

Návrh na vytvoření paliativního týmu v nemocnici

Bc. Jakub Skulina

Diplomová práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Jakub Skulina
Osobní číslo: M22974
Studijní program: N0413A050020 Management ve zdravotnictví
Forma studia: Kombinovaná
Téma práce: Návrh na vytvoření paliativního týmu v nemocnici

Zásady pro vypracování

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Zpracujte teoretické poznatky vztahující se k paliativní péči, její historii a vývoji až po současnost.

II. Praktická část

- Definujte zdravotnické zařízení pro vytvoření projektu.
- Navrhněte projekt vytvoření paliativního týmu ve vybrané nemocnici včetně namagementu rizik.
- Vytvořte finanční a marketingový plán projektu.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- BUCHBINDER, B. Sharon; SHANKS, H. Nancy a KITE, J. Bobbie. *Introduction to Health Care Management*. 4th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2019. ISBN 978-1284156560.
- BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4.
- FERREL, R. Betty; GOLDSMITH, Joy; SMITH; RAGAN, L. Sandra; GLAJCHEN, Myra; HANDZO, George a WITTENBERG, Elaine. *Textbook of Palliative Care Communication*. 1st edition. New York: Oxford University Press, 2015. ISBN 978-0-19-020170-8.
- FOTR, Jiří; VACÍK, Emil; SOUČEK, Ivan; ŠPAČEK, Miroslav a HÁJEK, Stanislav. *Tvorba strategie a strategické plánování: teorie a praxe*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2499-2.
- MATZO, Marianne a SHERMAN, Deborah. *Palliative care nursing: quality care to the end of life*. 5th edition. New York: Springer Publishing Company, 2019. ISBN 978-0-8261-2719-8.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**
Ústav managementu a marketingu

Datum zadání diplomové práce: **5. února 2024**
Termín odevzdání diplomové práce: **19. dubna 2024**

L.S.

prof. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

prof. Ing. Boris Popesko, Ph.D.
garant studijního programu

Ve Zlíně dne 5. února 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl jsem seznámen s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užit své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové práce jakýkoliv softwarový produkt, považuji se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 18. 4. 2024

Jméno a příjmení: Jakub Skulina

.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Tato diplomová práce je návrhem projektu na vytvoření paliativního týmu v konkrétním zdravotnickém zařízení okresního typu. Hlavním cílem je rozšířit a zlepšit služby, které nemocnice nabízí pacientům v terminální fázi jejich života, a zároveň poskytnout, prostřednictvím těchto služeb poradenství a podporu rodinám a blízkým těchto pacientů. Teoretická část práce vychází z odborné literatury a zaměřuje se na části paliativní péče, řízení ve zdravotnictví a financování. Praktická část definuje konkrétní kroky pro implementaci tohoto projektu, včetně důkladné analýzy potřeb a podmínek prostředí. Z práce vyplynulo, že je potřeba vytvořit paliativní tým. Závěr shrnuje všechna zjištění a ukazuje význam projektu.

Klíčová slova: paliativní péče, nemocnice, řízení, zdravotnictví, financování, analýza, projekt, plán

ABSTRACT

This thesis is a project proposal for the creation of a palliative care team in a specific regional healthcare facility. The main objective is to expand and improve the services that the hospital offers to patients in the terminal phase of their lives, and at the same time to provide, through these services, advice and support to the families and loved ones of these patients. The theoretical part of the thesis is based on the literature and focuses on parts of palliative care, management in health care and financing. The practical part defines concrete steps for the implementation of this project, including a thorough analysis of the needs and the conditions of the environment. The thesis identified the need for a palliative care team. The conclusion summarises all the findings and shows the importance of the project.

Key words: palliative care, hospital, management, healthcare, financing, analysis, project, plan

Poděkování

Děkuji panu profesoru Slanému za čas při vedení práce, rady a připomínky. Velký dík patří paní Ing. Markétě Bartůňkové, člence ekonomického týmu UZIS ČR za ochotu poskytnout data a její cenné podněty. A konečné poděkování patří mé rodině za jejich podporu.

OBSAH

ÚVOD.....	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 PALIATIVNÍ PÉČE.....	12
1.1 DEFINICE A VÝZNAM PALIATIVNÍ PÉČE.....	14
1.2 HISTORIE A VÝVOJ PALIATIVNÍ PÉČE.....	16
1.3 FORMY A DRUHY PALIATIVNÍ PÉČE.....	18
1.4 PERSONÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ.....	20
1.5 PROFESNÍ HIERARCHIE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	22
1.6 ROLE PALIATIVNÍHO TÝMU VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	23
1.7 EDUKACE V OBLASTI PALIATIVNÍ PÉČE.....	25
1.8 PROCES PALIATIVNÍ PÉČE.....	27
1.9 FINANCOVÁNÍ.....	29
2 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
3 NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU.....	36
4 ANALÝZY.....	38
4.1 PESTLE ANALÝZA.....	38
4.1.1 Politické faktory.....	38
4.1.2 Ekonomické faktory.....	41
4.1.3 Sociální faktory.....	44
4.1.4 Technologické faktory.....	47
4.1.5 Legislativní faktory.....	49
4.1.6 Ekologické faktory.....	52
4.1.7 Shrnutí PESTLE analýzy.....	53
4.2 PORTEROVA ANALÝZA.....	54
4.2.1 Konkurence.....	54
4.2.2 Síla zákazníků.....	55
4.2.3 Síla dodavatelů.....	55
4.2.4 Síla substitute.....	56
4.2.5 Shrnutí Porterovy analýzy.....	56
4.3 SWOT ANALÝZA.....	58
4.3.1 Silné stránky.....	59
4.3.2 Slabé stránky.....	61
4.3.3 Příležitosti.....	63
4.3.4 Hrozby.....	65
4.3.5 Shrnutí SWOT analýzy.....	66
5 SHRUTÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI.....	67

6	PROJEKT NA VYTVOŘENÍ PALIATIVNÍHO TÝMU	68
6.1	DEFINICE MISE, VIZE A CÍLŮ	69
6.2	PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ.....	70
6.3	FINANČNÍ PLÁN	72
6.3.1	Náklady na personál	72
6.3.2	Náklady na vzdělání	73
6.3.3	Náklady na zařízení	73
6.3.4	Režijní náklady.....	74
6.3.5	Příjmy z provozu KTPP	75
6.3.6	Shrnutí	76
6.4	ANALÝZA RIZIK.....	76
6.4.1	Úroveň míry rizika	79
6.4.2	Shrnutí	80
6.5	ČASOVÁ ANALÝZA	80
6.6	MARKETINGOVÝ PLÁN	82
6.7	KONTROLA REALIZACE PROJEKTU	84
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	87
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	97
	SEZNAM OBRÁZKŮ	98
	SEZNAM TABULEK.....	99
	SEZNAM GRAFŮ	100

ÚVOD

Diplomová práce mapuje problematiku týkající se paliativní péče v kontextu nemocničním, s myšlenkou na navržení projektu na zavedení paliativního týmu. Paliativní péče je zcela specifická, cílená na pacienty v terminálním stádiu onemocnění. Oproti běžné léčbě, se paliativní péče zaměřuje na zlepšení kvality v této fázi onemocnění, minimalizaci bolesti a utrpení, na celkové potřeby pacientů, zahrnující fyzické, psychické, sociální a duchovní aspekty, a tím přináší holistický přístup k péči.

V oblasti dostupnosti paliativní péče v nemocnicích stále čelíme výzvam. V celé řadě nemocnic je tato forma péče často omezená a výsledkem je nedostatečné pokrytí potřeb těchto pacientů. S bolestí a dalšími doprovodnými symptomy se většinou zdravotnický personál umí vypořádat. Problém vyvstává v komunikaci při sdělení závažných zpráv, práci s emocemi a nedostatek času, který pacienti a jejich blízcí potřebují

Hlavním cílem je zpracování projektu, jehož implementace by vedla ke zřízení paliativního týmu v nemocnici, a tím rozšíření současných poskytovaných služeb. Projekt je navržen s ohledem na specifika a možnosti konkrétního zdravotnického zařízení.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Cíl práce

Hlavním cílem této diplomové práce je vytvořit realizovatelný projekt vhodný k zavedení paliativního týmu ve zdravotnickém zařízení, jehož účelem je komplexní a aktivní zdravotní péče orientovaná na kvalitu života, která je poskytována pacientovi trpícímu nevyлéčitelnou chorobou v časném, pokročilém nebo terminálním stadiu.

Teoretická část

Zkoumá teoretické základy paliativní péče a význam paliativního týmu v nemocničním prostředí.

Praktická část

Analyzuje makroekonomické, mezoekonomické a mikroekonomické prostředí nemocnice. V projektové části je řešen finanční a časový plán projektu a navrženo místo pro vykonávání činnosti s vybavením a personálním zajištěním.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PALIATIVNÍ PÉČE

Paliativní péče je specializovaná lékařská péče o lidi žijící s vážným onemocněním. Tento typ péče je zaměřen na poskytování úlevy od příznaků a stresu nemoci. Cílem je zlepšit kvalitu života jak pacienta, tak jeho rodiny, a to maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kteří nemohou být ponecháni v chladu tehdy, pokud jim nemohlo být pomoci léčbou kurativní. (Munzarová, 2005)

Tato zkoumaná péče přináší specializovaný přístup k péči o pacienty, kteří čelí závažným a nevléčitelným onemocněním. Cílem paliativní péče není pouze léčba fyzických symptomů, ale také poskytnutí celostní podpory, která zahrnuje emocionální, sociální a duchovní aspekty pacientova života. Tato forma péče je zaměřena na zlepšení kvality života pacienta a jeho rodiny.

Paliativní péči poskytuje speciálně vyškolený tým lékařů, sester a dalších specialistů, kteří spolupracují s dalšími lékaři pacienta a poskytují další vrstvu podpory. Konsolidační péče vychází z potřeb pacienta, nikoli z pacientovy prognózy. Je vhodná v každém věku a v jakémkoli stadiu závažného onemocnění a může být poskytnuta spolu s léčebnou léčbou.

Cílem této terminální péče je zmírnit utrpení a poskytnout pacientům a jejich rodinám nejlepší možnou kvalitu života.

Příznaky závažného/nevléčitelného/onkologického onemocnění mohou zahrnovat bolest, depresi, dušnost, únavu, zácpu, nevolnost, ztrátu chuti k jídlu, potíže se spánkem a úzkost. Tým paliativních pracovníků pomůže pacientům získat sílu pokračovat v každodenním životě a díky tomu jim pomůže zlepšit kvalitu jejich života.

Pacienti v paliativní péči mají přístup k odborníkům různých oborů, včetně lékařů, sester, sociálních pracovníků a duchovních. Tým spolupracuje na minimalizaci bolesti a dalších fyzických symptomů, poskytuje psychosociální podporu pacientovi a jeho blízkým a pomáhá jim s řešením etických a morálních otázek spojených s koncem života.

Paliativní péče může být poskytována v nemocnicích, domovech pacientů nebo v hospicích a v sociálních zařízeních (domovy pro seniory). Důraz je kladen na individuální potřeby pacienta a jeho rodiny, a proto se často tato péče kombinuje s léčbou zaměřenou na zlepšení kvality života a kontrolu symptomů. Vědecký výzkum v oblasti paliativní péče pokračuje, aby bylo možné lépe porozumět potřebám pacientů a neustále zlepšovat poskytovanou péči. K poskytování paliativní péče musí být splněna některá z vymezených indikací. (Malíková, 2020) Indikace k poskytování péče představuje nemoc jako je maligní nádorová

onemocnění, chronické srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc, jaterní cirhóza, ledvinné selhání nebo syndrom demence v pokročilém stádiu a mnoho dalších. (Malíková, 2020)

Paliativní péče vnímá umírání jako inherentní část lidského života, zdůrazňuje individuální přístup k této závěrečné fázi a uznává, že každý člověk prochází tímto procesem zcela osobitým způsobem.

Taktéž péče aktivně hájí důstojnost jednotlivců postižených nevléčitelnými nemocemi a klade zvláštní důraz na zlepšení celkové kvality jejich života. V neposlední řadě paliativní péče pečlivě vyplývá zejména z individuálních přání a potřeb pacientů, přičemž respektuje a ctí hodnoty, jež jsou důležité nejen pro samotné pacienty, ale i pro jejich rodiny. (Veverková et al., 2019)

Paliativní péče v České republice se dynamicky rozvíjí a její význam narůstá. Podle dostupných informací potřebuje v ČR paliativní péči každoročně více než 70 000 pacientů a toto číslo se předpokládá, že bude s postupným stárnutím populace narůstat (Nejvyšší kontrolní úřad, 2023b).

Co se dostupnosti v České republice týká, jsou zde k dispozici různé formy poskytovatelů specializované paliativní péče, včetně ambulancí paliativní medicíny, týmů mobilní paliativní péče, lůžkových zařízení hospicového typu a oddělení paliativní péče v rámci jiných lůžkových zdravotnických zařízení. (Sláma, Vafková, 2019)

Dostupnost paliativní péče se zvyšuje i díky evropským fondům. (Euractive, 2020)

Informovanost odborné i laické veřejnosti o možnostech moderní paliativní péče se zvyšuje. (IDNES, 2023)

Existují také různé publikace a články, které se věnují tématu paliativní péče, které lze najít na webových stránkách „paliativa.cz“.

Nicméně, jako u všech zdravotnických služeb, existují oblasti, které je třeba zlepšit. Například regionální distribuce hospiců je velmi nerovnoměrná. (Sláma, Vafková, 2019)

Zlepšení kvality péče a podpora paliativní péče jsou nezbytné pro zajištění důstojného umírání všem pacientům. Je třeba pokračovat v práci na těchto prioritách v rámci celého systému zdravotní a sociální péče.

Zajištění finančních prostředků a podpory pro výstavbu a provoz hospiců je důležité, a to stejně jako podpora výzkumu a odborného vzdělávání v oblasti paliativní péče.

Přestože existuje základní struktura paliativní péče v České republice, je nezbytné investovat do jejího rozvoje, aby měl každý občan přístup ke kvalitní a komplexní paliativní péči v době, kdy je tato podpora nejvíce potřebná.

Ošetrovatelství v rámci paliativní péče představuje kombinaci umění a vědy, která se zaměřuje na poskytování kvalitní péče v posledních fázích života. (Matzo, 2019) Profesionální ošetrovatelé se stávají klíčovými aktéry, kteří přebírají vedoucí role s cílem zajistit, že komplexní a holistická péče na konci života bude dostupná všem pacientům a rodinám, kteří čelí život ohrožujícímu progresivnímu onemocnění. Tímto způsobem se snaží eliminovat nedostatky v poskytování péče a zajistit, aby každý jednotlivec a jeho rodina měli přístup k odpovídajícím službám a podpoře během obtížného období koncové fáze života.

Komunikace se již dlouho považuje za klíčový prvek kvalitní péče. Historicky byla komunikace v oblasti paliativní péče vnímána jako zásadní aspekt klinické praxe, s důrazem na schopnost sdělovat špatné zprávy pacientům a jejich rodinám. (Ferrel et al., 2015) Protože jsou poskytovatelé této péče zkušení a odborní, jsou považováni za excelentní komunikátory ve zdravotnictví. Nicméně, i přes tuto reputaci, byla historie komunikace v rámci paliativní péče relativně krátká a formována nástroji a protokoly, které ne vždy zahrnovaly dostatek důkazů a vědeckých poznatků, charakteristických pro komunikační vědu. Komunikační nástroje a protokoly byly často utvářeny knihami napsanými jedním autorem, z jedné disciplíny, založenými na jeho vlastních komunikačních zkušenostech s pacienty a rodinami.

1.1 Definice a význam paliativní péče

Paliativní péče představuje komplexní, aktivní a zaměřenou na kvalitu života formu péče poskytovanou pacientovi, který čelí nevléčitelné nemoci v pokročilém nebo konečném stádiu. (Veverková et al., 2019) Paliativní centrum definuje paliativní péči jako „*přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Jejím cílem je komplexní léčba/řešení/tišení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit.*“ (Centrum paliativní péče, 2023a)

O'Connor a Aranda (2005) zase uvádějí, že paliativní péče představuje specializovanou péči o umírající lidi, jejichž cílem je usilovat o co nejvyšší kvalitu života a pomoci rodinám a pečovatelům při umírání i po smrti.

Podle Světové zdravotnické organizace (2014) a vedoucích představitelů zdravotnictví zemí Evropské unie a dalších států je zdravotnictví považováno za důležité odvětví při řešení zdravotních problémů souvisejících se stárnutím populace a celkovým nárůstem věku obyvatelstva. Paliativní péče je v tomto kontextu nejen efektivním prostředkem pro poskytování péče odpovídající potřebám nemocných, ale také respektuje jejich individuální přání a preference.

Opakované studie jasně potvrzují, že přístup k paliativní péči má významný vliv na snížení celkových nákladů na zdravotní péči. S rostoucí poptávkou a stárnutím populace je to stále důležitější. Hlubší integrace paliativní péče do systému zdravotní péče je zároveň krokem k zajištění udržitelné a komplexní péče v souladu s potřebami a přáními pacientů. Paliativní péče, ale není řešená pouze u dospělých osob, ale také u dětí. (World Health Organisation, 2014)

Šance dětem (2023) definuje tuto péči jako komplexní, aktivní a zaměřenou na kvalitu života poskytovanou dětem trpícím nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem této péče je účinně zmírňovat bolest a další fyzické a psychické utrpení, s důrazem na udržení co nejvyšší kvality života, bez ohledu na příčinu, která vedla k terminální fázi onemocnění.

Paliativní péče pro děti se nesusoustrěduje pouze na léčbu příčiny onemocnění, ale zejména na individuální obtíže, které pro dítě představují výzvu. Jedná se o aktivní péči, která zahrnuje nejen léčbu, ale také poskytování duševní, sociální a duchovní podpory. (Šance dětem, 2023) Ctí a respektuje život a přijímá umírání a smrt jako přirozený proces, který nijak nezrychluje ani neoddaluje, ale věnuje se jim s ohledem na individuální potřeby každého dítěte a jeho rodiny.

Autoři Sláma a Špinka (2004, s.10) definují, že paliativní péče

- *„se neodvrací od nevyлéčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života,*
- *dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií nevyлéčitelných a ke smrti směřujících onemocnění,*
- *je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,*
- *vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení,*

- *zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlnném prostředí a ve společnosti svých blízkých,*
- *nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,*
- *vychází ze zkušenosti, že existuje rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.“*

Význam paliativní péče je opravdu obrovský. Paliativní péče se aktivně věnuje řízení a zmírnění fyzických symptomů, jako je bolest, dechové potíže a nevolnost. Zároveň se soustředí na poskytování psychologické a duševní podpory pacientům i jejich rodinám. Věnuje se i rodinám pacientů, poskytujíc jim emocionální a praktickou podporu v obtížných chvílích. Pomáhá jim porozumět procesu umírání a zvládat náročné rozhodnutí spojená s péčí o nemocného člena rodiny. Přestože na první pohled může paliativní péče působit nákladně, v dlouhodobém měřítku může snížit celkové náklady na zdravotní péči tím, že minimalizuje hospitalizace a intenzivní léčbu, které mohou být pro nemocného v pokročilém stadiu nemoci méně prospěšné.

1.2 Historie a vývoj paliativní péče

Paliativní péče patří mezi obory s relativně krátkou historií. Její rozvoj začal ve druhé polovině 20. století jako reakce na změny v epidemiologii a posun od dominujících smrtících infekčních onemocnění k chronickým a dlouhodobým nemocem. Tento vývoj vyvolal potřebu nového přístupu k pacientům, kteří čelili postupujícím onemocněním, kdy kauzální léčba již nebyla možná a nemoc omezovala jejich život. (Bužgová, 2015)

Stávající model péče nebyl připraven na prodlužující se proces umírání, který vytvářel novou sociální skupinu označovanou jako "umírající". V důsledku společenských změn se proces umírání přesunul z domácího prostředí do institucí, jako jsou nemocnice. Tuto transformaci, včetně pozitivních i negativních aspektů domácího i institucionálního modelu umírání, popisuje Haškovcová ve své knize z roku 2007 s názvem Thanatologie. (Bužgová, 2015)

Umírajícím pacientům dlouho chyběla odborná péče, a jejich situace byla často řešena v souladu s přáním zajistit jim co nejvíce soukromí. Bohužel, tato snaha vedla k chladné profesionální péči, kde smrt byla vnímána jako selhání medicínské praxe. V posledních letech však paliativní péče postupně získává na významu a snaží se změnit postoj k umírání,

zdůrazňující lidskost, důstojnost a podporu pro pacienty a jejich rodiny v této nesnadné fázi života. (Bužgová, 2015)

Britská lékařka Dame Cicely Saunders stála u zrodu moderního hospicového hnutí, které formovalo paliativní péči. V roce 1948, když byla dvacetiletou zdravotní sestrou v Londýně, se zamilovala do polského pacienta, který trpěl rakovinou. Tento pacient jí odkázal 500 liber s podmínkou, aby je věnovala na založení domova nebo nemocnice, která by zmírnila fyzické a emocionální utrpení lidí na konci života.

Dame Cicely Saunders byla odhodlaná porozumět nejlepším způsobům kontroly bolesti. Stala se lékařem a aktivně přispívala k formování postojů k péči na konci života v Británii a Americe. V té době se začal prosazovat aktivní přístup a lidé si stále více uvědomovali intimní spojení mezi fyzickým a duševním stavem pacientů. Hledali nové, kreativní způsoby, jak poskytovat péči lidem až do konce jejich života, a věnovali pozornost i péči o pozůstalé.

V roce 1967 založila Saunders Hospic sv. Kryštofa v Sydenhamu, v jihovýchodním Londýně, s přesvědčením, že správná péče může učinit poslední dny života člověka důstojnými a šťastnými. (Institut důstojného stárnutí, 2018)

Dále se podílela na založení charity pro paliativní péči – Cicely Saunders International, která se specializuje na výzkum péče v konečné fázi života. (Institut důstojného stárnutí, 2018) Tato instituce se zaměřuje na systematický průzkum a zdokonalování přístupů k poskytování péče pacientům v posledních fázích jejich života.

Cicely Saunders International, charitativní organizace, kterou spoluzaložila, se věnuje podpoře paliativní péče na celém světě. Jejím cílem je šířit povědomí o důležitosti paliativní péče, poskytovat vzdělávací zdroje a podporu pro odborníky v oblasti péče o umírající. (Institut důstojného stárnutí, 2018)

Na druhé straně Cicely Saunders Institute, založený za účelem vědeckého výzkumu, se snaží hlouběji porozumět potřebám pacientů v konečné fázi života. Jeho práce zahrnuje analýzu efektivity různých léčebných přístupů, zkoumání psychosociálních aspektů péče a identifikaci nejlepších postupů pro zajištění důstojného a kvalitního závěru života.

Celkově tyto dvě organizace, jsou na předních příčkách ve vývoji paliativní péče a posunují hranice v oblasti výzkumu, vzdělávání a poskytování péče v konečné fázi života.

