmy**



**Země původu:**Japonsko

**Originální název:** Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Teams

**Rok vydání:** 2009

**Vydalo:** Jedná se o konsensuální stanovisko expertů. Editorem studie je Dr Tomoyo Sasahara z katedry ošetřovatelství Univerzity Tsukuba.

**Cílová skupina:** Vzhledem k tomu, že paliativní péče je v Japonsku poskytována převážně pacientům s onkologickým onemocněním, jsou standardy primárně určeny pro nemocnice, pečující o tuto populaci. Nicméně standardy mohou používat i paliativní týmy, které pečují o pacienty s jiným závažným onemocněním.

### **Způsob vytvoření standardů**

Standardy byly vytvořeny pomocí Delphi metody určené pro tvorbu konsensuálního stanoviska. V panelu, který standard vytvořil bylo 27 expertů. Tým byl složen ze dvou skupin, První skupina byla tvořena lékaři, psychiatry a zdravotními sestrami, kteří byli vybráni na základě jejich expertízy a dostatečně dlouhé zkušenosti s praxí v paliativní péči (minimum dva roky). Druhá skupina byla tvořena zástupci z vybraných společností jejichž aktivity se vztahují k paliativní péči (např. společnost pro paliativní medicínu, onkologii, farmacii, psychologii atd.). Celkem bylo osloveno 16 společností a bylo vybráno 15 zástupců. Celý proces trval od dubna 2007 do května 2008. Výsledné standardy představují návod pro implementaci paliativní péči v nemocnicích, je určen jak novým, tak stávajícím paliativním týmům.

### **Měření kvality péče**

Standardy slouží také k hodnocení kvality práce paliativního týmu a ke zvyšování kvality poskytované péče. Při tvorbě standardů byl použit Donabedian model, aby bylo možné výsledné standardy použít i pro hodnocení kvality péče.

### **Struktura standardů**

Standardy jsou určeny pro nemocniční paliativní týmy a vycházejí z odkazují se model hodnocení kvality zdravotní péče Avedise Donabediana. Jsou tedy členěny na standardy týkající se struktury, procesu a výstupů péče. Celkem zahrnují 4 oblasti:

- I. Filosofie a způsob jednání týmu (činnost paliativního týmu)
- II. Struktura poskytování péče (složení paliativního týmu, definování kompetencí členů týmu, vytvoření indikačních kritérií k překladi do péče paliativního týmu, širší spolupráce se zdravotníky v rámci nemocnice)
- III. Obsah činností (klinická činnost, organizace zdrojů, spolupráce s komunitou, vzdělávací aktivity určené k rozvoji ostatních zdravotníků)
- IV. Zaručení kvality a zlepšování péče

Paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem, který se skládá ze zkušeného lékaře zaměřeného na kontrolu klinických příznaků a lékaře zaměřeného na kontrolu psychiatrických příznaků. Dále je v týmu zdravotní sestra s kvalifikací v paliativní péči, farmakolog, zdravotně-sociální pracovník, psychoterapeut, rehabilitační pracovník (fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped) a z nutriční terapeut. Tým by měl spolupracovat s dalšími odborníky, kteří mohou svojí činností zlepšit kvalitu života pacienta a jeho rodiny.

## 9. Standardy pro poskytování kvalitní paliativní péče napříč Afrikou

**Země původu:** Uganda

**Originální název:** Standards for Providing Quality Palliative Care Across Africa

**Rok vydání:** 2011

**Vydalo:** African Palliative Care Association (APCA)

**Cílová skupina:** Standardy jsou určeny pro všechna zařízení, pečující o pacienty, kteří trpí život ohrožující nemocí a jejich rodiny. Jsou určeny nejen pro dospělé, ale také pro dětskou populaci. Důraz je kladen na obzvláště zranitelné a znevýhodněné skupiny populace. Jedná se o těžce nemocné děti, děti, jejichž rodiče jsou těžce nemocní, seniory, osoby s psychiatrickými obtížemi, uživatele návykových látek, bezdomovce, uprchlíky, členy ozbrojených sil, náboženské vůdce a osoby žijící v institucích jako je např. vězení.

### Způsob vytvoření standardů

Do procesu tvorby standardů byly zapojeny rozličné subjekty, které jsou s paliativní péčí v Africe spojené. Jedná se o Národní asociace paliativní péče, Ministerstvo zdravotnictví, Národní komisi pro AIDS, vybrané místní organizace poskytující podporu pro pacienty s HIV, AIDS a rakovinou, místní i zahraniční experty na paliativní péči a vybraní konzultanti. Tvorba standardů byla podpořena WHO a mezinárodními organizacemi zabývajícími se paliativní péčí. Proces tvorby standardů byl zahájen roku 2004 vytvořením výboru pro tvorbu standardů pod záštitou Africké asociace paliativní péče (APCA). První verze standardů byla prezentována v roce 2006. Poté následovaly revize a úpravy standardů tak, aby byly relevantní pro všechny úrovně, na kterých je paliativní péče poskytována – od obecné až po vysoce specializovanou paliativní péči. Během tohoto procesu proběhla revize stávajících standardů pro paliativní péči a zhodnocení současného modelu domácí péče poskytované ve čtyřech vybraných státech Afriky. Finální verze standardů byla hotova v roce 2009.

