

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

KATEDRA ŘÍZENÍ A SUPERVIZE V SOCIÁLNÍCH
A ZDRAVOTNICKÝCH ORGANIZACÍCH

Bc. Julie Kovaříková

Implementace paliativní péče do nemocnic

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Martin Loučka, PhD.

Praha 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že předkládanou práci „Implementace paliativní péče do nemocnic“ jsem zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 3. května 2018

Julie Kovaříková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce PhDr. Martinu Loučkovi, PhD. za podnětné připomínky, rady a čas, který věnoval vedení mé práce.

Dále bych chtěla poděkovat pracovníkům a klientům všech zdravotnických zařízení, které jsem navštívila, za jejich pomoc, ochotu a otevřenost při sběru dat k výzkumu. Velké poděkování náleží také pracovníkům Nadačního fondu Avast a Centra paliativní péče za inspiraci a cenné připomínky a dobrovolníkům za pomoc při přepisování rozhovorů. V neposlední řadě bych ráda vyjádřila své poděkování rodině a blízkým za trpělivé korektury a podporu, kterou mi po celou dobu mého dosavadního studia poskytovali a poskytují.

Abstrakt

Práce pojednává o zavádění paliativní péče do nemocnic a nahlíží na tuto problematiku v kontextu řízení změny ve zdravotnickém zařízení. V České republice je tento druh péče v nemocnicích zatím na samotném začátku a její zavádění představuje velkou výzvu. Cílem práce je zjistit, jaké faktory ovlivňují implementaci paliativní péče do nemocnic. V první části práce jsou nastíněna teoretická východiska týkající se paliativní péče a řízení změny. V empirické části je představen kvalitativní výzkum identifikující bariéry, které musely být při zavádění paliativní péče do nemocnic překonávány, a faktory, které implementaci pomáhaly. Během tohoto výzkumu bylo realizováno 66 rozhovorů se členy multidisciplinárních paliativních týmů ze 17 nemocnic. Všechny tyto nemocnice byly zapojeny do programu Nadačního fondu Avast s názvem Spolu až do konce. Zhodnocení výsledků výzkumu je zaměřeno na doporučení pro nemocnice, které by se rozhodly paliativní přístup ve svém zařízení rozšířit či s ním začít, a na výzvy pro budoucnost nemocniční paliativní péče v České republice. Výzkum probíhal pod odborným vedením Centra paliativní péče a sloužil zároveň jako závěrečné zhodnocení programu Spolu až do konce mapující zkušenosti zapojených nemocnic.

Klíčová slova: paliativní péče, nemocnice, implementace, multidisciplinární tým, řízení změny, zdravotnické zařízení, Spolu až do konce, Nadační fond Avast.

Abstract

This thesis deals with the implementation of palliative care in hospitals and perceives the topic in context of change management in health facilities. In the Czech Republic, this type of care is still at its beginning in hospitals and its implementation is a big challenge. The aim of the thesis is to find out what factors influence the implementation of palliative care in hospitals. In the first part of the text, the theoretical bases concerning palliative care and change management are outlined. The empirical part introduces a qualitative survey identifying barriers that had to be overcome during the implementation of palliative care in hospitals and factors that were instrumental in the implementation. Within the survey, 66 interviews with members of multidisciplinary teams from 17 hospitals were made. All the hospitals participated in the Together until the end programme of the Avast Foundation. The assessment of the survey results focuses on recommendations for hospitals that decide to extend or launch the palliative attitude in their premises and on challenges for the future of palliative care in the Czech Republic. The survey was carried out under the supervision of the Center for Palliative Care and it was used as the final assessment of the Together until the end programme that mapped the experience of the participating hospitals.

Key words: palliative care, hospital, implementation, multidisciplinary team, change management, health facility, Together until the end, Avast Foundation.

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Paliativní péče.....	10
2.1	Základní pojmy	10
2.2	Typy paliativní péče	13
2.3	Historie paliativní péče	15
2.4	Komunikace s pacienty s vážným onemocněním	16
2.5	Paliativní péče v nemocnicích	17
2.5.1	Modely specializované paliativní péče v nemocnicích	17
2.5.2	Úhrady nemocniční paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění.....	19
2.5.3	Role zdravotníků v nemocniční paliativní péči.....	20
2.5.4	Výzkum paliativní péče v nemocnicích	22
2.6	Program Spolu až do konce.....	23
3	Zavádění organizační změny.....	28
3.1	Osm kroků změny	29
3.1.1	Vyvolání pocitu naléhavosti	30
3.1.2	Sestavení týmu prosazujícího změnu	31
3.1.3	Vytvoření vize a strategie	32
3.1.4	Komunikace transformační vize.....	33
3.1.5	Delegování v širokém měřítku	35
3.1.6	Vytváření krátkodobých vítězství.....	35
3.1.7	Využití výsledků a podpora dalších změn.....	36
3.1.8	Zakotvení nových přístupů do organizační kultury.....	36
3.2	Lewinův třífázový model změn	37
4	Výzkum implementace paliativní péče do nemocnic v České republice	39
4.1	Téma a cíl výzkumu	39
4.2	Výběr respondentů.....	39
4.3	Design výzkumu	41
4.3.1	Metoda sběru dat	42
4.3.2	Průběh sběru dat.....	42
4.3.3	Analýza dat	44
5	Výsledky výzkumu	46
5.1	Tým.....	46
5.1.1	Vůdčí osobnost.....	47

5.1.2	Fungování týmu.....	48
5.1.3	Vzdělávání.....	49
5.1.4	Pozitivní zpětná vazba	50
5.2	Nemocnice.....	51
5.2.1	Podpora vedení nemocnice	52
5.2.2	Plánování.....	52
5.2.3	Systémové zakotvení paliativní péče.....	54
5.2.4	Materiální zázemí a prostory	54
5.2.5	Vnímání paliativní péče v nemocnici.....	55
5.2.6	Čas	57
5.3	Vnější prostředí	58
5.3.1	Finance	58
5.3.2	Předávání pacientů.....	60
5.3.3	Sdílení zkušeností	61
5.3.4	Nedostatek personálu ve zdravotnictví	61
5.3.5	Informovanost veřejnosti.....	62
6	Zhodnocení implementace paliativní péče do nemocnic v České republice.....	64
6.1	Porovnání Kotterova modelu řízení změny s výsledky výzkumu	64
6.2	Doporučení pro další rozvoj a výzkum paliativní péče.....	71
6.3	Limity výzkumu	73
7	Závěr	75
8	Soupis bibliografických citací	77
9	Přílohy	85

1 Úvod

Paliativní péče je komplexní zdravotní péče zaměřená na kvalitu života pacientů trpících nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu (Sláma, Špinková a Kabelka, 2013a). Tato péče může být poskytována jak v domácím prostředí, tak ve specializovaných zařízeních. Statisticky nejčastěji se pacienti s potřebou paliativní péče vyskytují v nemocnicích. V roce 2016 došlo v České republice ke 2/3 všech úmrtí ve zdravotnických zařízeních (ÚZIS ČR, 2017).

Specializovaná nemocniční paliativní péče má různé podoby. Ve zdravotnickém zařízení může vzniknout ambulance paliativní medicíny, lůžkové oddělení či zde paliativní tým může působit konziliárně. Další model, doposud využívaný jen v zahraničí, je specializovaná lůžková stanice paliativní medicíny. (Bužgová, 2015; Bímová, 2017)

V USA má paliativní program zavedeno přes 70 % nemocnic, které mají 50 a více lůžek (Rogers a Dumanovsky, 2017). V České republice byly do roku 2016 pouze dvě nemocnice, které měly lůžkové oddělení paliativní péče, a několik dalších, které měly zřízenou ambulanci paliativní medicíny. Většinou se ale jednalo o služby s velmi omezeným rozsahem a významem. V roce 2016 se spustil program Nadačního fondu Avast s názvem Spolu až do konce. V tomto programu bylo podpořeno 17 zdravotnických zařízení z celé České republiky. Nadační fond Avast mezi ně rozdělil částku 31 090 400 Kč, určenou na implementaci paliativní péče. Podpořené nemocnice měly možnost odborných konzultací s Centrem paliativní péče. Jedná se o historicky první systémovou iniciativu zaměřenou na rozvoj paliativní péče v nemocničním prostředí u nás. (Nadační fond Avast, 2017)

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat proces zavádění paliativní péče právě v těchto 17 nemocnicích. Data získaná z kvalitativního výzkumu, který byl realizován v roce 2017, posloužila k identifikaci faktorů, které implementaci ovlivnily. Dohromady proběhlo 66 polostrukturovaných rozhovorů se členy paliativních multidisciplinárních týmů. Rozhovory byly doslovně přepsány a následně byla data analyzována za pomoci principů zakotvené teorie.

Teoretická východiska práce jsou shrnuta v kapitolách 2 a 3. První část pojednává o paliativní péči, její historii a jednotlivých typech. Dále se soustředí specificky na paliativní péči v nemocnicích a rozebírá konkrétní modely, jak může tato péče

ve zdravotnických zařízeních vypadat. Druhá část teorie se věnuje řízení změny. Představuje dva modely, které jsou vhodné pro zdravotnické prostředí. První je Kotterův osmikrokový model změny a druhý Lewinův třífázový model změn.

V kapitolách 4–6 je popsán realizovaný výzkum s tématem implementace paliativní péče do nemocnic. V první části je shrnuta metodika, dále jsou představeny výsledky výzkumu a v následném zhodnocení jsou dány do kontextu teoretických východisek. Výstupem práce je seznam doporučení, která mohou být užitečná pro další zdravotnická zařízení, která budou mít zájem o zavedení paliativní péče.

Paliativní péče v nemocnicích je v České republice tématem, které je zatím zkoumáno jen velmi okrajově (Koubová, 2017). Osobně ho však považuji za lidsky i celospolečensky velmi důležité. Byla bych opravdu ráda, kdyby bylo možné zajistit lidem, kteří v závěru svého života nemohou zůstat v domácím prostředí, důstojnost, klid a možnost trávit tyto chvíle se svými blízkými. Víím, že tato práce je pouze malým krokem na dlouhé cestě, ale přála bych si, aby se v budoucnosti mohla stát jedním z opěrných bodů pro nemocnice zavádějící paliativní péči.

2 Paliativní péče

Tato kapitola je zaměřena na představení paliativní péče. Nejprve jsou rozebrány základní pojmy. Dále je vysvětleno rozdělení paliativy na obecnou a specializovanou. Popsány jsou i typy zařízení, ve kterých je tento druh péče poskytován. Stručně je v této kapitole také shrnuta historie paliativního oboru. Do větší hloubky je pak rozebrána nemocniční paliativní péče. Poslední část této kapitoly pojednává o programu Spolu až do konce, ve kterém Nadační fond Avast podpořil rozvoj paliativní péče v nemocnicích.

2.1 Základní pojmy

Zcela jednotná definice paliativní péče neexistuje (Pastrana, Jünger et al., 2008). Dle Ministerstva zdravotnictví České republiky (2018) je **paliativní péče** „specializovaná zdravotní péče o osoby se závažným a život limitujícím onemocněním. Zaměřuje se na úlevu od symptomů a stresu souvisejících se závažným onemocněním. Jejím cílem je zlepšit kvalitu života jak pro pacienta, tak i pro jeho rodinu. Paliativní péči zajišťuje tým složený ze specializovaných lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků a dalších odborníků, kteří spolu s ostatními ošetrujícími lékaři pacientovi poskytují další úroveň podpory. Tato péče je vhodná v jakémkoli věku a v jakékoli fázi vážného onemocnění a může být poskytována současně s léčbou cílenou na základní onemocnění.“

Standardy paliativní péče (Sláma, Špínková a Kabelka, 2013a, s. 5) ji **definují** takto: „Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.“

Pro pacienty srozumitelné vysvětlení paliativní péče by mohla být věta, že se jedná o „dosažení nejlepší možné kvality života po co nejdelší dobu“. Častým omylem pacientů i některých zdravotníků bývá domněnka, že paliativní péče je určena pouze pro osoby na úplném konci života a neslučuje se s léčbou cílenou na základní onemocnění, tzv. léčbou *kauzální*. Paliativní péče však s kauzální léčbou může jít ruku v ruce. (Widera, Pantilat, Anderson a Gonzales, 2015)

V paliativní medicíně se proto nejedná jen o péči v bezprostředním závěru života, který bývá nazýván terminálním stavem. **Terminální stav** je poslední, nejnáročnější a obvykle nezvratný stupeň vážného onemocnění. Časově bývá ohraničen jako doba několika hodin, dnů, případně týdnů. Jedná se o „*vlastní umírání*“. Někdy tento stav bývá označován také pojmem *in finem*. (Adam, Vorlíček a Pospíšilová, 2004)

Přístup moderní paliativní péče je komplexní a multidisciplinární. Dle Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2011) se věnuje následujícím **čtyřem lidským dimenzím**:

- **biologické** – tišení bolesti a úleva od symptomů nemoci,
- **psychické** – léčba depresí a úzkosti,
- **sociální** – zabezpečení rodiny,
- **spirituální** – pomoc při ujasňování smyslu života.

Je proto nezbytné, aby se paliativní péči nevěnoval jen jeden odborník, ale ideálně celý **multidisciplinární tým** zahrnující lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, psychology, psychospirituální pracovníky a další odbornosti. (Widera, Pantilat, Anderson a Gonzales, 2015)

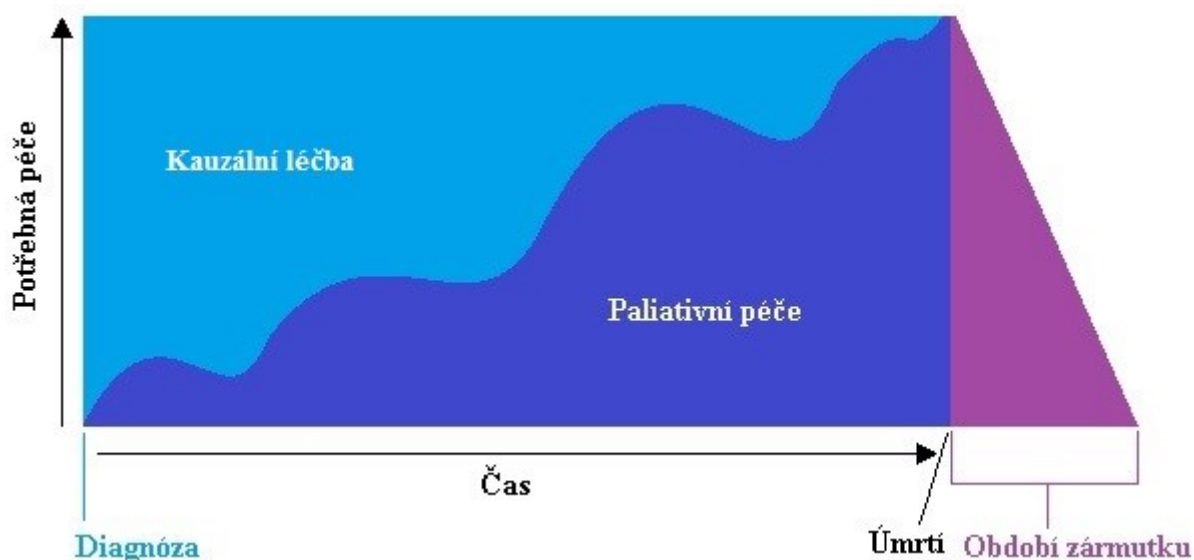
Důležitou součástí paliativní péče je již zmiňovaná léčba symptomů nemoci. Má-li pacient symptomy podchyceny, může se lépe zaměřit na své psychické, sociální a spirituální potřeby a prožitky, tedy na to, co je pro něj v té fázi života důležité. S kontrolovanými a zmírněnými symptomy je pro pacienta snazší trávit svůj čas smysluplně a stoupá kvalita jeho života, která je v popředí celé paliativní péče. (Widera, Pantilat, Anderson a Gonzales, 2015)

Paliativní péče je součástí českého systému zdravotní péče, což znamená, že pro ni platí všechny obecně platné standardy a požadavky (např. minimalizace omylů a rizik, bezpečnost a správné vedení zdravotní dokumentace). Konkrétně je paliativní péče definována v § 5 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách jako druh zdravotní péče, jehož účelem je „*zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“. (Sláma, Špinková a Kabelka, 2013b, s. 7)

Pro lékaře není vždy jednoduché určit, kdo z pacientů by mohl z paliativní péče profitovat. Užitečnou pomůckou je „*surprise question*“ – otázka přibližně tohoto znění: „Byl bych překvapen, kdyby tento pacient do roka zemřel?“ Tu si může lékař položit v různých variacích (dle typu onemocnění se např. může měnit časový údaj roku

na několik měsíců). Je-li odpověď „ne, nebudu překvapen“, je vhodné zvážit indikaci paliativní péče. (Downar et al., 2017)

Potřeby pacientů se závažným onemocněním se často odvíjejí od průběhu jeho nemoci. Konkrétněji tuto problematiku ukazuje graf 1, který zachycuje postupný vývoj nemoci. Zaměření více na kauzální léčbu či více na paliativní péči se mění podle toho, v jaké fázi nemoci se pacient zrovna nachází. Paliativa je součástí již od sdělení diagnózy a její potřeba roste ve chvílích, kdy se léčba nevyvíjí příznivě. (Widera, Pantilat, Anderson a Gonzales, 2015)



Graf 1 – Péče v průběhu nemoci (dle Center to Advance Palliative Care, 2014, s. 6 vytvořila Julie Kovaříková)

Paliativní medicína přistupuje k pacientovi holisticky. Což mimo jiné znamená, že z ní neprofituje jen pacient. Pozornost je zaměřena také na jeho rodinu, která může být do péče významně zapojena. Nemusí se jednat jen o rodinu pokrevní, jde o pacientovo nejbližší okolí, ať již je s ním ve vztahu pokrevním, právním, finančním či emocionálním. Pacienti často vyjadřují přání, která jsou s rodinou úzce spjata. Může se jednat například o přání, zda má být rodina zavzata do rozhodování o plánování péče. Jak ukazuje graf 1, paliativní péče pokračuje i po úmrtí pacienta, pracovníci pomáhají rodině se vyrovnat se ztrátou blízké osoby a stojí při ní v období jejího zármutku. (Johnson, 2015)

Přehledné **shrnutí**, co paliativní péče je a není, nabízí Sláma, Kabelka a Vorlíček, (2011). **Paliativní péče**:

- usiluje o prodloužení a zachování života, který bude pro pacienta svou kvalitou přijatelný;
- respektuje a chrání důstojnost pacienta;
- naslouchá nemocnému a důsledně vychází z jeho přání, potřeb a priorit;
- snaží se vytvářet podmínky, ve kterých může pacient prožít poslední část svého života ve společnosti své rodiny a blízkých, v důstojném a vlídném prostředí;
- chápe umírání jako součást života, kterou prožívá každý člověk jedinečně;
- podporuje rodinu a blízké nemocného a pomáhá jim zvládat zármutek i po jeho smrti;
- není medicínské opuštní nemocného, ale maximální zohlednění jeho priorit;
- není eutanázie.

2.2 Typy paliativní péče

Paliativní péči můžeme dle Quilla a Abernethyho (2013) rozlišit na dvě základní úrovně:

- **obecná paliativní péče** – mohou ji poskytovat všichni zdravotníci napříč jednotlivými odbornostmi, kteří mají základní dovednosti a vědomosti z oblasti paliativní péče; je určena pacientům ve fázi pokročilého onemocnění a zaměřuje se na základní zvládnání bolesti, symptomů nemoci, úzkosti a na diskuzi o prognóze nemoci a cílech léčby.
- **specializovaná paliativní péče** – poskytuje ji multidisciplinární paliativní tým a je určena pacientům s obtížně kontrolovatelnými symptomy a nesoběstačným pacientům, kteří musí trávit většinu času na lůžku; specializovaná paliativní péče řeší komplexní potřeby pacientů ve specializovaných institucích.

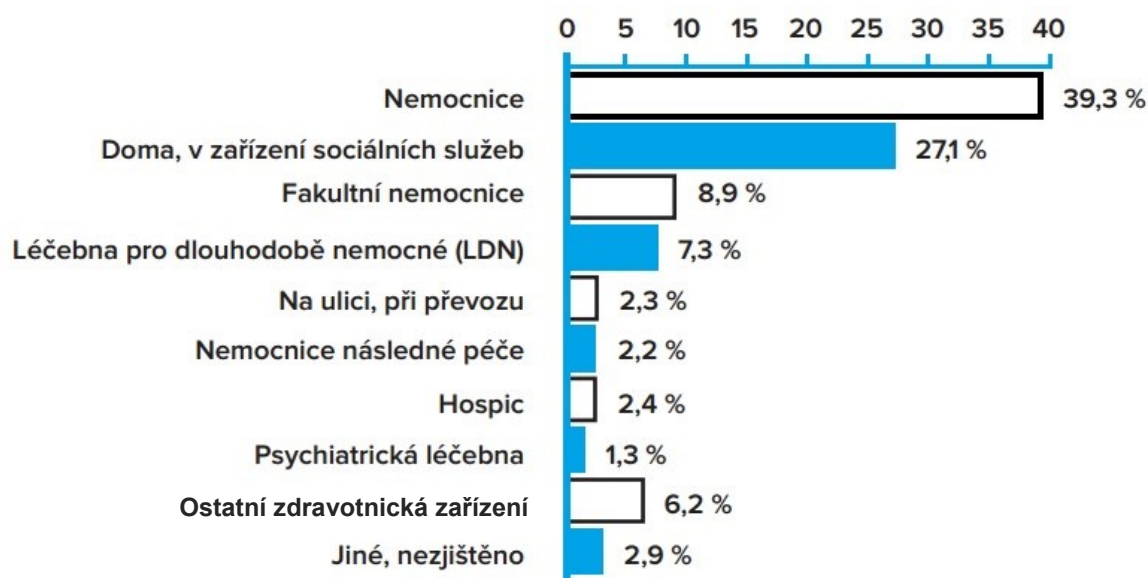
Mezi oběma typy péče by měla být jasná kontinuita, ve které specializovaná péče navazuje na péči obecnou. Pacient, který potřebuje specializovanou paliativní péči, má více možností, kde mu může být poskytnuta. V České republice můžeme dle Slámy, Kabelky a Vorlíčka (2011) najít tyto **typy zařízení**:

- **lůžkový hospic** – samostatné zařízení, kde je paliativní péče poskytována několika desítkám pacientů (tzv. kamenný hospic),

- **domácí paliativní péče** – paliativní péče poskytovaná v domácím nebo náhradním sociálním prostředí, obvykle za aktivní účasti rodiny (tzv. mobilní hospic),
- **oddělení paliativní péče v nemocnici** – paliativní péče poskytovaná ve zdravotnickém zařízení na specializovaném oddělení,
- **ambulantní paliativní péče** – specializovaná ordinace či ambulance, do které pacient dochází a kde mu je poskytována paliativní péče formou konzultací, vyšetření a ošetření.