Odešla z tohoto světa v roce 2005, a to právě ve svém vlastním díle – v hospici St. Christopher's. Dosáhla věku 87 let. (Institut důstojného stárnutí, 2018) Její konec života byl spojen s místem, které se stalo symbolem jejího významného přínosu k rozvoji paliativní péče. Hospic St. Christopher's, který sama založila, se stal nejen místem poskytování péče,

ale i živým dědictvím její práce, odkazujícím na její snahu o důstojnost a respekt v závěrečných chvílích života jednotlivce. Její památka trvá nejen ve spoluzaložených organizacích, ale i v odkazu, který zanechala v podobě posílení paliativní péče po celém světě.

Další významnou osobností, která je spojená s paliativní péčí je například Dr. Elisabeth Kübler-Rossová (1926–2004): Švýcarsko-americká psychiatrička, která se stala známou svou prací na téma stadií smíření s umíráním. Její kniha "On Death and Dying" (O smrti a umírání) byla průkopnickým dílem, které popisovalo pět stadií umírání. (Polianskaya, 2018)

1.3 Formy a druhy paliativní péče

Podle Plevové (2019) se potřeby pacientů v pokročilých fázích nevyléčitelných onemocnění, a s tím spojená potřeba paliativní péče se dělí na:

- základní onemocnění: zahrnuje diagnostické kategorie a různé fáze vývoje onemocnění (od pokročilých, ale stabilních stadií až po preterminální a terminální fáze),
- současný výskyt několika závažných onemocnění: zohlednění faktorů, jako je věk pacienta a jeho sociální situace (např. míra podpory ze strany rodiny a přátel, finanční situace),
- duševní a emoční stav, kognitivní vědomí a duchovní perspektiva.

Paliativní péči lze rozdělit do dvou základních typů podle požadované náročnosti: obecná a specializovaná. Obecná paliativní péče označuje špičkovou klinickou péči o pacienty s pokročilým onemocněním, kterou poskytují zdravotničtí pracovníci v rámci svých oborů. (Bužgová, 2015; Sláma et al., 2011) Zahrnuje identifikaci, pozorování a ovlivňování prvků, které přímo ovlivňují celkovou pohodu pacienta. Tento přístup klade důraz na řešení základních symptomů, respektování autonomie pacienta a podporu jasné komunikace. Každý poskytovatel zdravotní péče by měl mít schopnost poskytovat tuto komplexní paliativní péči a přizpůsobit se jedinečným potřebám v rámci své odbornosti.

Obecná paliativní péče může mít význam i v nemocničním prostředí, nicméně většina nemocnic v České republice tuto specializovanou formu péče nabízí nedostatečně. (Bužgová, 2015)

Odborná podpůrná péče označuje aktivně poskytovanou specializovanou mezioborovou péči, kterou zajišťuje tým profesionálních pracovníků s odbornými znalostmi v oblasti

paliativní péče. (Bužgová, 2015) Tento typ péče je zaměřen na pacienty, jejichž obtíže jsou natolik závažné a dynamické, že konvenční formy péče nestačí. Organizační struktury specializované na terminální péči zahrnují mobilní paliativní péči, hospicová lůžková zařízení, ambulance paliativní medicíny, jednotky paliativní péče v jiných nemocničních zařízeních, konzultační týmy paliativní péče ve zdravotnických zařízeních, denní centra paliativní péče a specializované poradny. (Sláma a kol., 2011) Tato forma péče je zaměřena na poskytování péče pro pacienty vyžadující specializovaný přístup a péči.

Níže jsou vysvětleny některé z těchto specializovaných forem.

Oddělení paliativní péče (OPP) v rámci zdravotnických zařízení, jako jsou nemocnice, či léčebny poskytující komplexní péče pacientům vyžadujícím paliativní péči. (Sláma, Špínka, 2004) Tento způsob péče je zaměřen na pacienty, kteří vyžadují nejen paliativní péči, ale také diagnostiku a léčbu poskytovanou jinými specializovanými službami v rámci zdravotnického zařízení. Hlavním cílem oddělení specializované paliativní péče je implementace zásad hospicové péče, o což se snaží s ohledem na možnosti poskytované zařízením. Ta slouží jako jejich hlavní báze, která umožňuje konat činnost na jednom místě.

Konziliární tým paliativní péče je další formou poskytování péče v rámci zdravotnického zařízení, například v nemocnici nebo léčebně. Tato forma péče je zaměřena na posílení její kontinuity. Záměrem je, aby pacient zůstal na oddělení, kde je léčen a tím mu usnadnit a zlehčit přechod do paliativní péče. (Sláma, Špínka, 2004) Minimální složení konziliárního týmu zahrnuje lékaře, sestru a sociálního pracovníka.

Specializovaná ambulance paliativní péče představuje další možnost péče, která je určena pro pacienty, pobývající doma nebo v sociálních zařízeních. Ambulance spolupracuje s praktickým lékařem, domácí péčí a domácím hospicem. Dále poskytuje péči v lůžkových hospicích nebo v rámci oddělení paliativní péče v lůžkových zařízeních. (Bužgová, 2011)

Denní stacionář terminální péče je v zahraničí běžně praktikovaná forma péče, která funguje formou denního docházení pacientů do stacionáře. Zde se jim dostává pomoc při zdravotních problémech a mohou se účastnit edukačních a rekreačních aktivit odpovídajících jejich potřebám a možnostem. Tyto denní stacionáře jsou často úzce propojené s lůžkovými hospici a také slouží jako podpůrná služba pro takto nemocné.

(Vysočina. 2017) Jak uvádí Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2022), tak „v ČR roste poptávka po specializované paliativní péči jak na straně nemocnic, tak na straně veřejnosti a na tuto poptávku je třeba reagovat. Již průzkum realizovaný v rámci pilotního projektu zjistil, že v roce 2020 už 40 nemocnic deklarovalo existenci týmu paliativní péče, což znamenalo téměř dvojnásobný nárůst oproti roku 2018 (v roce 2018 fungovalo pouze 18 týmů). Respondenti z nemocnic, ve kterých paliativní tým zatím nevznikl, avizovali zájem o jeho zavedení. Jak zjištěná data, tak zájem u poskytovatelů ukazují na fakt, že specializovaná paliativní péče patří mezi nedílné součásti zdravotní péče poskytované v 21. století v nemocnicích.“

Formy paliativní péče v Nemocnici:

Lůžková paliativní péče

Paliativní péče na lůžku není soustředěna na jednom místě, ale je poskytována na různých lůžkových odděleních a na přeorganizovaných lůžkách v oddělení klinické hematologie. Pokud pacient v paliativní péči vykazuje specifické potřeby, je osloven odpovídající člen paliativního týmu prostřednictvím konzultace nebo konzilia.

Ambulantní paliativní péče

Ambulantní paliativní péče je poskytována na jednotlivých odborných ambulancích. V případě specifických potřeb pacienta v paliativním režimu je kontaktován příslušný člen paliativního týmu formou konzultace nebo ambulantního vyšetření.

1.4 Personální plánování

Smyslem personálního plánování je snaha o předpověď budoucích požadavků na organizaci. (Bureš, 2007) Personální plánování nemůže sledovat jen cíle firmy týkající se potřeby pracovníků a pokrytí této potřeby. (Koubek, 2007) Personální plánování v oblasti problematiky úlevové péče je důležitá při zajišťování kvalitní a individuální péče pro pacienty v pokročilých stadiích nevléčitelných onemocnění. Tento plán zahrnuje řízení lidských zdrojů, odbornou kvalifikaci a citlivý přístup, který podporuje jak pacienty, tak i jejich rodiny.

V rámci plánování se setkáváme také s pojmem organizování. To je možné definovat jako cílevědomou činnost, která se vyznačuje konečným cílem, který se vyznačuje uspořádáním

jednotlivých prvků systému a jejich aktivity koordinovat tak, aby maximální měrou přispěly k dosažení stanovených úkolů systému. (Plevová, 2012)

Podpora vedení a managementu je zásadním prvkem pro zajištění vyšší kvality péče o umírající pacienty v nemocnici. Je nezbytné zahájit proces vyjasňování a plánování pravidel pro poskytování této péče, zabezpečit dostatečné personální kapacity, zajistit finanční prostředky, vhodné prostory pro komunikaci s pacienty a jejich rodinami a vytvořit odpovídající organizační kulturu.

Na začátku tohoto procesu je nezbytné definovat standardy poskytování paliativní péče v nemocnici, což zahrnuje stanovení jasných směrnic, postupů a protokolů, které budou následovány při péči o umírající pacienty. (Brabencová, 2024)) Tato pravidla by měla reflektovat nejnovější poznatky a osvědčené postupy v oblasti paliativní péče.

Zároveň je důležité zajistit dostatečné personální kapacity, které budou schopné poskytovat péči s důrazem na individuální potřeby pacienta. (Brabencová, 2024) To zahrnuje nejen lékaře a ošetřovatele, ale také sociální pracovníky, psychologickou podporu a další odborníky, kteří mohou přispět k celkové kvalitě péče.

Personální plánování v paliativní péči je strategický proces, jehož cílem je efektivně využívat lidské zdroje pro poskytování optimální péče pacientům v pokročilých stádiích nevyléčitelných nemocí. Zásadním prvkem tohoto procesu je vytváření multidisciplinárních týmů složených z odborně kvalifikovaných profesionálů – lékařů, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, psychologů a duchovních. Každý člen týmu by měl mít specializované znalosti v oblasti paliativní péče, komunikace a schopnost efektivně spolupracovat v rámci týmu.

Tento proces také zahrnuje systematické odborné vzdělávání a školení členů týmu, aby byli dobře připraveni poskytovat péči v souladu s nejnovějšími poznatky v oblasti paliativní medicíny. To zahrnuje školení zaměřená na komunikaci, etiku a péči o psychosociální aspekty života pacienta.

Dalším důležitým aspektem personálního plánování je vytváření pracovního prostředí, které podporuje citlivý přístup a empatii vůči pacientům a jejich rodinám. Personál by měl být schopen naslouchat potřebám pacientů, respektovat jejich hodnoty a budovat důvěrné vztahy.

Personální plánování by mělo být flexibilní, aby mohlo reagovat na individuální potřeby pacientů. To zahrnuje schopnost přizpůsobit péči podle aktuálních stavů pacientů a zajistit, že každý plán péče je jedinečný a respektuje individualitu každého pacienta.

Tento proces také zahrnuje efektivní koordinaci mezi členy týmu a komunikaci mezi různými zdravotnickými zařízeními nebo organizacemi, které mohou být zapojeny do poskytování této péče. Tím se zajistí její integrovaný a plynulý průběh.

Dalším aspektem je také zajištění dostatečného počtu kvalifikovaného personálu. To může zahrnovat plánování dočasné náhrady a spolupráci s dobrovolníky, kteří mohou podporovat tuto péči.

Dále by mělo zahrnovat pravidelné monitorování a hodnocení kvality poskytované paliativní péče. To umožňuje identifikovat oblasti vhodné ke zlepšení, sledovat efektivitu péče a přizpůsobovat plány podle potřeb pacientů.

Personální plánování v paliativní péči je zásadním prvkem pro poskytování komplexní, respektující a individualizované péče pro pacienty v pokročilých stádiích nevyлéčitelných nemocí.

1.5 Profesionální hierarchie ve zdravotnictví

I mezi členy týmu se stejnou přípravou a pozadím vytváří složitá struktura zdravotnictví důležité kulturní výzvy. Tato hierarchie může vést k nedostatečné komunikaci mezi různými úrovněmi péče, což může mít negativní dopad na pacienty a jejich rodiny (Ferrel et al., 2015).

Důvodem je hierarchie v zdravotnických organizacích, která se netýká jen vrcholové úrovně. Kvůli velikosti a komplexnosti zařízení se řídicí pozice nacházejí na všech úrovních. Manažerské pozice existují na nižší, střední a vyšší úrovni, přičemž nejvyšší úrovni se říká vrcholový management. V hierarchii řízení se pravomoc deleguje směrem dolů, takže manažeři na nižší úrovni mají méně pravomocí než manažeři na vyšší úrovni s mnohem větší oblastí odpovědnosti. (Buchbinder a kol., 2019)

Zlepšení komunikace v hierarchických strukturách je důležité pro zajištění kvalitní péče o pacienty. Toho lze dosáhnout zavedením jasných komunikačních protokolů, podporou kultury otevřenosti a respektu a poskytováním vzdělávání o hierarchii a její dopady na komunikaci.

1.6 Role paliativního týmu ve zdravotnictví

Typický model poskytování paliativní péče v nemocnici zahrnuje multidisciplinární tým specialistů, kteří poskytují pomoc, podporu nebo přímou péči (Bužgová, 2015). Týmy paliativní péče jsou specialisté, kteří spolupracují s danou osobou, jeho rodinou a jeho dalšími lékaři. Poskytují další vrstvu podpory, když ji nejvíce potřebuje. Kromě léčby příznaků a stresu, podpory jeho a jeho rodiny komunikuje tým paliativní péče se všemi lékaři, takže jsou všichni na stejné vlně, tzn. že pacienta podporují na každém kroku.

Multidisciplinární tým obvykle tvoří lékař a zdravotní sestra s podporou sociálního pracovníka, ale také fyzioterapeut, psycholog, duchovní. Každý specialista má jedinečnou roli při podpoře pacientů, kteří čelí vážné nemoci. (Plevová, kolektiv, 2019)

Na poskytování paliativní péče se musí podílet všichni členové multidisciplinárního týmu a je vhodné, aby byly stanoveny priority péče s ohledem na potřeby a přání pacienta, se kterými jsou všichni členové týmu obeznámeni. (Vágnerová, 2020)

Zdravotní sestra

Hlavním cílem ošetrovatelské péče v paliativní péči je pomoci pacientovi cítit se ve svém životě co nejpohodlněji a umožnit, aby si zvolil léčbu podle svých vlastních požadavků. Jejich role je nenahraditelná, protože umí hodnotit všechny potřeby pacienta – zdravotní, sociální, psychické i spirituální. (Centrum paliativní péče, 2023b)

Některé z hlavních činností sester v paliativní péči zahrnují:

- Hodnocení a řízení bolesti a jiných symptomů.
- Poskytování emocionální podpory pacientům a jejich rodinám.
- Koordinace péče mezi různými poskytovateli zdravotní péče.
- Vzdělávání pacientů a jejich rodin o stávajícím stavu a možnostech péče.
- Poskytování informací o dostupných zdrojích a službách.
- Podpora pacientů v jejich rozhodování o péči.

Tato role vyžaduje speciální vzdělání a školení. Sestry v paliativní péči se také často zapojují do výzkumu a vzdělávání v oblasti paliativní péče (Centrum paliativní péče, 2023b).

Lékař

Dohlíží na plán péče a zajišťuje, že dostává účinnou léčbu bolesti a symptomů, tzn. zaměřuje se na zlepšení kvality života. Některé z povinností lékaře paliativní péče zahrnují:

- Plánování a koordinace péče
- Poskytování pokynů ohledně možností léčby
- Poskytování emocionální podpory,
- Vedení interdisciplinárního týmu paliativní péče

Sociální pracovník

Snaží se zlepšit kvalitu života nemocného a jeho rodiny. Klienta vnímá jako experta na svůj vlastní život a svojí vlastní situaci. Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči má několik klíčových úloh: (Sociální práce, 2020)

- Vzdělávání o zvládání nemoci a možnostech léčby
- Koordinátor a facilitátor multidisciplinárního týmu
- Emocionální podpora pro pacienty a jejich blízké
- Pochopení rodinné dynamiky a komunikačních stylů
- Řešení zdrojů a potřeb pečovatелů
- Pomoc pacientům s plánováním péče předem
- Usnadnění rodinných setkání
- Orientace v pojištění a zdravotním systému
- Identifikace zdrojů komunity a v případě potřeby doporučení

Tyto úlohy jsou realizovány v souladu s legislativou a standardy, jako je Zákon o nestátních zdravotnických zařízeních (Z 106/1999), Zákon o sociálních službách (Z 108/2006), Zákon o sociálně právní ochraně dětí (Z 359/1999), a Zákon 329/2011. (Sociální práce, 2020)

Život s vážnou nemocí může být stresující. Sociální pracovník v paliativní péči pomáhá sestře pomáhat pacientům a rodinám zpracovat pocity ztráty a smutku, poskytovat poradenství a podporu, navrhnout zdravé nástroje zvládání a usnadňovat obtížné rozhovory s rodinou a zdravotnickými pracovníky.

Úkolem paliativního týmu je nejen poskytovat léčbu a podporu, ale také aktivně přistupovat k pacientům formou cílené komunikace, aby společně s nimi prošel myšlenkami ohledně

toho, co je pro ně v jejich životě významné, co chtějí. Tým se angažuje v empatických rozhovorech a respektuje individuální potřeby pacientů.

Důležitým aspektem role tohoto týmu je aktivní zapojení do hledání možností, jak co nejlépe žít s vážným onemocněním. To zahrnuje nejen fyzickou péči, ale i podporu v psychosociální sféře. Podpůrný a paliativní tým spolupracuje s pacienty na nalezení strategií zlepšujících jejich kvalitu života a pomáhá jim vytvářet smysluplné a důstojné závěrečné období života. Celkově řečeno, role tohoto týmu spočívá nejen v poskytování lékařské péče, ale také v aktivním naslouchání a podpoře pacientů při hledání cesty k co nejlepšímu životu v situaci, kdy čelí vážnému onemocnění.

1.7 Edukace v oblasti paliativní péče

V oblasti paliativní péče existuje řada kurzů, které se zaměřují na komunikační dovednosti. Tyto kurzy jsou cenným zdrojem pro zlepšení komunikačních schopností a jsou určeny pro členy paliativního týmu a další pracovníky zapojené do paliativní péče.

Kurzy zaměřené na komunikační dovednosti:

- **Kurz “Kroky k dobré komunikaci”:** Tento kurz je prakticky zaměřen na získání a prohloubení potřebných komunikačních dovedností. Lektory jsou odborníci s dlouholetou praxí v komunikaci s pacienty se závažným onemocněním a jejich rodinou, například docentka Rusinová. Témata zahrnují sdělení závažné diagnózy, screening informačních a hodnotových potřeb pacienta, základní koncepty paliativní péče a emoce a empatické reakce. (Centrum pro rozvoj paliativní péče, 2024)
- **Specializační kurz “Komunikace v paliativní a hospicové péči”:** Praktický nácvik komunikačních dovedností v kontextu závažného onemocnění. Zahrnuje zvládání komunikačně náročných situací a vedení rodinných konferencí (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2023).
- **Kurz “Komunikační ELNEC”:** Zaměřuje se na prohloubení komunikačních dovedností v paliativní péči. Je určen pro všechny profese multidisciplinárního paliativního týmu (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2023).

Metody vzdělávání v paliativní medicíně

Podle dokumentu „Vzdělávací program nástavbového oboru PALIATIVNÍ MEDICÍNA“ od Ministerstva zdravotnictví ČR (2015) zahrnují metody vzdělávání v paliativní medicíně:

- **Zlepšení kvalifikace**

Cílem je dosáhnout specializované způsobilosti v oblasti paliativní medicíny. To zahrnuje prohloubení znalostí a dovedností, aby lékaři byli schopni poskytovat komplexní péči pacientům v pokročilých stádiích život ohrožujících chorob.

- **Kontinuální vzdělávání**

Probíhá formou seminářů, workshopů, konferencí, **kongresů**. Tato setkání umožňují lékařům udržovat si aktuální informace o nejnovějších výzkumech, léčebných postupech a technologiích v oblasti paliativní péče.

- **Stáže na specializovaných pracovištích**

Lékaři mohou absolvovat stáže na pracovištích specializovaných na paliativní medicínu. Tím získají praktické zkušenosti a uvidí, jak se paliativní péče provádí v reálném prostředí.

Pilotní projekt

Během tohoto vzdělávacího programu byl spuštěn experimentální projekt, který umožnil členům KTPP rozšířit své odborné dovednosti prostřednictvím různých vzdělávacích akcí jako jsou stáže a konference. Jako součást tohoto projektu byl pod záštitou České společnosti pro paliativní medicínu (ČSPM) spuštěn kurz trvající 48 hodin zaměřený na rozvoj vůdcovských schopností mezi vedoucími členy KTPP. Tento kurz byl během projektu otestován a považován za úspěšný na základech kladného hodnocení od mnoha účastníků. Úspěch projektu byl také podpořen aktivní výměnou informací s partnerskými organizacemi ze zahraničí, kteří mají bohaté zkušenosti se specializovanou paliativní péčí. Mezi tyto partnery patří například Klinika paliativní medicíny v univerzitní nemocnici v Mnichově, Center to Advance Palliative Care v USA, Sickkids Hospital v Kanadě a další. (Ministerstvo zdravotnictví, 2022)

1.8 Proces paliativní péče

Paliativní péče je aktivní forma zdravotní péče poskytovaná pacientům, u kterých již nejsou možnosti kurativní léčby. Jejím cílem je zmírnění fyzického a psychického utrpení, zachování důstojnosti pacienta a poskytnutí podpory jeho blízkým

Proces paliativní péče zahrnuje následující kroky:

- rozhodnutí o ukončení specifické léčby a začátek paliativního režimu,
- identifikace potřeb a problémů pacienta v paliativní péči,
- stanovení cílů paliativní péče,
- realizace paliativní péče,
- komunikace s pacientem a jeho blízkými,
- komunikace s ostatními aktéry zdravotní péče, včetně poskytovatelů hospicové péče.

Pro každého pacienta v paliativním režimu je vytvořen plán paliativní péče. Za jeho návrh je zodpovědný ošetřující lékař. Plán paliativní péče je založen na rozpoznání a vyjádření potřebách, přáních a preferencích pacienta a jeho rodiny. Je důležité, aby se na jeho tvorbě aktivně podílel jak pacient, tak jeho rodina. Plán paliativní péče je realizován tak, aby respektoval kulturní, sociální, jazykové, stravovací a rituální praktiky pacientů a jejich rodin. Při poskytování paliativní péče je pravidelně přehodnocováno, zda je péče v daném prostředí technicky možná, bezpečná a v souladu s přáním pacienta a rodiny. Ošetřující lékař pravidelně hodnotí míru adaptace pacienta a jeho rodiny na skutečnost nevléčitelného onemocnění.

V případě propuštění domů, hospitalizace nebo přijetí do jiného typu ústavní péče je třeba pokračovat v plánu paliativní péče. Možností je ústní nebo telefonické sdělení, nebo řádné zaznamenání plánu paliativní péče v dokumentaci (např. propouštěcí zpráva, překladová epikríza atd.).

Individuální plán paliativní péče je vytvořen s ohledem na specifické potřeby daného pacienta a zahrnuje následující:

Lékař, který pacienta ošetřuje, ho seznámí s návrhem paliativní péče, přičemž se zaměří na jeho potřeby, přání a preference. Návrh paliativní péče je také projednán s rodinou pacienta, příbuznými, blízkými a opatrovníky, pokud si to pacient přeje. Celý proces by měl probíhat na základě diskuse, v souladu s platnými právními normami, poznatky lékařské vědy a etickým kodexem.