Jedná se o doporučené standardy, které mají sloužit jako nezbytný nástroj pro poskytování a rozvoj paliativní péči v celé Africe. Standardy mají být používány spolu s již existujícími relevantními standardy, jako jsou např. standardy pro léčbu HIV a AIDS, kontrolu bolesti nebo léčbu oportunistických infekcí (např. tuberkulóza).

### Měření kvality péče

Standardy slouží také k měření kvality péče a zvyšování kvality péče. Současně se standardy byl vytvořen návod pro provádění auditu zařízení, které paliativní péči poskytují.

Každý standard má jasně definovaná kritéria, která je potřeba naplnit. Kritéria se liší podle úrovně poskytované péče (primární, sekundární a terciární úroveň).

### Struktura standardů

Standardy jsou rozdělené podle úrovně poskytované péče. Jsou rozlišeny tři úrovně poskytování paliativní péče:

- Úroveň 1 primární/základní – komunitní programy
- Úroveň 2 sekundární/intermediární péče – zařízení poskytující širší rozsah paliativní péče (komunitní péče, domácí péče, misionářské nemocnice)
- Úroveň 3 terciární/speciální péče – je poskytována specializovanými paliativními centry, nemocničními odděleními paliativní péče a specializovanými paliativními týmy. Péče je poskytována multidisciplinárním paliativním týmem, jehož členové mají specializované vzdělání a odpovídající praxi v paliativní péči.

Standardy jsou rozděleny podle základních principů a hodnot paliativní péče. Každý princip pak obsahuje určitý počet standardů, u kterých je uveden důvod jejich zařazení a měřitelná kritéria nezbytná pro dosažení standardu dle úrovně péče kterou zařízení poskytuje. Principů je celkem 5, standardů 37.

- Princip 1 Organizace a management (řízení organizace a lidí, lidské zdroje, hodnocení výkonu, řízení rizik, role klíčových skupin)
- Princip 2 Holistické poskytování péče (plánování a koordinace péče, dostupnost péče, komunikace, kontrola bolesti a jiných symptomů, předepisování léků, kontrola oportunistických infekcí, psychosociální péče, spirituální péče, péče s ohledem na kulturní specifika pacienta, doplňkové terapie, péče o znevýhodněné skupiny populace, end-of-life péče, péče v zármutku, etická péče, legální aspekty péče, klinická supervize, interdisciplinární tým a podpora pečujících)
- Princip 3 Dětská paliativní péče (holistická péče pro děti, kontrola bolesti a jiných symptomů, psychosociální péče, end-of-life péče, péče v zármutku, etická péče, legální aspekty péče, práva dětí)
- Princip 4 Vzdělávání a rozvoj poskytovatelů péče (osobní plány vzdělávání, supervize, mentoring, požadavky na vzdělání)
- Princip 5 Výzkum a management informací (výzkum, monitorování a evaluace péče, kontrola dat, reportování)

Zařízení, která poskytují specializovanou paliativní péče si mají vytvořit systém spolupráce s nižšími pracovišti, který bude také zahrnovat systém pro přijímání pacientů do péče. Specifická indikační kritéria jsou stanovena pro umírající pacienty. (Standard 1.1, 1.5, 2.1, 2.2, 2.4, 2.12)

Paliativní péče je poskytována multidisciplinárním týmem. Jádrem týmu jsou lékaři, sestry a poskytovatelé péče v komunitě. Tým má k dispozici sociálního pracovníka, psychoterapeuta a pastora. Spolupracuje také s dalšími specialisty jako je psycholog, fyzioterapeut a ergoterapeut. (Standard 2.16)

Všichni členové paliativního týmu včetně specialistů mají mít odpovídající vzdělání a kompetence v paliativní péči. Minimálně jeden člen týmu musí mít specializované vzdělání v paliativní péči, které odpovídá jeho profesi. Poskytovatelé dětské paliativní péče musí mít odpovídající kompetence pro péči o děti. (Standard 2.16, 4.4.)

Poskytovatelé specializované paliativní péče se musí kontinuálně vzdělávat v paliativní péči a mají vypracovány plány osobního profesního rozvoje. Zařízení poskytující specializovanou paliativní péči organizují vzdělávací aktivity pro poskytovatele péče na nižších úrovních a spolupracují se vzdělávacími institucemi. (Standard 4.1, 4.3)

Zařízení poskytující specializovanou paliativní péči se aktivně věnují výzkumu a rozvoji paliativní péče. Mají vytvořenou strategii pro výzkum a spolupracují s dalšími výzkumnými organizacemi, klinickými a akademickými. Nezbytný je benchmarking výsledků s podobnými zařízeními. Zařízení také poskytují podporu a školení zaměřené na výzkum pro poskytovatele péče na nižších úrovních. (Standard 5.1)