Jednotlivé modely nemocniční paliativní péče jsou popsány v podkapitole 2.5.1. V zahraničí se můžeme setkat ještě s denními stacionární paliativní péče (Sláma, Špínková a Kabelka, 2013a). Nemocniční zařízení proto nejsou jedinou možností, kde se pacient může vyrovnávat s neléčitelným onemocněním. Není-li nutná intenzivní nemocniční péče, je vhodné zvážit další místa, kde by pacientovi mohla být poskytována paliativní péče. Vybraná varianta vždy musí odpovídat potřebám a možnostem pacienta a jeho rodiny. (Corcoran, Darrah a O'Connor, 2015)

Hlavními poskytovateli specializované paliativní péče jsou hospice. Bohužel se však do jejich péče ročně dostane jen velmi malý zlomek pacientů, kteří paliativní péči potřebují (viz graf 2). Ke dvěma třetinám úmrtí dochází na lůžku v nemocnicích.



Graf 2 – Místo úmrtí (Národní datová základna paliativní péče, 2018)

2.3 Historie paliativní péče

Vznik paliativní péče se datuje do poloviny 19. století. Úzce s tím souvisí založení prvního hospice v roce 1847 v Lyonu. Zakladatelka Jeanne Garnierová se péčí o nevléčitelně nemocné věnovala již několik let předtím a díky ní získalo slovo „*hospice*“ svůj dnešní význam. Do té doby byla péče o těžce nemocné pacienty hlavně otázkou rodin či klášterů. (Peřina, 2016b)

Další průkopnicí hospicové péče je Mary Aikenheadová, která v polovině 19. století založila v Dublinu kongregaci „Sester lásky“. Tato sesterská charita se věnovala doprovázení umírajících pacientů a v roce 1905 vybudovala St. Joseph's Hospice v Londýně. Významného rozvoje se péče o umírající dočkala díky Cicely Saundersové, která měla v 50. letech 20. století výrazný vliv při formulování zásad paliativní péče. Tato žena začala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice v St. Joseph's Hospice a posléze založila St. Christopher's Hospice, který je považován za první hospic moderního typu a za „*mateřský dům*“ celého hospicového hnutí. Saundersová prosazovala celostní přístup k pacientovi s důrazem na naslouchání jeho potřebám. (Haškovcová, 2007)

Domácí hospicová péče se rozvíjí hlavně v USA, v současnosti je zde tato forma paliativní péče považována za zcela základní. Americký kontinent je také kolébkou nemocniční paliativní péče. Označení „*oddělení paliativní péče*“ (Palliative Care Service) bylo poprvé použito v Kanadě v roce 1975. (Peřina, 2016b)

V dnešní době existuje ve světě přes 7000 zařízení hospicové a paliativní péče ve více než 90 zemích. Velká část z nich vznikla díky místním iniciativám mimo oficiální struktury zdravotnictví. Teprve postupně se ve světě tato zařízení zařazují do zdravotnických systémů jednotlivých zemí. (Peřina, 2016b)

V České republice se první výrazný mezník paliativní péče odehrál v roce 1992, kdy bylo založeno oddělení paliativní péče v Nemocnici v Babicích nad Svitavou u Brna na Oddělení tuberkulózy a respiračních onemocnění. Roku 2011 však bylo toto zařízení uzavřeno. První hospic u nás byl vybudován z iniciativy lékařky Marie Svatošové v roce 1995. Jedná se o Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Zakládající organizací byla Ecce homo (občanské sdružení na podporu domácí péče a hospicového hnutí založené 1993 Marií Svatošovou) ve spolupráci s Diecézní charitou v Hradci Králové. Po vzniku tohoto prvního kamenného hospice následovaly mnohé další. (Haškovcová, 2007)

Peřina hodnotí paliativní péči v České republice oproti vyspělým západním zemím jako zaostalou. Tento opožděný vývoj vychází z důsledků naší odlišné politické

a ekonomické situace. Až v 90. letech u nás začaly vznikat lůžkové hospice a otevřely se možnosti zahraničních stáží, na kterých mohli tuzemští poskytovatelé paliativní péče sbírat cenné zkušenosti. (Peřina, 2016a)

2.4 Komunikace s pacienty s vážným onemocněním

Pro zdravotníky je při poskytování paliativní péče vedle odborných znalostí velmi podstatné zvládat komunikaci s pacienty s vážným onemocněním. Komunikace zajišťuje, že se pacient i jeho rodina dozví dostatek informací o nemoci a její prognóze. Dále také umožňuje, aby byla poskytnuta adekvátní emocionální podpora a aby byla rozhodnutí, která budou v průběhu léčby činěna, v souladu s cíli péče. Dobrá a efektivní komunikace pomáhá zvyšovat kvalitu života pacientů. (Chasteen a Anderson, 2015)

Správná komunikace dává pacientovi maximální prostor a plně respektuje jeho potřeby a přání. Obě strany by v komunikaci měly být na stejné partnerské úrovni. Důležité je, aby byla vždy zachována důstojnost pacienta a bylo k němu přistupováno s úctou a respektem. Atmosféra vzájemné důvěry velmi pomáhá a komunikace pak může být otevřená a upřímná. (Milerová, 2015)

Efektivní komunikaci s pacienty s vážným onemocněním se lze naučit, ale vyžaduje to pečlivý nácvik s možností získání zpětné vazby. Je-li využívána efektivní a zároveň citlivá komunikace, bude z ní mít prospěch nejen pacient a jeho rodina – i samotný pracovník bude mít lepší pocit ze své práce.

Jednou z formálních možností, jak může pacient komunikovat své požadavky ohledně budoucí léčby, je sepsání **dříve vysloveného přání**. Jedná se o vyjádření ohledně další léčby pro situaci, kdy by pacient již o své léčbě nebyl schopen rozhodovat kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu. Dříve vyslovené přání je pacientovi umožněno sepsat na základě § 36 zákona o zdravotních službách. Dříve vysloveným přáním může být například odmítnuta resuscitace (tzv. DNR = Do Not Resuscitate), zavedení umělé výživy či napojení na přístrojovou podporu životních funkcí. (Krejčíková, 2015)

Závěrem lze shrnout, že **komunikace** s pacienty s vážným onemocněním by měla mít tyto **tři hlavní cíle** (Chasteen a Anderson, 2015):

- srozumitelné podání požadovaných informací,
- emocionální podpora pacienta a jeho rodiny,
- pomoc pacientovi a jeho rodině v učinění rozhodnutí, která jsou v souladu s cíli péče.

2.5 Paliativní péče v nemocnicích

Paliativní péče v nemocnicích může mít mnoho různých podob. Tato podkapitola rozebírá, jaké jsou známé modely jejího fungování ve zdravotnických zařízeních a jakým způsobem jsou v současné době v České republice financovány. Způsoby, jakými se může zdravotník k paliativní péči v nemocnicích dostat, jsou popsány ve třetí části této podkapitoly. Poslední část pojednává o mezinárodním i českém výzkumu nemocniční paliativy.

2.5.1 Modely specializované paliativní péče v nemocnicích

Dle odborných pramenů (Bužgová, 2015; Bímová, 2017) existují **čtyři hlavní modely poskytování specializované paliativní péče v nemocnicích**:

- **konziliární paliativní tým,**
- **ambulance paliativní medicíny,**
- **lůžkové paliativní oddělení,**
- **lůžková stanice paliativní medicíny.**

Konziliární paliativní tým je týmem specialistů různých oborů, kteří poskytují intervence a konzultace všem ostatním zdravotníkům pečujícím o pacienty s potřebou paliativní péče. Pacient tak zůstává na oddělení, kde byl do té chvíle léčen. Výhodou je, že tak není porušena kontinuita péče a pacient zůstává na místě a s lidmi, které již zná. Zároveň forma konzultací přispívá k průběžné edukaci zdravotníků na standardních odděleních. (Bužgová, 2015)

Při nemocnici může být zřízena také **ambulance paliativní medicíny**, která poskytuje své služby pacientům, u kterých není nutné, aby byli hospitalizováni v nemocnici. Může se tak jednat o pacienty z domácího prostředí či ze zařízení sociálních služeb. Ambulantní léčba může být podporou těch pacientů, kteří byli z nemocnice propuštěni, a plynule tak naváže na péči poskytovanou v nemocnici. (Bužgová, 2015)

Nejblíže k hospicové péči má **lůžkové paliativní oddělení**, které se snaží pacientům vytvořit domácí atmosféru. Důraz je zde kladen na maximální soukromí a volný režim návštěv (Bužgová, 2015). Nejdéle fungující lůžková oddělení v České republice jsou oddělení paliativní péče v Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze

a Stanice paliativní péče v Krajské nemocnici Jihlava. Obě oddělení fungují od roku 2011. (Sláma, Špinková a Kabelka, 2013b)

Lůžková stanice paliativní medicíny je určena pro poskytování paliativní péče v akutních případech. Lůžka zde slouží hlavně ke stabilizaci zdravotního stavu a k vytvoření následného plánu péče. Nejčastěji jsou pak pacienti propouštěni do domácího prostředí či předáváni do hospiců. Tento model péče zatím není v České republice rozšířen. V zahraničí tyto stanice často vznikají v rámci akutních onkologických jednotek pro pacienty s pokročilým nádorovým onemocněním. (Bužgová, 2015)

Například v USA nabízí zhruba 70 % nemocnic (s 50 a více lůžky) některou z forem specializované paliativní péče. Můžeme zde vycházet především z dat přibližně 400 nemocničních paliativních týmů, které jsou součástí Národního registru paliativní péče (National Palliative Care Registry). Dle Rogers a Dumanovsky (2017) měla ve letech 2009–2015 nemocniční paliativní péče v USA tyto hlavní trendy:

- vzrůstající počet paliativních konzilií,
- rostoucí velikost multidisciplinárních paliativních týmů,
- poskytování paliativní péče stále širšímu spektru pacientů (dle primární diagnózy),
- stále častější propouštění pacientů z nemocnic do domácí péče či do zařízení poskytujících specializovanou paliativní péči.

Přes 40 % pacientů v paliativní péči v USA je z nemocnice propuštěno domů či do péče dalších zařízení. Pouhá 4 % z nich se do nemocnice do 30 dnů od propuštění musí kvůli svému zdravotnímu stavu vrátit. Téměř polovina (46 %) paliativních programů z amerického registru poskytuje péči 24 hodin denně a 7 dní v týdnu – od pondělí do pátku jsou k dispozici pro osobní konzultace a nonstop v případě telefonické podpory. (Rogers a Dumanovsky, 2017)

V Rakousku je paliativní péče řešena na komplexní úrovni. V roce 2004 přijala rakouská vláda národní strategii paliativní péče (současná podoba: Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen, Nemeth et al., 2011). Tato strategie klade důraz na rozvoj jak obecné, tak specializované paliativní péče. Cílem je hlavně vyváženost nabídky služeb a pokrytí reálných potřeb pacientů (Kabelka, Sláma, Loučka, 2016). V současné době v rakouských nemocnicích funguje 49 konziliárních týmů a 36 lůžkových stanic. (Dachverband Hospiz Österreich, 2018)

V Německu fungují multidisciplinární paliativní týmy ve více než 250 nemocnicích (Wegweiser Hospiz-Palliativmedizin, 2018). Barbara Schubertová, vedoucí lékařka paliativního oddělení Nemocnice St. Joseph-Stift, zhodnotila na mezinárodní konferenci *Ambulantní specializovaná paliativní péče v Německu a v České republice* stav paliativní péče v České republice těmito slovy: „*Když jsem poslouchala zkušenosti českých kolegů, připadalo mi, že jsem se vrátila v čase asi o deset let zpátky*“. Na základě německých zkušeností podotýká, že bez systémové spolupráce pojišťoven, nemocnic a ministerstva to půjde změnit jen stěží. (Zdravotnické noviny, 2012)

U nás, na rozdíl od uvedených mezinárodních příkladů, se všechny nemocniční paliativní aktivity teprve rozvíjejí. Cílem této diplomové práce je zdokumentovat pilotní programy, které se snaží o změnu současného systému a o dosažení větší dostupnosti paliativní péče v českých zdravotnických zařízeních. Více o těchto pilotních aktivitách je v podkapitole 2.6 Spolu až do konce.

2.5.2 Úhrady specializované nemocniční paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění

Lůžková paliativní oddělení v České republice mohou využívat stejný úhradový mechanismus jako kamenné hospice. Tento úhradový mechanismus je zakotven v **zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**. V zákoně je řečeno, že mezi hrazené služby se počítá i „*léčba paliativní a symptomatická o osoby v terminálním stavu poskytovaná ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu*“ (§ 22a Zvláštní ústavní péče – péče paliativní lůžková). Do této definice spadá i nemocniční lůžkové paliativní oddělení. (Sláma, Špínková a Kabelka, 2013b)

Lůžkové hospice stejně jako lůžková nemocniční oddělení mají **nárok na příspěvek na péči**. Tento příspěvek je určen lidem závislým na pomoci jiné osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Příspěvek je hrazen ze státního rozpočtu a rozhoduje o něm obecní úřad obce s rozšířenou působností. Příspěvek musí být využit na zajištění potřebné pomoci. (Jarkovská, Kabelka a Štěpánková, 2011)

Výše příspěvku na péči (stav květen 2018) pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc (Kancelář veřejného ochránce práv, 2018):

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),

- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 8 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 13 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Úhrady v ambulancích paliativní medicíny jsou v České republice opřeny o nasmlouvání výkonů s pojišťovnami pod odborností 720. Odbornost 720 (paliativní medicína) byla v Seznamu zdravotních výkonů poprvé samostatně uveřejněna vyhláškou MZ ČR č. 411/2011 Sb. Pod **odbornost 720** k 1. 5. 2018 spadají tyto kódy (ČSPM ČSL JEP, 2018):

- **80053** – Komplexní vyšetření specialistou v oboru Paliativní medicíny,
- **80054** – Cílené vyšetření specialistou v oboru Paliativní medicína,
- **80055** – Kontrolní vyšetření specialistou v oboru Paliativní medicína,
- **80051** – První vyšetření a zavedení paliativní péče lékařem u pacienta v terminálním stavu v domácím prostředí,
- **80052** – Vyšetření pacienta lékařem specialistou v oboru paliativní medicíny v domácím prostředí.

2.5.3 Role zdravotníků v nemocniční paliativní péči

Všichni zdravotníci v nemocnicích se mohou nějakým způsobem dostat do kontaktu s paliativou. Dle Widery, Pantilata, Andersona a Gonzalese (2015) se mohou zdravotníci k paliativní péči dostat hlavně těmito čtyřmi způsoby:

1. Zdravotník předává pacienta paliativnímu týmu

Zdravotník identifikuje u pacienta potřebu paliativní péče a předá tuto informaci multidisciplinárnímu paliativnímu týmu. Tým si pacienta převezme do péče, a to buď přeřazením pacienta na paliativní lůžko, nebo svoláním konzilia, na kterém tým dává doporučení a pomáhá stávajícím ošetřujícím lékařům s paliativní péčí. Zdravotníci mohou kontaktovat paliativní tým například také v situaci, kdy jsou vytíženi prací a vědí, že nemají dostatek prostoru a času, které by bylo vhodné věnovat setkání s pacientem a jeho rodinou, ačkoli by si za klidnějších podmínek byli schopni poradit samostatně. I v těchto situacích jim paliativní tým může být nápomocen.

2. Zdravotník je členem multidisciplinárního paliativního týmu

V nemocnici vznikne multidisciplinární paliativní tým a jeho členem se stane pracovník se zájmem o tuto oblast. Ten se pak rozhodne (dle svého zájmu a dle možností zdravotnického zařízení), jak bude mít rozdělený pracovní úvazek mezi své primární zaměření a práci v paliativním týmu.

3. Zdravotník je paliativním specialistou v multidisciplinárním paliativním týmu

Zdravotník se rozhodne, že se paliativní péče stane jeho primární pracovní oblastí a získá pro to příslušné vzdělání. V nemocnici se stane členem paliativního týmu na plný úvazek a paliativní péče bude jeho hlavní doménou. V USA je běžnou praxí, že nemocnice, kterým chybí paliativní specialista, se domluví se zájemcem o atestaci a nabídnou mu finanční kompenzaci platu, pokud si bude toto vzdělání doplňovat. Pracovník se na oplátku zaváže, že z nemocnice po domluvený počet let neodejde a bude zde paliativní péči vykonávat.

V České republice může lékař získat atestaci z paliativní medicíny. První atestování lékaři zde byli v roce 2005 (Vzdělávání v paliativní medicíně, 2018). Tehdy se ještě jednalo o nástavbový obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“. Od roku 2011 je tento obor rozdělen na dva samostatné certifikované kurzy s názvy „Paliativní medicína“ a „Algeziologie“ (neboli léčba bolesti). (Sláma, Špinková a Kabelka, 2013b)

Zdravotní sestry mohou absolvovat kurz ELNEC (End of Life Nursing Education Consortium), který je garantovaný Českou asociací sester a odpovídá mezinárodní licenci programu ELNEC. Tento kurz byl založen Americkou asociací ošetrovatelských vysokých škol (The American Association of Colleges of Nursing) v roce 2000 a je rozšířen ve více než 89 zemích. (Centrum paliativní péče, 2018)

4. Zdravotník poskytuje obecnou paliativní péči

Pracovník nemocnice poskytuje obecnou paliativní péči jako součást své práce, ať již v nemocnici multidisciplinární paliativní tým je či není. Všichni zdravotníci by měli mít základní přehled o poskytování paliativní péče zahrnující tišení bolesti a zvládání mírnění symptomů nemoci. Stejně tak by pracovníci měli být připraveni na komunikaci s pacientem a jeho rodinou na téma vývoje nemoci (včetně

sdělování špatných zpráv). Případně by měli být schopni zajistit psychosociální a spirituální podporu, ať již sami nebo přivoláním odborníka na danou oblast. Výše zmíněné dovednosti pracovníků nemocnic jsou důležité nejen pro pacienty na konci života; prospěch z nich mohou mít všichni hospitalizovaní pacienti.

2.5.4 Výzkum paliativní péče v nemocnicích

Řada mezinárodních studií poukazuje na významný pozitivní vliv paliativní péče pro pacienty, jejich rodiny i zdravotnický systém. Data ukázala přínos paliativní péče v oblasti kontroly symptomů a zlepšení kvality života (Bakitas, Lyons, Hegel et al., 2009; Zimmermann, Swami, Krzyzanowska et al., 2014; Sidebottom, Jorgesnon, Richards et al., 2015). U některých skupin pacientů bylo prokázáno delší dožití, pokud měli vedle klasické péče i možnost podpory paliativního týmu (Temel, Greer, Muzikansky et al., 2010; Higginson, Bausewein, Reilly et al. 2014). Existují také studie ukazující na ekonomickou úspornost pro zdravotní systém (Morrison, Dietrich, Ladwig et al., 2011; Smith, Brick, O'Hara a Normand, 2014; May, Normand a Morrison, 2014).

V České republice je paliativní péče ve zdravotnických zařízeních tématem, které je zatím zkoumáno jen velmi okrajově (Koubová, 2017). Dosavadní výzkumy v nemocnicích se zaměřovaly například na potřeby pacientů a rodinných příslušníků (Bužgová, 2015; Novotná, 2017) nebo na zkoumání procesu změny intenzivní léčby na léčbu paliativní za pomoci analýzy dat dokumentace pacientů (Metznerová, 2017).

V kontextu nemocniční paliativní péče je vhodné zmínit hlavně rozsáhlou studii ODDICUS, která byla od roku 2014 vedena pracovníky Všeobecné fakultní nemocnice (dále jen VFN). Jejím cílem bylo „*charakterizovat péči o pacienty umírající v terciárním zdravotnickém zařízení ve smyslu kvality poskytované paliativní péče a dopadu na příbuzné pacienta a ošetřující zdravotníky*“. (KARIM, 2016)

Závěry studie jsou následující: Paliativní péče ve VFN využívána není. Pro lékaře je úmrtí pacienta nepřekvapivé, zatímco pro rodinu překvapivé je. Konkrétně pro lékaře je skoro 90 % úmrtí očekávatelných, přičemž ve 42 % k nim dochází v intenzivní péči. Limitace péče není s pacientem ani s rodinou probírána vůbec, případně není probírána včas. U očekávatelných úmrtí k ní však dochází v 80 % případů. Nástroj dříve vyslovených přání (viz 2.4 Komunikace s pacienty s vážným onemocněním) není v nemocnici využíván, respektive pouze naprosto minimálně, v méně než 0,5 % případů. Z tohoto důvodu nešlo

hodnotit, zda byly naplněny cíle péče, protože tyto vesměs nebyly známy. (Kopecký, 2017; Rusinová dle Koubové, 2017)

Celkově byla pouze v 94 případech z 1000 péče poskytnutá VFN hodnocena jako adekvátní – zachovávající důstojnost pacienta a zapojující jeho rodinu. Shrňeme-li tyto výsledky, můžeme říci, že kvalitní péči na konci života dostal ve VFN ve sledovaném období pouze jeden pacient z deseti. Výzkumníci konstatují, že pro dosažení lepšího výsledku je nutné dřívější zapojování paliativních odborníků do procesu péče o pacienta. Ti dle výzkumu bývají přivoláváni často až v terminální fázi, což je z hlediska pacienta a jeho rodiny špatné. (Rusinová dle Koubové, 2017)

Dostupnost paliativní péče ve VFN se od doby studie ODDICUS zvýšila, zatím však nejsou k dispozici konkrétní data. Stalo se tak mimo jiné díky programu Spolu až do konce, kterého se VFN účastnila. Tento program je představen v následující podkapitole.

2.6 Program Spolu až do konce

Spolu až do konce je program Nadačního fondu Avast, jenž se dlouhodobě věnuje rozvoji paliativní péče v České republice. Nejprve tento program cílil na podporu výzkumu a vzdělávání. Následně se v roce 2015 zaměřil na fundraising a finanční soběstačnost hospiců. O rok později byla ve třetím ročníku hlavním tématem paliativní péče v nemocnicích. Čtvrtý ročník programu Spolu až do konce nese název Avast stipendium pro paliativní péči. Tento zatím poslední ročník je zaměřen na hledání a podporu paliativních lídrů, kteří na sobě chtějí pracovat a rozvíjet se. Na podzim roku 2018 bude vyhlášena nová výzva programu Spolu až do konce, její konkrétní zaměření však zatím nebylo zveřejněno. (Nadační fond Avast, 2018)

Tato podkapitola nastiňuje podrobnosti třetího ročníku programu Spolu až do konce, zaměřeného na paliativní péči v nemocnicích. Odbornými garanty projektu byly Centrum paliativní péče a Česká společnost paliativní medicíny při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Program byl otevřený pro zdravotnická zařízení nemocničního typu poskytující akutní nebo dlouhodobou péči bez ohledu na velikost, zřizovatele nebo region působení. Nemocnice mohly v rámci grantové výzvy žádat až o 2 000 000 Kč. Využití finančních prostředků bylo velmi flexibilní a odvislé od potřeb

konkrétní nemocnice. Důležité bylo, aby cíle projektu směřovaly k rozvoji nemocniční paliativní péče. (Loučka, Kovaříková et al., 2018)

Do otevřeného výběrového řízení bylo přihlášeno 64 žádostí z 58 nemocnic. Ve dvoukolovém výběrovém řízení vybrala odborná komise 18 projektů ze 17 nemocnic. Celkově byly nemocnice podpořeny částkou 31 090 400 Kč. Kromě finanční podpory měla podpořená zdravotnická zařízení v průběhu celého projektu možnost konzultací s Nadačním fondem Avast a Centrem paliativní péče. Součástí programu Spolu až do konce byla také pravidelná školení a setkávání, kde měly nemocnice možnost sdílet své zkušenosti z průběhu projektu. (Loučka, Kovaříková et al., 2018)

Kritéria výběru projektů:

- 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. (Loučka, Kovaříková et al., 2018)

Mapa vybraných zdravotnických zařízení je na obrázku 1.