Ošetřující lékař musí rozhodnout, zda je v daném případě dostatečná obecná paliativní péče, nebo zda stav pacienta vyžaduje specializovanou paliativní péči.

Individuální plán paliativní péče zahrnuje dle pana doktora Starostky (2018) v interní dokumentaci Nemocnice Havířov:

- Výběr prostředí pro poskytování paliativní péče (hospitalizace, domácí prostředí s ambulantními kontrolami, péče rodiny, ústavní hospicová péče, mobilní hospicová péče) - rozhovor ošetřujícího lékaře, pacienta a rodiny/blízkých se sociální pracovníci a aktuálních možnostech ambulantní/ústavní péče.
- Hodnocení potřeb pacienta a tělesných symptomů a posouzení nutnosti psychologické a duchovní podpory a výběr odpovídajících léčebných metod ze strany lékaře a NLZP (ošetřovatelská péče).
- Paliativní imuno/chemoterapie (hematoonkolog, onkolog, cestou OKH, hematologického a onkologického stacionáře) onkologických onemocnění vedoucí k udržení života v přijatelné kvalitě.
- Komplexní léčba symptomů farmakologickými a nefarmakologickými postupy.
- Terapie bolesti – s cílem zmírnění/odstranění bolesti (ošetřující lékař, algeziolog, ambulance bolesti).
- Hemosubstituční terapie – cestou oddělení, kde je pacient hospitalizován, OKH či ambulantně cestou hematoonkologického stacionáře.
- Komplexní terapie neonkologických nevléčitelných nemocných týmem ošetřujících lékařů dané odbornosti (internista, kardiolog, pneumolog, neurolog, geriatr) vedoucí k udržení života v přijatelné kvalitě.
- Antimikrobiální terapie při známkách infekce.
- Terapie nechutenství, prevence/terapie malnutrice (ošetřující lékař, nutriční sestra jako konzilium u lůžka, nutriční specialista) - např. předpis per os sippingu, parenterální pro domo výživa.
- Zavedení dlouhodobého žilního vstupu (PICC) cestou PICC týmu pro minimalizaci traumatizace opakovanými kanylacemi PŽK, CŽK a PORTem.
- Zajištění ošetřovatelské péče s ohledem na potřeby a funkční zdatnost pacienta – v ambulantní sféře cestou poučení rodiny, doporučení a zajištění domácí ošetřovatelské služby, mobilní hospicová péče.
- Při potřebě konzultace fyzioterapeuta/ergoterapeuta.

- Zajištění potřebných pomůcek pro domo (chodítka, polohovací postele, korzetoterapie) - k dispozici půjčovny, Charita.
- Zhodnocení psychosociálních potřeb: pohovor s psychologem – pacient i rodina, za hospitalizace či ambulantně – dle potřeby a přání či v případě obtížně zvladatelných symptomů (k dispozici psycholog z psychiatrického oddělení).
- Sociální poradenství a sociální péče.
- Zhodnocení potřeby spirituální péče: pohovor s duchovním – zprostředkování, k dispozici koordinátorka – přivolání kněze přímo k lůžku pacienta.
- Pohovor s dobrovolníky – ADRA.

1.9 Financování

Ministerstvo pro místní rozvoj ČR prostřednictvím IROP vypisuje dvě výzvy na zlepšení paliativní a hospicové péče s rozpočtem přes 280 milionů korun. Cílem je podpořit rozvoj a dostupnost této péče, zejména v regionech, kde dosud nebyla poskytována. Výzvy také umožní vznik nových lůžek a posílení vazeb na další poskytovatele sociálních a zdravotních služeb. 71. výzva je určena pro méně rozvinuté regiony s rozpočtem přes 180 milionů korun z EFRR. 72. výzva cílí na přechodové regiony s rozpočtem přes 100 milionů korun z EFRR. (Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2023)

Týmy paliativní péče v nemocnicích jsou financovány prostřednictvím různých aktivit a projektů. Příkladem je Memorandum o spolupráci podepsané v roce 2021, které se zaměřuje na udržitelnost a rozvoj těchto týmů v českých nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči. Cílem tohoto memoranda bylo zajistit financování 7 pilotních paliativních týmů v roce 2021 a spolupracovat na vytvoření stálého finančního úhradového mechanismu pro paliativní týmy od roku 2022. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)

Pětiletý projekt pod záštitou Ministerstva zdravotnictví, který probíhal do dubna 2022 prokázal, že poskytování paliativní péče v nemocnicích výrazně zlepšuje životní podmínky pacientů a jejich rodin. Tento projekt položil základy nového samostatného programu paliativní péče v nemocnicích a zajištění jeho systémového financování. (Ministerstvo zdravotnictví, 2022)

V současnosti se financování paliativních týmů v nemocnicích stává standardní součástí českého zdravotního systému a jejich služby jsou dostupné všem pacientům, kteří je potřebují. (ČT24, 2018)

Oddělení zdravotních pojišťoven průběžně identifikují a uvádějí do činnosti tyto alternativní formy financování, které zahrnují speciální granty, fondy MZ ČR, EU, plátců péče nebo sponzorů, jako je například Nadační fond Avast. Tímto způsobem se snaží zajistit stabilní a efektivní financování paliativní péče.

Dotace z Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci projektu Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v oblasti paliativní péče v nemocnicích akutní a následné péče. Tento projekt podporuje a ověřuje fungování sedmi pilotních paliativních týmů v nemocnicích v ČR od roku 2019 a zajišťuje kvalitní sběr dat pro nastavení definitivního úhradového mechanismu. (Euractive, 2020)

Smlouva se zdravotní pojišťovnou na poskytování mobilní specializované paliativní péče, která je umožněna úhradovou vyhláškou. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021) Tento způsob financování je využíván některými nemocnicemi, které mají vlastní paliativní tým, nebo spolupracují s externím poskytovatelem této služby.

Každý z těchto způsobů financování má své výhody a nevýhody, které je třeba zvážit při plánování a realizaci projektu vytvoření paliativního týmu v nemocnici. Mezi hlavní faktory, které ovlivňují financování paliativního týmu, patří:

- Počet a struktura pacientů, kteří potřebují paliativní péči v nemocnici.
- Rozsah a kvalita služeb, které paliativní tým poskytuje.
- Náklady na personál, materiál a vybavení paliativního týmu.
- Výše a pravidelnost úhrad ze strany zdravotních pojišťoven.
- Možnost získat další finanční zdroje, například z dotací, grantů, darů nebo sponzorství.

Nicméně, platby poskytovatelům jsou zřídka vázány na potřeby populace a často udržují stávající nerovnoměrné poskytování služeb. Financování je často charakterizováno jako smíšený systém charitativních, veřejných a soukromých platitelů. Základem, na kterém

jsou poskytovatelé placeni za služby, zřídka odpovídá individuální péči nebo potřebám pacientů. (Groeneveld et al., 2017)

Dotační programy nebo jiné zdroje financování paliativní péče.

Ministerstvo pro místní rozvoj vyhlásilo výzvy č. 71 a 72 z Integrovaného regionálního operačního programu 2021–2027. Vznikly k podpoře činností vedoucích ke zvýšení kvality a dostupnosti paliativní péče v různých zařízeních. Jmenovitě nemocnicích, domácím prostředí a hospicích. Financovány budou primárně investiční výdaje. Výzvy byly vyhlášeny 16. 2. 2023 a hned na 17. 2. 2023 byl uskutečněn on-line seminář pro zájemce. Nyní jsou už nižší desítky zařízení přihlášeny. (Paliativa, 2021)

Ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny ČLS JEP zahajuje projekt "Podpora paliativní péče – zvýšení dostupnosti zdravotních služeb v nemocnicích akutní a následné péče". Tento projekt, označený registračním číslem CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007277, spadá do Operačního programu Zaměstnanost a je finančně podporován Evropskou unií prostřednictvím Evropského sociálního fondu. Hlavním cílem tohoto snažení je rozšířit počet i kvalitu týmů paliativní péče v nemocnicích a zároveň podpořit lepší koordinaci mezi různými poskytovateli paliativní péče. (Ministerstvo zdravotnictví, 2021)

Roku 2022 byla vydána vyhláška, která stanovuje finanční odměnu pro ty, kteří poskytují paliativní péči skrze samostatný paliativní tým. Toto opatření má za cíl zaručit dlouhodobou existenci pilotního projektu podpořeného EU a také podporovat rozšíření specializované paliativní péče do dalších nemocnic. (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Významným dilematem při financování služeb sociální péče je propojitelnost tvrdých ekonomických ukazatelů a plastické povahy důstojnosti a dalších lidských práv, jejichž zabezpečení je cílem péče v moderním světě. (Vojtíšek, 2018) Financování terminální péče je důležitým aspektem, který ovlivňuje dostupnost a kvalitu poskytované péče. Způsoby financování se liší v závislosti na systémech zdravotní péče, ale také zemí, ve které je tato péče poskytována.

Financování paliativní péče v České republice zahrnuje kombinaci veřejných zdrojů, soukromých grantů a příspěvků, zdravotního pojištění a charitativních organizací.

Paliativní péče je součástí českého zdravotního systému, a některé její služby jsou hrazeny z veřejných prostředků. Toto financování obvykle zahrnuje náklady spojené s poskytováním této péče v nemocnicích, ambulantní péči a dalších specializovaných zařízeních.

Některé organizace poskytující paliativní péči mohou získávat finanční prostředky formou grantů od státních nebo soukromých organizací, a mohou také přijímat dary od jednotlivců nebo firem.

Financování paliativní péče může být dynamické a měnit se v závislosti na politických, ekonomických a společenských faktorech. Je důležité, aby byly zajištěny adekvátní zdroje pro poskytování kvalitní terminální péče a aby byla tato péče dostupná pro všechny, kteří ji potřebují.

V roce 2008 došlo k prvnímu kroku k novelizaci zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která přinesla významné změny v oblasti paliativní péče, kdy byla díky této novelizaci zavedena možnost hrazení péče pojištěncům v terminálním stavu, kdy tato péče může být poskytována v jejich vlastním sociálním prostředí (Mukopoly, 2011). Tento typ domácí zdravotní péče je v podstatě nabízen, pokud jej doporučí odesílající praktický lékař, praktický lékař pro děti a dorost nebo ošetřující lékař v nemocnici. Paliativní péči lze naproti tomu zajistit, pokud je pojištěnec v kritickém stavu, a to na základě doporučení ošetřujícího lékaře. (Pochylá, 2005)

Tato novela zákona o veřejném zdravotním pojištění znamenala důležitý krok k zajištění přístupu k paliativní péči v domácím prostředí pro pacienty v terminálním stadiu nemoci. Umožnila lékařům doporučit tuto formu péče na základě potřeb a individuálních okolností pacientů, což přispívá k respektování jejich přání a zlepšení kvality života v posledních fázích nemoci.

V oblasti paliativní péče může finanční flexibilita, tedy vztah současné a budoucí kapitálové struktury (Fotr et al., 2020), odkazovat na schopnost efektivního a pružného využívání finančních prostředků, aby bylo možné poskytovat kvalitní péči pacientům v koncové fázi života. Zahrnuje to schopnost alokovat finanční zdroje tak, aby byly pokryty náklady na léčbu, ošetrovatelskou péči, psychosociální podporu a další služby, které zlepšují kvalitu života pacientů a jejich rodin.

2 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Rozdíl, který paliativní péče přináší do životů pacientů, jejich rodin a pečovatелů, je radikální, takže je snadné pochopit, proč se tato péče rozmohla a nyní je celosvětově uznávanou nedílnou součástí politik zdravotní péče. Jedním z cílů paliativní péče je zvýšit sociální interakci, což zase může pomoci zlepšit kvalitu života. V centru péče o pacienty mohou být povzbuzováni, aby se zapojili do aktivit životního stylu, aby pokračovali v interakci s ostatními obyvateli a zaměstnanci prostřednictvím sociálních aktivit, jako jsou různé společné aktivity, umění a řemesla. Pokud se někdo nemůže nebo nechce účastnit skupinových aktivit, může pracovníka pro životní styl navštívit rezidenta v jeho pokoji a popovídat si a přinést mu aktivitu ke snížení izolace. Rodina a blízcí mohou také kdykoli navštívit.

Teoretická část diplomové práce se věnuje detailnímu zkoumání a analýze paliativní péče, což je oblast lékařství a péči o pacienty v pokročilém stádiu nevyléčitelných onemocnění. Předkládaná práce si klade za cíl prozkoumat principy, historii, filozofii a význam paliativní péče pro pacienty a jejich rodiny.

Práce začíná historickým kontextem, v němž se terminální péče vyvinula. Následně jsou zkoumány klíčové postavy spojené s rozvojem tohoto odvětví, jako je Dame Cicely Saunders, která stála u zrodu moderního hospicového hnutí. Důraz je kladen na transformaci postojů k umírání a péči na konci života, což vedlo k vzniku paliativní péče jako samostatné disciplíny.

Další část se věnuje definici paliativní péče a jejím základním principům. Paliativní péče chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a snaží se především zmírnit bolest a utrpení pacientů. Kromě toho klade důraz na zachování důstojnosti a kvality života a respektuje individuální potřeby a hodnoty pacientů a jejich rodin.

Práce analyzuje rozdíly mezi obecnou a specializovanou paliativní péčí. Zatímco obecná paliativní péče je považována za dobrou klinickou praxi v situacích pokročilého onemocnění, specializovaná péče poskytuje aktivní odbornou podporu týmem odborníků v případech, kde intenzita obtíží převyšuje možnosti obecné paliativní péče.

Dále jsou prozkoumány různé formy paliativní péče, včetně lůžkových zařízení hospicového typu, ambulantní péče, denních stacionářů a mobilních paliativních týmů. Tyto formy péče mají za cíl poskytnout komplexní a individualizovanou podporu pacientům v jejich domácím prostředí nebo v jiných zařízeních.

Následující část se věnuje významu paliativní péče v rámci zdravotních systémů a zdůrazňuje její postavení ve zvládnutí nemocí spojených se stárnutím populace. Světová zdravotnická organizace a vlády mnoha zemí považují paliativní péči za klíčové odvětví, které může snížit celkové náklady na zdravotní péči a zlepšit kvalitu života pacientů.

Závěrečná část teoretické části se věnuje financování paliativní péče. Různé způsoby financování jsou zkoumány, včetně veřejného financování, soukromých grantů, zdravotního pojištění a hospicového financování. Adekvátní finanční zajištění je klíčové pro poskytování kvalitní paliativní péče a dostupnost této péče pro co nejširší skupinu pacientů.

Teoretická část diplomové práce nese s sebou bohatý a rozsáhlý pohled na problematiku paliativní péče, kde se věnuje jak širokým aspektům této odvětví, tak i jeho hlubšímu zkoumání. Práce nejenom poskytuje komplexní přehled o historii a vývoji paliativní péče, ale také zřetelně zdůrazňuje její nezastupitelný význam v rámci zdravotnictví. Dále rozvíjí rozmanitost paliativní péče, zahrnující různé formy a přístupy k poskytování péče v závěrečných fázích života pacientů. Kritická analýza faktorů, které ovlivňují kvalitu a dostupnost paliativní péče, je provedena s hloubkou a důkladností, což poskytuje podrobný vhled do komplexnosti této oblasti. Celkově tedy teoretická část systematicky kombinuje informace a analýzy, aby uceleně představila paliativní péči ve všech jejích dimenzích, včetně historie, filozofie, principů a praktických aspektů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU

Nemocnice ve Frýdku-Místku je moderní zdravotnické zařízení, které poskytuje vysoce kvalitní zdravotní péči. Má spádovou oblast zahrnující okres Frýdek–Místek a Podbeskydí. Tato má přibližně 250 000 obyvatel. Disponuje širokou škálou klinických oddělení a specializovaných pracovišť, která pokrývají všechny oblasti medicíny. (Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2024)



Obrázek 1 Nemocnice ve Frýdku-Místku (foto autor)

Nemocnice ve Frýdku-Místku, s historií sahající do 30. let 20. století, se dynamicky rozvíjí a modernizuje. Za ředitele Tomáše Stejskala prošla řadou změn, včetně výstavby nových pavilonů a modernizace pracovišť. Bylo zde vybudováno Centrum duševního zdraví a Dětská denní klinika. Nemocnice také provozuje vlastní stomatologickou ambulanci a plánuje další rozvoj. Hlavním cílem je zlepšování péče o pacienty, což dokládají i plány na vybudování potrubní pošty. (Konečná, 2023)

Disponuje celkem 507 lůžky, z toho 380 lůžek je určeno pro akutní péči, 127 lůžek pro následnou péči. Má celkem 20 oddělení, z toho 11 akutních a 9 následné péče. 5 detašovaných pracovišť po Frýdecko-Místecku, Novojičínsku a Karvinsku a v roce 2022 došlo k rozšíření zdravotnických provozů o stomatologickou péči a ambulance léčby

bolesti na oddělení ARO. Zaměstnává přibližně 1 236 zaměstnanců, jak lze vidět v tabulce 1. (Zpráva o činnosti 2022, 2023)

Tabulka 1 Personální zabezpečení (Zpráva o činnosti 2022, 2024)

Kategorie pracovníků	Evidenční počet (fyzické osoby)	Přepočtený evidenční počet
Lékaři	233	192,30
Farmaceuti	7	6,50
Zdravotní pracovníci nelékaři	824	758,97
THP	85	84,31
Provozní pracovníci	87	86,60
Celkem	1 236	1 128,68

Nabízí 27 akreditovaných oborů, včetně gynekologie dětí a dospívajících, fyzioterapie, klinické psychologie, ergoterapie, péče o pacienty v psychiatrii, onkochirurgie, rehabilitační a fyzikální medicíny, psychiatrie, léčebné rehabilitační péče, akutní lůžkové péče standardní, specializované ambulantní péče a zdravotnické péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta. (Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2024)

Neustále se rozvíjí a modernizuje. V roce 2022 došlo k rozšíření zdravotnických provozů o stomatologickou péči a ambulance léčby bolesti na oddělení ARO. Je významným zdravotnickým zařízením v Moravskoslezském kraji. Poskytuje vysoce kvalitní zdravotní péči a je zapojena do řady výzkumných projektů, které přispívají ke zlepšování zdravotní péče.

Nemocnice realizovala několik významných projektů, například "Zařízení pro úpravu zdravotnických odpadů Nemocnice ve Frýdku-Místku" a "Zvýšení kvality poskytované zdravotní péče v Nemocnici ve Frýdku-Místku, p. o. (Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2021)

4 ANALÝZY

Analytická část diplomové práce se zaměřuje na proces vytvoření paliativního týmu v konkrétní nemocnici. Začíná identifikací potřeby pro tento tým v rámci poskytování péče pacientům s pokročilými onemocněními. Současná situace v nemocnici je analyzována včetně dostupných zdrojů, personálu a infrastruktury. Dále jsou hodnoceny přínosy a výzvy spojené s implementací paliativního týmu, jako je nutnost školení personálu, financování a podpora vedení nemocnice. Jsou vyhodnocovány možné strategie pro zajištění efektivní spolupráce mezi členy týmu a dalšími odděleními nemocnice. Kriticky jsou analyzovány možné překážky, které by mohly ovlivnit úspěšnost tohoto projektu, a jsou navrhována opatření pro jejich překonání. Celkově tato analytická část poskytuje základní pochopení potřebné pro úspěšné zavedení paliativního týmu v nemocnici.

4.1 PESTLE analýza

Při vytváření paliativního týmu v nemocnici je PESTLE analýza nástrojem pro posouzení vnějšího prostředí, které může ovlivnit úspěch tohoto projektu. Politické faktory zahrnují legislativní rámec pro poskytování paliativní péče a možné změny ve zdravotnické politice. Ekonomické faktory zahrnují dostupnost financí pro financování týmu a potenciální dopady na zdravotní pojišťovny. Sociální faktory mohou zahrnovat přijetí paliativní péče ve společnosti a očekávání pacientů a jejich rodin. Technologické faktory mohou zahrnovat dostupnost a využití moderních technologií pro podporu paliativní péče. Právní faktory se týkají regulačních požadavků na poskytování péče a práv pacientů. Environmentální faktory zahrnují dopady paliativní péče na životní prostředí a ekologickou udržitelnost. PESTLE analýza umožňuje identifikovat klíčové faktory, které je třeba vzít v úvahu při plánování a implementaci paliativního týmu v nemocnici.

4.1.1 Politické faktory

Politické faktory mají zásadní vliv na založení paliativního týmu v nemocnici. Legislativní rámec, který reguluje poskytování zdravotní péče, může ovlivnit financování, organizaci a dostupnost paliativní péče. Změny ve zdravotnické politice mohou mít dopad na prioritizaci paliativní péče a alokaci finančních prostředků. Podpora ze strany politických orgánů může znamenat zajištění finančních zdrojů a legislativní podpory pro vytvoření a provoz paliativního týmu. Na druhou stranu, politické změny mohou přinést administrativní zátěž, nové regulační požadavky nebo změny ve financování zdravotnických

služeb, což může ovlivnit efektivnost a udržitelnost paliativního týmu. Mezi politické faktory, které je důležité sledovat v rámci založení paliativního týmu v nemocnici patří:

- Zdravotnická legislativa politika a legislativa.
- Veřejné povědomí.
- Mezinárodní spolupráce.
- Hodnocení implementace politik týkající se paliativní péče a jejich výsledků.
- Legislativní rámec pro předběžné plánování péče.

Dále v textu bude každý z těchto faktorů blíže rozveden.

Zdravotnická politika a legislativa

Zdravotní politiky jsou významně ovlivňovány politickými rozhodnutími a legislativními strukturami. Česká vláda se výrazně zasazuje o to, aby se péče v závěru života stala prioritou. Zásadní je začlenění paliativní péče do širší zdravotnické strategie, která zahrnuje vytvoření specializovaných týmů v rámci vybraných zařízení. Systém zdravotní péče funguje na základě stávajících předpisů, které lze nalézt na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR. V paliativní péči dochází k postupným změnám jak z politického, tak z právního hlediska. Ministerstvo zdravotnictví v roce 2017 iniciovalo vydáním metodického pokynu zavedení mobilní specializované paliativní péče, jak je uvedeno ve Věstníku MZ č. 13/2017. (Cesta domů, 2020b)

V červenci 2018 vznikla dohoda o spolupráci, kterou podepsalo Ministerstvo zdravotnictví ČR, všechny pojišťovny a Česká společnost paliativní medicíny Jana Evangelisty Purkyně. Cílem této spolupráce je systematický rozvoj paliativní medicíny, zvýšení její dostupnosti v České republice a zvýšení standardů péče o pacienty s těžkým onemocněním. V roce 2019 vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR Metodiku realizace programu paliativní péče v lůžkových zařízeních. Tato příručka má pomoci při integraci paliativní péče do nemocničního prostředí. Uvádí organizační struktury a nástroje nezbytné pro začlenění specializované paliativní péče do nemocnic. (Cesta domů, 2020b) Příručka je určena lékařům, zdravotním sestřám, zdravotnickým pracovníkům a správcům nemocnic.

Veřejné povědomí

Politické faktory jsou ovlivněny veřejným míněním a povědomím o péči na konci života a paliativních službách. Poptávka veřejnosti po zlepšení paliativní péče může vést k politickým iniciativám podporujícím vytváření specializovaných týmů (Štefánková, 2023). Úsilí zdravotnického personálu, vedení nemocnic, skupin pacientů, jejich rodin a nevládních organizací, o jejich obhajobu má možnost ovlivnit tvůrce politik, aby upřednostňovali a podporovali rozvoj služeb paliativní péče v českých nemocnicích. Důkladné prozkoumání veřejného mínění a prosazování kampaní souvisejících s paliativní péčí poskytne vhled do politického klimatu obklopujícího tyto služby (Štefánková, 2023).

Mezinárodní spolupráce

Politické faktory přesahují hranice České republiky a mezinárodní spolupráce může ovlivnit politiku zdravotní péče. Politická podpora přijímání a zavádění mezinárodních směrnic a osvědčených postupů v paliativní péči odráží závazek poskytovat vysoce kvalitní péči na konci života. Účast na mezinárodních seminářích a spolupráce má možnost přispět k výměně získaných odborných znalostí (Nadace rodiny Vlčkových, 2023a). To by mělo zjistit, jaká jsou politická rozhodnutí v souladu s mezinárodními standardy a spoluprací v oblasti paliativní péče. Měla by posoudit míru integrace s globálními iniciativami a identifikovat příležitosti pro další mezinárodní angažmá za účelem zvýšení kvality služeb paliativní péče v České republice.

Hodnocení implementace politik týkající se paliativní péče a jejich výsledků

Politická rozhodnutí je třeba posuzovat nejen z hlediska formulace politiky, ale také z hlediska účinného provádění a výsledků (Nejvyšší kontrolní úřad, 2023a). Rozsáhlá analýza by měla zahrnovat hodnocení toho, jak dobře byla politická rozhodnutí související s paliativní péčí implementována v praxi. To by mělo zahrnovat klíčové ukazatele výkonnosti, výsledky pacientů a celkový dopad politické podpory na kvalitu služeb paliativní péče v rámci zvolené nemocnice i dalších nemocničních zařízeních s paliativními týmy. Analýza by v tomto měla též zvážit mechanismy pro průběžné hodnocení a zlepšování, které by zajistily, že politická rozhodnutí budou reagovat na vyvíjející se potřeby pacientů a systému zdravotní péče (Centrum paliativní péče, 2023a).

Legislativní rámec pro předběžné plánování péče

Právní ukotvení problematiky, související s plánováním péče v předstihu, vůlí a rozhodnutími týkajícími se ukončení léčby udržující život se v České republice řeší skrze zdravotnické právo a bioetiku (Doležal, 2021). Politická rozhodnutí, která poskytují jasné pokyny a právní podporu pro předběžné plánování péče, přispívají k přístupu v paliativní péči zaměřeném na pacienta (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Je dbáno na autonomii člověka, to znamená, že má pacient možnost zvolit si rozhodnutí průběhu a ukončení své léčby (Doležal, 2020).

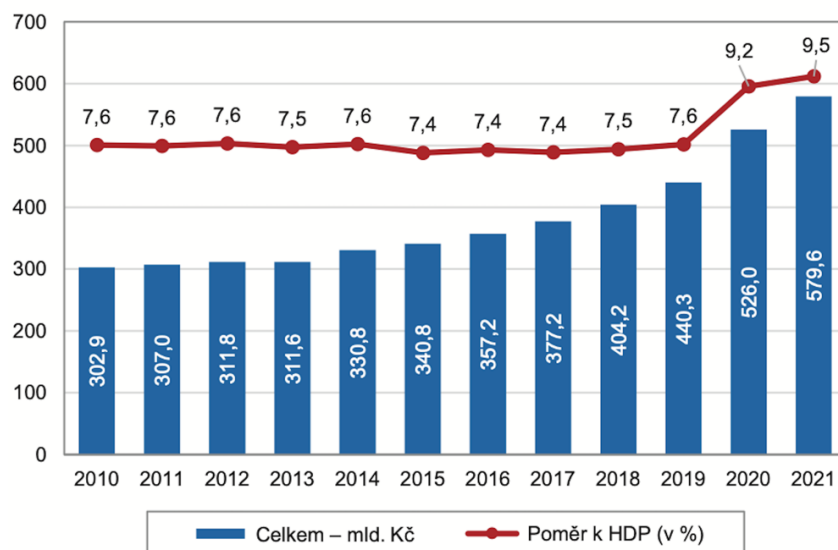
4.1.2 Ekonomické faktory

Financování paliativní péče může být náročné kvůli potřebě specializovaného personálu, vybavení a léků. Založení paliativního týmu vyžaduje finanční prostředky na platy lékařů, sester, psychologů a dalších specialistů, kteří se budou starat o pacienty. Náklady na vzdělávání personálu a školení zahrnují znalosti paliativní medicíny a komunikace s pacienty a jejich rodinami. Dále jsou zapotřebí finanční prostředky na nákup speciálního vybavení, jako jsou lůžka pro paliativní péči, léky na zmírnění bolesti a symptomatickou léčbu a psychosociální podporu. Ekonomické faktory mohou zahrnovat také náklady na správu a provoz paliativního týmu, včetně administrativy a řízení programu péče. Je důležité zabezpečit dostatečné financování, aby byla zajištěna kvalitní paliativní péče pro pacienty a jejich rodiny.

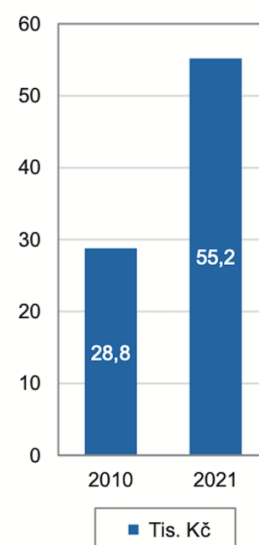
Výdaje na zdravotní péči a alokace rozpočtu

Jedním z ekonomických faktorů ovlivňujících vznik týmů paliativní péče v českých nemocnicích jsou celkové výdaje na zdravotnictví viz graf 1, a alokace rozpočtů (Deník N, 2023). Vláda se zavázala investovat do zdravotnických služeb, a to i paliativní péče a určují finanční zdroje, které jsou k dispozici pro zřízení a udržení specializovaných paliativních týmů v rámci českých nemocnic. Česká republika v posledních letech usiluje o zvýšení výdajů na zdravotnictví s cílem zvýšení kvality zdravotnických služeb. (Nejvyšší kontrolní úřad, 2023b).

a) absolutně v mld. Kč a jako % HDP



b) na 1 obyvatele v tis. Kč



Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR, 2010-2021 (ČSÚ, 2023)

V České republice se během rozvoje paliativní péče ukazuje stoupající počet vykázaných výkonů odbornosti 720 – ambulantní specializovaná paliativní péče (tabulka 2). Jedná se o kódy 80053, 80054 a 80055.

Tabulka 2 Vývoj výdajů za výkony odbornosti 720 (Bartůňková, 2024)

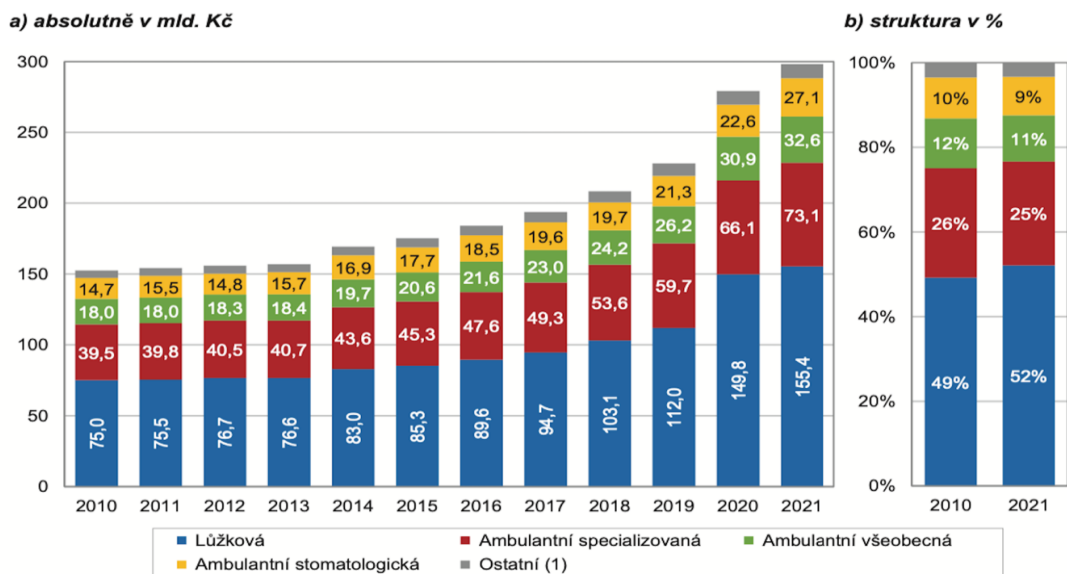
ROKY	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
POČET VÝKONŮ	2	57	28	139	1 016	4 241	5 108	7 033
CELKEM V KČ	1 345	32 906	8 751	69 886	438 051	1 751 508	2 474 740	3 595 321

Náklady na školení a vzdělávání

Rozvoj týmu paliativní péče vyžaduje specializované školení pro zúčastněné zdravotnické pracovníky, včetně lékařů, sester, sociálních pracovníků a psychologů. Ekonomická zátěž spojená se školicími programy, workshopy a průběžným vzděláváním je klíčovým hlediskem v tomto ohledu (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). Investice do vzdělávání umožňuje zajištění, že paliativní tým v rámci českých nemocnic s touto službou je vybaven potřebnými dovednostmi pro poskytování vysoce kvalitní paliativní péče, ale též zvyšují celkové náklady na realizaci takových týmů. Pro české zdravotnictví je důležité vyhodnotit nákladovou efektivitu školicích programů a prozkoumat možné zdroje financování na podporu kontinuálního vzdělávání odborníků v paliativní péči. (Adlerová, 2023)

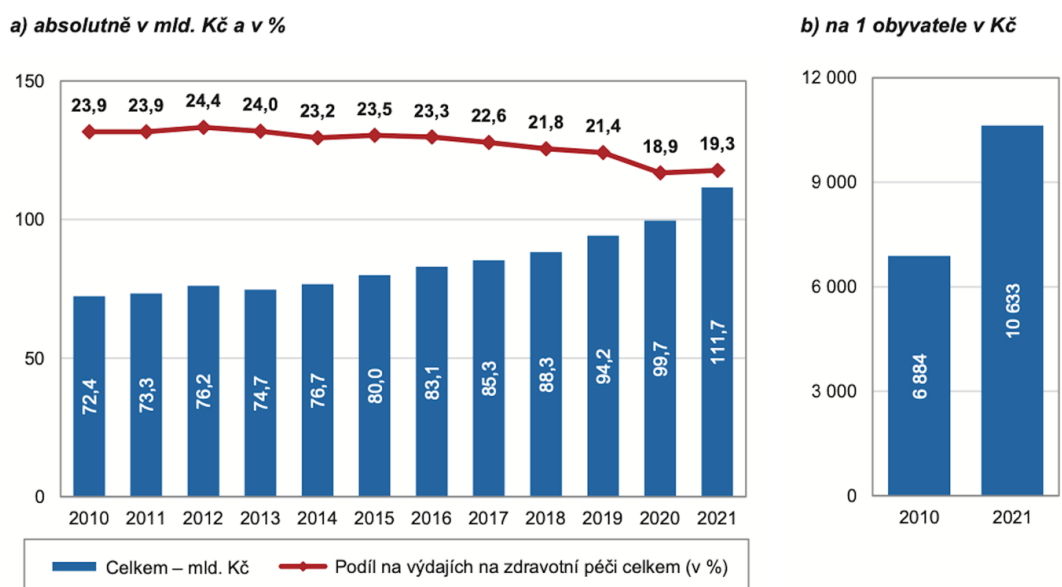
Náklady na léky a léčbu

Paliativní péče zahrnuje zvládnání symptomů a úlevu od bolesti u pacientů s život omezujícími nemocemi. Je třeba vzít i v úvahu ekonomické hledisko nákladů na léčbu v grafu č. 2 a péči v grafu č. 3, včetně léků proti bolesti a podpůrných terapií. (Kučerová, 2022) Přístup k lékům a zajištění jejich cenové dostupnosti je zcela zásadní pro poskytování optimální paliativní péče.



(1) Zahrnuje denní léčebnou péči, domácí léčebnou péči a ostatní ambulantní léčebnou péči jinde nezařazenou.

Graf 2 Výdaje léčebnou péči v ČR dle typu, 2010-2021 (ČSÚ, 2023)



Graf 3 Výdaje na léky v ČR, 2010-2021 (ČSÚ, 2023)

Většina pacientů po celém světě umírá v nemocnicích, což přináší vysoké náklady. Studie provedená Podpůrným a Paliativním týmem FNKV zkoumala, zda integrace paliativního týmu může tyto náklady snížit. Byly porovnávány denní náklady na péči o pacienty s a bez podpory paliativního týmu od ledna 2019 do dubna 2020, přičemž bylo pracováno s daty 213 párů pacientů. Průměrné denní náklady na pacienty s podporou paliativního týmu byly třikrát nižší (4 392,4 Kč/den) než u těch bez ní (13 992,8 Kč/den), částečně díky kratšímu pobytu na JIP (16 % oproti 33 % dní hospitalizace). Výsledky jasně naznačují, že integrace paliativního týmu může významně snížit náklady. Tyto poznatky by mohly podpořit implementaci paliativní péče v nemocnicích. (Křemenová, 2022)

Modely financování a proplácení paliativní péče

Ekonomická životaschopnost týmů paliativní péče je úzkým způsobem svázána s modely financování a mechanismy úhrad. (Kučerová, 2022). Jasně politiky úhrad, které pokrývají náklady na služby paliativní péče, povzbuzují nemocnice v České republice, aby investovaly do paliativních týmů, aniž by byla ohrožena jejich finanční stabilita. Prosazování rozvoje a zlepšování mechanismů úhrad specifických pro služby paliativní péče může přispět k ekonomické udržitelnosti týmů paliativní péče. (NKÚ, 2023)

Náklady na personál a vybavení v rámci paliativní péče

Personální struktura týmů paliativní péče zahrnuje najímání skupiny odborníků jako jsou lékaři paliativní péče, zdravotní sestry, psychologové či sociální pracovníci. Ekonomické úvahy zahrnují platy, benefity a další personální náklady. Pro poskytování komplexní a personalizované péče pacientům, kteří čelí život omezujícím onemocněním, je nezbytné řádné personální zajištění. (MEDICAL TRIBUNE, 2022) České zdravotnictví musí zhodnotit stávající pracovní sílu, vyhodnotit potřebu dalšího personálu a odpovídajícím způsobem zajistit rozpočet, aby týmy paliativní péče mohly fungovat efektivním způsobem, aniž by byla ohrožena kvalita péče.

4.1.3 Sociální faktory

Kulturní postoje a postoje ke smrti

Česká republika má bohaté kulturní dědictví a kulturní postoje ke smrti ty jsou důležité při utváření zdravotnických postupů, včetně řešené paliativní péče. Pochopení a respektování kulturních norem, přesvědčení a rituálů kolem smrti je pro KTTP zcela zásadní. České kulturní postoje kladou důraz na soukromí a rodinnou blízkost.

Týmy paliativní péče by měly být citlivé na tyto kulturní nuance, aby poskytovaly péči, která je v souladu s hodnotami a preferencemi pacientů a jejich rodin. Historický a kulturní kontext České republiky může mít vliv na to, jak jednotlivci vnímají smrt a péči na konci života. Týmy paliativní péče v rámci českých nemocnic se musí zapojit do spolupráce s místními komunitami, kulturními odborníky a taky brát v potaz různá náboženství, aby provedly zajištění, že jejich služby budou kulturně kompetentní a budou reagovat na různorodé zázemí pacientů. (Shabu, 2018)

Zahrnutí rodiny do paliativní péče

Dynamika rodiny v české společnosti může významným způsobem ovlivnit poskytování paliativní péče. České rodiny jsou tradičně jako doma v roli pečovatele a v rozhodování. Konziliární týmy by měly rozpoznat a respektovat tuto rodinnou dynamiku, zapojit členy rodiny do plánování péče a podporovat jejich role pečovatelů (Nadace rodiny Vlčkových, 2023b). Pochopení očekávání rodiny, komunikačních vzorců a potenciálních výzev je zásadní pro poskytování péče zaměřené na pacienta v sociálním kontextu českých nemocnic. Efektivní komunikace se členy rodiny, poskytování vzdělávacích zdrojů a řešení jakékoli kulturní nebo mezilidské dynamiky jsou důležité pro budování důvěry a spolupráce. Týmy paliativní péče by se měly snažit vytvořit podpůrné prostředí, které uznává a oceňuje přínos rodin v procesu péče. (Kučerová, 2022)

Vzdělávání a zdravotní gramotnost

Úroveň zdravotní gramotnosti a přístup ke vzdělání jsou důležitými sociálními faktory, které mohou ovlivnit individuální chápání paliativní péče. Týmy paliativní péče v českých nemocnicích by měly přizpůsobit své komunikační strategie různým úrovním zdravotní gramotnosti. (Kučera, 2021) Poskytování vzdělávacích materiálů v přístupných formátech, nabízení informačních setkání a využívání kulturně vhodných komunikačních metod přispívá ke zlepšení zdravotní gramotnosti. Týmy paliativní péče mohou spolupracovat s komunitními organizacemi a vzdělávacími institucemi na podpoře zdravotní gramotnosti a zajistit, aby jednotlivci a rodiny činili informovaná rozhodnutí o paliativní péči. (Zdravé zprávy, 2022)

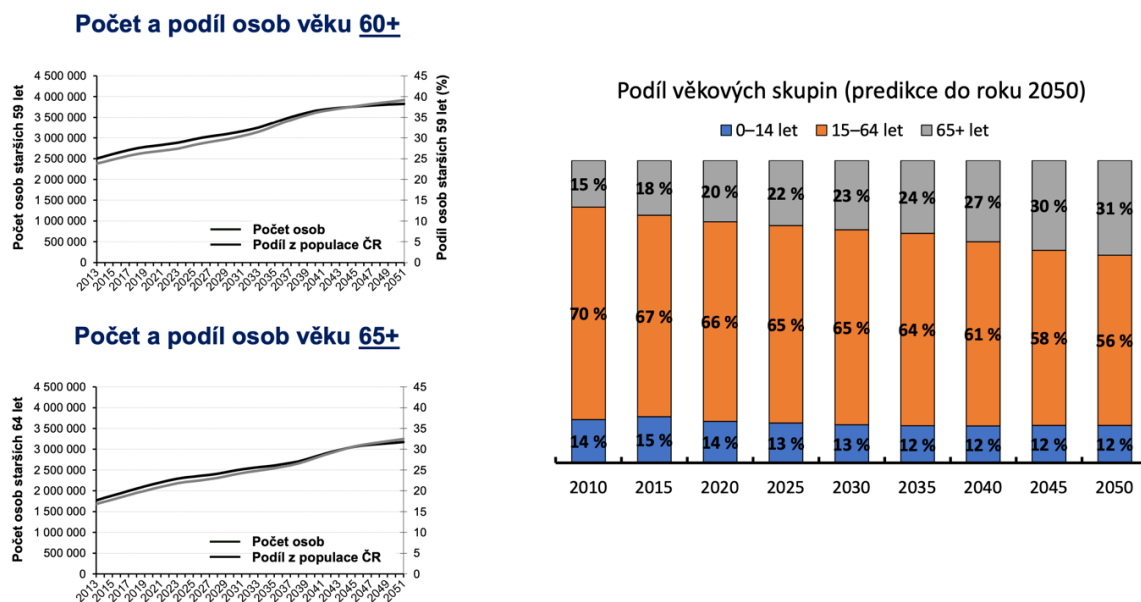
Etika a kulturní způsobilost zdravotnických personálu

Kulturní kompetence a etické povědomí zdravotnických pracovníků v týmech paliativní péče jsou kritickými sociálními faktory. Poskytovatelé zdravotní péče musí být citliví

ke kulturní rozmanitosti, respektovat individuální hodnoty, přesvědčení a preference (Umírání, 2012). Školící programy a průběžné vzdělávání o kulturních kompetencích a etických úvahách přispívají k rozvoji sociálně citlivých týmů paliativní péče. České nemocnice, které reflektují různorodost populace, vyžadují zdravotnické pracovníky, kteří se umí orientovat v kulturních nuancích. Týmy paliativní péče by měly upřednostňovat nábor a školení odborníků, kteří prokazují kulturní kompetence a oddanost postupům etické péče.

Stárnoucí populace a geriatrická péče

Stárnutí populace v České republice je významným sociálním faktorem viz graf 4, který přímo ovlivňuje poptávku po paliativní péči (Seznam Zprávy, 2023). Týmy paliativní péče v českých nemocnicích by měly předvídat specifické potřeby starších dospělých, uvědomovat si výzvy spojené se stárnutím, chronickými nemocemi a komplexními potřebami zdravotní péče. Spolupráce se specialisty na geriatrickou péči, přizpůsobení modelů paliativní péče pro řešení jedinečných požadavků starších dospělých iniciativami, které se zaměřují na zlepšení kvality života seniorů, přispívají k sociálně citlivým týmům paliativní péče v kontextu stárnoucí populace. (MEDICAL TRIBUNE, 2017)



Graf 4 Trendy stárnutí české populace v projekci do roku 2050 (ČSÚ, 2020)

4.1.4 Technologické faktory

Platformy telemedicíny

Technologie telemedicíny jsou stále důležitější, zejména v kontextu paliativní péče. Tyto platformy dávají možnost ke vzdálené konzultaci, virtuálního odbavení a nepřetržitého sledování pacientů, čímž podporují dostupnost a flexibilitu při poskytování péče. V zemi jako je Česká republika s různými geografickými aspekty, se telemedicína stává nástrojem pro oslovení pacientů v odlehlých nebo nedostatečně pokrytých oblastech (Steindal et al., 2023). Týmy paliativní péče mohou využívat platformy telemedicíny k provádění virtuálních návštěv, poskytování konzultací a poskytování podpory pacientům a jejich rodinám v pohodlí jejich domova (Nwosu, 2023). Integrace telemedicíny do služeb paliativní péče přispívá ke zlepšení přístupu, snížení cestovní zátěže a lepší komunikaci mezi poskytovateli zdravotní péče a pacienty.