Obrázek 1 - Mapa podpořených nemocnic (Loučka et al., 2018)



Tabulka 1 shrnuje cíle projektů v jednotlivých nemocnicích a výše grantu.

Tabulka 1 – Spolu až do konce: Podpořené nemocnice (dle Loučky et al., 2018 vytvořila Julie Kovaříková)

Nemocnice	Cíl projektu	Výše grantu
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (Praha)	Vytvoření konziliárního paliativního týmu a paliativních pokojů v rámci I. interní kliniky nemocnice, rozvoj vědecké a pedagogické práce v oblasti paliativní péče	2 000 000 Kč
Fakultní nemocnice v Motole (Praha)	Systematická integrace paliativní péče v dětské nemocnici FN Motol, vzdělávání personálu, vytvoření multidisciplinárního týmu a příprava otevření ambulance paliativní medicíny pro dětské pacienty.	1 970 580 Kč
Interní oddělení Strahov (VFN, Praha)	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.	2 000 000 Kč
Klinika Na košíku (Praha)	Vzdělávání personálu v oblasti paliativní péče, prohloubení kompetencí a znalostí.	140 000 Kč
Krajská nemocnice Liberec	Zahájení činnosti ambulance paliativní medicíny, rozvoj multidisciplinárního týmu nemocnice, spolupráce s hospicem v Liberci.	1 200 000 Kč
Masarykova městská nemocnice v Jilemnici	Rozvoj multidisciplinárního paliativního týmu, rozšíření činnosti v rámci nemocnice.	1 900 000 Kč
Masarykův onkologický ústav (Brno)	Vytvoření a implementace uceleného programu paliativní péče do činnosti Masarykova onkologického ústavu. Další rozvoj činnosti ambulance paliativní medicíny.	1 401 000 Kč
NH Hospita, a.s. – Nemocnice Hořovice	Vytvoření multidisciplinárního paliativního týmu pro dospělé i dětské pacienty.	2 000 000 Kč
Nemocnice Jihlava	Zlepšení péče na lůžkové paliativní stanici a rozšíření působnosti týmu na další pracoviště nemocnice.	2 000 000 Kč
Nemocnice Jindřichův Hradec	Prohloubení kompetence a znalostí paliativního týmu v nemocnici, vzdělávání ostatního personálu, prohloubení spolupráce s ostatními pracovišti.	2 000 000 Kč
Nemocnice Milosrdných sester sv. Vincence de Paula (Kroměříž)	Vzdělávání personálu, prohloubení kompetencí a znalostí v oblasti paliativní péče v zařízení následné a dlouhodobé péče, rozvoj spolupráce s dalšími poskytovateli v regionu.	450 000 Kč
Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (Praha)	Zlepšení vybavení jednoho z mála stážovacích pracovišť v ČR, rozvoj výukové činnosti v oboru paliativní medicína.	1 555 000 Kč
Nemocnice Na Pleši (Nová Ves pod Pleší)	Rozvoj specializované ambulance paliativní a podpůrné léčby pro onkologické pacienty a jejich rodiny, zkvalitnění péče a vybavení na lůžkovém oddělení.	1 270 400 Kč

Nemocnice	Cíl projektu	Výše grantu
Oblastní nemocnice Příbram	Vytvoření a rozvoj paliativního týmu, vznik poradny pro nemocné, příbuzné a pozůstalé.	1 600 000 Kč
Ústav hematologie a krevní transfuze (ÚHK, Praha)	Systémové ukotvení paliativní péče na ÚHK, vznik ambulance paliativní medicíny a vytvoření informačních materiálů pro odbornou i širokou veřejnost.	1 424 850 Kč
Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice (Praha)	Vytvoření a rozvoj multidisciplinárního týmu a příprava paliativního oddělení ve Vojenské fakultní nemocnici.	1 945 000 Kč
Všeobecná fakultní nemocnice (VFN, Praha)	Vytvoření paliativního konziliárního týmu v jedné z největších nemocnic ČR, rozvoj vědecké a pedagogické činnosti, vznik ambulance paliativní medicíny.	2 000 000 Kč
Vysokomýtská nemocnice	Vytvoření paliativních rodinných pokojů, vzdělávání personálu a vytvoření paliativního týmu v rámci nemocnice.	1 025 950 Kč

V roce 2016 před začátkem třetího ročníku Spolu až do konce bylo Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR evidováno na celém území České republiky pouhých 50 nemocničních paliativních lůžek. Celkový počet zemřelých v roce 2016 v nemocnicích akutní a následné péče byl 59 886 osob. Z toho jich na paliativním lůžku zemřelo 112, což činí přibližně 0,19 % z celkového počtu zemřelých v nemocnicích. Jedná se o opravdový zlomek a vezmeme-li v potaz fakt, že v roce 2016 došlo ke 2/3 všech úmrtí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, bude toto číslo ještě menší. (ÚZIS ČR, 2017)

Tato skutečnost nám sice nemůže dokázat, zda v péči o umírající pacienty byl či nebyl využíván paliativní přístup, nicméně můžeme z toho usoudit, že v roce 2016 nebylo využívání paliativních lůžek běžnou a zavedenou součástí nemocniční péče. Za rok 2017 tato čísla ještě nejsou dostupná. Předpokladem a přáním všech, kdo o zavedení paliativy usilují, je, aby se statistika postupně ubírala pro pacienty lepším směrem – více úmrtí v intimitě a klidu domácího prostředí a více pacientů, kterým byla v nemocnicích poskytnuta individualizovaná paliativní péče.

K projektu Spolu až do konce bylo přizváno Ministerstvo zdravotnictví, které se nyní snaží na tento program navázat dlouhodobou aktivitou, jejímž hlavním cílem je hlubší implementace nemocniční paliativní péče do systému českého zdravotnictví. Projekt Ministerstva zdravotnictví byl spuštěn ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP v roce 2018. Projekt je financován z evropských fondů a jeho záměr popisuje ministerstvo takto: „Cílem projektu je vytvořit prostředí pro zvýšení dostupnosti

paliativní péče v nemocnicích akutní, následné a dlouhodobé péče prostřednictvím vytvoření nového samostatného programu paliativní péče, nastavení a ověření metodik a standardů zveřejněných ve Věstníku ministerstva zdravotnictví.“ (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2018)

3 Zavádění organizační změny

Předmětem této diplomové práce je implementace paliativní péče do nemocnic. Předchozí kapitola pojednávala o paliativní péči jako takové. Následující část se věnuje **řízení změny**, jelikož implementace paliativní péče pro nemocnici velkou změnou je. Jak při zavádění změny postupovat, bude následně podrobněji rozebráno na ukázce dvou vybraných modelů – Kotterových osmi krocích změny a Lewinově třífázovém modelu.

Důležitost zavádění změn ve zdravotnických zařízeních neustále vzrůstá. Nůžky mezi nároky na poskytovanou zdravotní péči na jedné straně a nutností zajistit dostatečné financování péče na straně druhé se stále více rozevírají. Finanční zdroje na provoz a rozvoj nemocnic jsou omezené, a tak se rozpor mezi potřebami a možnostmi neustále zvětšuje. Tato situace přináší zařízením zvýšenou míru nejistoty a rizika při manažerském rozhodování. (Průša, 2010)

Jak upozorňuje Průša (2010), množství a rozsah potřebných změn ve zdravotnických zařízeních se rychle zvyšuje. Je nutné si uvědomit, že každá změna představuje jak možné ohrožení, tak skrytou příležitost.

Role manažera ve zdravotnických organizacích je v dnešní době velmi náročná. Zatímco vede celou organizaci, musí se průběžně přizpůsobovat stále se měnícím podmínkám. Změny se dějí rychle, ať už na úrovni zavádění nových technologií do zdravotnického systému nebo implementace nových směrnic z důvodu neustálého zvyšování kvality poskytovaných služeb. Manažer by se měl stát průvodcem ostatních zaměstnanců, měl by jim být schopen ukázat novou cestu a naučit je po ní jít. (Campbell, 2008)

Owen zdůrazňuje, že změny neexistují jen v jednoduchém racionálním světě, ale svou důležitost zde hraje i aspekt politický a emocionální. Nestačí být pouze manažerem, který řídí změnu v čistě racionálním světě. Řízení změny je náročnou disciplínou, ve které musí správný lídr působit ve všech třech sférách – racionální, politické i emocionální. (Owen, 2006)

V dnešní době je v oblasti vedení lidí vyžadována vysoká profesionální úroveň a s ní související neustálý rozvoj manažerských dovedností. Řízení změny je jednou z nejnáročnějších manažerských disciplín. Vyžaduje to věnovat velké množství času

a pozornosti komunikaci a práci s lidmi. Jen tak lze organizaci úspěšně provést transformačním procesem. (Průša, 2010)

Pracovníci prožívají změnu různými způsoby a různou rychlostí. Je sice možné změnu nařídít, ale doopravdy k transformaci dojde až ve chvíli, kdy pracovníci začnou dělat věci jinak a nové chování přinese lepší výsledky. (Průša, 2010)

Každá neúspěšně vedená změna vytváří bariéru pro změny další, je proto dobré dát si vždy o něco více práce s tou aktuální, protože selhání při ní by mohlo mít velké následky. Kotterův a Lewinův model změny, které jsou představeny níže, mohou být při řízení změny dobrými pomocníky.

3.1 Osm kroků změny

Americký profesor John Kotter představil v roce 1995 velmi praktický model řízení změny známý pod názvem *8 kroků změny*. Není výjimkou, že je tento model využíván při transformaci v nemocnicích a organizacích působících ve zdravotnické sféře. Konkrétní příklady ze současné doby můžeme najít například u Bokovitz (2016), Streiffer a Lynn (2013), Rappleye (2014) a Auguste (2013).

Všech osm kroků shrnuje tabulka 2 a v této podkapitole bude každý z kroků podrobněji rozebrán.

Tabulka 2 – Osm kroků změny (dle Kottera, 2000 vytvořila Julie Kovaříková)

Osm kroků změny	
1	Vyvolání pocitu naléhavosti
2	Sestavení týmu prosazujícího změnu
3	Vytvoření vize a strategie
4	Komunikace transformační vize
5	Delegování v širokém měřítku
6	Vytváření krátkodobých vítězství
7	Využití výsledků a podpora dalších změn
8	Zakotvení nových přístupů do organizační kultury

Jak upozorňuje Campbell (2008), Kotterův model je nelineární. Ačkoli ještě není ukončena jedna fáze, může již začít druhá. Je samozřejmě dobré, pokud se jednotlivé kroky změny realizují přibližně v předepsaném pořadí, obvykle však některé probíhají současně. Přílišné urychlení či přeskočení některého kroku může skončit selháním implementace změny.

Hlavní lekcí, kterou se lze naučit od úspěšných organizací, je podstatné zjištění: Proces změny prochází skrze sérii kroků, které obvykle vyžadují nezanedbatelné množství času. Přeskočením některého z nich se pouze vytváří iluze rychlosti, ale nikdy to nepřinese uspokojující výsledky. (Kotter, 1995)

Kotterův model není *přesným* návodem, jak krok po kroku dosáhnout organizační změny. Jedná se o interaktivní model a jeho použití vždy leží na schopnostech a vědomostech manažera. Splněním jednoho kroku lze dosáhnout kroku jiného. Někdy se například pocit naléhavosti dostaví teprve po získání série krátkodobých vítězství, které zaměstnancům pomohou vidět fakt, že změna je potřebná. Je vždy na manažerovi, aby se s dostatečnou citlivostí pro situaci vypořádal se změnou ve své konkrétní organizaci. (Campbell, 2008)

V nemocnicích velmi často fungují tradiční a někdy i zkostnatělé organizační struktury, v jejichž mantinelech je skutečně náročné prosadit jakoukoli změnu. Proto pro ně, možná více než pro jiné organizace, platí následující Kotterovo varování (2000, s. 134): *„Hlavním cílem prvních šesti fází transformačního procesu je vybudovat dostatečnou sílu, která dokáže prorazit nefunkční betonové bariéry. (...) Pokud některý z těchto kroků vypustíme, ohrožujeme tím celé naše úsilí. V podnicích, které existují po dlouhá desetiletí, mohou tyto betonové bariéry být skutečně pevné. Někdy mimořádně pevné.“*

3.1.1 Vyvolání pocitu naléhavosti

První z osmi kroků se věnuje vyvolání pocitu naléhavosti. Potřebnost změny může vyplynout například ze zkoumání trhu či konkurenčního prostředí. Případně může vycházet z potenciálních krizí v organizaci a díky tomu identifikaci kritických míst, která je potřeba napravit. (Kotter, 2000)

Často pocit naléhavosti vyvstane následkem informací, které nejsou pozitivní. Může se jednat o zveřejnění skutečnosti, že něco nefunguje tak, jak má. Zároveň je však

dobré dodat, že by to šlo lépe. Například může jít o data z neuspokojivého průzkumu mezi zákazníky a následnou snahu o vylepšení služeb. (Kotter, 1995)

První krok je podle Kottera velmi podstatný pro to, aby se transformační proces mohl rozběhnout. A to nikdy nejde bez kooperace mnoha jedinců, kteří jsou motivovaní. Bez motivace lidé změně nepomohou a vynaložená snaha pár zapálených jedinců může snadno přijít nazmar. Může se zdát, že je vyvolání pocitu naléhavosti velmi snadné. Právě proto bývá často podceňováno a mnoho změn selže již v této fázi. Někdy je to nedostatkem trpělivosti manažera nebo nepochopením, že pro pracovníky je velmi náročné vystoupit ze své komfortní zóny. A změna právě takovým vykročením z komfortní zóny je. (Kotter, 1995)

Campbell zdůrazňuje možnost navštívit jiné zařízení, ve kterém je obdobná změna již zavedena, jako vhodnou cestu k vyvolání pocitu naléhavosti ve zdravotnickém zařízení. Jedná se o interaktivní příklad, kdy mohou pracovníci druhé organizace ukázat, jak u nich daná oblast funguje, a je možné se jich osobně na cokoli doptat. Je vždy dobré mít informace o dobré praxi přímo z první ruky, ne zprostředkovaně. (Campbell, 2008)

3.1.2 Sestavení týmu prosazujícího změnu

Cílem druhého kroku je vytvoření skupiny lidí, která bude dostatečně silná, aby mohla řídit změnu. Nestačí však skupinu jen sestavit, je nutné naučit ji spolupracovat jako tým. (Kotter, 2000)

Změna je na začátku často iniciována jen jedním či dvěma jedinci. Pokud však chceme prosadit velkou změnu, bude k jejímu udržení potřeba mnoho sil, které jednotlivec, ať jakkoli silný, sám o sobě nemá. V případě úspěšných organizací se vždy na vůdčí jedince nabalovali další a další pracovníci, kteří se podíleli na transformaci. Bez motivovaných lidí, kteří se zasazují ve prospěch změny a disponují k tomu dostatkem zkušeností, vzděláním a vlivem, by prosazení změny šlo jen stěží. Vůdce bez týmů je stejně bezradný jako tým bez vůdce. Obojí, tým i lídr, je k dosažení změny potřeba. Silný tým se silným vedením je schopen ustát tlak, který na něj budou vyvíjet odpůrci změny. (Kotter, 1995)

Počet osob v týmu není přesně definován a vychází z konkrétních možností a potřeb organizace. Změny bývají často vyvolávány jedním či dvěma lidmi. V malých

podnicích nebo pobočkách větších organizací se skupina rozrůstá přibližně na šest členů. Větší podniky mohou mít týmy čítající dvacet až padesát osob. (Kotter, 2000)

Efektivní koalice mívají dle Kottera (2000, s. 62–63) tyto čtyři základní znaky:

- **dostatečné pravomoci** – tým obsahuje dostatek klíčových pracovníků, kteří pomáhají prosadit změnu,
- **zkušenosti** – ideální je kombinace různých zkušeností a pracovních pozic,
- **důvěryhodnost** – dostatečný počet členů týmu má v organizaci dobrou pověst,
- **vůdcovství** – v týmu je dostatek osvědčených vůdců, kteří jsou schopni usměrňovat transformační proces.

Výběr členů týmu ve zdravotnickém prostředí je pro manažera změny velmi zásadní. Je potřeba, aby byli odborníky na oblast změny a měli pro práci v týmu vhodné předpoklady. Důležité také je, aby byli důvěryhodní v prostředí nemocnice. Pracovníci, kteří jsou vnímáni jako důvěryhodní, přinesou týmu věrohodnost v očích ostatních. (Campbell, 2008)

Při vytváření týmu je podstatné nejen vybrat ty správné lidi, ale také mezi nimi vytvořit vzájemnou důvěru. Utváření důvěry napomohou například plánovaná výjezdní zasedání, skupinové debaty a další aktivity. Ze společného setkávání by pak měl vyjít cíl, se kterým se celý tým ztotožní. (Kotter, 2000)

3.1.3 Vytvoření vize a strategie

Třetí krok popisuje vytvoření vize, jež usnadní řízení procesu změny, a následný vznik strategií směřujících k dosažení této vize. (Kotter, 2000)

Vyvolání pocitu naléhavosti a vytvoření schopného týmu však ne vždy stačí. Je potřeba, aby se v transformačním týmu vyladila očekávání a cíle a nastavil se způsob komunikace mezi členy týmu. Může k tomu pomoci například již zmiňované výjezdní setkání, na kterém tým během dvou či tří dnů může začít transformaci plánovat a vyladit se na sebe. (Kotter, 1995)

Vizi je potřeba vytvářet pečlivě, aby byla srozumitelná a jasně určovala budoucí směr, kterým se má organizace vydat. Podle Kottera se správně formulovaná vize tvoří 3–5

měsíců, někdy dokonce 12, a vzniká z důkladné diskuze mezi členy týmu. Není výjimkou, že první návrh přijde od jedince, který je nositelem myšlenky změny, ale je vždy dobré se nad vizí zamyslet společně a vytvořit také plán k jejímu dosažení. (Kotter, 1995)

Účinná vize by měla být obrazem budoucnosti, kterou si lze snadno představit. Při tvorbě vize se lze inspirovat například i pomůckou SMART, která pomáhá při definici cílů. Jedná se o zkratku z anglických výrazů, které jsou podrobněji popsány v tabulce 3. Pomůcka SMART se využívá hlavně při tvorbě jednotlivých dílčích cílů, ale je dobré na ni myslet již ve chvíli, kdy vzniká celková budoucí vize.

Tabulka 3 – SMART (dle Armstronga, 2011, s. 116 vytvořila Julie Kovaříková)

S	Specific	Konkrétní
M	Measurable	Měřitelný
A	Achievable	Dosažitelný – podnětný a náročný, ale splnitelný
R	Relevant	Důležitý z hlediska cílů organizace
T	Time framed	Časově ohraničený

Není-li vize od začátku srozumitelná, může se stát, že pracovníci budou dezorientovaní a nejistí. Je-li vize sepsána v podobě mnohastránkového manuálu, může to vést až k opačnému efektu, než který změna původně zamýšlela. Zaměstnanci budou její rozsáhlostí znechuceni a demotivováni. Jak poznat, zda je vize správně formulována? Pokud někdo není schopen v nejvýše pěti minutách vysvětlit svůj záměr a i po této době vidí na svém komunikačním partnerovi nepochopení, svědčí to o tom, že vize ještě není správně definována. (Kotter, 1995)

3.1.4 Komunikace transformační vize

Hlavním bodem čtvrtého kroku změny je využití všech dostupných prostředků k nepřetržité komunikaci o záměru transformace a postupech, které budou voleny k jejímu dosažení. Od týmu se očekává, že bude pro ostatní pracovníky sloužit jako vzor očekávaného jednání. (Kotter, 2000)

Tým musí identifikovat všechny jedince a skupiny, kterých se bude změna týkat. A to jak interní, tak externí. V případě nemocnice se bude jednat nejen o pracovníky ve zdravotnické organizaci, ale i o pacienty, spolupracující zdravotnická a sociální zařízení

atd. U každé této skupiny je potřeba určit, jak je změna ovlivní, a jakým způsobem i do jaké míry o ní budou informováni. (Campbell, 2008)

Campbell upozorňuje, že je potřeba důkladně vnímat emoce všech zapojených stran. Je vhodné dávat pozor, zda se někdo necítí opomíjen, či zda nevychází odpor z nějaké konkrétní skupiny a případně se na ni zaměřit. Je dobré zapojit při komunikování transformační vize konkrétní příběh, který zaujme a lépe pomůže přiblížit význam změny. (Campbell, 2008)

Důležité změny není většinou možné realizovat bez ochoty většiny zaměstnanců zapojit se, byť často za cenu krátkodobých obětí. Pracovníci, kteří si myslí, že je změna zbytečná či špatně zaměřená, si dokážou vymyslet tisíce způsobů, jak se vyhnout spolupráci na procesu. Je zkrátka potřeba opravdu důkladná komunikace, aby byla získána jak srdce, tak mozky všech pracovníků. Kotter u selhávajících organizací hovoří o deseti- až stonásobném podcenění důležitosti komunikace. (Kotter, 2000)

V úspěšných organizacích vedení používá opravdu *všechny* dostupné prostředky ke komunikaci změny. Tým vyvolává diskuze o změně a umožňuje zaměstnancům dostat se ke všem potřebným informacím o ní. Je dobré udělat setkání, kde mají zapojené strany možnost pokládat týmu otázky. (Kotter, 1995)

Důležité je si také uvědomit, že nic nepodpoří změnu více, než činy důležitých jedinců v organizaci. Pro změnu může být velmi ohrožující, pokud se tito představitelé chovají v rozporu s tím, jak změnu sami komunikovali. (Kotter, 1995)

Závěrečné shrnutí důležitých bodů efektivní komunikace transformační vize dle Kottera (2000, s. 95):

- **jednoduchost,**
- **metafory** a konkrétní příklady,
- **mnohočetné kanály,**
- **opakování,**
- **vedení příkladem,**
- **vysvětlování** případných **nesouladů** či vyjasňování rozporuplných prohlášení,
- **obousměrná komunikace.**

3.1.5 Delegování v širokém měřítku

Pátý krok změny se zaměřuje na odstraňování překážek. Může to úzce souviset se změnou zavedených struktur či systémů bránících transformaci. V této fázi je vhodné podpořit riskantní rozhodnutí a netradiční myšlenky a postupy. (Kotter, 2000)

V organizaci se může stát, že chystaná změna pečlivě projde prvními čtyřmi kroky, ale přesto následně narazí. Může to vypadat tak, že zaměstnanci rozumí vizi a mají chuť ji realizovat, ale nemají pro to dostatek prostoru. Cílem pátého kroku je jim tento prostor dát. Konkrétním příkladem v oblasti delegování je zvýšení pravomocí pracovníků či jejich povýšení. (Kotter, 2000)

Někdy může být překážkou na cestě ke změně jen nedostatek zkušeností. Tato překážka se dá odstranit za pomoci správného výcviku či vzdělávání, které pomůže chybějící zkušenosti doplnit. (Kotter, 2000)

Je potřeba, aby byly všechny velké překážky identifikovány a odstraněny. Často mohou být jen v myslích jednotlivců. Pak stačí tyto jedince přesvědčit, že ve skutečnosti žádné překážky nejsou. Tento úkol se však může zdát jednodušší, než doopravdy je. V případě, že mají překážky reálné rozměry, je potřeba se s nimi vypořádat. Pravděpodobně nejhorší možností jsou členové vedení, kteří změnu odmítají a činí rozhodnutí a požadují věci, která jsou se záměry změny nekonzistentní. Je-li překážkou osoba, je důležité, aby s ní bylo zacházeno férově, ale aby se okolo problému nechodilo jen po špičkách a situace se otevřela. Povzbudí to všechny, kteří o změnu usilují, a udrží to důvěryhodnost změny jako celku. (Kotter, 1995)

3.1.6 Vytváření krátkodobých vítězství

Šestý krok změny se soustředí na plánování viditelných zlepšení výkonu neboli „vítězství“ a jejich dosahování. Je potřeba, aby byli lidé podílející se na dosažení vítězství viditelně oceňováni a odměňováni. (Kotter, 2000)

Reálná změna se všemi svými dopady zabere velké množství času. Aby se udrželo nasazení zapojených lidí, je potřeba mít cestou dílčí dosažitelné cíle, které jsou pro všechny malou odměnou a oslavou za nasazené úsilí. Jen málokdo vydrží na trnité cestě, pokud dlouhou dobu nepřináší žádné výsledky. Je potřeba udržovat míru naléhavosti změny, která může výrazně poklesnout, je-li cíl příliš daleko. (Kotter, 1995)

Dobré krátkodobé vítězství můžeme charakterizovat dle Kottera (2000, s. 125)

takto:

- **je viditelné** a mnoho lidí se může samo přesvědčit, že se jedná o opravdový výsledek, ne pouhý trik;
- **je jednoznačné**;
- zcela **očividně souvisí s procesem změn**.

Krátkodobá vítězství ukazují, že oběti se vyplácejí, a pomáhají vlít pracovníkům čerstvou krev do žil. Současně také oslabují případné odpůrce změny a dávají vedení jasné signály o postupující transformaci. (Kotter, 2000)

3.1.7 Využití výsledků a podpora dalších změn

Na dosažená krátkodobá vítězství navazuje sedmý krok, který využívá růstu důvěry okolí ke změně všech struktur, systémů a postupů, které doposud nejsou v souladu a neodpovídají vizi transformace. Může s tím úzce souviset najímání, povyšování a vzdělávání osob, které mají schopnosti realizovat transformační vizi. Všechny procesy se postupně oživují novými transformačními projekty, náměty a prvky. (Kotter, 2000)

Častou chybou bývá, že lidé mají tendenci vyhlásit vítězství v zásadním procesu změn ihned po prvním výraznějším zlepšení. Oslava vítězství je jistě naprosto v pořádku, ale jakýkoli náznak toho, že velká část práce je již hotova, může být zcela osudovou chybou, která zastaví vše, co do té doby běželo. Čerstvé změny, které ještě nejsou pevně zakořeněny do organizační kultury, jsou velmi křehké a mohou být náchylné k obratu zpátky ke starým zavedeným pořádkům. (Kotter, 2000)

3.1.8 Zakotvení nových přístupů do organizační kultury

Poslední krok ukotvuje změnu do systému organizace. Změna se stane trvalou až ve chvíli, kdy je pevnou součástí organizační kultury a můžeme o ní říci, že „tak se to v dané organizaci dělá.“ *Organizační kulturu* definuje Armstrong jako společné sdílení určitého přesvědčení, norem a hodnot, které utváří způsob, jakým se lidé v organizaci

k sobě chovají, jak na sebe vzájemně působí a jakým způsobem dělají věci (Armstrong, 2011).

Nebude-li změna všemi pracovníky pevně zažita, může být ve stálém ohrožení. Ve chvíli, kdy poleví pocit naléhavosti, který vyvolával transformační proces, mohou dopady změny postupně opět mizet. Je potřeba, aby se i další generace vedení identifikovala se změnou a jednala v souladu s ní. (Kotter, 2000)

V posledním kroku je dobré neustále poukazovat na souvislosti mezi novými vzory chování a úspěchy organizace. Lepších výsledků lze dosahovat prostřednictvím chování zaměřeného na klienty a zvyšování produktivity, lepšího vedení a efektivního řízení. Vždy je vhodné myslet na výběr vhodných nástupců a na neustálé vzdělávání manažerů. (Kotter, 2000)

3.2 Lewinův třífázový model změn

Kurt Lewin, americký sociální psycholog německého původu, je mimo jiné považován za autora třífázového modelu změn, který byl představen krátce po jeho smrti v roce 1947. Lewin se soustředí na trvalost změn a upozorňuje na nebezpečí, že není-li změna dobře podchycena, může se její účinek brzy vytratit a vše se vrátí do starých kolejí. Trvalost by podle Lewina měla být obsažena již v samotných cílech změny. (Lewin, 1947)

Úspěšné **změny procházejí** dle Lewina (1947) těmito **třemi stadii**:

- **rozmrazení,**
- **změna,**
- **zamrazení.**

Během *rozmrazení* probíhají přípravy na změnu. Je třeba připravit sebe i ostatní na to, že bude nutné vystoupit ze své komfortní zóny, a přijmout, že změna je nezbytná. S naléhavostí změny totiž roste motivace zapojených osob. Je potřeba, aby se rozvolnila stávající pravidla a způsoby myšlení. V této fázi je důležité také určení plánu a termínů, ve kterých budou jednotlivé části transformace hotové. (Connelly, 2016)

Ve druhé fázi probíhá *změna* samotná. Zapojení lidé jsou již *rozmrazeni* a směřují k novému způsobu „*bytí*“. Je potřeba dát všem zúčastněným dostatek času a pracovat

s nimi, aby úspěšně prošli procesem změny. Důležité je neustále se všemi komunikovat a zajišťovat, aby měli přehled, které kroky již byly učiněny a které se teprve budou dít. (Connelly, 2016)

Fáze *zamrazení* ukončuje celý proces. Organizaci se musí navrátit její stabilita. Změny jsou přijaty a postupně se stávají normou. Lidé si zvyknou na nové pořádky a nové postupy se pro ně stávají rutinou. Je však nutné zdůraznit, že to vždy zabere mnoho času. (Connelly, 2016)

Po přirovnání Kotterova osmikrokového modelu k představeným třem fázím lze pozorovat jistou shodu. Dalo by se říci, že první čtyři kroky Kotterova modelu se snaží rozmrazit aktuální situaci. Pátá až sedmá fáze pak zavádí změnu a poslední krok změnu zakotvuje do organizační kultury, tedy zamrazuje. Lze proto hovořit o tom, že Kotterův model představuje Lewinovy fáze podrobněji v konkrétnějších krocích. Je pak již na každém, aby si vybral, který model řízení změny je pro něj vhodný. Zda se inspiruje stručnějšími obrysy Lewinova modelu nebo se bude držet jednotlivých podrobnějších kroků Kotterova modelu. Či zda zvolí úplně jinou cestu s jiným modelem řízení změny či bez něj.

4 Výzkum implementace paliativní péče do nemocnic v České republice

Předkládaný kvalitativní výzkum se věnuje implementaci paliativní péče ve vybraných nemocnicích na území České republiky. Následující kapitoly popisují tematiku výzkumu a jeho cíl. Dále shrnují informace o výběru respondentů, strategii výzkumu, popisu sběru dat a analýze dat.

Výzkum začal v květnu 2017 oslovením organizací ke spolupráci a trval do března 2018, kdy byla ukončena analýza dat. Samotný sběr dat probíhal od června do listopadu 2017 a zúčastnilo se jej 66 respondentů z 18 zdravotnických zařízení.

Tento výzkum se jako první snaží zaznamenat zkušenost se zaváděním paliativní péče ve větším počtu nemocnic v České republice. Současně také slouží jako závěrečné shrnutí a zmapování výsledků třetího ročníku programu Spolu až do konce, který byl v roce 2016 vyhlášen Nadačním fondem Avast (více informací o programu Spolu až do konce přináší podkapitola 2.6). V dubnu 2018 vyšlo závěrečné shrnutí v krátké publikaci s názvem *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích: zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce* (Loučka, Kovaříková et al., 2018). Dne 24. dubna 2018 byly tyto zkušenosti prezentovány v Praze na konferenci Spolu až do konce.

4.1 Téma a cíl výzkumu

Předmětem výzkumu byla implementace paliativní péče do nemocnic v České republice. Na problematiku bylo nahlíženo z pohledu členů multidisciplinárních paliativních týmů.

Výzkumná otázka zněla: Jaké faktory podporují a jaké faktory brání implementaci paliativní péče do nemocnic v České republice? Cílem analýzy implementace paliativní péče bylo identifikovat tyto faktory.

4.2 Výběr respondentů

Pro zachycení procesu změny a tvorby paliativních programů bylo potřeba získat respondenty z nemocnic, ve kterých aktuálně (nebo v nedávné době) pracovali

na implementaci paliativní péče. K identifikaci těchto nemocnic posloužil program Spolu až do konce, díky kterému bylo zaručeno, že v těchto zařízeních probíhala či probíhá implementace paliativní péče, a to minimálně od června roku 2016. Celý seznam nemocnic zapojených do výzkumu v abecedním pořadí:

- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (Praha),
- Fakultní nemocnice Motol (Praha),
- Interní oddělení Strahov (VFN, Praha),
- Klinika Na košíku (Praha),
- Krajská nemocnice Liberec,
- Masarykova městská nemocnice v Jilemnici,
- Masarykův onkologický ústav (Brno),
- Nemocnice Hořovice,
- Nemocnice Jihlava,
- Nemocnice Jindřichův Hradec,
- Nemocnice Milosrdných sester (Kroměříž),
- Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského (Praha),
- Nemocnice Na Pleši (Nová Ves pod Pleší),
- Oblastní nemocnice Příbram,
- Ústav hematologie a krevní transfuze (ÚHK, Praha),
- Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice (Praha),
- Všeobecná fakultní nemocnice (VFN, Praha),
- Vysokomýtská nemocnice.

Výběr konkrétních zdravotnických zařízení měl předem jasnou strukturu. S výběrem jednotlivých pracovníků, se kterými byl rozhovor proveden, pomohli koordinátoři paliativních týmů v jednotlivých nemocnicích. Tito koordinátoři byli využiti jako tzv. *gatekeepři*, což je role, kterou Hendl popisuje jako „dveřníky“, kteří pomáhají výzkumníkům v přístupu k zajímavým jedincům, a zprostředkovávají tak jednotlivé rozhovory (2016). Koordinátoři byli požádáni o vytipování klíčových členů paliativních týmů, ideálně o zastoupení osob z různých úrovní systému a odlišných profesí. Tato kritéria byla určena z důvodu, aby bylo možné získat na problematiku náhled z různých úhlů pohledu. Průměrně byly v jedné nemocnici uskutečněny 3–4 rozhovory. Podrobnější informace o respondentech jsou uvedeny v tabulce 4. Profesní zastoupení koresponduje s multidisciplinární povahou paliativních týmů.

Tabulka 4 – Struktura respondentů

Profese	Počet	Konkrétní pracovní pozice	Počet	Ženy	Muži	Prům. délka praxe ve zdravotnictví (v letech)
Lékaři	22	Lékař	15	9	6	16
		Vedoucí lékař	4	2	2	26
		Primář	3	1	2	30
Zdravotní sestry	20	Zdravotní sestra	10	10	-	21
		Staniční sestra	6	6	-	18
		Vrchní sestra	4	3	1	21
Sociální pracovníci	8	Zdravotně sociální pracovník	6	6	-	23,5
		Vedoucí sociální péče	2	2	-	21,5
Psychologové	5	Psycholog	4	4	-	14
		Vedoucí klinické psychologie	1	1	-	20
Fyzioterapeuti	2	Fyzioterapeut	1	1	-	28
		Vedoucí fyzioterapeut	1	1	-	5
Náměstci	2	Náměstek	2	2	-	26
Kaplaní	2	Pastorační pracovník	2	-	2	5,5
Ostatní	5	Dotační referent	1	1	-	1
		Manažer ošetrovatelské péče	1	1	-	34
		Nutriční terapeut	1	-	1	1
		Ošetrovatel	1	1	-	7
		Pracovník etického poradenství	1	-	1	20
CELKOVĚ	66	-	-	51	15	19

4.3 Design výzkumu

Strategie výzkumu

Vzhledem k cíli výzkumu, kterým bylo identifikovat podpůrné faktory a faktory bránící implementaci paliativní péče do nemocnic, byla zvolena **kvalitativní strategie výzkumu**, jež umožňuje proniknout hlouběji do problematiky zkoumané oblasti. Podle Strausse a Corbinové je vhodné zvolit kvalitativní metody v těch případech, kdy chceme získat o zkoumaném jevu detailní informace, které by bylo v kvantitativním výzkumu složité zachytit. Kvalitativní přístup je také vhodný v těch případech, kdy zkoumáme jevy, o kterých již něco víme, ale snažíme se o nich nalézt nové a dosud nepodchycené skutečnosti. (Strauss a Corbinová, 1990)

V České republice dříve nebyla možnost implementaci paliativní péče do nemocnic širěji zkoumat, protože ve zdravotnických zařízeních byla tato péče zavedena pouze ve velmi ojedinělých případech. Tento výzkum tak byl první, který se mohl problematikou zabývat. Cílem výzkumného projektu bylo zachycení komplexního fenoménu

implementace nového typu služby v rámci zdravotnických zařízení. Vzhledem k mnohohrstevnatosti zvoleného problému a nedostatku předchozích publikací se kvalitativní přístup jeví jako vhodný.

4.3.1 Metoda sběru dat

Při výběru metody sběru dat byla taktéž zohledněna charakteristika výzkumného problému. Zvolena byla varianta **polostrukurovaného rozhovoru**, která je podle Reichla specifická tím, že minimalizuje nevýhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Částečná míra formalizace výzkumníkovi pomáhá při třídění a analýze získaných dat, zároveň jistá volnost v rozhovoru dovoluje tazateli pokládat doplňující otázky a umožňuje tak plynulejší tok konverzace. Tato metoda je specifická tím, že tazatel má připravené otázky, které chce respondentovi položit, ale jejich pořadí si volí na základě průběhu rozhovoru a může se kdykoli na něco doptat. Taktéž konkrétní formulace jednotlivých otázek může být částečně modifikována. (Reichel, 2009)

Metoda polostrukurovaného rozhovoru se zdála optimální, protože bylo díky ní možné se ve velkém množství sebraných dat lépe orientovat. Zároveň však rozhovory nebyly nepřírozené a svázané přílišnou strukturovaností, což by i vzhledem k probírané tematice nebylo žádoucí.

4.3.2 Průběh sběru dat

Sběr dat se odehrával v průběhu šesti měsíců v roce 2017 a respondenty se stalo **66 pracovníků nemocnic z 18 projektů paliativní péče**. Samotnému sběru dat předcházela přípravná fáze zahrnující vytvoření scénáře rozhovoru (viz tabulka 5), průvodního dopisu a informovaného souhlasu (k nahlédnutí v přílohách B a C). V červnu 2017 proběhlo prvních pět pilotních rozhovorů. Po této prvotní fázi sběru dat byly provedeny drobné úpravy scénáře rozhovoru a průvodního dopisu a následně byly realizovány ostatní rozhovory.

Tabulka 5 – Scénář výzkumného rozhovoru

STRUKTURA ROZHOVORU	
Úvod	Představení výzkumu „Implementace paliativní péče do nemocnic“
	Průvodní dopis
	Informovaný souhlas
Rozvinutost paliativní péče před rokem 2016	Ohodnoťte prosím na škále od 0 do 10, jak byla paliativní péče ve vaší nemocnici rozvinuta před začátkem projektu Spolu až do konce. 0 ... PP žádným způsobem praktikována nebyla 10 ... zcela funkční propracovaný a formalizovaný systém PP
	Proč jste zvolil/a právě toto číslo?
Hlavní otázky	Bez čeho by nešlo dostat paliativní péči u vás v nemocnici na její současnou úroveň?
	S čím jste zápasili, co byly hlavní překážky, které jste museli při zavádění paliativní péče překonat?
	Co byste obecně doporučil/a dalším nemocnicím, které by chtěly začít budovat paliativní péči a zatím ještě nemají žádnou zkušenost?
Doplňující otázky	Současná profese/pozice
	Délka praxe ve zdravotnictví

Tazatelkou těchto rozhovorů byla Julie Kovaříková. Rozhovory se nejčastěji odehrávaly přímo na pracovištích paliativních týmů, případně na jiném místě, kde bylo možné zajistit klidné prostředí, a které bylo pro zúčastněné logisticky výhodnější. V závěrečné fázi sběru dat proběhly právě kvůli logistické náročnosti čtyři rozhovory přes telefon. Jeden rozhovor trval průměrně okolo 15 minut, přičemž nejkratší (telefonický) měl 5 minut a nejdelší těsně přesáhl 27 minut.

Na začátku jednotlivých rozhovorů bylo vždy respondentům představeno výzkumné téma. Poté jim byl dán k dispozici průvodní dopis a tazatelka jim dovysvětlila případné nejasnosti. Všichni respondenti byli vždy ujištěni o anonymitě výzkumu a byli dotázáni, zda jsou srozuměni s nahráváním rozhovoru na diktafon. Všichni respondenti taktéž podepsali informovaný souhlas, ve kterém souhlasili s využitím informací sdělených během výzkumného rozhovoru. Úvodní otázka, která se ptala na úroveň paliativní péče před začátkem projektu Spolu až do konce, byla zařazena proto, aby si tazatelka mohla udělat představu, jaká je historie paliativní péče na pracovišti a zda zde hlavním spouštěcím momentem byl projekt Nadačního fondu Avast, nebo v nemocnici fungovala paliativní péče již delší dobu. V průběhu rozhovoru byly respondentům pokládány otázky ze scénáře, které byly tazatelkou podle situace rozvíjeny doplňujícími dotazy. Na závěr rozhovoru byli respondenti znovu ujištěni o anonymitě celého výzkumu a bylo jim poděkováno za účast.

Teoretické nasycenosti dat bylo dosaženo po realizování přibližně 50 rozhovorů, poslední čtvrtina převážně jen potvrzovala dříve identifikované faktory. Přínosné však bylo navštívit všechny nemocnice zapojené do programu Spolu až do konce, jelikož se jednalo o různé typy zařízení – jak o velké fakultní nemocnice, tak o malá zařízení následné péče.

4.3.3 Analýza dat

Při výběru způsobu transkripce zvukového záznamu rozhovoru byla zvolena **metoda doslovné transkripce**, která je podle Hendla podmínkou pro podrobné vyhodnocení dat (2016). Kvůli anonymizaci dat byla jména respondentů změněna pouze na písemné označení (R jako respondent/ka). Dále byla také vynechána jména ostatních zmiňovaných pracovníků, místo nich byly vždy použity pouze jejich pracovní pozice. Z rozhovorů byly také vynechány konkrétní názvy nemocnic. Na prepisech nahrávek rozhovorů se podíleli dobrovolníci Centra paliativní péče, kteří byli zavázáni mlčenlivostí (viz Smlouva o dílo v příloze D).

Data byla následně zpracována **za využití metodiky *framework analysis*** (Gale, Heath, Cameron, Rashid a Redwood, 2013) a **za pomoci principů zakotvené teorie**. Analýza probíhala nejprve metodou otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Byly vybírány a pojmenovávány jednotlivé významné jevy související s výzkumnými cíli, jednalo se o tzv. *konceptualizaci údajů*, která bývá prvním krokem analýzy dat (Strauss a Corbinová, 1990). Tyto vzniklé pojmy byly vedeny v tabulce, ve které byly nejprve rozřazovány do dvou základních okruhů – bariéry, které implementaci paliativní péče zabraňovaly, a faktory, které jí naopak pomáhaly. V rámci těchto okruhů pak byly pojmy uspořádávány do dílčích kategorií. V průběhu i po důkladné analýze rozhovorů byly pojmy a kategorie znovu a znovu přezkoumávány a upravovány. Jednotlivé kategorie se z důvodu obsahové podobnosti slučovaly a upravovaly až do jejich finální podoby.

V průběhu závěrečné části analýzy došlo k zásadnímu rozhodnutí ohledně prezentace výsledků – jelikož se mnoho kategorií objevovalo v obou okruzích (jako pomáhající i jako bránící faktory), bylo rozhodnuto, že budou tyto dvě oblasti prezentovány dohromady. Ilustrační příklad může být u kategorie *finance* – respondenti zmiňovali finanční prostředky jako velkou pomoc, bez které by nebylo možné implementaci paliativní péče realizovat; zároveň však pro mnohé respondenty představovaly bariéru, protože v některých případech nedostatek finančních prostředků

rozvoj paliativní péče v nemocnici velmi zpomaloval nebo ho vůbec neumožňoval. Z tohoto důvodu bylo rozhodnuto prezentovat kategorie z obou oblastí společně, neboť velká část z nich se překrývala.

5 Výsledky výzkumu

V rozhovorech se členy multidisciplinárních paliativních týmů bylo identifikováno 15 důležitých témat, která ovlivnila realizaci projektů a rozvoj paliativní péče v zapojených nemocnicích (viz tabulka 6). Během analýzy byly rozřazeny 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 zdravotnického systému.

Následující text nabízí shrnutí výsledných zjištění. Přibližovaná témata jsou prokládána citáty z rozhovorů. Citáty jsou předkládány v anonymizované a v některých případech také zkrácené podobě, ne však za účelem změny smyslu sdělení, vždy pouze z důvodů lepší srozumitelnosti a názornosti.

Tabulka 6 – Shrnutí výsledků výzkumu implementace paliativní péče do nemocnic

Úroveň	Faktory
TÝM	Vůdčí osobnost
	Fungování týmu
	Vzdělávání
	Pozitivní zpětnou vazba
NEMOCNICE	Podpora vedení nemocnice
	Plánování
	Systemové zakotvení paliativní péče
	Materiální zázemí a prostory
	Vnímání paliativní péče v nemocnici
	Čas
VNĚJŠÍ PROSTŘEDÍ	Finance
	Předávání pacientů
	Sdílení zkušeností
	Informovanost veřejnosti
	Nedostatek personálu ve zdravotnictví

5.1 Tým

První skupina klíčových faktorů se týká multidisciplinárního paliativního týmu – lidí, kteří jej tvoří, jejich vzájemných vztahů a atmosféry, ve které tým pracuje.