Aplikace mobilního zdraví

Mobilní zdravotnické aplikace nabízejí řadu nástrojů a zdrojů, které mohou podporovat pacienty i poskytovatele zdravotní péče v kontextu paliativní péče. Tyto aplikace mohou zahrnovat sledovače symptomů, nástroje pro správu léků a vzdělávací zdroje, které pacientům umožňují aktivním způsobem se podílet na jejich péči. (Nwosu, 2023) Týmy pro paliativní péči v českých nemocnicích mohou využít aplikace mHealth k usnadnění komunikace, vzdálenému sledování symptomů a zapojení pacientů do sebeobslužných postupů. Přizpůsobení řešení mHealth specifickým potřebám pacientů v České republice s ohledem na jazykové a faktory zvyšuje použitelnost a efektivitu těchto technologických nástrojů. Integrace se stávajícími zdravotnickými systémy zajišťuje bezproblémovou výměnu dat a spolupráci. (Levíčková, 2022)

Vzdálená monitorovací a nositelná zařízení

Technologický pokrok ve vzdálených monitorovacích zařízeních a nositelných zařízeních nabízí týmům paliativní péče v českých nemocnicích i příležitosti ke zlepšení péče o pacienty mimo nemocniční prostředí. Nositelná zařízení jako jsou chytré hodinky a senzory, mohou sledovat životní funkce, monitorovat fyzickou aktivitu a poskytovat poskytovatelům zdravotní péče data v reálném čase. U pacientů s paliativní péčí, zejména u pacientů s chronickým onemocněním, přispívají zařízení pro vzdálené monitorování k včasnému odhalení zdravotních změn a podporují personalizované plány péče. (Umírání,

2023) Integrace dat ze vzdálených monitorovacích zařízení do širší zdravotnické infrastruktury vyžaduje robustní konektivitu a interoperabilitu. Týmy paliativní péče mohou spolupracovat s dodavateli technologií na implementaci řešení, která odpovídají specifickým potřebám a preferencím pacientů v českých nemocnicích. (Boháčková, 2022)

Využití virtuálních zařízení v rámci paliativní péče

Virtuální konzultační platformy dávají možnost týmům paliativní péče provádět konzultace na dálku, spolupracovat se specialisty a zapojit se do multidisciplinárních diskusí bez geografických omezení. Tyto platformy zlepšují komunikaci mezi zdravotníky a poskytují příležitosti pro hodnocení případů, sdílení znalostí a průběžné vzdělávání. (Slavíková, Segejko, 2023) V zemi jako je Česká republika, kde může být přístup ke specializované paliativní péči v určitých regionech náročný, nabízejí tyto platformy řešení, jak překlenout mezeru a zajistit, aby pacienti dostali odborné vedení. Integrace se stávajícími zdravotnickými komunikačními systémy a dodržování standardů ochrany soukromí a zabezpečení jsou základními faktory pro úspěšné přijetí virtuálních konzultačních platform. (Centrum pro regionální rozvoj České republiky, 2023)

Umělá inteligence

Technologie umělé inteligence a strojového učení jsou příslibem při zlepšování schopností týmů paliativní péče. Tyto technologie mohou pomoci předpovídat výsledky pacientů, identifikovat vzorce progresu symptomů a personalizovat léčebné plány na základě údajů o jednotlivých pacientech (Vu et al., 2023). Nástroje využívající umělou inteligenci dokážou analyzovat velké datové soubory a získat poznatky, které informují o klinickém rozhodování a zlepšují celkovou efektivitu služeb paliativní péče. Zajištění etického používání umělé inteligence, řešení obav z algoritmického zkreslení a zachování transparentnosti v rozhodovacích procesech jsou zásadními faktory pro integraci umělé inteligence do paliativní péče. Spolupráce s datovými vědci a etickými komisemi může vést k zodpovědnému přijetí technologií umělé inteligence v českých nemocnicích. (MEDICAL TRIBUNE, 2023)

4.1.5 Legislativní faktory

Přehled relevantních faktorů zahrnuje legislativní, technické a personální požadavky, které je nutné splnit pro zajištění souladu s normami.

Zákony a vyhlášky:

- Zákon o zdravotních službách (č. 372/2011 Sb.): Definuje paliativní péči a zahrnuje ji do systému zdravotní péče.
- Zákon o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.): Uvádí paliativní péči jako hrazenou ze zdravotního pojištění.
- Vyhláška č. 411/2011: Stanovuje požadavky na odbornou způsobilost personálu pro poskytování paliativní péče.
- Vyhláška č. 467/2012: Stanovuje požadavky na vybavení a provoz lůžkových zařízení pro paliativní péči.
- Vyhláška č. 243/2021 Sb.: Upravuje úhrady za paliativní péči.
- Vyhláška č. 326/2014: Stanovuje standardy kvality pro paliativní péči (Cesta domu, 2020).

Normy a standardy:

- Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče: Specifikuje kritéria pro nasmlouvání zdravotních výkonů v oblasti mobilní paliativní péče.
- Standardy mobilní specializované paliativní péče: Definují cíle a principy mobilní paliativní péče.
- Standardy paliativní péče: Popisují cílový stav péče o nevléčitelně nemocné.
- Standardy hospicové paliativní péče: Stanovují požadavky na hospicovou péči.
- Národní plán paliativní péče: Shrnuje cíle a strategie rozvoje paliativní péče v ČR.

- Memorandum o spolupráci na systematickém rozvoji paliativní péče v ČR: Zajišťuje rozvoj dostupné a kvalitní paliativní péče. (Cesta domů, 2020a)

Výkony:

- 80053: Komplexní vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína.
- 80054: Cílené vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína.
- 80055: Kontrolní vyšetření specialistou v oboru paliativní medicína (Ministerstvo zdravotnictví, 2024).

Právní rámec paliativní péče

Právní rámec, který upravuje paliativní péči v České republice zahrnuje soubor zákonů, nařízení a směrnic, které definují rozsah, standardy a odpovědnosti poskytovatelů zdravotní péče při poskytování paliativní péče. Pochopení a dodržování těchto zákonných ustanovení jsou zásadní pro vytváření týmů paliativní péče, které fungují v rámci parametrů zákona (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011). Legislativa v oblasti paliativní péče v České republice může řešit otázky jako je definice paliativní péče, práva pacientů na paliativní péči a povinnosti zdravotnických pracovníků při poskytování těchto služeb. Týmy paliativní péče musí provést zajištění souladu se stávajícími zákony a zůstat informováni o všech aktualizacích nebo změnách v právním prostředí. (Ministerstvo zdravotnictví, 2017)

Práva pacientů

Legislativní rámec v České republice klade důraz na práva pacientů, včetně jejich práva na autonomii a informované rozhodování. Respektování autonomie pacienta je základním principem paliativní péče, kde by se jedinci, kteří čelí vážným onemocněním, měli aktivním způsobem podílet na rozhodování o své péči a preferencích léčby (Institut pro sociální politiku a výzkum, 2018). Legislativa může specifikovat postupy pro získání informovaného souhlasu, práva pacientů odmítnout nebo přerušit léčbu a důležitost plánování péče předem. Týmy paliativní péče v českých nemocnicích musí sladit své postupy s těmito právními požadavky a zajistit, aby pacienti měli potřebné informace, aby mohli činit informovaná rozhodnutí o své péči. (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011)

Ochrana dat a soukromí pacientů

V éře digitalizované zdravotní péče jsou legislativní faktory související s ochranou dat a soukromím pacientů nanejvýš důležité. Zákony jako GDPR v Evropské unii stanovují přísné standardy pro shromažďování, uchovávání a sdílení informací o pacientech, včetně údajů souvisejících s paliativní péčí. (Wolford, 2018) Týmů paliativní péče v českých nemocnicích musí zavést robustní opatření na ochranu dat, provést zabezpečení elektronických zdravotních záznamů a zajistit zachování soukromí pacientů ve všech aspektech péče. Pochopení a dodržování zákonů o ochraně údajů je zásadní pro právní a etické postupy v oblasti zdravotní péče. (Dubovecká, 2023)

Požadavky na školení a vzdělání

Legislativa může specifikovat požadavky na školení a vzdělání pro zdravotnické pracovníky zapojené do paliativní péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2022). To zahrnuje rozvoj specializovaných školicích programů, mandátů dalšího vzdělávání a certifikačních procesů pro poskytovatele paliativní péče. Týmů paliativní péče v českých nemocnicích musí splňovat tyto požadavky na školení a vzdělávání, aby bylo zajištěno, že jejich členové jsou dobře vybaveni pro poskytování vysoce kvalitní péče. Neustálý profesní rozvoj je nezbytný pro udržení kroku s pokrokem v paliativní péči a pro udržení souladu s legislativními očekáváními. (Adlerová, 2023)

Etické standardy a profesionální kodexy chování

Profesní etika a kodexy chování stanovené lékařskými a zdravotnickými asociacemi jsou vlivnými legislativními faktory, které řídí chování zdravotnických pracovníků, včetně pracovníků v týmech paliativní péče v českých nemocnicích (Inovace VOV, nedatováno). Dodržování etických standardů zajišťuje, že paliativní péče je poskytována bezúhonným způsobem, s respektem k důstojnosti a se závazkem k hodnotám zaměřeným na pacienta. Týmů paliativní péče by měly sladit své postupy s etickými zásadami, včetně poctivosti, transparentnosti a zaměření na blaho pacienta. Pravidelné školení a vzdělávání o etických aspektech zajišťují, že zdravotničtí pracovníci v týmech paliativní péče zvládají složitá etická dilemata citlivě a kompetentně. (Zákon č. 372/2011 Sb., 2011)

4.1.6 Ekologické faktory

Odpadové hospodářství ve zdravotnictví

Zdravotní činnost vytváří značné množství odpadu, včetně nebezpečných a zdravotně nezávadných materiálů. Týmy paliativní péče, stejně jako všichni poskytovatelé zdravotní péče, přispívají k tomuto toku odpadu skrze různé činnosti jako je podávání léků, používání lékařského vybavení a postupy péče o pacienty. Efektivní postupy nakládání s odpady jsou nezbytné pro minimalizaci dopadu na životní prostředí (Horník, 2024). Implementace strategií snižování odpadu, recyklačních programů a řádné likvidace lékařského odpadu jsou zásadní aspekty ekologické odpovědnosti. Týmy paliativní péče by měly spolupracovat s vedením českých nemocnic, aby bylo zajištěno dodržování ekologických předpisů a norem upravujících nakládání s odpady ze zdravotnictví. (Krajská hygienická stanice, 2013)

Projektování zelených budov a infrastruktury

Fyzická infrastruktura zdravotnických zařízení, včetně těch, kde sídlí týmy paliativní péče, může mít trvalý dopad na životní prostředí. Principy návrhu zelených budov se zaměřují na vytváření energeticky účinných, k životnímu prostředí šetrných struktur, které podporují zdravější a udržitelnější životní prostředí. (Ježková, 2023) Při zakládání nebo renovaci zařízení pro paliativní péči může začlenění postupů zelených budov přispět ke snížení spotřeby energie, zlepšení kvality vnitřního vzduchu a celkově udržitelnost životního prostředí. Integrace zelených ploch a optimalizace přirozeného osvětlení v prostředí paliativní péče může provést zlepšení ekologického aspektu pečovatelského prostředí. (Machytková, 2021)

Udržitelná doprava

Činnosti, které souvisejí s dopravou jako je převoz pacientů a dojíždění zdravotnických pracovníků přispívají k ekologickému dopadu služeb paliativní péče (Machytková, 2021). Implementace udržitelných dopravních postupů jako je propagace veřejné dopravy, spolujízdy nebo používání elektrických vozidel, může snížit uhlíkovou stopu spojenou s cestováním. Týmy paliativní péče mohou spolupracovat se správci nemocnic v České republice na vývoji dopravní politiky, která upřednostňuje udržitelnost. To zahrnuje zvážení dopadu na životní prostředí při zajišťování převozu pacientů a povzbuzování zaměstnanců, aby přijali ekologické možnosti dojíždění. (Kancelář zdravotního pojištění, 2023)

Obnovitelné energie

Zavádění obnovitelných zdrojů energie ve zdravotnických zařízeních je významným ekologickým faktorem. Nemocnice v České republice i zvolené zařízení, včetně těch s týmy paliativní péče, mohou přejít na obnovitelné zdroje energie jako je solární nebo větrná energie, aby se snížila závislost na neobnovitelné energii. (Zdravotnický deník, 2022) Prosazování a účast na nemocničních iniciativách pro přechod na obnovitelné zdroje energie je v souladu s ekologickou odpovědností. Týmy paliativní péče mohou přispět k celkovému snížení uhlíkové stopy zdravotnického sektoru podporou přijetí udržitelných energetických postupů. (Ježková, 2023)

Uhlíková stopa v rámci paliativní péče

Uhlíková stopa zdravotnických činností, včetně činností spojených s paliativní péčí, je kritickým ekologickým faktorem. Emise související s cestováním, spotřeba energie a dopad výroby lékařského vybavení na životní prostředí přispívají k celkové uhlíkové stopě zdravotnických služeb. (Machytková, 2021) Týmy paliativní péče mohou prozkoumat možnosti telemedicíny a virtuální konzultace, aby minimalizovaly potřebu cestování a snížily související emise uhlíku. Hodnocení a výběr energeticky účinného lékařského vybavení a technologií navíc přispívá ke snížení celkové uhlíkové stopy služeb paliativní péče. (Steindal et al., 2023)

4.1.7 Shrnutí PESTLE analýzy

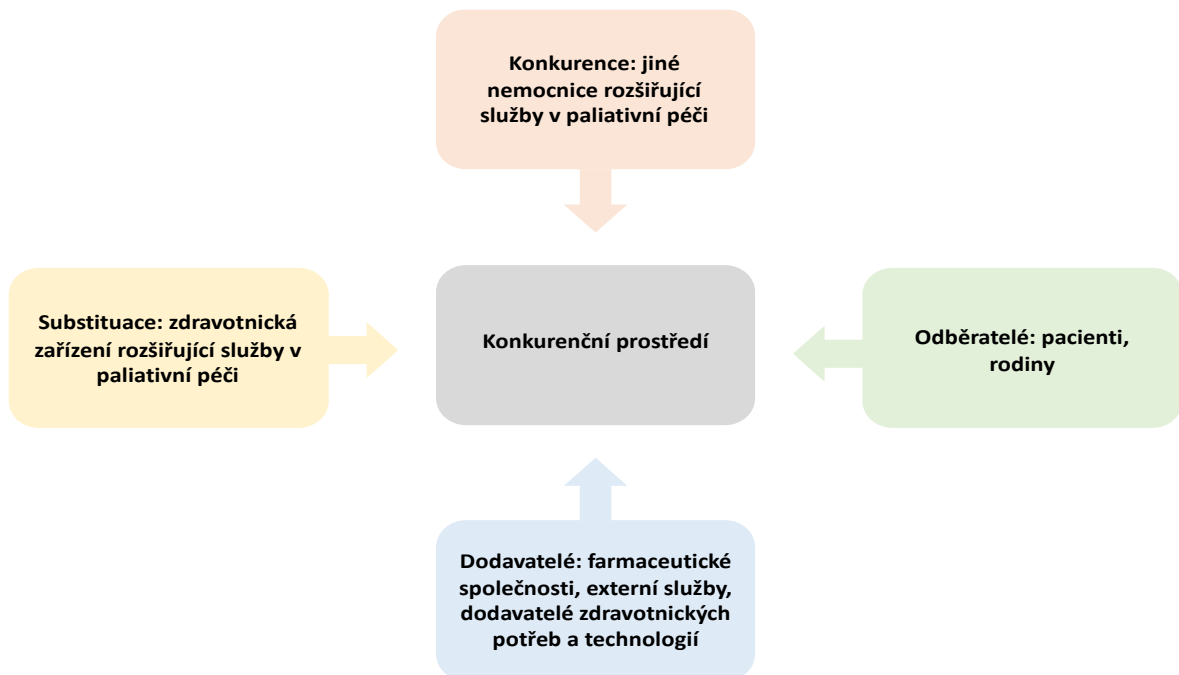
Z politické stránky věci lze vidět, že se v posledních letech Česká republika i moderní zdravotnictví ve světě věnuje problematice paliativní péče a s tím spolu souvisí i finanční stránka věci. Jak ohledně dotací a zdrojů financování, tak je ukotveno v rámci výkonů u pojišťoven a tyto výkony jsou hrazeny se stoupajícím trendem navyšováním úhrad, který je zřejmý v ekonomické části této analýzy. Výdaje na zdravotnictví a léčebnou péči se neustále zvyšují, nejen na vrub rostoucích cen za materiál, energii, lidské zdroje aj., ale i nové medicínské postupy. Tím se zvyšuje kvalita poskytované péče a s ní se přímou úměrou zvyšuje doba dožití. Paliativní péče se zabývá otázkou tzv. marné léčby, tedy léčby minimálně účinné, která již pacientovi nepřináší žádný benefit. Tím je možné snížit i náklady za další „zbytečnou léčbu“.

Paliativní péče je ukotvena v zákonech s existujícími standardy pro různé druhy této péče, spolu s potřebným vzděláním, především v komunikaci. Sociální stránka věci řeší etiku

umírání, která není jednoduchá, ale je třeba k ní přistupovat s rozvahou a respektem kvůli vyznání, kultuře nebo třeba zvyklostem v rodinách.

4.2 Porterova analýza

Je to konceptuální rámec, který slouží k analýze konkurenčních sil působících v daném průmyslu. Těmito silami jsou konkurenční rivalita, síla odběratelů, síla dodavatelů a hrozba substituční produktů nebo služeb. Porozumění těmto silám pomáhá předvídat možné změny v odvětví a umožňuje firmám lépe formulovat své strategie, aby mohly efektivněji reagovat na konkurenční tlaky a optimalizovat své postavení na trhu. Tím se vytváří lepší prostředí pro rozdělení ekonomické hodnoty mezi různé aktéry v průmyslu. (Harvard Business Institute, nedatováno)



Obrázek 2 Trendy Porterův model pro NEMFM (vlastní zpracování)

4.2.1 Konkurence

Je nezbytné, abychom pečlivě zvážili potenciální konkurenci v oblasti poskytování paliativní péče, kterou představují tři významné nemocnice v Moravskoslezském kraji. Tyto nemocnice již mají své vlastní paliativní týmy, což naznačuje významnou angažovanost v oblasti péče o pacienty s pokročilými onemocněními. Mezi tyto instituce patří Nemocnice v Havířově a Opavě, přičemž nemocnice v Opavě je dokonce vybavena samostatným

paliativním oddělením. Tyto nemocnice již úspěšně provozují své paliativní týmy, což je důkazem jejich schopnosti poskytovat komplexní péči v tomto náročném oboru. Paliativní péče je v Slezské nemocnici v Opavě dostupná již od roku 2016 a to v podobě samostatného oddělení s vlastním týmem odborníků. Druhá zmiňovaná nemocnice, nacházející se v Havířově, začala s poskytováním paliativní péče prostřednictvím svého paliativního týmu od roku 2018, což svědčí o rostoucím povědomí o důležitosti této formy péče. Fakultní nemocnice v Ostravě má zase dlouhou historii v oblasti paliativní péče, zejména na svém onkologickém oddělení. Jejich dlouholeté zkušenosti a odborné znalosti vytvářejí solidní základ pro poskytování péče pacientům s pokročilými onemocněními. Tato skutečnost zdůrazňuje význam neustálého rozvoje a zdokonalování služeb, které tyto nemocnice poskytují, aby mohly lépe reagovat na rostoucí poptávku po paliativní péči v regionu a zajistit tak maximální pohodlí a podporu pro své pacienty v jejich těžkých časech. Tento konkurenční prostředí rovněž poskytuje podnět k neustálému zdokonalování a inovacím ve zlepšování péče, což může být pro zlepšení kvality péče o pacienty v této oblasti velmi prospěšné.

4.2.2 Síla zákazníků

Zákazníci této organizace, kterou je nemocnice ve Frýdku-Místku, představují skupinu pacientů, kteří nejenže vyžadují péči, ale také touží po vynikajících službách poskytovaných zkušeným a kvalifikovaným personálem. Nemocnice se zásadně zaměřuje na individuální přístup k pacientům a snaží se co nejvíce přizpůsobit zdravotnické služby jejich konkrétním potřebám a preferencím.

Jednou z významných charakteristik této nemocnice je schopnost pružně reagovat na veškeré změny a situace, které se mohou v průběhu léčby objevit. Bez ohledu na nečekané události je tým nemocnice připraven poskytnout pacientům adekvátní péči a podporu.

Komunikace s pacienty a jejich rodinami je pro nemocnici prioritou. Jsou otevření a transparentní v informování o možnostech léčby, nových léčebných postupech a využívání nejmodernějších technologií a inovativních diagnostických metod. Tímto způsobem se snaží zajištění nejen kvalitní péče, ale i informovaného rozhodování pacientů a jejich rodinných příslušníků.

4.2.3 Síla dodavatelů

V nemocničním prostředí se podílí mnoho dodavatelů, kteří mají zásadní postavení v poskytování špičkové péče. Mezi tyto dodavatele patří farmaceutické společnosti,

dodavatelé zdravotnického materiálu a technologie nezbytné pro fungování nemocnic a péči o pacienty. Neméně nezbytná je spolupráce s dodavateli externích služeb, jako jsou prádelna, servis a dodavatelé energií.

Důležitým prvkem jsou také dodavatelé technologických řešení, jako jsou systémy elektronických zdravotních záznamů, telemedicínské platformy a komunikační nástroje. Tyto technologie výrazně zvyšují efektivitu a koordinaci péče a mají vliv na technologickou infrastrukturu nemocnic. Dodavatelé infrastruktury, podílející se na výstavbě a rekonstrukci zařízení pro zdravotní péči. Jejich práce ovlivňuje design, funkčnost a prostředí nemocničních prostor.

Dalším aspektem je i role organizací nabízejících školicí a vzdělávací programy v oblasti paliativní péče, které přispívají k neustálému zdokonalování znalostí a dovedností zaměstnanců nemocnic. Nemocnice ve Frýdku-Místku volí nejčastěji dodavatele s nejlepší kvalitou služeb za optimální cenu.

4.2.4 Síla substituce

Vliv substitucí v Moravskoslezském kraji není bezvýznamný, ale zároveň není přehlížen. I přes existenci paliativních oddělení, mobilních hospiců a stacionárních hospiců v regionu není vždy možné přesunout pacienty v terminální fázi onemocnění z akutní péče. V mnoha případech se přechod do prostředí paliativní péče nebo hospice může jevit jako obtížný nebo nepřijatelný krok pro pacienty a jejich rodiny. Proto je nezbytné zvážit dostupnost a rozmanitost služeb poskytovaných ve Frýdku-Místku, aby bylo možné lépe reagovat na individuální potřeby pacientů v různých fázích jejich onemocnění. V této souvislosti je klíčové, aby byl k dispozici kvalifikovaný paliativní tým, který bude schopen flexibilně reagovat na tyto specifické potřeby a poskytovat péči a podporu nejen pacientům, ale i jejich rodinám v náročných časech. Tímto způsobem se může zlepšit celková kvalita péče a života pacientů v této oblasti.

4.2.5 Shrnutí Porterovy analýzy

V oblasti poskytování paliativní péče v Moravskoslezském kraji se vytváří zajímavá konkurenční scéna, kde hlavní roli hrají tři významné nemocnice – Havířovská nemocnice, Slezská nemocnice v Opavě a Fakultní nemocnice v Ostravě. Každá z těchto institucí disponuje vlastním paliativním týmem a specializovanými službami. Tato soutěžní dynamika přináší neustálé inovace a zdokonalování péče, což má pro pacienty v regionu zásadní význam.