V této oblasti byla v rozhovorech identifikována čtyři stěžejní témata: vůdčí osobnost, fungování týmu, vzdělávání a pozitivní zpětná vazba.

5.1.1 Vůdčí osobnost

Základním předpokladem úspěšného zavedení nového paliativního programu v nemocnici je přítomnost vůdčí osobnosti – koordinátora a tahouna, který skloubí **odborné, organizační a komunikační dovednosti**. Jedním z jeho velkých úkolů je motivování lidí okolo sebe a dodávání energie do celého procesu implementace.

„Naprosto tam musí být člověk, kterej bude mít ten drive, entuziasmus a udrží lidi i v těch chvilkách, kdy přestává nálada na tý lodi být taková ta konstruktivní. Jakmile ten člověk tam nebude, tak nemá nemocnice šanci to udržet.“

Je dobré si uvědomit, že role lídra bude zahrnovat nejen koordinaci týmu, ale i **reprezentování projektu vůči vedení** a ostatním pracovištím nemocnice. Pro vůdčí osobu je důležité umění **vyjednávání** a nalezení hranice mezi pokorou k ostatním odbornostem a prosazením se.

„Ten člověk určitě musí mít nadprůměrné komunikativní schopnosti i směrem k managementu a nadřízeným. Musí to umět prosadit, ukázat, že to, co chce dělat, má smysl. Že to dokonce je přínosem nejen pro toho konkrétního dotyčného nemocného, ale že to může být přínosem pro systém, pro ekonomiku a pro všechny ty jednotlivé rozměry, které to obnáší.“

Důležitou hodnotou, která při realizaci projektů lídrům pomáhala, byla jejich **důvěryhodnost** v prostředí nemocnice. Tato důvěryhodnost je založena jak na lidských kvalitách, tak na odborných znalostech.

„Je fajn, když je to v rámci nemocnice spojeno s nějakými konkrétními jmény (...) ti lidi musí být důvěryhodní, to znamená, že se musí těšit nějaké vážnosti, že ti ostatní je berou.“

Zároveň však není dlouhodobě udržitelné, aby celá paliativní péče stála jen na jedné osobě, která jí bez možnosti odpočinku věnuje veškerý svůj čas. Nemá-li vůdčí osobnost tým, se kterým by svůj záměr realizovala, bude pro ni prosazování a realizování projektu neskutečně náročné.

5.1.2 Fungování týmu

Fungování paliativních týmů vyžaduje silné **nastavení týmových procesů**, které nemusí být ve zdravotnictví vždy zvykem.

„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 vážne. To mně připadá absolutně klíčový.“

Multidisciplinarita týmu pomáhá zajišťovat komplexnější péči o pacienta a jeho rodinu. Součástí týmu bývá lékař, sestra, sociální pracovník, psycholog a kaplan. Objevují se i mnohé další odbornosti a je možné zapojit nemocniční dobrovolníky. Takovéto složení týmu umožňuje zaměřit se nejen na fyzické, ale i psychosociální a duchovní potřeby pacientů. Důraz je kladen mimo jiné na včasné informování pacientů o jejich zdravotním stavu a prostor je vyhrazen také rodině, kdy se počítá i s péčí o pozůstalé. Členové paliativních týmů považují osobní a komplexní přístup k pacientovi za velkou přednost a nadstandard oproti běžné péči.

„Hlavně mít ucelený tým. Aby opravdu tam byli lékaři, i ten ošetrovatelský personál, i ten psychoterapeut, i ten duchovní. (...) Aby tomu člověku mohli poskytovat komplexní péči. To si myslím, že je hodně důležité. Že opravdu každý v tom týmu může pacientovi i rodině něco dát.“

Pečlivý **výběr členů týmu** zajišťuje pacientům kvalitní péči a napomáhá dlouhodobému fungování týmu. Je-li tým **obdobně naladěný**, bude si oporou v těžkých momentech a v obdobích vyčerpání a únavy, kdy se může zdát, že proces implementace postupuje příliš pomalu.

„Ono se to všude říká, všude to člověk čte v příručkách a učebnicích, jak je důležitý ten tým, a mně to slovo přišlo až zprofanovaný a už jsem na něj začala být trochu alergická. Nevím ale, jak tomu říkat jinak, to srdce tý péče opravdu spočívá v tom, že máte skupinu lidí, který s vámi souzní a mají ty hodnoty nastavený 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.“

Náročné momenty a překážky při zavádění paliativní péče pracovníkům pomáhaly překonat **pravidelné schůzky** týmu a případné **supervize**. Všechny týmy si postupně

vybudovaly vlastní systém porad a reflexí nad jednotlivými pacienty. Během nich bylo možné jak zhodnotit klinickou stránku péče, tak reflektovat frustraci a případné problémy, které museli členové týmů řešit. Mohlo se jednat jak o těžké situace spojené s přímou péčí, tak o problémy s přijetím týmu jinými kolegy, nedostatkem času či s dalšími obtížemi různorodého charakteru.

„Scházíme se pravidelně jednou týdně a říkáme si zkušenosti, koho jsme viděli, koho jsme zažili a s kým jsme si popovídali. Máme tam i takovou psychohygienu.“

Paliativa není obor pro každého zdravotníka, členové týmu by měli být připraveni na téma konce a umírání a měli by mít ujasněnou motivaci k vykonávání této práce.

„Furt je nutný zdůrazňovat, že i když máme už potom tu profesní slepotu, pořád tady je to téma umírání, který i s náma 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.“

5.1.3 Vzdělávání

Vedle nadšení je **odbornost členů týmu** nezbytným předpokladem nejen pro kvalitní péči, ale hlavně pro získání důvěry ostatních kolegů v nemocnici. Je nutné umožnit pracovníkům dostatečné vzdělávání, aby mohli získat potřebné vědomosti a zkušenosti. Možnost účasti na odborných kurzech, konferencích a dalších vzdělávacích aktivitách byla členy týmů hodnocena velmi pozitivně.

„My jsme prošli kurzama, procházíme školeníma a je to strašně důležitý, protože člověk si myslí, že jedná podle citu, jedná dobře, ale tohleto vás zocelí a dává vám to takovou tu jistotu, že jste těm pacientům prospěšný. Někdy člověk napáchá víc škody než užítku a tohle si myslím, že je pro nás všechny důležitý.“

Absolvování vzdělávání v oblasti paliativní medicíny může pro lékaře znamenat získání **atestace z paliativní medicíny**. Sestry paliativních týmů často absolvovaly kurz **ELNEC** (více viz 2.5.3 Role zdravotníků v nemocniční paliativní péči). Kromě specificky paliativních témat členové jednotlivých týmů velmi vyzdvihovali kurzy zaměřené na **komunikační dovednosti** (o důležitosti komunikace s pacienty hovoří podkapitola 2.4).

„Důležitý je naučit ty lidi mluvit. Naučit je říkat věci, který nejsou příjemný.“

Některé týmy označily za velmi přínosné zapojení odborného **externího mentora**, který týmu pomáhal s implementací paliativní péče. Umožnil jim pohled zvenčí, průběžně jim poskytoval zpětnou vazbu a pomáhal s nastavením konkrétních pracovních procesů.

„Myslím, že by si měli sehnat někoho, kdo už to dělal, (...) protože ty chyby, který ty nemocnice dělaly, o kterých mluvily, jsou vlastně chyby, kterých by se dalo velmi snadno vyvarovat, jenom kdyby jim to někdo řekl. (...) . Tak by mně tohleto přišlo jako první krok – mít někoho, kdo to dělá, a pobavit se s ním.“

Velmi podstatnou zkušeností pro paliativní týmy byly **stáže v domácím i zahraničním prostředí**. Jednalo se jak o stáže v hospicích, tak v jiných nemocničních zařízeních. Zejména byla ceněna možnost vidět fungování zavedených paliativních týmů v nemocnicích v Německu, Belgii a USA.

„Aby poznali, o čem to je, tak jsme zařídili stáže v hospicích. Vystřídalo se mi tam takových možná padesát zaměstnanců. Měli o to zájem, jezdily tam sestry, jezdili tam sanitáři a jela tam i jedna paní doktorka. Tím, že viděli ten přístup zdravotníků, sester, sanitářů, psychologů, že je tam k tomu pacientovi úplně jiný, tak jsem měla velký štěstí, že přijeli nadšení. A říkali – jo, ono by se to dalo a my chceme. To bylo opravdu štěstí a velký zlomový moment pro mě, kdy už jsem říkala – dobrý, tak už je mám na své straně a už spolu můžeme začít něco dělat. (...) takže jet se někam podívat, kde to funguje, aby načerpali motivaci, energii a chuť to takhle dělat.“

5.1.4 Pozitivní zpětná vazba

Ukázalo se, že pro paliativní týmy je velmi důležitá pozitivní zpětná vazba na poskytovanou péči. Pozitivní reakce posilují tým a **motivují ho k další práci**. Zpětná vazba na dobrou péči také přispívá k dobré pověsti nemocnice a pomáhá zvýšit **důvěryhodnost** paliativního týmu u ostatních 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.“

Pozitivní zpětná vazba může přijít v podobě **vděčných ohlasů pozůstalých** nebo jako **uznání výsledků** dalšími **zdravotníky**.

„Ještě před tím, než jsme otevřeli, tak si pamatuju, že jsem jednou šla tady do toho kopce a říkala jsem si, jestli jsem si pro sebe neukrojila velký krajíc. Že na to nemám. A pak to bylo strašně hezký, protože v listopadu, kdy už to oddělení stálo, už bylo po kolaudaci a přišla naše současná paní primářka s nějakou paní doktorkou z onkologie a říkala – já nemám čas, tak jí to tady všechno ukažte, všechno jí řekněte, na co se zeptá a tak. Tak jsme spolu povídaly a prostě asi po hodině jsem ji šla vyprovodit ke dveřím, podávám jí ruku a ona mi řekla – sestřičko, vy k tomu oddělení patříte. A pro mě to bylo prostě to, co jsem potřebovala slyšet. Potvrzení od cizího člověka, který mě v životě neviděl. Že snad nějakou tu vlohu nebo buňku na to mám. Bylo to teda jako hodně milý. A hodně osobní. A když někdy, ne že bych chtěla odsud utéct, to ne, ale když je někdy tak jako náročnějc, tak si jdu stoupnout k těm dveřím, abych si to jako tak potvrdila, že tam jsem to slyšela.“

Je podstatné si uvědomit, že od začátku implementace k prvním kladným ohlasům může někdy vést dlouhá a trnitá cesta, ale investovaná práce a energie nakonec vždy ukáže své plody. Zpětná vazba velmi pravděpodobně nepříjde do té chvíle, než začne paliativní tým s poskytováním přímé péče. V určité fázi je proto 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 reálně pomůže. Že udělají zkušenost a z té pak radí dalším lidem. Takže čím dýl jedeme, tak tím srozumitelnější pro to zdravotnické okolí jsme.“

5.2 Nemocnice

Druhá skupina faktorů, které ovlivňují implementaci paliativní péče, jsou zdroje a překážky, které vychází přímo z nemocnice jako svébytné instituce s vnitřními pravidly, personální kapacitou, organizační kulturou a možností podpory pro změnu. V této skupině bylo identifikováno šest faktorů: podpora vedení nemocnice, plánování, systémové zakotvení paliativní péče, materiální zázemí a prostory, vnímání paliativní péče v nemocnici a čas.

5.2.1 Podpora vedení nemocnice

Z rozhovorů jednoznačně vyplynulo, že implementace paliativní péče není možná bez podpory vedení nemocnic. Výraznou pomocí pro paliativní týmy bylo, pokud byl s jejich záměry již od začátku obeznámen někdo z vedení nemocnice a byl jim pozitivně nakloněn. **Shoda s vedením v očekáváních** od tohoto typu péče je zcela esenciální pro úspěšnou implementaci. Ideální je, vychází-li iniciativa přímo z vedení či od zřizovatele nemocnice. Týmy pozitivně hodnotily situaci, kdy byla osoba z vedení přímo členem multidisciplinárního týmu.

„Vnímala jsem jako dobré, že máme velké zázemí v tom, že máme ochrannou ruku, že ten garant tady je členka vedení nemocnice. Tím pádem i finance na rekonstrukce například prostor šly poměrně jinak. Ona si na to vyčlenila 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 předsudkům. Takže tímhle tím to bylo u nás jednodušší a myslím takový hodně unikátní, že se toho ujal člověk, který měl zároveň rozhodovací pravomoc.“

Dostatečná komunikace o plánovaných změnách, někdy i o zdánlivě dílčích aspektech, může výrazně snížit napětí a nedorozumění, ke kterým občas dochází při pozdějším zahájení samotné práce týmů.

„Nešlo by to bez těch lidí, který jsou ve vedení. Protože jsem zažil předchozí vedení, který mě vlastně nechtělo ani vidět. Byl jsem v podstatě další lékař do počtu. A teď ten posun je úplně někde jinde, velmi vstřícný jednání z managementu, dají prostor, potažmo dají i finance a nechají člověka se rozvinout, což hodnotím velmi pozitivně, protože člověk ještě furt nějakou sílu má a chce udělat něco navíc. Vždycky mě ušlapávalo a neskutečně štválo to, že jsem byl bržděnej. Takže vedení, vedení, a to je asi to stěžejní, protože bez toho by to nešlo ani spustit ani začít ani nějak od začátku vykomunikovat.“

5.2.2 Plánování

Vytvoření nové služby v nemocnici je nutné poctivě a detailně připravit. Prvním krokem v implementaci paliativní péče by proto mělo být důkladné plánování. Ze zkušeností paliativních týmů vyplynulo, že tyto první kroky jsou opravdu důležité. Je vždy potřeba pečlivě zvážit své kapacity a postup práce.

„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.“

Ideální je začít **zjištěním potřeb** a analýzou dostupných kapacit. Z tohoto se dá dále usuzovat, kdo je **cílová skupina**, jaký je **objem potřebné péče** a vhodný typ jejího zajištění. Pokud je provedena důkladná analýza potřeb, lze se dále rozhodnout, **jaký typ péče** bude nemocnice poskytovat – zda budovat konziliární tým pro celé zařízení, 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.

„Udělat si reflexi toho, kolik jakých pacientů s potřebou paliativní péče mají u nich v nemocnici, (...) takový zhodnocení potřeb. Jestli tady vůbec takový pacienty máme u nás v nemocnici. Pokud je máme, tak na kterých odděleních se vyskytují, kolik jich máme a možná součástí toho, jestli vnímáme jako problém, že nám tady umírají pacienti, který bychom rádi přeložili někam jinam, nebo jestli naopak bychom rádi pacienty dochovávali, a oni k nám nechtějí chodit. Takže takovýhle zmapování (...) tím se musí začít. (...) Ať si udělají takovou formu nějaký focus group, skupinový reflexe v rámci té nemocnice – jak to tady s těma paliativníma pacientama máme, jak se nám daří o ně pečovat, a kde vnímáme, že nás tlačí bota. Já si myslím, že z toho pak logicky vyplyne, který jsou ty oblasti, kde by se mohlo něco zlepšit.“

Důležité je plánovat dílčí kroky spolu s **určením konkrétních termínů**. Dotazovaní zdravotníci v tomto ohledu často zmiňovali předem dané *deadliny* projektu Spolu až do konce. Ty na ně působily motivačním tlakem a posouvaly jejich plán vždy o něco blíže k realitě.

Je možné se při plánování inspirovat zkušenostmi jiných zařízení, ale vždy je potřeba plán **přizpůsobit reálným podmínkám** konkrétní nemocnice. Neexistuje jeden univerzální způsob, jak má paliativní péče v nemocnicích fungovat.

„Nedokážu si představit, že by tam byl nějaký jednotný mustr pro každý pracoviště, pro každou nemocnici. Myslím si, že je naopak potřeba to šít individuálně a že je důležitý hledat ty lidi, který tomu budou rozumět, budou s tím souzněný a budou ochotný dát tomu zelenou a nějak přispět.“

5.2.3 Systémové zakotvení paliativní péče

Je nutné pohlídat řádné zakotvení změny do systému nemocnice, protože pilotní projekty jsou 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 nemocnice. Důležitým krokem systémového zakotvení je vytvoření **směrnice** nebo jiného dokumentu oficiálně upravujícího poskytování paliativní péče v nemocnici.

„Současně taky je dobrý, jakmile mám pak nějakou zkušenost, snažit se to zakotvit do pracovního postupu nebo něčeho, co by potom bylo nějakým způsobem kodifikovaný a závazný pro to pracoviště.“

Systémové uchopení pomáhalo paliativním týmům nastavit si své fungování. Pravidla, která mohou být v takovémto dokumentu obsažena, se věnují například otázkám, 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. Se vznikem směrnice mohou pomoci zkušení odborníci, ale vždy je potřeba důkladná reflexe, aby nebyl takovýto dokument pouze slepě převzat, ale individuálně šit na míru konkrétní nemocnice.

„Je to proces sám 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.“

5.2.4 Materiální zázemí a prostory

Dle typu poskytované péče je potřeba sehnat vhodné prostory a materiální zázemí. Ze zkušeností nemocnic zapojených do programu Spolu až do konce vyllynulo, že je pro

ně nejdůležitější vybudovat si **místo pro schůzky paliativního týmu a klidné a příjemné prostředí pro pacienty a jejich rodiny**. Zvláště významné je bezpečné prostředí pro důležité rozhovory s pacienty. Tato místnost může zároveň sloužit pro porady členů multidisciplinárního týmu. Pokud se získání vhodného prostoru zdá v nemocnici nereálné nebo je potřeba vymyslet nějaké přechodné řešení (například v době rekonstrukce), lze se inspirovat z konkrétní zkušenosti jedné z nemocnic:

„My máme taky víceméně prostorové problémy, což mají asi všude, že prostě není možnost okamžitě zavést nějakou ambulanci a podobně. Takže se nám docela osvědčilo to, že některé místnosti, které jsou primárně určené třeba na něco jiného, tak používáme takové přenosné cedulky, kde se na dveře dá třeba: Prosíme nerušit. Jedna místnost pak funguje jednak jako návštěvní místnost, kde se může hovořit s příbuznými, a jednak to funguje jako jiná ambulance. Jsou to takové malinké cedulky jako třeba na hotelovém pokoji, a na to soukromí a klid pro rozhovor to funguje úplně jedinečně.“

Z materiálního zázemí si zdravotníci často cenili i zdánlivých drobností, jako jsou květiny na pokojích pacientů, obrazy či kvalitní občerstvení na poradách.

„Je to řada věcí, vlastně i přítomnost květin na oddělení, vybavení těch pokojů jako takové, protože jsme chtěli co nejcivilnější nábytek. Prostě všechno aby připomínalo skutečně domov, v uvozovkách.“

5.2.5 Vnímání paliativní péče v nemocnici

Velmi důležitý faktor ovlivňující úspěšnost zavádění paliativní péče bylo vnímání paliativy na ostatních pracovištích nemocnice. Ochota ostatních zdravotníků spolupracovat s nově vznikajícími paliativními týmy měla zcela zásadní vliv na schopnost týmů naplnit vytyčené cíle. Jednou z překážek bylo **nepochopení podstaty paliativní péče** ostatními pracovníky nemocnice. Nemuselo jít přímo o odmítání principů paliativní medicíny, mohlo se jednat o pocit, že je tato péče ostatními obory již 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 a jakým způsobem se to děje.“

Může se však někdy jednat i o **předsudky** a náhled na paliativní přístup jako na něco negativního a nežádoucího.

„Ta atmosféra tady byla víc k té vítězné medicíně. Cílem je pacienta vyléčit, hlavně mu nebrat naději, hlavně do poslední chvíle dělat všechno 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 brána jako něco pejorativního. To jste vy, co děláte tu paliativu. Jako v podstatě nic neumíš, tak si běž dělat, šmrdat s těma umírajícíma, tam nic nezkazíš. My tady, co děláme tu top vědu a top psychologii, my tady děláme výzkum a diagnostiku na vysoké úrovni a sem paliativa nepatří.“

Nepochopení a vzájemné nedorozumění může často pramenit pouze z neznalosti nebo z rozdílného vnímání pojmu paliativní péče. Neznalost by neměla být odsuzována, spíše by měla být uchopena jako příležitost k **vyjasňování smyslu paliativní péče**. Z tohoto důvodu je vhodné jako jeden z prvních kroků implementace zařadit intenzivní **vzdělávání** směrem k širokému personálu nemocnice. Může jít o pořádání nemocničních seminářů, otevřených setkání nad kazuistikami pacientů, předávání zkušeností či zvaní paliativních odborníků ze zavedených pracovišť. Taktéž **precizní a průběžná komunikace** o implementaci, jejích důvodech a možnostech, které nabízí, je zcela nezbytná ke vzájemnému porozumění.

„Takže teď, když jsme rozjeli ten projekt, tak jsme je o každém dalším kroku informovali. Seznámili jsme je s rozpočtem toho projektu, co bude následovat, čeho se mohou nebo čeho by se měli účastnit. Takže informace, informace a informace. A i ti zaměstnanci byli spokojeni a mnozí v tom viděli možnost jakéhosi profesního růstu, že mají možnost vzdělávání se.“

Vnímání paliativní péče mezi ostatními pracovníky nemocnice je dle zaznamenaných zkušeností výrazně ovlivněno také vystupováním a chováním samotných členů paliativních týmů. Například v případě konzilií je vhodné své názory formulovat ne jako jedinou možnost péče, ale jako doporučení. Pomáhá pokorný přístup a podpora toho, že se nejedná o kritiku něčí práce, ale o nabídku pomoci v komplikovaných situacích.

„Všichni v paliativě tím, že přichází do rozdaných karet, do zavedených pořádků, tak si musí hrozně dávat bacha na to, aby moc nemachrovali. Protože když se s tím člověk seznámí a naučí se to, tak má často pocit, že to ti kolegové dělají velmi špatně. A když je

pozaný na konzilium, tak si musí dát velký lidský komunikačně-psychologický pozor, jak jim dává rady, jak formuluje ty svá doporučení. Pokud je formuluje tak, že z toho vyznívá – vy pitomci, vůbec nechápu, jak jste to mohli do teďka dělat takhle blbě, a já vám teď řeknu, co se s tím pacientem v téhle fázi má dělat. Tak to si ho už příště na to konzilium nepozvou, pochopitelně.“

V některých nemocnicích se osvědčilo vytipovat si na ostatních odděleních **kontaktní osoby**, které se staly spojnicí mezi paliativním týmem a jednotlivými obory. Je dobré se s těmito klíčovými pracovníky pravidelně scházet, diskutovat potřeby a možné způsoby posílení spolupráce. Oni pak dále mohou šířit osvětu o paliativní péči mezi své kolegy a předávat týmu pacienty či volat tým na konzilium. Respondenti uváděli, že po několika dobrých zkušenostech s předáním pacientů a intervencemi paliativního týmu se většinou poptávka po této službě začne zvyšovat exponenciálně.

„Naším cílem je, aby potom na každý klinice byli nějakí styční důstojníci, doktor nebo sestra. A ti budou vybráni s nějakými osobnostními předpoklady tady k té péči už z těch kolektivů, které tam jsou. A oni by v podstatě byli vzdělaní, my bychom se starali o jejich vzdělávání, plus by chodili s námi na ty vzdělávací akce, kam chodíme my. A potom, pokud by na té klinice nějakým způsobem nezvládali situaci třeba, tak by si zavolali náš tým.“

5.2.6 Čas

I ti nejvíce motivovaní členové týmů naráželi na zásadní bariéru, kterou byl čas. Implementace jim zabrala mnoho hodin a energie navíc nad rámec běžných pracovních povinností. Dlouhodobě není udržitelné, aby paliativní týmy fungovaly na bázi vedlejšího zájmu několika jedinců z hodin napracovaných přesčas. Je nutné, aby pracovníci multidisciplinárních týmů měli na paliativu **oficiálně vyhrazený čas v rámci své pracovní doby**.

„Rozšíření personálních nákladů nemocnice v tuhle chvíli na úrovni paliativního týmu není možné a to brání tomu, aby vznikl standardní pracovní a profesní vztah pro členy toho týmu. Dál prudšímu rozvoji brání to, že je naše kapacita vyčerpaná prací, kterou děláme, ať už je to práce klinická, nebo práce administrativní, čili ten čas, který my máme a jsme schopní do toho investovat, dalece přesahuje náš úvazek, tak nás jako naplno

zaměstnává. Paradoxně, i kdybychom chtěli tu péči dál rozšířit ve směru k dalším klinikám, tak nemáme kapacitu tomu vyhovět.“

Paliativní intervence mají navíc z vnějšího pohledu neobvykle klidnou a svým způsobem pomalou atmosféru, která může být zdrojem negativních reakcí a nepochopení okolí. Je proto vhodné vysvětlovat ostatním, proč je pacientům v paliativní péči potřeba věnovat dostatek času, ačkoli nám se to může zdát samozřejmé. Pomoci mohou například některé podařené kazuistiky, na kterých lze ukázat přidanou hodnotu paliativní intervence oproti běžné péči.

„Teď proběhlo v rámci onkologických dnů, kdy v té debatě špičky onkologické společnosti úplně na tvrdo řekly na paliativní části, že já vykážu za hodinu čtyři nebo pět pacientů, kdežto vy vykážete jednoho.“

„Paliativní péče je hodně o komunikaci a o čase, který věnujeme těm lidem. A když přijdeme do zdravotnického zařízení, kde to všechno takzvaně odsejpá, a pokud možno rychle a vlastně včera bylo pozdě, a my do toho přijdeme s tím naším klidem a tou pomalostí, tak nejsme úplně vítaný. Takže ty překážky byly takový – vy si tady jdete povídat, ale my nemáme čas na to vaše povídání.“

5.3 Vnější prostředí

Poslední skupina důležitých faktorů byla identifikována v oblasti vnějšího prostředí. Jednalo se hlavně o nastavení spolupráce mimo nemocnici a fungování zdravotnického zařízení v rámci celého zdravotnictví. Nemocnice je jen jeden z článků velkého a komplikovaného zdravotního systému, který má na ni různý vliv a dává jí rozličné možnosti i omezení. V této oblasti bylo rozpoznáno následujících pět faktorů: finance, předávání pacientů, sdílení zkušeností, informovanost veřejnosti a nedostatek personálu ve zdravotnictví.

5.3.1 Finance

Při plánování implementace je nutné zamyslet se nad finančními zdroji. Velká část pracovníků paliativních týmů považovala získané finanční prostředky od Nadačního fondu Avast za klíčové pro spuštění implementace (ačkoli nesmíme opomíjet, že v některých zařízeních fungovala paliativní péče již několik let před spuštěním programu Spolu až

do konce). Je potřeba důkladně promyslet jak prvotní investice, jako například rekonstrukci prostor a shánění potřebného materiálního vybavení, tak dlouhodobé pokrytí personálních nákladů.

„Samozřejmě by to nešlo bez těch financí, které jsme k tomu dostali, to umožnilo rozšíření dosahu práce našeho týmu.“

Při pouhém pohledu zvenčí může paliativa působit (v aktuálním nastavení proplácení péče) jako ztrátový obor, je však nutné brát v potaz i ušetřené prostředky za úkony, které díky ní nemusely být poskytnuty.

V České republice je velkým tématem **úhradový mechanismus**, který by specializovanou paliativní péčí v nemocnicích proplácel. V současné době jsou dostupné jen některé možnosti úhrad (podrobnosti viz 2.5.2 Úhrady specializované nemocniční paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění). Tento systém nepokrývá všechny formy poskytování paliativní péče, je proto **nutná jeho revize a vytvoření adekvátních způsobů, jak jednotlivé modely nemocniční paliativní péče financovat**. Tento úkol náleží zejména Ministerstvu zdravotnictví, pojišťovnám a politikům.

„Je dost chaos v tom, jak uchopit místo paliativy ve zdravotnickém systému. A není úplně jasné, jaký je rozdíl mezi paliativním oddělením v nemocnici a mezi hospicem. Není úplně jasné, jestli je to pro tu pojišťovnu stejný nebo různý druh péče. Protože ta filosofie a cíle, nebo hodnoty, který všichni vyznávají, jsou v něčem podobné, zároveň to zázemí a technické podmínky jsou v něčem různé. A teď je otázka, jestli to rozlišit, nebo říct, že je to totéž. A v tom bych řekla, že vládne stále ještě v Čechách dost mlhavo.“

„Chybí začlenění do systému z hlediska pojišťoven, jak se ty výkony budou odrážet v tom zdravotním systému, to vůbec není nastavené. Aby ta práce nebyla čistě na ochotnickém podkladě, ale aby ti lidi za to byli ohodnoceni, aby to prostě byla řádná součást dobré péče o pacienty.“

U některých nemocnic tak jejich dlouhodobá finanční udržitelnost závisela hlavně na náročném a zdlouhavém **vyjednávání s pojišťovnami**, které nemělo dopředu jasný výsledek.

„Člověk musí přesvědčovat i nějakým benefitem a profitem pro to zařízení, takže dělat to za nějakou smysluplnou úhradu. Existuje nyní obrovská aktivita společnosti, aby se v paliativní medicíně zavedly kódy a hlavně aby byly nasmlouvatelný. Sice nějaký

existují, ale v zásadě jsou to jednotlivá zařízení, kterým se třeba částečně podařilo nějak je nasmlouvat.“

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 uvědomovaly význam a benefit paliativního programu v nemocnici a dokázaly na jeho podporu vyčlenit i zvláštní finanční prostředky.

5.3.2 Předávání pacientů

Důležitým momentem pro úspěšné fungování paliativního týmu v nemocnici je vyladění systému předávání pacientů. Jde zde jak o nastavení systému v rámci nemocnice, tak o spolupráci s **dalšími** zařízeními a **poskytovateli specializované paliativní péče**, jako jsou například hospice, domovy pro seniory, agentury domácí zdravotní péče nebo **praktičtí lékaři**. Spolupráce v nemocnici i mimo ni umožňuje poskytnout pacientovi a jeho rodině paliativní péči dle jejich přání, možností a v přiměřený čas.

„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.“

Některé paliativní týmy zmiňovaly jako komplikaci návaznosti péče **nedostatečně hustou sítí** (kvalitních) **poskytovatelů** specializované paliativní péče v České republice.

„My když třeba zajišťujeme péči v nějaké obci, kde nechci říct je úplně konec světa, ale jsme rádi, že tam jsme schopni zajistit vůbec nějakou tu péči. Někdy má rodina zájem se o toho nemocného starat, ale my jim nemáme co nabídnout, nikdo tam nedojíždí. Nebo je tam služba, která si třeba dává na web informaci, že poskytuje tu službu 24 hodin denně, ale pak zjistíte, že teda lékař tam nedojede, když budete potřebovat. Tak to nás brzdí, protože na jednu stranu my prezentujeme něco, co víme, že je všeobecně daný někde na webu, nebo co se považuje za hodnotu té domácí hospicové péče, ale pak se třeba dozvíme, že to tak v té praxi nefunguje. A nám to pak také nedělá dobrou pověst, protože jsme sdělovali něco, co úplně nefunguje.“

5.3.3 Sdílení zkušeností

Pro nastavení funkčního systému předávání pacientů je nezbytné prohlubovat vzájemnou důvěru. Tomu může pomoci například poskytování zpětné vazby a reflexe jednotlivých případů. Sdílení zkušeností se ukazuje jako velmi cenné i pro řadu jiných aspektů, jako je inspirace pro další rozvoj nebo identifikace problematických míst. Nemocnice se mohou stát organizátory vzdělávacích akcí, diskuzí či otevřených seminářů nad kazuistikami, kterých se mohou účastnit i pracovníci jiných zařízení, praktičtí lékaři a další. Taková setkání upevňují vztahy a odborně posouvají organizátory i účastníky.

„Najednou jsem potřebovala, aby se z vrchních a staničních sester staly poradci, aby byly schopny edukovat a školit i ty ostatní. Potřebovali jsme i tu stanicí přizpůsobit tak, aby tady mohly být stáže na úrovni (...), čili to je takový moment, kdy chceme posunout i to samotné pracoviště, aby bylo takovou výlohou, jak má vypadat dobrá praxe, a není to jenom o té práci, ale pochopitelně je to i tom, jak ta stanice vypadá, takže jsme tam třeba vybavili malou konferenční místnost, abychom měli kde v klidu pracovat s těmi stážisty.“

Velmi kladně byl hodnocen jeden z aspektů programu Spolu až do konce, který na první pohled nemusel být zcela zřejmý – **možnost sdílení s ostatními paliativními týmy** a následné **využívání kontaktů** získaných při společných vzdělávacích akcích.

„Myslím si, že hodně pomáhá to setkání s ostatními z těch nemocnic, s tím personálem, protože si ty zkušenosti navzájem předáváme. A je to pro mě i dost motivující, že vidím, že to někde nešlo, a pak to jde. Tím pádem nám se tady pak líp chápe třeba to, že to nechtějí přijmout ta ostatní oddělení. Ale víme, že to půjde. Takže bojujeme.“

5.3.4 Nedostatek personálu ve zdravotnictví

Téma, které bylo pro implementaci paliativní péče do nemocnic brzdícím faktorem, byl obecný nedostatek personálu ve zdravotnictví. Ať již se jednalo o nedostatek lékařů, zdravotních sester či ošetřovatelů. Tato skutečnost mnohdy bránila širšímu rozvinutí paliativní péče v nemocnici.

„V dnešní době je tak málo středního personálu, že se člověk ani nemůže zlobit na ty sestřičky, že nemají na ty lidi čas.“

Pokud personál pracuje v podmínkách, kdy má na starosti velké množství pacientů, není schopen si na jednotlivce udělat dostatek potřebného času. A právě čas je v paliativní péči velmi důležitou hodnotou.

„Když budete mít 40 pacientů na oddělení a budou tam na ně dvě, tak i kdyby se rozkrájely, tak to nebude mít žádnou úroveň. Takže nejen v paliativní péči, ale obecně, když nebude dostatek personálu, tak to bude špatný. A to taky znamená, že musí být zaplacení, musí mít nějaký další záležitosti, třeba benefity, aby tam zůstali v té nemocnici.“

5.3.5 Informovanost veřejnosti

Poslední téma identifikované v rozhovorech se členy multidisciplinárních týmů byla informovanost veřejnosti. Během implementace paliativní péče týmům pomáhalo, pokud byla s principy paliativy seznámena veřejnost, a to jak **laická**, tak **odborná**. Ať již na obecné úrovni paliativy jako pojmu nebo na konkrétní bázi, kdy jsou občané informováni o poskytování paliativní péče v zařízeních ve svém okolí. Pro nemocnice je praktické informovat okolí o své činnosti skrze **informační brožury** či **letáky**, dále využít **místní média** či uspořádat **semináře pro širokou veřejnost**.

„My máme v rámci regionu domluvený polo semináře s důchodci a budeme tam chodit pravidelně na různá témata ohledně tíživých situací – co mohou udělat, jak jim nemocnice může pomoci. (...) Protože když budeme tým, o kterém nebudou vědět, my tady budeme super proškolený a profici znalý toho, jak s pacienty a rodinami zacházet, ale oni o nás nebudou vědět, tak to tady taky můžeme jen tak sedět. To PR je prostě hrozně nutný.“

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.

Členové multidisciplinárních týmů reflektovali aktuální zvýšenou popularitu paliativy v médiích. Tuto skutečnost hodnotili pozitivně, protože to dle jejich názoru postupně pomáhá odtabuizovat paliativní téma ve společnosti.

„Pomohl i vývoj společnosti na straně té paliativní péče. V současné době, i když je to jenom rok a půl, tak si úplně nedovedu představit, že bychom na tu povinnost úplně

zanevřeli. Tím, že média v tom posledním roce a půl o této problematice více informují, tak jsou lidé s tou službou více srozuměni. “

Pro paliativní péči je důležitá nejen informovanost laické, ale samozřejmě také odborné veřejnosti. **Zvýraznění tématu paliativy mezi odbornou veřejností** ve světě i u nás je podstatným krokem, který je nápomocný každému paliativnímu týmu. Ať již akceptováním ze strany ostatních pracovníků, tak zvýšením prestiže oboru. Vznik nemocničních paliativních týmů v České republice může být jedním z důležitých momentů ke zvýraznění paliativní péče jako rovnocenného medicínského oboru.

„Ono to taky přichází v dobrou příznivou dobu, protože to téma paliativní medicíny se hodně rozvíjí, je na vzestupu v odborný veřejnosti, přednáší se na kongresech, píšou se o tom články, takže i z takovýho toho pohledu, toho vědecko-prestižního, to téma, abych tak řekl, nesmrdí.“

Samostatnou kapitolou je pak vzdělávání zdravotníků. **Výuka paliativní péče** je dnes na většině lékařských fakult **velmi omezená**, rozhodně se nejedná o automatickou součást výuky. Dle slov členů paliativních týmů by oboru velmi pomohlo, kdyby byl ve větším měřítku prosazen do výuky, a to jak na středních, tak na vysokých školách. S výukou úzce souvisí i **výzkum v paliativní oblasti**, který by se díky tomu také mohl výrazně rozšířit.

„Říká se, že každý lékař by měl dobře umět obecnou paliativní péči. Ale potřebuje se ji někde naučit. Bohužel na vysoké škole jim nikdo moc nepředá. Pokud to nebude součástí výuky nebo pokud o ní minimálně nebudou slyšet, tak se ji prostě nemají kde naučit.“

6 Zhodnocení implementace paliativní péče do nemocnic v České republice

Tato kapitola předkládá výsledky realizovaného výzkumu v kontextu teoretických východisek uvedených v kapitolách 2–3 a současné situace nemocniční paliativní péče v České republice. První část se věnuje porovnání výsledků s Kotterovým osmikrokovým modelem řízení změny. Druhá zachycuje doporučení pro další rozvoj a výzkum paliativní péče v České republice a třetí se týká limitů představeného výzkumu.

6.1 Porovnání Kotterova modelu řízení změny s výsledky výzkumu

V dnešní době probíhá ve zdravotnictví mnoho změn. Pokud je změna efektivní, může mít výrazný pozitivní vliv na fungování nemocnice, potažmo na kvalitu poskytovaných služeb. Pokud se však změna nezdaří, může vytvořit bariéru pro jakékoli další pokusy o vylepšení.

Implementace paliativní péče pro nemocnici změnou je, a zaslouží tak náhled nejen z odborného lékařského hlediska, ale i z hlediska řízení změny. Tato manažerská disciplína je považována za jednu z nejnáročnějších (Průša, 2010), je proto dobré se na ni pečlivě připravit. Úspěšné implementaci paliativní péče mohou být nápomocna i data, která byla představena v této práci v kapitole 5. V následující části budou výsledky realizovaného výzkumu porovnány s Kotterovým osmikrokovým modelem řízení změny (viz 3.1 Osm kroků změny), který bývá často využíván při transformaci ve zdravotnických zařízeních (Bokovitz, 2016; Streiffer a Lynn, 2013; Rappleye, 2014; Auguste, 2013). U každého z osmi kroků bude rozebráno, zda a případně v jaké podobě se odrazil v analyzovaných datech.

Vyvolání pocitu naléhavosti

Pocit naléhavosti spouští celý proces transformace. Ukazuje pracovníkům, že změna má smysl a motivuje je k akci. Často se tak může stát díky zveřejnění informací, které hovoří o aktuálním fungování organizace negativně. Pro paliativní péči ve VFN by to

například mohla být (a velmi pravděpodobně byla) studie ODDICUS, která ukazuje na skutečnost, že je paliativní přístup v této nemocnici využíván jen opravdu minimálně (viz 2.5.4 Výzkum paliativní péče v nemocnicích).

V nemocnicích zapojených do výzkumu často posloužila k vyvolání pocitu naléhavosti úvodní otevřená schůzka, na které motivovaný jedinec či malá skupina osob představila svou vizi o paliativní péči v nemocnici. Takto na sebe nabalili další motivované zdravotníky, které tematika oslovila. Často pracovníci již delší dobu vnímali, že je péče poskytovaná pacientům s život ohrožujícím onemocněním nedostatečná, a přáli si, aby bylo možné pro umírající v jejich zařízení udělat více. Spuštění paliativního programu tak v nemocnici uvítali.

Svou důležitou roli také hrály stáže v jiných zařízeních, které pracovníkům nemocnic ukázaly, jak může paliativní péče vypadat a jaký pozitivní přínos to pro pacienty může mít. Tento moment zcela vystihují slova jedné z respondentek o situaci, kdy se vrátili spolupracovníci nadšení a motivovaní ze stáže: *„...bylo to opravdu štěstí a velký zlomový moment pro mě, kdy už jsem říkala – dobrý, tak už je mám na své straně a už spolu můžeme začít něco dělat.“* Campbell (2008) považuje vyvolání pocitu naléhavosti skrze stáže za variantu pro zdravotnické zařízení nejvhodnější.

Zvýraznění tématu paliativy v nemocnicích pomohla také média, ve kterých se dle slov respondentů hovoří o paliativní péči více než dříve. Zájem médií tak také mohl přispět k tomu, že zdravotníci v nemocnicích začali považovat tuto tematiku za vhodnou k podrobnějšímu zkoumání a případnému zařazení do portfolia služeb nemocnice.

Co v nemocnicích naopak chybělo, byly širší statistické údaje, které by mohly na potřebu zavedení paliativní péče v nemocnici ukazovat. Lze vzít data z nemocničních statistik, která mohou například ukázat na počty úmrtí na jednotlivých odděleních nemocnice, ale chybí rozsáhlejší paliativní data. Kromě studie ODDICUS nebyla o nemocniční paliativní péči v České republice zatím realizována žádná studie přinášející kvantitativní data. Je tak zatím nutné vycházet hlavně ze zahraničních čísel, která potřebnost paliativní péče v nemocnicích dokazují (Bakitas, Lyons, Hegel et al., 2009; Zimmermann, Swami, Krzyzanowska et al., 2014; Sidebottom, Jorgesnon, Richards et al., 2015; Temel, Greer, Muzikansky et al., 2010; Higginson, Bausewein, Reilly et al., 2014; Morrison, Dietrich, Ladwig et al., 2011; Smith, Brick, O'Hara a Normand, 2014; May, Normand a Morrison, 2014).

Sestavení týmu prosazujícího změnu

Týmem prosazujícím změnu byl v případě zkoumaných nemocnic multidisciplinární paliativní tým. Jeho členové byli tak zároveň nositeli změny. Pokud byl tým nově vytvořen, musel si postupně nastavit své fungování. Podstatné pro týmy bylo zavedení pravidelných schůzek a vybudování „svého“ prostoru, který jim pomáhal získat vlastní identitu.

Jak říká Kotter (1995), při implementaci změny je velmi důležitá vůdčí osobnost. To odpovídá výsledkům výzkumu předkládaného v této diplomové práci. Vůdčí osobnost byla identifikována jako jeden z faktorů, který je při zavádění paliativní péče klíčový. Stejně jako v případě Kottera, i dotazovaní zdravotníci uváděli, že bez vůdčí osobnosti je velmi náročné prosazovat změnu, ovšem lídr by také účinně nezvládl celou implementaci sám. Okolo vůdčí osobnosti je vždy potřeba skupina lidí zapálená pro věc a prosazující změnu.

Členové paliativních týmů potvrdili, že jsou pro ně podstatné všechny vlastnosti, které Kotter uvádí jako důležité pro efektivní koalice. Kotter za ně považuje dostatečné pravomoci, zkušenosti, důvěryhodnost a vůdcovství. Zdravotníci zmiňovali význam toho, aby v týmu byli lidé, kteří mají dostatečné rozhodovací pravomoci, případně přímo někdo z vedení nemocnice (podrobněji viz 5.2.1 Podpora vedení nemocnice). Stěžejní pro ně taktéž byla multidisciplinarita týmu, která umožňovala k paliativní péči přistupovat z různých hledisek a vycházet z různorodých zkušeností všech členů. Významnou roli pak sehrály již zmiňované vůdčí osobnosti, pro které bylo velmi výhodné, pokud měly v nemocnici dobré jméno. To posilovalo důvěryhodnost celého projektu.

Ukázalo se, že jak pro Kottera, tak pro dotazované zdravotníky bylo velmi důležité vytvoření silného a motivovaného týmu. Takový tým pak může společně prosazovat změnu a ustát tlak, který je na něj vyvíjen od odpůrců změny (v případě paliativní péče hlavně od zdravotníků, kteří mají k paliativnímu přístupu předsudky či kteří jeho význam chápou rozdílně než multidisciplinární tým).

Vytvoření vize a strategie

Vytvoření vize a strategie k jejímu dosažení se nejvíce odrazilo v plánování, které bylo zdravotníky často zmiňovaným faktorem ovlivňujícím následný průběh zavádění paliativní péče. Pečlivé rozvržení jednotlivých kroků se při jejich realizaci zúročilo. Pro

vytvoření konkrétního cíle bylo v nemocnicích podstatné nejprve analyzovat potřeby a zjistit, v jaké podobě a pro koho je zde paliativní péči záhodno poskytovat. Následně bylo možné zvolit vhodný typ péče a definovat si tak vizi, které má být dosaženo. Zdravotníci zdůrazňovali, že pro ně bylo pomoci, pokud byly jejich cíle plánovány konkrétně a s jasnými termíny, do kdy mají být splněny. V tomto ohledu hrály roli i předem dané termíny projektu Spolu až do konce, které na paliativní týmy vytvářely motivační tlak k naplňování vytyčených cílů. Tato pozorování potvrzují, že je dobré definovat si cíle splňující pravidlo SMART (více o tomto pravidle viz 3.1.3 Vytvoření vize a strategie).

U třetího kroku Kotterova modelu lze zmínit i upozornění zdravotníků, že je potřeba vizi a plán přizpůsobovat reálným podmínkám nemocnice. Není možné jen slepě přebírat cizí model paliativní péče, protože co platí pro jednoho, nemusí v plné míře platit pro druhého. Inspirace zkušenostmi jiných je však možná a žádoucí.