Ve Frýdku-Místku se nemocnice zavázala k poskytování služeb na vysoké úrovni, kladoucí důraz na individuální přístup a rychlou reakci na potřeby pacientů. Jejich schopnost přizpůsobit se nečekaným situacím a transparentní komunikace s pacienty a jejich blízkými zvyšuje kvalitu poskytované péče.

Díky dobrému financování, lékařským kapacitám, spoluprací s dodavateli zdravotnických produktů a technologií, a taktéž s organizacemi poskytujícími vzdělávací programy a se tato nemocnice drží na špičkové úrovni péče.

Zásadní je mít k dispozici kvalifikovaný paliativní tým, který bude schopen flexibilně reagovat na specifické potřeby pacientů a poskytovat péči a podporu nejen jim, ale i jejich rodinám. Tímto způsobem může Frýdek-Místek dosáhnout vylepšení celkové kvality péče a života pacientů v této oblasti, čímž si upevní svou pozici jako přední poskytovatel paliativní péče v regionu.

4.3 SWOT analýza

Metodou SWOT analýzy byly identifikovány silné (ang: Strengths) a slabé (ang: Weaknesses) stránky vybraného zařízení, ale také příležitostí (ang: Opportunities) a hrozeb (ang: Threats), spojených s naším projektem, v tabulce 3 je vše pro přehlednost zobrazeno.

Tabulka 3 SWOT analýza (vlastní zpracování)

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
<ul style="list-style-type: none">• Podpora vedení nemocnice a MSK jako zřizovatele• Poloha a spádovost nemocnice• Poptávka• Návaznost služeb• Možné prostory pro zázemí paliativního týmu	<ul style="list-style-type: none">• Nedostatek specialistů v oblasti paliativní péče• Komunikace• Nepřízpůsobené prostory pro pacienta v terminálním stádiu a jeho blízké
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
<ul style="list-style-type: none">• Rozvoj služeb• Spolupráce na výzkumu• Zlepšení komunikace• Iniciativy v oblasti vzdělávání veřejnosti• Snížení počtu rehospitalizací a uvolnění akutních lůžek	<ul style="list-style-type: none">• Migrace zdravotnického personálu• Financování• Regulace• Nespolupráce rodiny

4.3.1 Silné stránky

Podpora vedení nemocnice a MSK jako zřizovatele

K silným stránkám patří podpora současného vedení nemocnice a jejího zřizovatele. Moravskoslezský kraj jako zřizovatel našeho zdravotnického zařízení se v posledních letech zaměřil na podporu paliativní péče, kdy ve své koncepci pro roky 2020–2025. Cíle koncepce usilují o dostupnost a kvalitu této péče, o její rozvoj a podporu. Zároveň se snaží o podporu vzdělávání v této oblasti a financování. (Halfarová et al., 2020)

Poloha a spádovost nemocnice

Frýdecko-místecká nemocnice patří k páteřní síti zdravotnických zařízení v kraji. Spádovou oblast představuje město Frýdek-Místek a s ním související region Podbeskydí. Jedná se o cca 150 000 obyvatel. Některé obory, jako např. kardiologie, revmatologie, oftalmologie, pneumologie a gastroenterologie, pak zajišťují péči nadregionálního charakteru, odhadem až 400 000 lidí. Počet hospitalizovaných pacientů v roce 2022, dle výroční zprávy nemocnice, činil 17 659 pacientů. (Zpráva o činnosti 2022, 2023)

Poptávka

Moravskoslezský kraj je čtvrtým nejlidnatějším krajem v ČR (k 31.12.2022) tabulka 4. Obyvatelstvo celkově stárne, jak lze vidět v grafu 5. Podíl poproduktivní složky obyvatelstva je od roku 2008 vyšší než podíl předproduktivní složky a neustále se zvyšuje. Od roku 2001 se v Moravskoslezském kraji naděje na dožití při narození zvýšila u mužů o 3,9 let a u žen o 3,0 let. Mezi nejčastější příčiny smrti v Moravskoslezském kraji patří nemoci oběhové soustavy a novotvary, zejména kolorektální karcinom. Třetí nejčastější příčinou smrti jsou onemocnění dýchací soustavy. Z hlediska místa úmrtí docházelo v roce 2017 nejčastěji k úmrtím ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (více než 60 %). (Halfarová et al., 2020)

Pacienti vyžadující paliativní péči trpí především následujícími onemocněními a stavy v pokročilých stádiích (onkologické onemocnění, neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, amyotrofické laterální sklerózy, konečná stádia chronických orgánových onemocnění: chronické srdeční, plicní, renální nebo jaterní selhání, CHOPN, polymorbidní geriatričtí pacienti, pacienti v perzistujícím vegetativním stavu. Paliativní péče má být k dispozici všem pacientům s nevléčitelným onemocněním, kdy byly vyčerpány všechny možnosti léčby, a to bez ohledu na lékařskou

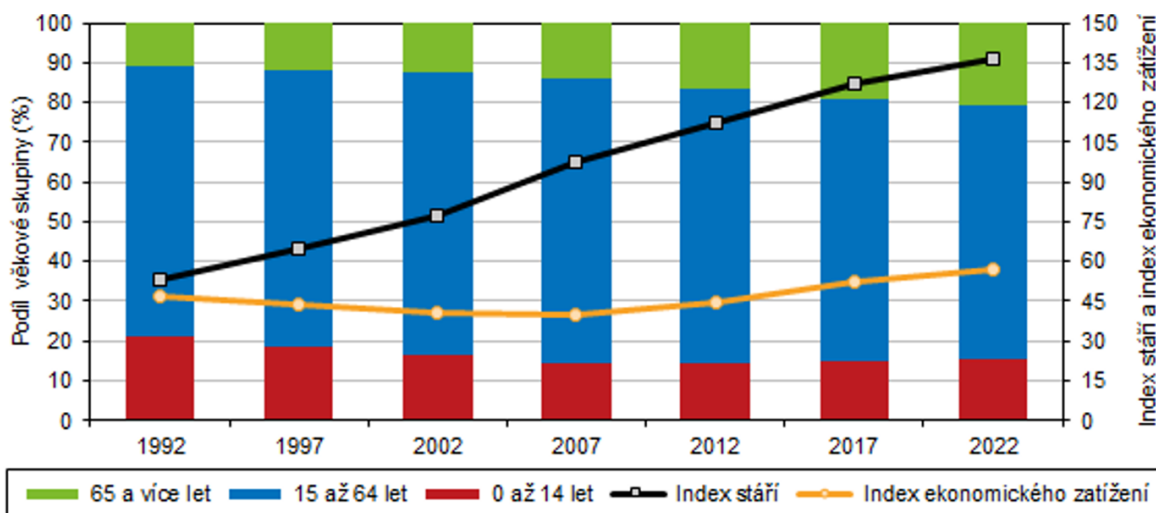
diagnózu. Nejčastěji je paliativní péče poskytována pacientům v pokročilém a konečném stádiu nevléčitelných chorob. Prognóza úmrtí těchto pacientů je v řádu týdnů podle vývoje a průběhu onemocnění, komplikací a celkového zdravotního stavu (např. stavu vědomí, výživy aj.).

Tabulka 4 Věkové složení obyvatel podle krajů k 31.12.2022 (ČSÚ, 2023)

ČR, kraje	Počet obyvatel celkem	v tom ve věku (%)			Průměrný věk	Index stáří ⁽¹⁾	Index ekonomického zatížení ⁽²⁾
		0–14 let	15–64 let	65 a více let			
Česká republika	10 827 529	16,2	63,4	20,4	42,6	126,1	57,6
Hl. m. Praha	1 357 326	16,1	65,1	18,8	41,7	116,4	53,6
Středočeský	1 439 391	18,0	63,4	18,6	41,3	103,5	57,8
Jihočeský	652 303	16,0	62,7	21,3	43,1	132,8	59,4
Plzeňský	605 388	15,7	63,8	20,5	42,8	130,6	56,8
Karlovarský	293 595	15,1	63,8	21,1	43,4	139,5	56,6
Ústecký	812 337	15,9	63,7	20,4	42,6	128,5	57,0
Liberecký	449 177	16,3	63,0	20,7	42,6	127,0	58,7
Královéhradecký	555 267	15,7	62,0	22,3	43,5	141,6	61,4
Pardubický	528 761	16,2	63,0	20,8	42,7	128,5	58,7
Vysočina	514 777	15,9	62,9	21,2	43,1	133,2	58,9
Jihomoravský	1 217 200	16,5	63,2	20,3	42,5	123,6	58,3
Olomoucký	631 802	15,8	62,7	21,5	43,3	136,3	59,5
Zlínský	580 531	15,4	62,9	21,7	43,6	141,0	58,9
Moravskoslezský	1 189 674	15,3	63,7	20,9	43,3	136,6	56,9

¹⁾ poměr počtu osob ve věku 65 a více let na 100 osob ve věku 0 až 14 let

²⁾ poměr počtu osob ve věku 0 až 14 let a 65 a více let na 100 osob ve věku 15 až 64 let



Graf 5 Věková struktura obyvatel MSK k 31.12.2022 (ČSÚ, 2023)

Návaznost služeb

Přítomnost zdravotnických služeb a specializací v tomto zařízení poskytuje příležitosti pro integraci paliativního týmu s těmi stávajícími. Paliativní tým může a měl by spolupracovat s různými poskytovateli zdravotní péče, specialisty a podpůrnými

službami a vytvořit tak pro pacienty holistický a bezproblémový přístup (Perinatální ztráta, nedatováno). Integrace paliativní péče do kontinua péče zajišťuje, že jednotlivci, kteří čelí vážným onemocněním, obdrží komplexní podporu přizpůsobenou jejich jedinečným potřebám v různých fázích jejich nemoci.

Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o spolupracuje se dvěma okolními hospici – Hospicem sv. Lukáše v Ostravě (30 lůžek) a Hospicem ve Frýdku-Místku (27 lůžek). Ke spolupracujícím poskytovatelům paliativní péče s frýdecko-místeckou nemocnicí patří (dle spádovosti) Charita F-M, Komplexní zdravotní péče Šebestová s.r.o a Andělé stromu života p.s – mobilní hospic.

Možné prostory pro zázemí paliativního týmu

V roce 2015 byla dokončena výstavba nového pavilonu. Tímto došlo k přesunu operačních sálů a všech operačních oborů, což vedlo k uvolnění místa v dalších částech nemocnice. Tyto prostory se nyní postupně rekonstruuji a vytvářejí se zde nové ambulance. Je zde také potenciál pro vznik paliativního týmu a možnost rozšíření dalších souvisejících služeb.

4.3.2 Slabé stránky

Nedostatek specialistů v oblasti paliativní péče

Česká republika se potýká s nedostatkem zdravotnických pracovníků se specializovaným vzděláním v paliativní péči. Nedostatek specialistů na paliativní péči, včetně lékařů, sester a dalších zdravotníků je významnou slabinou, která brání poskytování vysoce kvalitní paliativní péče. K řešení daného problému by mělo být větší úsilí zaměřeno na rozvoj iniciativ, které přilákají a udrží specialisty jako je nabídka vzdělávacích pobídek, vytváření specializovaných školicích programů a poskytování příležitostí k profesnímu rozvoji. Bez adekvátní pracovní síly může být ohrožena schopnost uspokojit rostoucí poptávku po službách paliativní péče. (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Co se týče frýdecko-místecké nemocnice, v oblasti paliativní péče doposud nemá vyškoleného ani jednoho lékaře a sestru.

Komunikace

Další významnou slabinou je překonávání jazykových bariér a komunikačních problémů mezi zdravotníky a pacienty v nemocnici ve Frýdku-Místku. Vzhledem k tomu, že každý pacient je obklopen množstvím odborníků z různých oborů, každý klade důraz na jiné

aspekty péče. To může vést k neúplné výměně informací a způsobovat nedorozumění, což následně brání navázání důvěry mezi zúčastněnými stranami. Na jazykovou bariéru v této nemocnici nejčastěji narážíme v důsledku přílivu imigrantů z Ukrajiny viz tabulka 5.

Tabulka 5 Cizinci v Moravskoslezském kraji (Szabo, 2023)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Cizinci celkem	23 702	23 924	24 493	25 547	26 435	27 987	28 902	27 635	29 147	56 258
muži	14 600	14 796	15 075	15 764	16 309	17 322	17 910	16 194	16 943	27 052
ženy	9 102	9 128	9 418	9 783	10 126	10 665	10 992	11 441	12 204	29 206
v tom ve věku (%):										
0–14 let	7,4	7,4	7,6	7,9	7,7	7,7	7,7	8,3	8,1	17,5
15–64 let	84,8	84,5	84,1	83,7	83,7	83,7	83,3	82,4	82,9	75,6
65 a více let	7,8	8,1	8,3	8,4	8,5	8,6	9,0	9,3	9,0	6,8
Podíl cizinců na počtu obyvatel (%)	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,3	2,5	4,7
Státní občanství ze zemí EU ¹⁾	14 730	15 243	15 724	16 320	16 763	17 379	17 946	15 393	15 071	15 299
Slovensko	7 338	7 703	8 089	8 503	8 811	9 193	9 539	8 879	8 744	8 926
Polsko	5 303	5 325	5 369	5 417	5 462	5 551	5 580	4 086	3 908	3 907
Bulharsko	416	421	437	450	460	503	549	512	522	547
Německo	353	387	383	384	393	394	396	368	352	343
z ostatních zemí	8 972	8 681	8 769	9 227	9 672	10 608	10 956	12 242	14 076	40 959
Vietnam	4 658	4 385	4 286	4 326	4 378	4 360	4 340	4 376	4 441	4 660
Ukrajina	1 255	1 200	1 236	1 338	1 397	1 687	2 276	2 837	3 928	29 921
Korejská republika	617	610	706	802	770	855	762	825	835	907
Rusko	466	449	475	481	481	533	549	617	734	744

Jedním z největších medicínských „oříšků“, který představuje náročnou situaci jak pro pacienty samotné, tak pro jejich lékaře, je sdělování závažných zpráv. Proces sdělování závažných zpráv je důležitou komunikační kompetencí a dovedností každého profesionála. Univerzální návod, jak postupovat neexistuje. Informace, že je člověk vážně nebo dokonce nevléčitelně nemocný je pro pacienta šok. Závažné onemocnění je vždy spojeno s utrpením, a to jak s fyzickým, tak s psychickým.

Závažná zpráva je definována jako informace, která zásadně mění pacientovo nahlížení na jeho budoucnost, a vede k významné kognitivní, behaviorální a emocionální odpovědi. Přijetí takové informace pacientem je signifikantně ovlivněno jeho vnímáním, očekáváními, předchozími zkušenostmi a dalšími psychosociálními faktory. Forma, jakou pacient závažnou zprávu obdrží, má významný vliv na následnou spolupráci a vzájemnou důvěru mezi lékařem a pacientem. (Mechúrová, 2022)

Studenti medicíny a nelékařských oborů jsou stále v oblasti komunikace nedostatečně připravováni do praxe. Východiskem je pak absolvování odborných kurzů a stáží zaměřených na tuto problematiku.

Nepřizpůsobené prostory pro pacienta v terminálním stádiu a jeho blízké

Jako velký problém vnímám prostory pro pacienta v terminálním stádiu. Nemocniční pokoje jsou často třílůžkové, obložnost je velká a díky tendenci zkracující se délky hospitalizace je také vysoká fluktuace pacientů. Je tak obtížné zajistit pacientovi v terminálním stádiu vhodné podmínky, které jeho zdravotní stav vyžaduje, jako např. klid, ticho aj. Stejně tak není vždy možné zajistit příbuzným pobyt u lůžka v jejich časové potřebě. Současnou možností je umístění takového pacienta na jednolůžkový max. dvoulůžkový pokoj, kdy v tomto případě by ležel s „vhodným pacientem“. Řešením tohoto problému by bylo zřízení několika paliativních lůžek např. na LDN nebo i samostatné stanice.

4.3.3 Příležitosti

Rozvoj služeb

V rámci rozvoje služeb nemocnice vidím příležitost např. v psychosociálně-duchovní podpoře, v poradenství pro pozůstalé. Možnosti využití technologií. Česká republika je svědkem stálého technologického pokroku ve zdravotnictví. To představuje příležitost pro týmy paliativní péče využít technologii ke zlepšení poskytování služeb. Řešení telemedicíny, elektronických lékařských záznamů a mobilních zdravotních aplikací mohou přispět ke zlepšení dostupnosti, komunikace a koordinace mezi členy týmu (Tang, Reddy, 2022). Technologický pokrok umožňuje paliativnímu týmu v nemocnici v NEMFM oslovit pacienty a rodiny v různých geografických lokalitách kraje a nabízet podporu a konzultace na dálku. Součástí ambulantní péče je také telefonická podpora pečujících v případě nedostupnosti domácího hospice.

Nemocnice ve Frýdku-Místku má také příležitost zapojit svůj nově založený paliativní tým do místní komunity skrze cílené iniciativy, které provádí ve spolupráci jako například s ADROU jako je SETKAVÁRNA. Dále s organizacemi pro seniory, střední zdravotnickou školou.

Spolupráce na výzkumu

Možné partnerství se vzdělávacími institucemi umožňuje týmu přispívat ke znalostní základně, účastnit se klinických výzkumů a ovlivňovat politická rozhodnutí. Spolupráce ve výzkumu podporuje neustálé zlepšování, inovace a vývoj osvědčených postupů v paliativní péči, což v konečném důsledku zlepšuje průběh a výsledky péče.

Zlepšení komunikace

Efektivní komunikace je předpokladem úspěchu léčby a poskytované péče. Součástí verbální komunikace je i komunikace neverbální, které nesmějí být opomenuty. Úprava zevnějšku – lidé nedbající na svůj zevnějšek, vzbuzují u druhých nejistotu a pochyby.“ Výraz tváře nejsilněji odráží emoční stav a prožívání. „Neschopnost vytvořit vhodný výraz obličeje může být součástí symptomatologie některých nemocí.“. Očima zahajujeme sociální kontakt, např. zvednutí obočí nebo přímý pohled může být v jiných kulturách vnímán jako hostilní nebo urážlivý. Důležitou roli v komunikaci má také haptika – dotek. Absolvováním komunikačních kurzů dojde ke zlepšení komunikace i s ostatními pacienty, jejich příbuznými a také mezi zdravotníky, což výrazně zlepší obraz nemocnice. (Špatenková, Králová, 2009)

Iniciativy v oblasti vzdělávání veřejnosti

Možnost rozvíjet a realizovat vzdělávání pro zdravotníky, rodiny a veřejnost je významnou posilou pro význam tohoto projektu. Školící programy, workshopy a semináře mohou zlepšit dovednosti a znalosti zdravotnických pracovníků v nemocnici a zajistit kompetentní pracovní sílu schopnou poskytovat specializovanou paliativní péči (Ministerstvo zdravotnictví, 2022).

Snížení počtu rehospitalizací a uvolnění akutních lůžek

Výzkumy jasně ukazují, že pokud je pacient ke konziliu paliativního týmu indikován v prvních dnech hospitalizace, je přínos paliativní intervence významnější jak stran přínosu pro pacienta, tak stran ekonomické úspory pro zdravotnické zařízení. (Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady, 2020) Umožňuje lepší dlouhodobé plánování a snižuje riziko návštěvy urgentního příjmu či neplánované opakované hospitalizace v posledních měsících života.

4.3.4 Hrozby

Migrace zdravotnického personálu

Všeobecně velkou hrozbou je migrace kvalifikovaného personálu. V současné době lze pozorovat několik trendů ve zdravotnictví, co se týče lidských zdrojů. Patří sem například zvyšování průměrného věku lékařů a NLZP, feminizace oboru, nedostatek pracovních sil a útlum či naopak rozmach některých oborů. K dalším důvodům patří finance, přesčasová práce, ale i složité podmínky působící na psychiku zaměstnanců.

Mezi jednotlivými státy jsou z hlediska migrační přitažlivosti pro kvalifikované pracovníky značné rozdíly. Pro migranty z kontinentální západní Evropy bývá přitažlivá především Velká Británie a USA. Po rozšíření EU odcházejí kvalifikovaní pracovníci z nových členských zemí do států staré Evropy. Odhadem nové členské státy přišly o 10 % svých nejkvalifikovanějších mladých lidí. (Vavřina, 2017)

Jak je i výše zmíněno, v pomáhajících profesích se velmi často setkáváme s burn-out syndromem. Ten byl v minulosti spojován s narkomany, kteří byli již v chronickém stádiu, v pozdější době se začal objevovat u pracujících lidí, jenž se projevovali zoufalstvím a bezmocí. Syndrom vyhoření se projevuje jako chronický stres, který člověka vede k fyzickému a emocionálnímu vyčerpání, mohou se objevit i pocity méněcennosti či nedostatek úspěchů. Pokud se člověk blíží k syndromu vyhoření, tak již není schopen fungovat ve své profesní roli a často ani v té osobní. (Houšková, 2022)

Financování

Svízelnost spočívá především ve financování dlouhodobé a následné péče, které je nedostatečné pro potřeby hospicového stylu práce, odborné a především eticko filozofické nepřipravenosti personálu, ztotožnění paliativní péče v představách mnoha organizátorů s pouhým úsporným odstupováním od „neúčelných“ výdajů na „marné pacienty“, velkém zjednodušení tzv. dlouhodobé péče včetně nadměrné demedicalizace s minimalizací až ohrožením lékařské a mnohdy i kvalifikované ošetrovatelské péče, které jsou nadměrně nahrazovány péčí nízkokvalifikovaného personálu nedostatečným pochopením jednotlivých klientů, v nedostatečné individualizaci a personalizaci přístupu a péče podcenění či nepochopení významu animace, pozitivních obohacení, plnění přání a „snů“ umírajících lidí. (Kalvach, 2011)

Regulace

Regulační prostředí ve zdravotnictví podléhá neustálým změnám a dodržování vyvíjejících se předpisů může představovat problémy. Dodržování regulačních požadavků, získávání nezbytných kvalifikací a navigace ve složitých byrokratických procesech může být časově i finančně náročné (NKÚ, 2023). Je nutné zabezpečit, aby se proaktivním způsobem řešily problémy s dodržováním předpisů a uskutečňovat spolupráci s regulačními orgány, aby provedly zajištění, že jejich služby budou v souladu s aktuálními právními a etickými standardy.

Nespolupráce rodiny

Přirozenou reakcí rodiny a přátel jsou obavy, že se nedokážou s touto mezní situací vyrovnat. Nevědí, co budou říkat, do jaké míry mají projevit své city a také si neumějí představit, jak zvládnou projevy pacientovy nemoci, zda dokážou být pacientovi oporou. V domácím prostředí se významně počítá s aktivní pomocí pacientových blízkých, a proto není tato forma péče vhodná pro všechny umírající. Rodina je skvělým nástrojem pro posílení autonomie pacienta. Zapojení členů rodiny a blízkých je nedílnou součástí do plánování péče, ale také výbornou školou multidisciplinární spolupráce.