Během plánování implementace paliativní péče je vhodné definovat si nastavení spolupráce v rámci zařízení i mimo něj. To jde jen těžko bez podpory vedení nemocnice, což byl další z velmi podstatných faktorů ovlivňujících úspěšnost projektu. Ideální dle respondentů je, pokud se vedení zapojuje do tvorby vize a celého plánu již od začátku, a jsou s ním všechny záměry prodiskutovány. Role vedení hraje taktéž důležitou roli v určování finančního plánu, který je v této fázi potřeba důkladně rozmyslet.

Kotterem doporučovaná výjezdní setkání, která mohou být nápomocna při tvorbě vize, nebyla dotazovanými zdravotníky skoro vůbec zmiňována. Pravděpodobným zdůvodněním může být fakt, že v nemocnici je velmi náročné zařídit delší nepřítomnost celého týmu. Kvůli systému směn a nutnosti poskytovat pacientům nepřetržitou péči je to pro tým opravdu těžké. Proto vize a plány vznikaly spíše na pravidelných schůzkách týmu uvnitř nemocnice.

Komunikace transformační vize

Čtvrtý krok transformace se odrážel hned v několika faktorech ovlivňujících implementaci paliativní péče – vnímání paliativní péče v nemocnicích, informovanost veřejnosti, podpora vedení, předávání pacientů a částečně i ve vzdělávání a sdílení zkušeností.

Paliativní týmy reflektovaly důležitost komunikace skrze všechny dostupné kanály. Klíčové bylo identifikovat všechny osoby, kterých se změna týkala, a těm pak předat informace o chystaném projektu. Veřejnost byla oslovována skrze informační brožury, letáky či otevřené semináře. Dále byla kontaktována některá zařízení, se kterými byla navázána či prohloubena spolupráce při předávání pacientů. Jako užitečné se ukázaly semináře pro praktické lékaře.

Komunikace pak nabývala významu zvláště uvnitř nemocnic. Včasné informování a diskuze o plánovaných změnách bylo důležité jak pro vedení nemocnice, tak pro ostatní kolegy v zařízení. Paliativní tematika si s sebou dle slov respondentů nese různé předsudky či může být chápána jen v užším významu například jako péče o pacienty pouze v terminálním stavu. Je proto velmi podstatné vyjasnit si pojmy i záměry celého projektu včas. Kotter (1995) doporučuje uspořádání úvodního setkání, kde probíhá obousměrná komunikace – členům paliativních týmů se osvědčily semináře pro personál nemocnice s možností klást týmu otázky. Je vhodné si v tomto kroku najít spolehlivé kontaktní osoby na ostatních odděleních, které pomohou edukovat ostatní zdravotníky a v případě potřeby mohou referovat pacienty paliativnímu týmu.

Paliativní týmy nenarazily na to, že by činy jednotlivých členů nebyly v souladu se změnou (před čímž Kotter varuje), protože tým se zasazoval o paliativní přístup, který sám i praktikoval. Některými respondenty však byla zdůrazňována nutnost pokory k ostatním lékařským odbornostem. Upozorňovali na nedorozumění a následné neshody, které mohou nastat, pokud někdo, ač nevědomky, vysílá signály, že je „lepší lékař“ než ten druhý, protože praktikuje paliativní přístup.

Multidisciplinární týmy se změnou zaobírají denně, „žijí jí“, proto pro ně někdy může být velmi náročné uvědomit si, že po vypuštění jednoho informačního e-mailu či po jedné úvodní schůzce, kde je vše zcela jasně a srozumitelně představeno, stále naprostá většina pracovníků nebude vědět, že se v nemocnici děje něco nového. Pro tým, který je s tématem změny v kontaktu neustále, může být nepředstavitelné, že by si někdo mohl nevěšmnout velkých proměn, které v jejich okolí probíhají. Realita je však většinou přesně opačná, a proto je potřeba neustále dokola připomínat a informovat o postupující implementaci. Kotter (2000) upozorňuje na mnohonásobné podcenění komunikace, což se ukazuje, že platí i v případě zavádění paliativní péče. Z výše uvedeného vyplývá, že je vhodné tento krok opravdu dobře promyslet a důsledně zrealizovat.

Delegování v širokém měřítku

Pátý krok změny pomáhá odstranit překážky stojící v cestě transformace. V případě členů multidisciplinárního týmu se jednalo hlavně o uvolnění části pracovního úvazku ve prospěch paliativy. V začátcích mnozí zapálení zdravotníci věnovali paliativní péči čas i energii nad rámec svých standardních povinností. Z dlouhodobého hlediska je však tento model jen těžko udržitelný a může hrozit až vyhořením pracovníka. Je proto nutné, aby se co nejdříve oficiálně zakotvil čas věnovaný paliativní péči a stal se součástí klasické pracovní doby jednotlivých členů týmu. Problematický v této oblasti byl i obecný nedostatek personálu ve zdravotnictví, který v některých nemocnicích jen těžko dovoloval krátit stávající pracovní úvazky a přidávat nové.

V tomto kroku se také velmi odráží podpora vedení nemocnice. Pokud je změna dopředu dojednána a paliativní přístup k pacientům je u vedení vítanou součástí poskytovaných služeb, velmi to v této fázi vše urychlí. Nakloněné vedení podpoří zdravotníky jak finančně, tak prostorově, či jim dle možností upraví pracovní poměr. Naopak pokud jsou očekávání od zavádění paliativní péče mezi týmem a vedením rozlišná, může začít docházet k rozporům. Kotter (1995) uvádí, že pravděpodobně nejhorší překážkou změny je člen vedení, který ji odmítá. To se shoduje se zkušenostmi z oslovených nemocnic. Je proto potřeba vše dojednat tak, aby všechny strany souzněly s plánem implementace paliativní péče a měly od jejího zavedení stejná očekávání.

Vytváření krátkodobých vítězství

Krátkodobá vítězství ukazují, že se energie vložená do projektu vyplácí, a pomáhají načerpat novou sílu a motivaci. Současně také zvyšují důvěryhodnost celé transformace, což je v případě zavádění paliativní péče velmi významné – kupříkladu vděčné ohlasy pozůstalých ukazují zdravotníkům, kteří nejsou paliativnímu přístupu tolik nakloněni, že má tento druh péče smysl. Zároveň jsou také cennou zpětnou vazbou pro členy multidisciplinárních týmů.

Krátkodobé vítězství v paliativní péči může mít i podobu uznání výsledků ostatními zdravotníky. Někdy však k pozitivním ohlasům na poskytovanou péči vede dlouhá cesta. Na začátku se tým formuje, vzdělává, plánuje a buduje a nějakou dobu trvá, než začne s poskytováním přímé péče. Je proto dobré začátek poskytování přímé péče zbytečně neoddalovat (samozřejmě však není vhodné ho ani příliš urychlit). Současně se také vyplatí naplánovat si nějaká krátkodobá vítězství i na dobu, kdy ještě tým přímou péči

neposkytuje. Například by se mohlo jednat o slavnostní otevření nově zrekonstruovaného pokoje. Z rozhovorů vyplynulo, že zpříjemnění prostředí pro pacienty a personál bylo pro členy týmů velmi motivující. Zvláště pak bylo ceněné, pokud si sami členové mohli vybrat vlastní vybavení či se jinak podílet na novém uspořádání prostorů.

Využití výsledků a podpora dalších změn

Paliativní péče může mít ve zdravotnických zařízeních různé podoby. Některé nemocnice pracují na posílení kompetencí pracovníků v poskytování obecné paliativní péče, jiné zakládají specializovaná oddělení či ambulance paliativní medicíny. Často se jedná o pozvolnou změnu přístupu nebo o postupné navazování spolupráce s jednotlivými odděleními. Je proto dobré neustat v úsilí a na úspěchy navázat plynule dalšími.

Dotazovaní zdravotníci hovořili o podpoře a rozšiřování spolupráce mimo nemocnici i uvnitř. Ke zlepšení úrovně paliativní péče v České republice může mimo jiné přispět sdílení získaných zkušeností. Nemocnice zapojené do programu Spolu až do konce se stávají zároveň i místy, kde probíhají stáže pro další zájemce o poskytování paliativní péče či pro studenty. Tato zdravotnická zařízení také mohou pořádat vzdělávací akce, například pro praktické lékaře.

Zakotvení nových přístupů do organizační kultury

Aby se změna v nemocnici udržela, je potřeba ji začlenit do již zavedených oficiálních struktur. Z výzkumných dat vyplynulo, že pro paliativní péči bylo zakotvení do systému vedle ostatních poskytovaných služeb taktéž důležité. Nejčastěji tak multidisciplinární týmy činily v podobě směrnice. Případně se jednalo o obdobný oficiální dokument upravující poskytování paliativní péče v nemocnici.

Poslední krok Kotterova modelu řízení změny se zaměřuje také na výběr vhodných nástupců, kteří budou v myšlence změny pokračovat. V případě paliativy je vedle systémového zakotvení tohoto druhu péče opět velmi podstatné sdílení zkušeností. Díky němu se může předejít tomu, aby se paliativní přístup stal pro další generaci zdravotníků neznámý a nežádoucí. V souvislosti s tímto bodem dotazovaní členové týmů uváděli, že v České republice chybí zařazení paliativní péče do vzdělávacího systému. Tento krok by dle jejich slov mohl do budoucna výrazně pomoci, aby se paliativní přístup stal automatickou součástí péče o pacienty s nevléčitelnou nemocí.

Závěrečné shrnutí

Z porovnání Kotterova osmikrokového modelu řízení změny a výsledků výzkumu vyplynulo, že se pracovníci multidisciplinárních týmů setkali během implementace paliativní péče do nemocnic se všemi kroky modelu. Některá Kotterova konkrétní doporučení, jako například výjezdní setkání týmu při tvorbě vize a strategie, nebyla zdravotníky zmiňována jako důležitá. Mnohá se však při zavádění paliativní péče ukázala jako naprosto nezbytná.

Zvláště podstatný byl pro členy týmů čtvrtý krok – komunikace transformační vize. Ten se odrazil hned v několika faktorech, které měly na implementaci vliv. Hlavně podpora vedení a vnímání paliativní péče v nemocnici byly zdravotníky zmiňovány jako klíčové a včasnou a důkladnou komunikací ovlivnitelné faktory. Důležitost však byla připisována faktorům zapadajících do všech kroků. Tato skutečnost potvrzuje Kotterova slova (2000) o tom, že vynecháním některého z kroků je ohroženo celé transformační úsilí. Výsledky výzkumu tak potvrdily, že Kotterův model může být využit jako nástroj k uchopení implementace paliativní péče do nemocničního prostředí v České republice.

6.2 Doporučení pro další rozvoj a výzkum paliativní péče

Rozhovory se členy multidisciplinárních týmů a výsledky třetího ročníku programu Spolu až do konce ukázaly, že systémová implementace paliativní péče v českých nemocnicích je žádoucí a možná. Je však provázena řadou výzev, na které bude muset společnost postupně hledat odpovědi. Tato podkapitola přináší shrnutí těch nejzásadnějších, které vyplynuly z výsledků předkládaného výzkumu.

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, jako je například Nadační fond Avast, 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

Nově vzniklé multidisciplinární týmy dokládají potřebnost paliativní péče jak ve fakultních nemocnicích, tak v menších regionálních zařízeních. 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. V současném nastavení musel každý tým složitě nacházet principy svého fungování. Nápomocné k tomu byly jak odborné paliativní instituce (Česká společnost paliativní medicíny, Centrum paliativní péče), tak nemocnice s delší zkušeností, bylo by však vhodné tuto oblast systémově podchytit.

Rozvoj týmů

Paliativní péče je neochvějně spojena s týmovou spoluprací. Je potřeba, aby v této oblasti byly přítomny silné osobnosti, které budou lídry paliativních týmů, budou umět vést, motivovat a budovat vztah důvěry s ostatními odbornostmi. Dnes tolik nedostatečná supervize musí být standardem i v nemocniční péči. Paliativní týmy také budou 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 paliativní intervence v často rigidním systému zdravotnické dokumentace a další.

Výzkum

Nemocniční paliativní péče musí být, stejně jako ostatní medicínské obory, rozvíjena na základě rozsáhlého sběru dat. Výzkum může prohlubovat znalosti o efektivitě paliativní péče, zdokonalovat terapeutické možnosti a pomáhat lépe porozumět potřebám pacientů a jejich rodin.

Nemocnice zapojené do programu Spolu až do konce se mohou stát místy, kde bude probíhat neustálý sběr dat. V dnešní době je nutné vycházet v paliativní oblasti hlavně ze zahraničních čísel. Bylo by dobré tato data obohatit o statistiky z našich podmínek. Předkládaný výzkum se problematikou paliativní péče v nemocnicích zabýval v kvalitativní rovině a snažil se nalézt faktory ovlivňující implementaci této péče. Bylo by vhodné prozkoumat tuto oblast i šířeji za pomoci kvantitativní strategie.

Vzdělávání

Je nutné zlepšit vzdělávání v paliativní péči na úrovni pregraduálního i postgraduálního vzdělávání zdravotníků a podporovat informovanost veřejnosti. V současné době je například univerzitní výuka paliativy dostupná pouze ve formě nepovinných seminářů, a to jen na části lékařských fakult.

Nemocnice, které již mají s paliativou zkušenosti, mohou dále předávat své znalosti a budovat centra excelence. Stane-li se paliativní péče automatickou součástí výuky a praxe zdravotníků, je to další krok k jejímu rovnocennému postavení mezi ostatními medicínskými obory.

6.3 Limity výzkumu

Prvním limitem výzkumu bylo dotazování respondentů pouze z nemocnic zapojených do programu Spolu až do konce. Nemocnice podpořené Nadačním fondem Avast měly finanční podporu a možnost konzultací s odborníky z Centra paliativní péče i České společnosti paliativní medicíny. Jelikož výzkum sloužil současně jako závěrečná zpráva z programu Spolu až do konce, nebyly do výzkumu zařazeny nemocnice, které se programu neúčastnily. Je možné, že při zkoumání výzkumné problematiky i v nezařazených nemocnicích, by se v datech mohla ukázat ještě další témata, která nebyla dotazovanými respondenty reflektována. Jelikož však do programu Spolu až do konce byla zapojena zařízení různých velikostí a typů z celé České republiky, a teoretické nasycenosti dat bylo dosaženo ve velké míře, je velmi pravděpodobné, že by se naprostá většina témat z podpořených i nepodpořených nemocnic překrývala.

Propojení osoby tazatelky s Nadačním fondem Avast je druhým limitem předkládaného výzkumu. Teoreticky kvůli němu mohlo dojít k zatajení některých aspektů implementace ze strany respondentů. Nicméně role tazatelky v nadačním fondu je hlavně administrativního charakteru, je tak předpokladem, že měl tento fakt jen velmi malý vliv na výzkumná data.

Třetím limitem výzkumu jsou respondenti, protože se jednalo výlučně o členy multidisciplinárních paliativních týmů. Zajímavé by bylo získat data i od dalších aktérů, kteří s implementací paliativní péče souvisí. Například by se mohlo jednat o vedení nemocnic, samotné pacienty či pracovníky spolupracujících organizací, kterým nemocnice předává pacienty s potřebou paliativní péče.

Dalším výzkumným limitem je zvolená metoda sběru dat. Je možné, že polostrukturované rozhovory odhalily jen část pravdy. Využití jiných metod, jako je například zúčastněné pozorování či analýza dokumentů, by mohlo přispět k ještě hlubšímu porozumění zkoumané problematice.

Při sběru dat byly získány informace jen z jednoho časového období. Rozhovory probíhaly jednorázově, je proto možné, že dlouhodobý nebo opakovaný sběr dat v jednotlivých nemocnicích by pomohl ještě lépe porozumět celému vývoji. Zároveň však byly do projektu Spolu až do konce zapojeny nemocnice v různé fázi implementace paliativních programů, což může jednorázový sběr dat dobře vyvažovat.

Posledním limitem výzkumu jsou čtyři rozhovory, které byly realizovány telefonicky. Všechny se svou délkou řadily mezi nejkratší. Lze z toho proto vyvozovat, že osobní kontakt s respondenty byl přínosem pro jejich větší sdílnost. Je otázkou, zda by se tyto čtyři zdravotníci nerozpovídali více, pokud by rozhovor probíhal tváří v tvář. Zároveň však je telefonický kontakt pro respondenty, kteří jsou z celé České republiky, schůdnější z hlediska času.

7 Závěr

Paliativní péče se snaží dosáhnout nejlepší možné kvality života pacientů po co nejdelší dobu (Widera, Pantilat, Anderson a Gonzales, 2015). Tato diplomová práce se zaměřovala na zavádění paliativní péče do nemocnic, ve kterých se nachází nejvíce pacientů s potřebou paliativní péče. Multidisciplinární týmy v nemocnicích jsou schopny se zaměřovat na všechny čtyři dimenze potřeb pacientů – biologické, psychické, sociální a duchovní (Sláma, Kabelka a Vorlíček, 2011). Tak zajišťují, že je pacientovi i jeho rodině poskytnuta opravdu komplexní péče.

Nemocniční paliativní péče má v České republice velmi krátkou a zatím nepříliš bohatou historii. První systémová iniciativa, zaměřená na rozvoj paliativy v nemocničním prostředí, vzešla od Nadačního fondu Avast. V červnu 2016 bylo vybráno 18 projektů v programu Spolu až do konce a celkově mezi ně bylo rozděleno 31 090 400 Kč. (Nadační fond Avast, 2017)

Tato diplomová práce měla za cíl zmapovat proces implementace paliativní péče v podpořených nemocnicích. Během výzkumu bylo realizováno 66 polostrukturovaných rozhovorů se členy multidisciplinárních paliativních týmů. Získaná data posloužila k identifikaci faktorů, které ovlivnily zavádění paliativní péče ve vybraných zdravotnických zařízeních. Data byla analyzována za pomoci principů zakotvené teorie a framework analysis.

V kapitolách 2 a 3 byla představena teoretická východiska práce pojednávající o paliativní péči a řízení změn. Metodika výzkumu, jeho výsledky a zhodnocení byly popsány v kapitolách 4–6. Při analýze výzkumných dat bylo identifikováno 15 důležitých témat, která ovlivnila realizaci projektů a rozvoj paliativní péče v zapojených nemocnicích. Tato témata byla rozřazena do tří skupin podle tematické blízkosti. Jednalo se o faktory na úrovni multidisciplinárního týmu, nemocnice jako svébytné organizace a také o faktory na úrovni vnějšího prostředí a zdravotnického systému.

V oblasti multidisciplinárních týmů vystupovala zejména tato čtyři klíčová témata: vůdčí osobnost, fungování týmu, vzdělávání a pozitivní zpětná vazba. Na úrovni nemocnice bylo rozpoznáno následujících šest faktorů: podpora vedení nemocnice, plánování, systémové zakotvení paliativní péče, materiální zázemí a prostory, vnímání paliativní péče v nemocnici a čas. V oblasti vnějšího prostředí bylo pojmenováno pět

důležitých témat: finance, předávání pacientů, sdílení zkušeností, informovanost veřejnosti a nedostatek personálu ve zdravotnictví.

Hodnocení výsledků bylo provedeno na základě Kotterova osmikrokového modelu změny, který byl doplněn o související postřehy z průběhu zavádění paliativní péče v nemocnicích. Výsledky potvrdily platnost Kotterova modelu, který může sloužit jako nástroj k uchopení implementace paliativní péče do nemocničního prostředí. Dále bylo formulováno pět výzev pro budoucnost této péče v České republice. První výzvou je systém financování. Je nutné vytvořit systém pro úhradu všech forem nemocniční paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění. Druhá výzva se týká standardů, které této péči v nemocničním prostředí zatím chybí. Na nedostatek silných lídrů v paliativní oblasti upozorňuje výzva třetí. Ta se věnuje rozvoji týmů, které jsou základním stavebním kamenem paliativy. Na chybějící výzkum poukazuje čtvrtá výzva. Posílení v oblasti výzkumu může pomoci rozšíření znalostí o efektivitě paliativní péče a může naše znalosti a schopnosti v mnoha aspektech významně posunout. Úzce s tím souvisí i rozšíření pregraduálního a postgraduálního vzdělávání zdravotníků v paliativní péči. Poslední výzvou je právě vzdělávání, včetně problematiky informovanosti veřejnosti o paliativě.

Předkládaná diplomová práce se věnovala implementaci paliativní péče v nemocnicích. Věřím, že doporučení představená v této práci mohou být nápomocna při rozvoji paliativy ve zdravotnických zařízeních v České republice. Přála bych si, aby se co nejvíce osobám s život ohrožujícím onemocněním dostalo kvalitní a důstojné péče podle jejich přání.

8 Soupis bibliografických citací

- 1 ADAM, Zdeněk, Jiří VORLÍČEK a Yvona POSPÍŠILOVÁ, ed. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.
- 2 ARMSTRONG, Michael. *Řízení pracovního výkonu v podnikové praxi: cesta k efektivitě a výkonnosti*. Praha: Fragment, 2011. Management (Fragment). ISBN 978-80-253-1198-1.
- 3 AUGUSTE, Jacqueline. Applying Kotter's 8-Step Process for Leading Change to the Digital Transformation of an Orthopedic Surgical Practice Group in Toronto, Canada. *Health & Medical Informatics*. [online]. (2013): 4. 129. [cit. 2018-03-15]. DOI: 10.4172/2157-7420.1000129. Dostupné z: <https://www.omicsonline.org/applying-kotter-step-process-for-leading-change-to-digital-transformation-of-an-orthopedic-surgical-practice-2157-7420.1000129.pdf>
- 4 BAKITAS, Marie, Kathleen Doyle LYONS, Mark T. HEGEL, et al. Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer. *JAMA* [online]. 2009, **302**(7), 741-. [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1001/jama.2009.1198. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.1198>
- 5 BÍMOVÁ, Tereza. Možnosti paliativní péče. *Cesta domů* [online]. 2017 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: http://www.plicnifibroza.cz/download/besedy/2017_05_29_Paliativni_pece_IPF.pdf
- 6 BOKOVITZ, Beverly A. Mission Possible: Using Kotter's Change Model to Drive Sustainable Change, a Case Study. *Delta Omega* [online]. 2016 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10755/620376>
- 7 BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
- 8 CAMPBELL, Robert James. Change Management in Health Care. *The Health Care Manager* [online]. (2008): **27**. 23-39. Dostupné z: <https://pdfs.semanticscholar.org/fd5c/fl1e42ff1adf514014f75e65764b38207b66.pdf>
- 9 CENTER TO ADVANCE PALLIATIVE CARE. *Improving Care for People with Serious Illness Through Innovative Payer-Provider Partnerships: A Palliative Care Toolkit and Resource Guide*. [online]. 2014 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: https://media.capc.org/filer_public/0f/2f/0f2f8662-15cf-4680-baa8-215dd97fbde6/payer-providertoolkit-2015.pdf

- 10 CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *ELNEC* [online]. 2018 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/cs/elnec>
- 11 CONNELLY, Mark. The Kurt Lewin Change Management Model. *Change Management Coach* [online]. 2016 [cit. 2018-03-17]. Dostupné z: https://www.change-management-coach.com/kurt_lewin.html
- 12 CORCORAN, Amy M., Neha J. DARRAH a Nina R. O'CONNOR. Palliative Care after Discharge: Services for Seriously Ill in the Home and Community. In WIDERA, Eric, Steven PANTILAT, Wendy ANDERSON a Matthew GONZALES, ed. *Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2015. ISBN 978-1-118-7725-7.
- 13 ČSPM ČSL JEP. *Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) v roce 2017: Stanovisko České společnosti paliativní medicíny* [online]. 2018 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/10/mspp_2017-doporuceni-cspm-2-1.pdf
- 14 DACHVERBAND HOSPIZ ÖSTERREICH. *Einrichtungsübersicht* [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <https://www.hospiz.at/einrichtungsuuebersicht/>
- 15 DOWNAR, James et al. The „surprise Question“ for Predicting Death in Seriously Ill Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* [online]. 2017. 189.13 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5378508/>
- 16 GALE, Nicola K, Gemma HEATH, Elaine CAMERON, Sabina RASHID a Sabi REDWOOD. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology* [online]. 2013, 13(1), [cit. 2018-05-02]. DOI: 10.1186/1471-2288-13-117. ISSN 1471-2288. Dostupné z: <http://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-13-117>
- 17 HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- 18 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 19 HIGGINSON, Irene J., Claudia BAUSEWEIN, Charles C. REILLY et al. An integrated palliative and respiratory care service for patients with advanced disease and refractory breathlessness: a randomised controlled trial. *The Lancet Respiratory Medicine* [online]. 2014, 2(12), 979-987 [cit. 2018-04-10]. DOI:

z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2213260014702267>

- 20 CHASTEEN, Kristen A. a Wendy G. ANDERSON. Effective Communication with Seriously Ill Patients in the Hospital: General Principles and Core Skills. In WIDERA, Eric, Steven PANTILAT, Wendy ANDERSON a Matthew GONZALES, ed. *Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2015. ISBN 978-1-118-7725-7.
- 21 JARKOVSKÁ, Olga, Ladislav KABELKA a Marta ŠTĚPÁNKOVÁ. Sociální problematika v paliativní péči. In SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- 22 JOHNSON, Sara K. Family Meetings and Caring for Family Members. In WIDERA, Eric, Steven PANTILAT, Wendy ANDERSON a Matthew GONZALES, ed. *Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2015. ISBN 978-1-118-7725-7.
- 23 KABELKA, Ladislav, Ondřej SLÁMA a Martin LOUČKA. *Paliativní péče v české republice 2016: Situační analýza* [online]. ČSPM ČLS JEP. 2016 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/12/situacni-analyza-paliativni-pecce.pdf>
- 24 KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV. Příspěvek na péči. *Veřejný ochránce práv* [online]. 2018 [cit. 2018-05-01]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/stiznosti-na-urady/chcete-si-stezovat/zivotni-situace/prispevek-na-peci/>
- 25 KARIM. *Výzkumný projekt Všeobecné fakultní nemocnice s názvem ODDICUS* [online]. Praha: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN, 2016 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://www.karim-vfn.cz/cz/vyzkum/oddicus.html>
- 26 KOPECKÝ, Ondřej. *Centrum podpůrné a paliativní péče VFN Praha: výsledky prvního roku práce*. Česko-slovenská konference paliativní medicíny [online]. 2017 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://konference.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/materialy/26.pdf>
- 27 KOTTER, John P. Leading change: Why transformation efforts fail. *Harvard Business Review* [online]. (1995): 59-67. [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <https://hbr.org/1995/05/leading-change-why-transformation-efforts-fail-2>

- 28 KOTTER, John P. *Vedení procesu změny: osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press, 2000. ISBN 978-80-7261-015-0.
- 29 KOUBOVÁ, Michaela. O kvalitě nemocniční paliativní péče v ČR chybí data. Dle studie VFN se dobrá péče dostane desetině pacientů. *Zdravotnický deník* [online]. 2017 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/kvalite-nemocnicni-paliativni-pece-cr-chybi-data-dle-studie-vfn-se-dobra-pece-dostane-desetine-pacientu/>
- 30 KREJČÍKOVÁ, Helena. Právní aspekty paliativní péče. In BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905973-2-7.
- 31 LEWIN, Kurt. Frontiers in Group Dynamics. *Human Relations* [online]. First Published 1947. 2016, 1(1), 5-41 [cit. 2018-03-17]. DOI: 10.1177/001872674700100103. ISSN 0018-7267. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001872674700100103>
- 32 LOUČKA, Martin, Julie KOVAŘÍKOVÁ et al. *Rozvoj paliativní péče v nemocnicích: Zkušenosti z pilotního programu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast*. Praha: Centrum paliativní péče, 2018.
- 33 MAY, Peter, Charles NORMAND a Sean R. MORRISON. Economic Impact of Hospital Inpatient Palliative Care Consultation: Review of Current Evidence and Directions for Future Research. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2014, 17(9), 1054-1063 [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1089/jpm.2013.0594. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2013.0594>
- 34 METZNEROVÁ, Monika. *Uplatnění paliativní péče v oblasti intenzivní medicíny* [online]. Brno, 2017 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/jbreh/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Marie Zítková.
- 35 MILEROVÁ, Jana. Komunikace s umírajícím. In BYDŽOVSKÝ, Jan a Jiří KABÁT. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, z.ú., 2015. ISBN 978-80-905973-2-7.
- 36 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví spouští projekt na podporu paliativní péče v nemocnicích*. MZČR [online]. 2018 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-spousti-projekt-na-podporu-paliativni-pece-v%C2%A0nemocnic_14847_1.html

- 37 NADAČNÍ FOND AVAST. *Nemocnice* [online]. 2017 [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: <http://nadacnifond.avast.cz/nemocnice>
- 38 NADAČNÍ FOND AVAST. *Spolu až do konce* [online]. 2018 [cit. 2018-04-11]. Dostupné z: <http://nadacnifond.avast.cz/spolu-az-do-konce>
- 39 NÁRODNÍ DATOVÁ ZÁKLADNA PALIATIVNÍ PÉČE. *Místo úmrtí – detailně* [online]. 2018 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://www.paliativnidata.cz/browser/web/mortalitni-data/misto-umrti/>
- 40 NEMETH, Claudia et al. *Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen* [online]. Wien, 2012 [cit. 2018-05-01]. ISBN–13 978-3-85159-168-2. Dostupné z: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/prozesshandbuch_hospiz-_und_palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf
- 41 NOVOTNÁ, Helena. *Hodnocení potřeb a kvality života u pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním v paliativní péči*. Olomouc, 2017. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.
- 42 OWEN, Jo. *Jak se stát úspěšným lídrem: leadership v praxi*. Praha: Grada, 2006. Management (Grada). ISBN 80-247-1726-3.
- 43 PASTRANA, Tania, Saskia JÜNGER et al. A matter of definition – key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative Medicine* [online]. 2008, **22**(3), 222-232 [cit. 2018-04-01]. DOI: 10.1177/0269216308089803. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216308089803>
- 44 PEŘINA, Jan. Historie a současnost paliativní péče v Česku. *Důstojné umírání* [online]. Cesta domů, 2016a [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-paliativni-pece>
- 45 PEŘINA, Jan. Historie paliativní péče. *Důstojné umírání* [online]. Cesta domů, 2016b [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>
- 46 PRŮŠA, Jaroslav. Organizační vůdcovství a řízení změny ve zdravotnictví. *Medical Tribune* [online]. 2010, 5 [cit. 2018-03-23]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/17037-organizacni-vudcovstvi-a-rizeni-zmeny-ve-zdravotnictvi>
- 47 QUILL, Timothy E. a Amy P. ABERNETHY. Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model. *New England Journal of Medicine* [online]. 2013, **368**(13), 1173-1175 [cit. 2018-04-02]. DOI: 10.1056/NEJMp1215620. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1215620>

- 48 RAPPLEYE, Emily. 8 steps to leading healthcare transformation. *Becker's Hospital Review* [online]. 2014 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: <https://www.beckershospitalreview.com/hospital-management-administration/8-steps-to-leading-healthcare-transformation.html>
- 49 REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
- 50 ROGERS, Maggie a Tamara DUMANOVSKY. *How We Work: Trends and Insights in Hospital Palliative Care* [online]. Center to Advance Palliative Care, National Palliative Care Research Center, 2017. Dostupné z: <https://registry.capc.org/wp-content/uploads/2017/02/How-We-Work-Trends-and-Insights-in-Hospital-Palliative-Care-2009-2015.pdf>
- 51 RUSINOVÁ, Kateřina. O kvalitě nemocniční paliativní péče v ČR chybí data. Dle studie VFN se dobrá péče dostane desetině pacientů. KOUBOVÁ, Michaela. *Zdravotnický deník* [online]. 2017 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/kvalite-nemocnicni-paliativni-pece-cr-chybi-data-dle-studie-vfn-se-dobra-pece-dostane-desetine-pacientu/>
- 52 SIDEBOTTOM, Abbey C., Ann JORGENSEN, Hallie RICHARDS, Justin KIRVEN a Arthur SILLAH. Inpatient Palliative Care for Patients with Acute Heart Failure: Outcomes from a Randomized Trial. *Journal of Palliative Medicine* [online]. 2015, **18**(2), 134-142 [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1089/jpm.2014.0192. ISSN 1096-6218. Dostupné z: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2014.0192>
- 53 SLÁMA, Ondřej, Ladislav KABELKA a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměn. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
- 54 SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA. *Specializovaná paliativní péče v ČR v roce 2013*. [online] ČSPM ČLS JEP. 2013b [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni_medicina_v_cr_v_roce_2013.pdf
- 55 SLÁMA, Ondřej, Martina ŠPINKOVÁ a Ladislav KABELKA. *Standardy paliativní péče 2013* [online]. ČSPM ČLS JEP. 2013a [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2016/11/standardy-pp_cspm_2013_def.pdf
- 56 SMITH, Samantha, Aoife BRICK, Sinéad O'HARA a Charles NORMAND. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine* [online]. 2014, **28**(2), 130-150 [cit. 2018-04-10]. DOI:

- 10.1177/0269216313493466. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216313493466>
- 57 STANDARDY A NORMY HOSPICOVÉ A PALIATIVNÍ PÉČE V EVROPĚ. Hayward Group Plc publishers of the European Journal of Palliative Care. Česká společnost paliativní medicíny; *Cesta domů* [online]. 2010 [cit. 2018-03-20]. Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/038/004556.pdf>
- 58 STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- 59 STREIFFER, Richard H. a Jessica Geiben LYNN. *Change is Good: Using Kotter's 8 Step Process To Understand Change at CCHS*. CFAR [online]. 2013 [cit. 2018-03-15]. Dostupné z: www.cfar.com/sites/default/files/events/AAMC_Geiben_2013_Change_is_Good.pdf
- 60 TEMEL, Jennifer S., Joseph A. GREER, Alona MUZIKANSKY et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine* [online]. 2010, **363**(8), 733-742 [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1056/NEJMoa1000678. ISSN 0028-4793. Dostupné z: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMoa1000678>
- 61 ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2016*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISSN 1210-9991.
- 62 ÚZIS ČR. *Zemřelí 2016*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISSN 1210-9967.
- 63 VZDĚLÁVÁNÍ V PALIATIVNÍ MEDICÍNĚ. Atestování lékaři. *Česká společnost paliativní medicíny* [online]. 2018 [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: <https://vzdelavani.paliativnimedicina.cz/atestujici-lekari/>
- 64 WEGWEISER HOSPIZ-PALLIATIVMEDIZIN. *Home* [online]. 2018 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de/de
- 65 WIDERA, Eric, Steven PANTILAT, Wendy ANDERSON a Matthew GONZALES, ed. *Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2015. ISBN 978-1-118-7725-7.
- 66 ZDRAVOTNICKÉ NOVINY. *Paliativní péče v Německu: Deset let náskoku před ČR* [online]. **61**(40), 2012 [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: https://issuu.com/ambitmedia/docs/zn_40_2012list
- 67 ZIMMERMANN, Camilla, Nadia SWAMI, Monika KRZYZANOWSKA et al. Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised

controlled trial. *The Lancet* [online]. 2014, **383**(9930), 1721-1730 [cit. 2018-04-10]. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62416-2. ISSN 01406736. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673613624162>

9 Přílohy

Příloha A

UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
KATEDRA ŘÍZENÍ A SUPERVIZE
V SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH ORGANIZACÍCH

Projekt diplomové práce Implementace paliativní péče do nemocnic

Bc. Julie Kovaříková

rok imatrikulace: 2015

osobní číslo: 11439062

Vedoucí práce: PhDr. Martin Loučka, PhD.

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým. Tato péče se tedy nesoustředí jen na moment umírání, ale především na zlepšení kvality života před ním. Pokračuje i po smrti pacienta a věnuje se podpoře rodiny a zvládání jejich zármutku. Jedná se o multidisciplinární obor, jehož hlavní součástí je paliativní medicína, ale také významně přesahuje do ošetrovatelství, sociální práce, psychologie a dalších disciplín.

V České republice umírá v nemocnicích většina lidí bez přístupu ke komplexní paliativní péči. Například v USA má paliativní program zavedeno až 80 % nemocnic, v ČR je to méně než 5 %. V českých nemocnicích umírá ročně okolo 65 tisíc lidí.

V červnu 2016 bylo v programu Spolu až do konce Nadačního fondu Avast podpořeno 18 nemocnic z celé České republiky. Věnované finanční prostředky byly určeny na rozvoj multidisciplinárních paliativních týmů, vzdělávání personálu a systémové ukotvení paliativní péče v nemocničním prostředí. Jedná se o historicky první systémovou iniciativu zaměřenou na rozvoj paliativní péče v nemocničním prostředí u nás.

Tato diplomová práce si klade za cíl zmapovat proces zavádění paliativní péče právě v těchto 18 nemocnicích. Data získaná z kvalitativního výzkumu, který bude realizován během implementace paliativní péče ve vybraných nemocnicích, poslouží k identifikování faktorů, které implementaci podpořily, a také těch, které implementaci bránily. Data pro praktickou část práce budou získávána z polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými členy paliativních nemocničních týmů. Při sběru a zpracování dat se bude vycházet z principů zakotvené teorie. Počet respondentů není dopředu znám, rozhovory budou probíhat až do teoretické nasycenosti dat, nicméně očekáváme cca 2-5 respondentů na organizaci (celkem cca 70 respondentů). Data z rozhovorů se budou průběžně kódovat.

Výstupem práce bude seznam doporučení pro ostatní lůžková zdravotnická zařízení, která budou stát o zavádění paliativní péče. Tato doporučení budou vycházet jak z dostupných dříve sepsaných odborných publikací a článků, tak ze zkušeností nemocnic z pilotních projektů programu Spolu až do konce.

Osobně považuji zavedení paliativní péče do nemocnic za velmi důležité, protože doposud mu bylo u nás věnováno jen málo pozornosti a byla bych opravdu ráda, kdyby bylo možné zajistit lidem, kteří se v závěru svého života nedostanou do domácího prostředí, důstojnost, klid a možnost trávit tyto chvíle v soukromí se svými blízkými. Víím, že tato práce bude pouze malým krokem na dlouhé cestě, ale přála bych si, aby se

v budoucnosti mohla stát jedním z opěrných bodů pro nemocnice zavádějící paliativní péči.

Struktura práce

OBSAH

ABSTRAKT

I ÚVOD

II TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy v paliativní péči

1.1 Tradiční versus včasná paliativní péče

1.2 Stáří a stárnutí

2 Paliativní péče v České republice

2.2 Formy a místa poskytování paliativní péče

2.3 Sdílená péče v České republice

3 Vybrané trendy paliativní péče ve světě

4 Paliativní péče v nemocnicích

4.1 Multidisciplinární týmy

4.2 Srovnání paliativní péče v nemocnicích ve světě

III EMPIRICKÁ ČÁST

1 Pilotní projekt Nadačního fondu Avast

1.1 Vybraná nemocniční zařízení

1.2 Harmonogram pilotního projektu

2 Kvalitativní šetření implementace paliativní péče do nemocnic

2.1 Cíle, příprava, metodika, organizace a způsob výběru respondentů realizovaného empirického šetření

2.2 Výsledky šetření implementace paliativní péče do nemocnic

2.2.1 Překážky v implementaci paliativní péče do nemocnic

2.2.2 Podpůrné prvky v implementaci paliativní péče do nemocnic

2.3 Seznam doporučení pro implementaci paliativní péče v nemocnicích

IV ZÁVĚR

LITERATURA (BIBLIOGRAFIE)

Seznam literatury

ALDRIDGE, Melissa D, Jeroen HASSELAAR, Eduardo GARRALDA, Marlieke VAN DER EERDEN, David STEVENSON, Karen McKENDRICK, Carlos CENTENO A Diane E MEIER. Education, implementation and policy barriers to greater integration of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*. 2016, **30**(3), 224–239. ISSN 0269-2163.

COHEN, Kenneth P. *Hospice, prescription for terminal care*. Germantown, Md.: Aspen Systems, 1979. ISBN 089443151X.

DUGDALE, Lydia S. *Dying in the twenty-first century: toward a new ethical framework for the art of dying well*. 1977. ISBN 978-0-262-02912-4.

FILATOVA, Renáta. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. Frýdek-Místek: JOKL, 2014. ISBN 978-80-905419-7-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál. Praha 2005.

HEŘMANOVÁ, Daria. *Co bychom měli vědět, než odejdeme*. Čerčany: [Daria Heřmanová], 2015. ISBN 978-80-260-7669-8.

PANTILAT, Steven, Wendy ANDERSON, Matthew GONZALES a Eric WIDERA. *Hospital-based palliative medicine: a practical, evidence-based approach*. Hospital medicine, current concepts, 2015. ISBN 978-1-118-77257-7.

RANDALL, Fiona a R. S. DOWNIE. *Palliative care ethics: a companion for all specialties*. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1999. ISBN 0-19-263068-7.

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

VANDERPOOL, Harold Y. *Palliative care: the 400-year quest for a good death*. Jefferson, N.C. : McFarland & Company, 2015. ISBN 978-0-7864-9799-7.

YANG, Grace Meijuan, Shirlyn Hui-Shan NEO, Shawn Zhi Zheng LIM a Lalit Kumar Radha KRISHNA. Effectiveness of Hospital Palliative Care Teams for Cancer Inpatients: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*. 2016 **19**(11), 1156–1165. DOI: 10.1089/jpm.2016.0052. ISSN 1096-6218.

Příloha B

Průvodní dopis

Empirické šetření týkající se paliativní péče v nemocnicích slouží pro potřeby diplomové práce v rámci magisterského studia na Univerzitě Karlově, obor Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Tuto diplomovou práci s názvem „Implementace paliativní péče do nemocnic“ vypracovává studentka Bc. Julie Kovaříková pod vedením PhDr. Martina Loučky, PhD. Dále bude tento výzkum součástí sběru dat pro Centrum paliativní péče, které využije poznatky z výzkumu při zpracovávání metodické zprávy programu Spolu až do konce.

Empirické šetření bude provedeno formou rozhovorů zaznamenaných na diktafon. Nahrané rozhovory budou následně doslovně přepsány a anonymizovány. S daty bude zacházeno dle zákona č. 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

V případě jakýchkoli dotazů či doplnění nás neváhejte kontaktovat.

Bc. Julie Kovaříková

julie.kovarikova@gmail.com

+420 776 175 869

PhDr. Martin Loučka, PhD.

m.loucka@paliativnicentrum.cz

+420 605 376 107



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE

Příloha C

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s využitím informací získaných z výzkumného rozhovoru zaznamenaného pro účel výzkumu s názvem: „Implementace paliativní péče do nemocnic“

Písemně potvrzuji, že souhlasím s poskytnutím výzkumného materiálu Julii Kovaříkové pro empirické šetření, které je součástí diplomové práce na téma „Implementace paliativní péče do nemocnic“ a výzkumu Centra paliativní péče. Diplomová práce vzniká v rámci magisterského studia na Univerzitě Karlově, obor Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Vedoucím práce je PhDr. Martin Loučka, PhD.

Rozhovor bude zaznamenán na diktafon a následně přepsán. Charakter získaných poznatků nevyžaduje, abychom v rámci analýzy a publikace jejích výsledků pracovali se jménem respondenta. Anonymizovaná data z rozhovorů budou uchována pro účely diplomové práce a případné publikace z ní vycházející, včetně metodické zprávy programu Spolu až do konce. Zpracována budou dle zákona č. 101/2000 sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

V dne

Podpis:



CENTRUM
PALIATIVNÍ
PÉČE

Příloha D

SMLOUVA O DÍLO

jméno, příjmení/název: Centrum paliativní péče, z. ú.

datum narození/IČ: 034 63 583

bydliště/sídlo: Michelská 1/7, Praha 4

(dále jen jako „**Objednatel**“ na straně jedné)

a

jméno, příjmení/název:

datum narození/IČ:

bydliště/sídlo:

(dále jen jako „**Zhotovitel**“ na straně druhé)

uzavírají níže uvedeného dne, měsíce a roku podle § 2586 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, tuto

smlouvu o dílo (dále jen „**Smlouva**“)

I.

Předmět Smlouvy

Zhotovitel se touto smlouvou zavazuje provést na svůj náklad a nebezpečí pro objednatele za podmínek níže uvedených dílo: **PŘEPISY ROZHovorů** (dále jen „Dílo“) a objednatel se zavazuje Dílo převzít a splnit smluvené podmínky odměny. **Vykonavatel díla se zavazuje zachovat absolutní mlčenlivost o obsahu přepisovaného rozhovoru.**

II.

Cena Díla a způsob úhrady

Smluvní strany se dohodly, že práce na Díle bude provedena bez nároku na finanční odměnu. Objednatel se zavazuje vystavit potvrzení o praxi, bude-li ho zhotovitel požadovat.

III.

Termín zhotovení díla

Smluvní strany se dohodly, že Dílo bude Zhotovitelem provedeno v termínu nejpozději do **7 dní od dodání rozhovoru.**

Objednatel předal zhotoviteli následující podklady (specifikace/technickou dokumentaci, popřípadě

určité věci): *zvukový záznam rozhovoru*.

IV.

Předání a převzetí Díla

K předání a převzetí Díla dojde do dvou dnů od jeho zhotovení, nejpozději však bude dílo zhotoveno i předáno v termínu uvedeném v čl. III této smlouvy.

V.

Odpovědnost za vady

Zhotovitel se zavazuje předat Dílo bez vad a nedodělků.

Smluvní strany se dále dohodly, že budou-li v době předání na Díle nedodělky, k předání a převzetí Díla dojde až po jejich odstranění. O této skutečnosti bude Smluvními stranami sepsán záznam. Náklady na odstranění vad nese Zhotovitel.

VI.

Závěrečná ustanovení

Tato Smlouva nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma Smluvními stranami.

Tato Smlouva a vztahy z ní vyplývající se řídí právním řádem České republiky, zejména příslušnými ustanoveními zák. č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Smlouva byla vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž každá Smluvní strana obdrží po jednom vyhotovení.

Smluvní strany níže svým podpisem stvrzují, že si Smlouvu před jejím podpisem přečetly, s jejím obsahem souhlasí, a tato je sepsána podle jejich pravé a skutečné vůle, srozumitelně a určitě, nikoli v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

V..... dne.....

V..... dne.....

.....

.....

Objednatel

Zhotovitel