4.3.5 Shrnutí SWOT analýzy

Z analýzy SWOT vyplývá, že mezi silné stránky patří rostoucí počet stárnoucí populace, rozvinutý zdravotní systém v České republice a jistota profesionálně poskytované péče. Naopak slabé stránky zahrnují nedostatek specialistů na paliativní péči, špatnou komunikaci mezi spolupracovníky v nemocnici a stále se rozvíjející financování. Příležitostí je zapojení komunit do tohoto procesu, minimálně pro zvýšení povědomí o této problematice. Dále existuje možnost budoucí spolupráce, která umožní získání zkušeností z praxe pro další zájemce v řadách odborné i neodborné společnosti. Největší hrozbou je nedostatek zaměstnanců, kteří by mohli provádět tuto i jinou péči.

5 SHRUTÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI

Z těchto analýz lze konstatovat, že zřízení paliativního týmu je pro nemocnici ve Frýdku-Místku, ale i pro celý Moravskoslezský kraj nejen potřebné, ale i žádoucí. Z politického hlediska je podpora paliativní péče v souladu s rostoucím zájmem o tuto oblast jak v České republice, tak i ve světě. Finanční aspekt naznačuje, že investice do paliativní péče mohou vést ke snížení nákladů na léčebnou péči, která často souvisí s opakovanými hospitalizacemi a umělým prodlužováním života. Konkurenční dynamika mezi nemocnicemi v regionu ukazuje na prostředí, které stimuluje inovace a zlepšování služeb. Nemocnice ve Frýdku-Místku má potenciál stát se důležitou součástí v oblasti paliativní péče díky svému závazku k vysoké úrovni poskytovaných služeb a kvalitní péče o pacienty. Analýza SWOT podtrhuje potřebu rozšiřování paliativní péče v oblasti. Zdůrazňuje se stále rostoucí počet stárnoucí populace, což zvyšuje poptávku po péči a dobře rozvinutý zdravotní systém. Slabé stránky jako nedostatek specialistů a špatná komunikace vyžadují pozornost, Přesto jsou zde příležitosti pro zapojení komunit a budoucí spolupráce, které mohou přispět ke zlepšení situace. Největší hrozbou je nedostatek zaměstnanců, což je výzva, kterou je třeba řešit a v tento moment se jí lze pouze přizpůsobit.

Realizací tohoto projektu by tedy mohlo přinést výhody pro pacienty a snížit jejich trápení v terminálních etapách životů.

6 PROJEKT NA VYTVOŘENÍ PALIATIVNÍHO TÝMU

„Podle výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2013 by si 78 procent Čechů přálo zemřít doma. Děje se téměř pravý opak: nejčastěji umíráme v nemocnici (60 procent) nebo v ústavech dlouhodobé péče (9 procent).“ (Nezbeda, 2016),

Rozšířením služeb se otevírá další kapitola pro nemocnici, která posílí její renomé a slibuje zlepšení pověsti zařízení. Toto rozšíření podnítl synergii mezi jednotlivými odděleními alepší komunikaci mezi pracovníky a pacienty, stejně jako s jejich rodinami. A nejvíce důležité je to, že pomůže dožít život lidem bez bolesti.

Kvůli založení paliativního týmu se očekává snížení počtu hospitalizací a s nimi spojených nákladů. Tento krok také zvýší komfort pacientů v terminálním stádiu jejich nemoci. Cílem je, aby pacienti měli možnou péči 24/7 a nemuseli „čekat“ na místo v hospici. Tyto kroky jsou podnikány s ohledem na to, aby pacienti neměli stres navíc, a aby se tak rodinám v těchto obtížných časech ulehčilo.

Moderní zdravotnictví se neustále vyvíjí, a právě v tomto vývoji hraje paliativní péče klíčovou roli. Princip týmu paliativní péče je založen na multidisciplinárním přístupu, kdy odborníci z různých oborů spolupracují, aby každému pacientovi poskytli individuálně přizpůsobenou péči. Cílem tohoto týmu je maximalizovat kvalitu života pacientů v konečné fázi jejich nemoci.

Paliativní péče není jen o léčbě příznaků, ale o zlepšení celkové kvality života. Činnost zahrnuje průběžné hodnocení stavu a potřeb pacientů, plánování a poskytování léčby bolesti.

V souvislosti se stárnutím populace a rostoucím výskytem chronických onemocnění nabývá paliativní péče na významu. Pacienti jsou pro paliativní péči posuzováni na základě celkového posouzení jejich stavu, včetně závažnosti jejich onemocnění, symptomů, potřeb psychosociální podpory a jejich preferencí ohledně léčby a péče v závěru života.

Pacienti s pokročilým nevléčitelným onemocněním, jako jsou například pokročilé malignity, neurodegenerativní onemocnění nebo chronické plicní onemocnění jsou specifickou cílovou skupinou pro tým paliativní péče. Tento tým slouží jako podpora

a zdroj odborné péče a informací v těžkých chvílích s cílem zajistit pacientům důstojný konec života a zároveň poskytnout rodinám podporu a pomoc při zvládnání obtížné situace.

6.1 Definice mise, vize a cílů

Při projektu založení paliativního týmu v nemocnici je třeba definovat jeho misi, vizi a cíle, které poslouží jako základní směrnice pro jeho realizaci a úspěšnost.

Mise

Poskytovat komplexní paliativní péči pacientům a jejich rodinám v nemocnici tak, aby se mohli důstojně a kvalitně rozloučit se životem.

Vize

Být nemocnicí, která poskytuje komplexní paliativní péči na špičkové úrovni, která je dostupná všem pacientům bez ohledu na jejich sociální nebo ekonomické postavení.

Cíle

Projekt vytvoření paliativního týmu v nemocnici má za cíl poskytnout komplexní péči pacientům s pokročilými nevléčitelnými onemocněními a jejich rodinám. Tento tým bude zaměřen na úlevu od bolesti a podpory pro terminální stádia nemocí.

1. Zmírnit utrpení
2. Proškolit a vzdělat jak členy týmu, tak veřejnost
3. Poradenská podpora pro blízké
4. Snížit náklady za rehospitalizace

Cíle dle SMART

Specifický

Vytvoření multidisciplinárního týmu pro akutní paliativní péči, který bude schopen reagovat na specifické potřeby pacientů a jejich rodin.

Měřitelný

Do konce roku 2024 se chceme dostat do povědomí spádové oblasti nemocnice a poskytnout pilotní péči alespoň 20 pacientům. To bude sloužit jako základ pro hodnocení účinnosti a rozsahu péče.

Dosažitelný

Zajištění financování projektu od kraje, ministerstva zdravotnictví a pojišťoven.

Realistický

Cílem není prodlužování života za každou cenu, ale zajištění důstojného a bezbolestného umírání v terminálních stádiích nemocí. S rostoucím počtem starších osob v celé společnosti se zvyšuje i potřeba těchto služeb.

Časově omezený

Projekt by měl být plně funkční do konce roku 2024. V druhé polovině roku 2025 by měl být již plně samostatný a udržitelný bez pilotního režimu.

6.2 Personální zabezpečení

Výběrové řízení na zaměstnance bude probíhat takto.

Interní nábor: Předpokládá se, že požadovaný personál bude vybrán především z našich stávajících zaměstnanců. Tento výběr bude založen na jejich vzdělání, úrovni motivace a zpětné vazbě od jejich nadřízených.

Externí nábor pro lékaře specialisty: Pro lékaře se specializovaným vzděláním se musíme poohlédnout mimo naše současné zaměstnance. Tyto odborníky plánujeme získat různými metodami:

- Zveřejňování pobídek na pracovních portálech.
- Inzerce na sociálních sítích nemocnice.
- V případě potřeby zvažovat nábor nových zaměstnanců (headhunting).
- Všichni zaměstnanci, ať už jsou přijímáni interně nebo externě, musí splňovat potřebnou kvalifikaci a požadavky.

Lékař

Odborná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Dobré komunikační schopnosti.

Organizační schopnosti, samostatnost, spolehlivost, rozhodnost a odpovědnost.

Trestní a morální bezúhonnost, osobnostní předpoklady.

Znalost práce na PC.

Osobní a profesní zralost.

Ochota dále se vzdělávat.

Vzdělání a zkušenosti v oblasti paliativní péče.

Specializace v paliativní medicíně a léčbě bolesti je výhodou.

Všeobecná sestra

Odborná způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb.

Specializované vzdělání v oboru geriatricke nebo paliativní medicína.

Osobnostní a profesní zralost.

Schopnost laskavé a vlídné komunikace pacienty a jejich příbuznými.

Touha dále se vzdělávat.

Samostatnost a rozhodnost.

Psycholog

Magisterské vzdělání v psychologii.

Absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu v oboru psycholog ve zdravotnictví.

Odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb.

Zkušenosti s poskytováním paliativní péče.

Schopnost týmové práce a efektivní komunikace.

Dodržování celoživotního vzdělávání.

Sociální pracovník

Vzdělání VŠ, VOŠ se zaměřením na sociální práci.

Lidský přístup ke klientům – odolnost k psychické zátěži, vyzrálost, schopnost sebereflexe, tolerance, vlídnost, laskavost, empatie, trpělivost.

Organizační schopnosti, schopnost samostatné práce i týmové spolupráce.

Ochotu dále se vzdělávat a rozvíjet.

Výhodou je zkušenost v práci s lidmi s duševním onemocněním.

6.3 Finanční plán

Finanční analýza prezentuje rozpočet na personál, zahrnující předpokládané výdaje na jejich školení a vzdělání. Dále jsou zde přehledné tabulky, které specifikují ceny zařízení nezbytných pro provozní činnosti. Závěrečná část obsahuje odhady provozních nákladů.

Očekává se, že nemocnice podepíše kontrakty se všemi zdravotními pojišťovnami pro krytí relevantních procedurálních kódů. Tyto smlouvy, společně s granty od Ministerstva zdravotnictví České republiky a Moravskoslezského kraje, by měly tvořit hlavní zdroj příjmů.

6.3.1 Náklady na personál

Lékař 1 – do 9 let praxe, platová třída 14

Lékař 2 – do 12 let praxe, platová třída 14

Všeobecná sestra – do 6 let praxe, platová třída 11

Všeobecná sestra 2 – do 12 let praxe, platová třída 11

Psycholog – do 2 let praxe, platová třída 14

Sociální pracovník – do 6 let praxe, platová třída 11

V tabulce č. 6 jsou uvedeny měsíční mzdy a související výdaje pro tým paliativní péče, které činí 300 913 Kč měsíčně. To odpovídá ročním výdajům ve výši 3 610 956 Kč, které zohledňují pouze mzdy a nezahrnují příplatky nebo další platby, jako jsou prémie. Při započtení průměrného navýšení příplatků o 35 % by předpokládané náklady na všechny zaměstnance v rámci navrhovaného projektu činily 4 874 790,6 Kč.

Tabulka 6 Náklady na personální zabezpečení (vlastní zpracování)

Pozice	Hrubá mzda	Soc. Pojištění	Zdravotní pojištění	Zdanitelný příjem	Základ v Kč	15% Daň	Sleva na poplatníka	Čistá mzda	Soc. hraz. Zaměstnavatelem	Zdrav. Hraz. zaměst.	Úvazky	Náklady celkem
Lékař 1/ do 9 let praxe	55160	3 917	2483	55160	55200	5710	2570	43050	13680	4964	1	73804
Lékař 2/ do 12 let praxe	56 670	4024	2551	56670	55700	5935	2570	44160	14055	5100	1	75825
Všeobecná sestra 1	34 050	2418	1533	34050	34100	2545	2570	27554	8445	3064	1	45559
Všeobecná sestra 2	36550	2596	1645	36550	36600	2920	2570	29389	9065	3290	1	48905
Psycholog	25440	1807	1145	25440	25400	1255	2570	21233	6310	2290	0,5	34040
Sociální pracovník	17025	1209	767	17025	17000	0	2570	15049	4223	1532	0,5	22780

6.3.2 Náklady na vzdělání

Specializační vzdělání lékaře po vzoru konkurenční nemocnice vychází 160 000,-

Ostatní kurzy ESPERO a od IPVZ vychází celkově na 166 200,- Tyto kurzy zahrnují školení v oblasti komunikace, paliativního přístupu, plánování péče v závěrečných fázích života a poskytování paliativní péče.

Pro financování těchto vzdělávacích programů je možné využít prostředky získané z charitativních akcí, jako jsou koncerty nebo jiné kulturní události. Tyto akce nejenže podporují dobré věci, ale také poskytují finanční prostředky pro další rozvoj zdravotnických pracovníků a zlepšení kvality poskytované péče.

6.3.3 Náklady na zařízení

Prostor pro zřízení této místnosti by mohl vzniknout v prostorách ambulance bolesti patřící pod ARO, mimo pondělí a čtvrtek, kdy je v provozu. Prostory se nachází v budově B v přízemí, místnost B01. Viz mapa areálu Obrázek 3. Jsou složeny ze dvou místností. V první místnosti je jeden pevný počítač, vyšetřovací lehátko a kartotéka. V druhé by se mohla upravit pro potřeby „konferencí“. Zde by se dokoupil malý stůl a židle pro sestru a pohovka s křeslem, konferenčním stolem a nějakou dekorací z Ikei. A pro možnost mobility by se zakoupil jeden notebook HP z Alzy. Náklady celkem na zařízení vychází 49 900 Kč. Všechny částky v tabulce č. 7 jsou aktuální u vybraných produktů ke 25.3.2024.

Tabulka 7 Náklady na vybavení (vlastní zpracování)

Vybavení	Ks	Cena celkem v Kč
Pohovka	1	16990
Židle	1	4990
Konferenční stůl	1	2792
Notebook	1	20990
Obraz	3	1648
Křeslo	1	2490



Obrázek 3 Mapa areálu nemocnice (Nemocnice ve Frýdku-Místku, 2024)

6.3.4 Režijní náklady

V případě tohoto projektu zahrnují tyto náklady například platy administrativního personálu, údržbu budov, energie a další výdaje.

V roce 2022 byly fixní režijní náklady nemocnice ve Frýdku-Místku odhadnuty na 5 114 162,6 Kč. Tyto náklady jsou stálé a nezmění se v závislosti na množství poskytovaných služeb. Na druhou stranu, variabilní režijní náklady ve výši 79 000 Kč se mohou měnit v závislosti na objemu aktivit nemocnice. Příkladem variabilních nákladů mohou být náklady na lékařské potřeby, které se zvyšují s počtem pacientů.

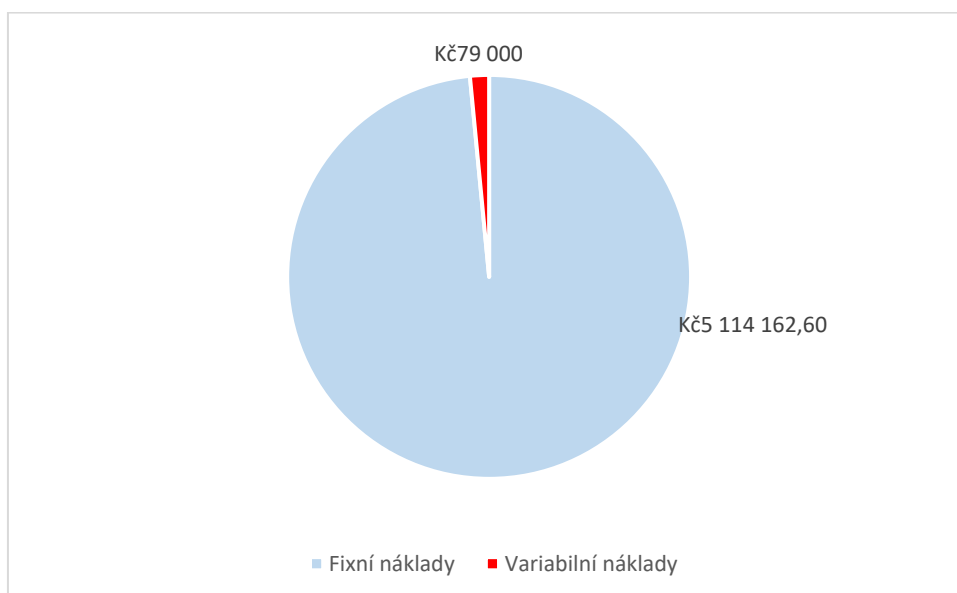
Celkové režijní náklady = Fixní náklady + Variabilní náklady

Celkové režijní náklady = 5 114 162,6 Kč + 79 000 Kč

Celkové režijní náklady = 5 193 162,6 Kč

Tabulka 8 Roční režijní náklady (vlastní zpracování)

Položka	Fixní náklady	Položka	Variabilní náklady
Platy	4874790,6	Zdravotní materiál	25000
DHM - PC a vybavení	49 900	Marketing	30000
DHM - marketing	10 986	Služby	24 000
Odpisy	60 886		
Prádelna	57 600		
Úklid	60 000		



Graf 6 Roční režijní náklady (vlastní zpracování)

6.3.5 Příjmy z provozu KTPP

Počet hospitalizací pacientů vyžadujících paliativní péči v rámci celé ČR nebo MSK není přesně znám. Lze odhadnout, že v celé Nemocnici je na různých odděleních trvale hospitalizováno cca 5-10 takových pacientů, s ohledem na fakt, zda jde o časnou, resp. pozdější paliativní péči vč. péče terminální.

Při kontinuálním celoroční péči o 7 paliativních pacientů, očekávané průměrné ošetrovací době 18,9 dní, průměrné relativní váze případu 0,8 a jednotkové DRG sazbě 32 000 Kč

lze celkový počet takových pacientů odhadnout na 183 a roční výnos kalkulovat na 4 684 800 Kč. Počítá se dotacemi MZČR a MSK na podporu paliativní péče.

Tabulka 9 Příjmy (vlastní zpracování)

Příjem	Částka v Kč
DRG	4 684 800
Výkon kód	21 876
MSK dotace	300 000
MZČR IROP 71.	3 500 000

6.3.6 Shrnutí

Projekt vykazuje po prvním roce pozitivní finanční výsledek ve výši 3 264 113,40 Kč. Níže je rozepsáno v podobě výpočtu.

Fixní náklady: 5 114 162,60 Kč Variabilní náklady: 79 000 Kč

Celkové náklady projektu na 1 rok jsou tedy součtem výše uvedených položek:

$$5\,114\,162,60 + 79\,000 = 5\,193\,162,60 \text{ Kč}$$

Výnosy: 8 506 676 Kč

Celkový finanční výsledek projektu po odečtení nákladů od výnosů je:

$$8\,506\,676 - 5\,193\,162,60 = 3\,313\,513,40 \text{ Kč}$$

Projekt tedy po jednom roce vykazuje zisk ve výši 3 313 513,40 Kč. Tento pozitivní finanční výsledek může být dobrým znamením pro budoucí stabilitu a růst projektu.

6.4 Analýza rizik

Každý projekt, bez ohledu na jeho povahu nebo rozsah, nese určitá rizika. Je téměř nemožné najít projekt, který by byl zcela bez rizika. Tato rizika mohou být různá a mohou mít různé dopady na projekt.

Riziko může být definováno jako jakákoliv nejistá situace, která může mít pozitivní nebo negativní vliv na dosažení cílů projektu. To znamená, že riziko nemusí nutně znamenat něco špatného. Některá rizika mohou mít pozitivní dopad na projekt, pokud jsou správně využita.

Nejčastější příčinou vzniku rizik je lidský faktor. Lidský faktor je nepředvídatelný a nelze ho úplně eliminovat. To znamená, že i když máme nejlepší plány a strategie, vždy existuje možnost, že se něco nepředvídaného stane kvůli lidskému faktoru.

Avšak správným přístupem můžeme minimalizovat negativní dopady rizik, které můžeme ovlivnit. To znamená, že bychom měli mít strategie a plány pro řízení rizik, které nám pomohou předvídat možná rizika a připravit se na ně. Takový přístup nám umožní omezit negativní dopady rizik na minimum a využít příležitostí, které mohou vzniknout.

Tabulka 10 Analýza rizik (vlastní zpracování)

	Kód rizika	Název	Možný důvod rizika
Finanční			
	F1	Nedostatek finančních zdrojů	Inflace, zvýšení nákladů na nákup zdravotnických potřeb, omezené financování ze strany dárců a nadačních fondů.
	F2	Nestálost ekonomiky	Nesprávné hospodaření nemocnice, nedostatečný zájem ze strany pojišťoven.
Lidské zdroje			
	L1	Nedostatek personálu	Nízká pracovní morálka, nedostatek kvalifikovaných zdravotních sester, nízká nezaměstnanost
	L2	Syndrom vyhoření	Intenzivní pracovní a psychická zátěž, nesprávné rozdělení pracovních povinností a pracovní doby

Technická rizika			
	T1	Nedostatečná ochrana osobních údajů	Práce s citlivými informacemi o pacientech
	T2	Chyby v elektronické dokumentaci	Nepřesné nebo neúplné záznamy o léčbě mohou způsobit problémy při dalším ošetření nebo při přenosu dat.
Konkurence			
	K1	Nedostatek zájmu od pacientů a jejich rodin	Špatná propagace, nízké povědomí o této službě v dané nemocnici, nízká informovanost
	K2	Nedostatek zájmu od zaměstnanců	Nevhodný způsob propagace, nedostatek znalostí, konkurence je dále
Etická			
	E1	Eticky náročné rozhodování	Těžké rozhodování o léčebných postupech, konflikty s pacientovými preferencemi a hodnotami
	E2	Právní nejistota ohledně paliativní péče	Nesrovnalosti v legislativě, možné právní následky při rozhodování o léčebných postupech
Kvalita péče a morální rizika			
	KQ1	Nedostatečná kvalita paliativní péče	Nedostatečná odborná způsobilost členů týmu, nedostatečné znalosti

			o paliativní péči, nedostatečné vybavení a zázemí
	KQ2	Morální dilemata v poskytování paliativní péče	Konflikty mezi pacientovými přáními a medicínskou etikou, obtížné rozhodování v situacích konečné fáze života

6.4.1 Úroveň míry rizika

Tabulka 11 Úroveň míry rizika (vlastní zpracování)

Důsledek D	Hodnota	Pravděpodobnost P	Hodnota
Nevýznamná	1	Velmi nízká	1
Nízká	2	Nízká	2
Kritická	3	Střední	3
Katastrofická	4	Vysoká	4

Matice rizik

Je hodnocena pravděpodobnost výskytu rizika (P) a závažnost možných důsledků vzniklého rizika (D). Výsledná hodnota míry rizika je součin $P * D$

Tabulka 12 Matice rizik (vlastní zpracování)

Kód rizika	P	D	R	Protipatření
F1	2	3	6	Včasné zabezpečení informací a finančních zdrojů
F2	1	3	3	Kontrola a správa rozpočtu paliativního týmu
L1	4	4	16	Finanční podmínky, podpora ve vzdělávání
L2	4	3	12	Podpora volnočasových aktivit, workshop o tomto problému
T1	1	4	4	Školení o použití technologií
T2	2	4	8	Kontrolní dny, prověření správnosti záznamů

K1	1	1	1	Propagace paliativní péče u veřejného zdravotního pojištění, nemocnic a dalších relevantních institucí
K2	1	2	2	Vytvoření publikací pro zaměstnance o výhodách a principu paliativní péče
E1	1	2	2	Organizace školení a workshopů pro zlepšení znalostí a dovedností týmu v poskytování paliativní péče
E2	3	1	3	Včasné projití právních otázek
KQ1	1	4	4	Prověření způsobilosti
KQ2	2	4	8	Otevřenou a pravidelnou komunikaci mezi pacientem, jeho rodinou a členy paliativního týmu.

6.4.2 Shrnutí

Z analýzy rizik vyplývá, že nejvyšší riziko je spojeno s bodem L1, který se týká nedostatku zaměstnanců, a dále s bodem L2, jenž je syndrom vyhoření, zejména v souvislosti s náročností práce s nedostatkem zaměstnanců. Naopak riziko spojené s bodem K1, kterým je nezáměr o službu, je hodnoceno jako nejnižší. Toto riziko se postupně snižuje s tím, jak se rok od roku zvyšuje povědomí veřejnosti o službě.

6.5 Časová analýza

Časová analýza k založení paliativního týmu slouží jako podstatná část projektu, který podchycuje posloupnost všech kroků, které musí být vykonány a v jaký čas. Je zde také určeno, kdo za dané kroky odpovídá. Správné načasování jednotlivých fází může výrazně ovlivnit jeho efektivitu a úspěch. Jako grafické znázornění je použit Ganttův diagram.

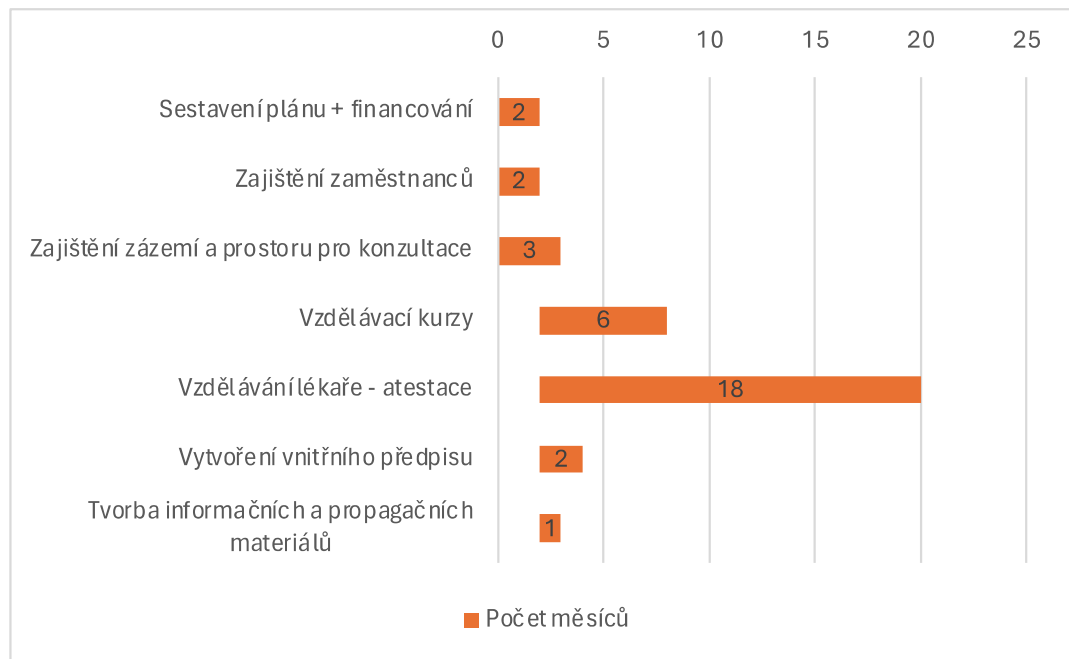
Pro začátek projektu je nutné součinnost vedení jak nemocnice, tak jednotlivých úseků a i oddělení. Vedení týmu si vezme na starost náměstci pro léčebnou a pro ošetrovatelskou péči. Nákup a potřebného dovybavení získá na starost ekonomické oddělení. Jako další je oddělení marketingu, jež bude mít na starosti veškeré materiály k propagaci i informovanosti pacientů a jejich rodin. Právní oddělení, spolu s personálním se postará

o výběr zaměstnanců, spolu s jejich přípravou a vzděláním k požadované činnosti a také o úpravu a tvorbu vnitřních předpisů. Vše v součinnosti výše zmíněných náměstků.

Plánování a uvedení tohoto projektu do provozu je optimistických 6 měsíců při najetí alespoň jednoho lékaře s potřebným vzděláním. Avšak pesimisticky, kvůli tomuto vzdělání počítáme 18 měsíců.

- 1. Fáze** – Vytvořený projekt musí být schválen vedením nemocnice s tím, že se musí najít prostor ke konání této činnosti a odsouhlasit si také finanční požadavky k čerpání.
- 2. Fáze** – Připraví se rozpočet na jednotlivé potřebné materiály a vybavení k výběrovým řízením. A začnou se vyřizovat potřebné kódy k příslušným výkonům. Na tomto bude spolupracovat a odsouhlasovat veškeré zapojené oddělení z ředitelství nemocnice.
- 3. Fáze** – V tomto kroku proběhne zajištění zaměstnanců, nákup vybavení a zařízení o vybraných firm. Tyto kroky bude zastřešovat ekonomické a personální oddělení. Dále se zařídí schválení marketingových a informačních materiálů k tisku, to bude mít na starost marketingové oddělení spolu s náměstkou.
- 4. Fáze** – Proběhne kontrola nynějších kroků a postupu. Zasednutí všech zúčastněných. Spolu s tím proběhne zařízení vybrané místnosti a odsouhlasení vnitřních předpisů. V tomto období budou již všichni členové nově vzniklého KTPP ve fázi započetí běhu potřebného vzdělávání.
- 5. Fáze** – zahájení provozu, marketingové propagace

Tato časová analýza nabízí přehled jednotlivých částí fází v grafu i předpokládané časové rámci.



Graf 7 Ganttův diagram projektu (vlastní zpracování)

6.6 Marketingový plán

Představuje strategický přístup, který kombinuje různé faktory, jež organizace využívají k propagaci, distribuci a podpoře svých paliativních služeb. Tato kombinace faktorů zahrnuje produkt (služby poskytované pacientům), cenu (náklady spojené s péčí), místo (poskytování služby), propagaci (informování a osvětlení veřejnosti o poskytovaných službách) a lidi (tým lidí podílející se na všem). V analýzách vyplynulo, že je projekt žádoucí, ale málo se o něm ví a největší hrozbou pro něj je nízký počet potenciálních zaměstnanců, a navíc tak specificky smýšlejících.

Služba

Paliativní péče se zaměřuje na zajištění komfortu, podpory a zachování důstojnosti pacientů v terminální fázi onemocnění. Nabízíme pomoc pacientům i jejich rodinám v náročné situaci, s cílem zmírnit symptomy a úzkost a umožnit důstojný a smysluplný závěr života.

Cena

Služba je financována prostřednictvím zdravotních pojišťoven a dotací s možností dobrovolných příspěvků od veřejnosti na podporu a rozvoj služeb.

Místo

Služba je dostupná v areálu nemocnice v budově B i na všech potřebných odděleních. Informace o paliativní péči naleznete na webových stránkách nemocnice a v informačních letácích.

Propagace

Prostřednictvím distribuce letáků v nemocnici a pečovatelských služeb, příspěvků na sociálních sítích, benefičních koncertů a přednášek. Důležitou součástí je i budování komunity, podpora patientských a rodinných skupin a zapojení dobrovolníků.

Lidé

Tým tvoří profesionálové s odbornými znalostmi a zkušenostmi v oblasti paliativní péče. Empatičtí, laskaví a soucitní a respektují individuální přání a potřeby pacientů. Součástí jsou také dobrovolníci pomáhající s organizací akcí a šířením povědomí o službě.

Interní marketing

Je důležitou součástí fungování moderní nemocnice. Kromě kvalitní péče o pacienty je třeba také dbát na spokojenost a informovanost zaměstnanců, kteří přispívají k dobrému provozu zařízení. Jedním ze způsobů, jak toho dosáhnout, je efektivní interní komunikace.

Probíhá tak komunikace mezi zaměstnanci prostřednictvím schůzí a newsletterů, které jsou zveřejňovány na intranetu. Tyto nástroje umožňují šíření důležitých informací a zpráv o aktuálních událostech v nemocnici.

Komunikace na jednotlivých odděleních se také často řeší prostřednictvím skupin na WhatsApp. To umožňuje rychlou a efektivní komunikaci.

Investice do Marketingu

Roll-upy: Pořídí se 4 roll-upy za celkovou cenu 10 986 Kč. To odpovídá 2 746,5 Kč za každý kus. Tyto roll-upy budou sloužit jako vizuální podpora na akcích a prezentacích. Plánuje se je využívat po dobu delší než jeden rok.

Skládané letáky: Počítá se s 3 000 kusů skládaných letáků za 2 089 Kč za 1 000 kusů. Tyto letáky budou sloužit k propagaci a informování. Všechny uvedené ceny jsou platné k 25. 3. 2024 a pochází z tiskárny PrintWorld.

Celkové náklady na materiály činí 17 253 Kč.

Propagace a Reklama

Televize: Charitativní akce budou propagovány skrze reportáže televize Polar.

Sociální Média: Využití Facebooku a Instagramu k placené propagaci na těchto platformách vyjde na přibližně 2 000 Kč měsíčně. Toto využití je plánováno na první půl rok propagace, která započne před finalizací projektu. Očekává se cca 50 000 zobrazení reklamy měsíčně.

Celou tuto strategii a její realizaci má na starost marketingové oddělení nemocnice.

6.7 Kontrola realizace projektu

Kontrola projektu by měla být systematická a pravidelná, zaměřená na sledování plnění stanovených cílů, dodržování časového plánu a odsouhlaseného rozpočtu.

Největší a hlavní výzvy v projektovém managementu jsou dodržování termínů a rozpočtů. Tyto problémy vychází z několika základních chyb, jako je nedostatečné nebo chybějící plánování termínů, zásadní změny v pozdějších fázích projektu, nebo nejasně definované cíle.

Iniciační fáze

Vychází z prvního impulzu k založení týmu pro paliativní péči. Stanovují se hlavní cíle a provádí počáteční analýzy potřeb a zdrojů.

Fáze plánování

V této etapě získává projekt konkrétní strukturu. Přípravuje se detailní plán, časový harmonogram a finanční rozpočet, včetně zajištění personálu a potřebného školení.

Fáze realizace

Podle plánu se projekt realizuje. Zapojuje se celý tým se zdravotnickým personálem a zahajuje se akutní paliativní péče a monitoruje se spokojenost pacientů a jejich blízkých.

Fáze kontroly a hodnocení

Projekt je systematicky sledován a vyhodnocován, aby bylo zajištěno, že projekt splňuje stanovené cíle a účinnosti.

Závěrečná fáze a zhodnocení projektu

Projekt se začleňuje do standardního provozu. Provádí se posouzení dosažených výsledků a celkového procesu s cílem najít možnosti pro zlepšení a připravit se na případný další rozvoj.

ZÁVĚR

V důsledku stárnutí populace a s tím souvisejícím nárůstem chronických a onkologických onemocnění v ČR, roste poptávka po specializované paliativní péči jak na straně nemocnic, tak na straně veřejnosti a na tuto poptávku je potřeba reagovat.

Z výše uvedeného důvodu je předmětem této práce projekt pro vytvoření paliativního týmu v nemocnici ve Frýdku-Místku, p.o.

Teoretická část je věnována definici a významu paliativní péče v obecné rovině. Je zmíněna její historie, objasněna základní terminologie, nároky na personální vybavení a financování. Na základě zjištěných dat je v současné době nemocniční prostředí nejčastějším místem pro péči v závěru života a zdůrazňuje význam integrace specializovaných paliativních týmů v rámci těchto zařízení. Multidisciplinární týmy v nemocnicích jsou schopny se zaměřovat na všechny dimenze potřeb pacientů – biologické, psychické, sociální a duchovní, čímž je pacientovi a jeho rodině poskytnuta komplexní péče významně zvyšující kvalitu a současně přináší velkou podporu personálu.

V praktické části je představeno konkrétní zdravotnické zařízení, pro které je projekt vypracován. Pro potřeby projektu bylo použito několik analýz.

Analýza PESTLE – tedy analýza politicko-právního, ekonomického, sociálně-kulturního a technologického prostředí a faktorů, které ovlivňují nebo budou ovlivňovat organizaci, včetně právních a ekologických vlivů ukazuje na podporu paliativní péče a její ukotvení v legislativě.

SWOT analýza cílená přímo na prostředí zdravotnického zařízení ukazuje, že přes hrozby v oblasti personální a slabé stránky v oblasti komunikace je zřízení paliativního týmu žádoucí. Nemocnice je v Moravskoslezském kraji, který má nejrozšířenější těžký průmysl v ČR (těžba, strojírenství, hutnictví), s tím je spojeno vysoké procento pacientů s onkologickým onemocněním (rakovina plic, trávicího ústrojí).

Porterova analýza je analýzou konkurence. V kraji jsou již tři nemocnice, které paliativními týmy disponují. Díky své prosperitě je však frýdecko-místecká nemocnice konkurence schopná. Takže i v tomto bodě je projekt ke zřízení paliativního týmu hodnocen jako upotřebitelný.

Tato práce slouží jako podklad důležitosti a reakce na rostoucí poptávku po specializované paliativní péči.

Závěrem lze konstatovat, že úspěšná realizace tohoto projektu bude přínosem nejen pro zdravotnické zařízení, ale i pro všechny pacienty a jejich blízké.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADLEROVÁ, Iva, 2023. *Grantová podpora rozvoje vzdělanosti v oblasti paliativní péče*. Online. © 2024 Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/grantova-podpora-rozvoje-vzdelanosti-v-oblasti-paliativni-pece/>. [cit. 2024-03-30].
- BARTŮŇKOVÁ, Markéta, 2024. *Výkony 2012-2022*. Elektronická pošta. ÚZIS.
- BOHÁČKOVÁ, Jolana, 2022. *Cesta nevyléčitelně nemocného pacienta z nemocnice do domácí hospicové péče*. Online. Florence. Praha. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2022/1/cesta-nevylecitelne-nemocneho-pacienta-z-nemocnice-do-domaci-hospicove-pece/>. [cit. 2024-03-30].
- BRABENCOVÁ, Marianna, 2024. *Jak správně v nemocnici nastavit paliativní péči*. Online. HARTMANN. Hartmann. Dostupné z: <https://www.hartmann.info/cs-cz/novinky/1/cz/casopis-insight/nastaveni-paliativni-pece-v-nemocnici/>. [citace 2024-01-22].
- BUCHBINDER, Sharon; SHANKS, Nancy a KITE, Bobbie, 2019. *Introduction to Health Care Management*. 4th edition. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN 978-1284156560.
- BUREŠ, Vladimír, 2007. *Znalostní management a proces jeho zavádění: průvodce pro praxi*. Management v informační společnosti. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1978-8.
- BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5402-4.
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE, 2023a. *Paliativní péče*. Online. Centrum paliativní péče. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>. [cit. 2024-03-30].
- CENTRUM PALIATIVNÍ PÉČE. *Sestry v paliativní péči*. Online. 2023b. Dostupné z: <https://paliativnicentrum.cz/kurzy/sestry-v-paliativni-peci>. [cit. 2024-01-28].
- CENTRUM PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ ČESKÉ REPUBLIKY. *Kvalitnější paliativní zdravotní péče v regionech díky podpoře z IROP*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.crr.cz/vyzvy-paliativni-pece/>. [cit. 2024-02-20].
- CENTRUM PRO ROZVOJ PALIATIVNÍ PÉČE, 2024. *Kroky k dobré komunikaci*. Online. Centrum pro rozvoj paliativní péče. Dostupné z: <https://www.paliace.cz/kurzy-a-vzdelavani/kroky-k-dobre-komunikaci-basic/>. [cit. 2024-03-31].
- CESTA DOMŮ, 2020a. *Advokacie*. Online. Cesta domů. Praha. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/advokacie>. [cit. 2024-03-30].

- CESTA DOMŮ, 2020b. *Ministr zdravotnictví, odborná společnost a zástupci pojišťoven podepsali memorandum o paliativní péči*. Online. Cesta domů. Dostupné z: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/ministr-zdravotnictvi-odborna-spolecnost-a-zastupci-pojistoven-podepsali-memorandum-o>. [cit. 2024-04-08].
- ČSÚ, 2020. *ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: STRATEGICKÝ RÁMEC ROZVOJE PÉČE O ZDRAVÍ V ČESKÉ REPUBLICE DO ROKU 2030*, 2020. Online. In: MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zdraví 2030*. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-analyticka-studie.pdf>. [cit. 2024-04-01].
- ČSÚ, 2023. *Průměrný věk a věkové složení obyvatel Moravskoslezského kraje v roce 2022*. Online. Český statistický úřad. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/prumerny-vek-a-vekove-slozeni-obyvatel-moravskoslezskeho-kraje-v-roce-2022>. [cit. 2024-03-31].
- ČT24, 2018. *Umírat důstojně. Ministerstvo chce zavádět paliativní péči do nemocnic*. Online. ČT24. Dostupné z: <https://ct24.ceskatelevize.cz/clanek/domaci/umirat-dustojne-ministerstvo-chce-zavadet-paliativni-peci-do-nemocnic-83886>. [cit. 2024-02-22].
- DENÍK N, 2023 *Do zdravotnictví půjde příští rok o 35 miliard korun více než letos*. Online. 2023. N media. Dostupné z: <https://denikn.cz/minuta/1265508/>. [cit. 2024-02-20].
- DOLEŽAL, Tomáš, 2020. Právní aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života člověka. Online. In: *Ústav státu a práva*. ISSN 1804-8137. Dostupné z: <http://medlawjournal.ilaw.cas.cz/index.php/medlawjournal/article/view/202/163>. [cit. 2024-03-09].
- DOLEŽAL, Tomáš, 2021. *Právní aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života člověka*. Online. Právní prostor. Dostupné z: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/ostatni-pravo/pravni-aspekty-zdravotni-pace-zaver-zivota>. [cit. 2024-03-09].
- DUBOVECKÁ, Klára, 2023. *Datová komunikace ve zdravotnictví: Přenos zdravotních dat a telemedicína*. Online. GORDIC. KYBEZ. Dostupné z: <https://kybez.cz/datova-komunikace-ve-zdravotnictvi-prenos-zdravotnich-dat-a-telemedicina/>. [cit. 2024-03-31].
- FAKULTNÍ NEMOCNICE KRÁLOVSKÉ VINOHRADY, 2020. *PODPŮRNÝ A PALIATIVNÍ TÝM Fakultní Nemocnice Královské Vinohrady: VÝROČNÍ ZPRÁVA 2020*. PDF. Praha. Dostupné z: https://www.fnkv.cz/upload/files/PaP_vyrocní_zprava_2020.pdf. [cit. 2024-04-07].
- FERREL, R. Betty; GOLDSMITH, Joy; SMITH; RAGAN, L. Sandra; GLAJCHEN, Myra; HANDZO, George a WITTENBERG, Elaine, 2015. *Textbook of Palliative Care Communication*. 1st edition. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-020170-8.

FOTR, Jiří; VACÍK, Emil; SOUČEK, Ivan; ŠPAČEK, Miroslav a HÁJEK, Stanislav, 2020. *Tvorba strategie a strategické plánování: teorie a praxe. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Expert (Grada). Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1633-1.

GROENEVELD, Iris; CASSEL, Brian a BAUSEWEIN, Claudia, 2017. *Funding models in palliative care: Lessons from international experience*. Online. Sage Journals. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0269216316689015>. [cit. 2024-01-31].

HALFAROVÁ, Tereza; CHALÁS, Lukáš; KABAROVÁ, Ivana a POTOCKÝ, Michal, 2020. *KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE V MORAVSKOSLEZSKÉM KRAJI 2020–2025*. Online. In: MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Moravskoslezský kraj. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/temata/zdravotnictvi/01_koncepce_paliativni_pece_1.pdf. [cit. 2024-04-07].

HARVARD BUSINESS INSTITUTE, nedatováno. *The Five Forces*. Online. HARVARD BUSINESS INSTITUTE - INSTITUTE FOR STRATEGY & COMPETITIVENESS. Harvard Business Institute. Dostupné z: <https://www.isc.hbs.edu/strategy/business-strategy/Pages/the-five-forces.aspx>. [cit. 2024-03-31].

HORNÍK, Michal, 2020. *Nakládání s odpady ze zdravotnictví*. Online. INISOFT CONSULTING. INISOFT Consulting. Dostupné z: <https://www.inisoft.cz/poradenstvi-a-skoleni/odborne-clanky/odpady-ze-zdravotnickych-a-jim-podobnych-zarizeni>. [cit. 2024-02-21].

HOUŠKOVÁ, Simona, 2022. *Syndrom vyhoření u zdravotníků*. Online. Přehlednější zdravotnictví. Dostupné z: <https://prehlednejsizdravotnictvi.cz/syndrom-vyhoreni-u-zdravotniku/>. [cit. 2024-04-07].

IDNES, 2023. *Péče o nevléčitelně nemocné je lepší, její další plánování ale selhává, míní NKÚ*. Online. ©MAFRA. IDNES. Dostupné z: https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/paliativni-pece-zlepseni-nova-luzka-selhani-resort.A231016_090655_domaci_lisv. [cit. 2024-01-28].

INOVACE VOV, nedatováno. *Etické normy a kodexy ve zdravotnictví*. Online. ČVUT V PRAZE, FAKULTA ELEKTROTECHNICKÁ KATEDRA TELEKOMUNIKAČNÍ TECHNIKY. Inovace VOV. Dostupné z: <https://www.vovcr.cz/odz/zdrav/081/page03.html>. [cit. 2024-04-01].

INSTITUT POSTGRADUÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ, 2023. *Specializační kurz – Komunikace v paliativní a hospicové péči*. Online. IPVZ.

Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/60540-specializacni-kurz-komunikace-v-paliativni-a-hospicove-peci>. [cit. 2024-02-22].

INSTITUT PRO SOCIÁLNÍ POLITIKU A VÝZKUM, 2018. *Práva pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Online. Revue pro sociální politiku a výzkum. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/04/prava-pacientu-v-lecebnach-dlouhodobem-nemocnych/>. [cit. 2024-04-01].

JEŽKOVÁ, Sabina, 2023. *Architektura má moc léčit. Nemocnice a zdravotnická zařízení u nás chátrají, existují ale i příklady úspěšné praxe*. Online. CZECHDESIGN. Dostupné z: <https://www.czechdesign.cz/temata-a-rubriky/architektura-ma-moc-lecit-nemocnice-a-zdravotnicka-zarizeni-u-nas-chatraji-existuji-ale-i-priklady-uspesne-praxe>. [cit. 2024-03-31].

KALVACH, Zdeněk, 2011. *Jaká jsou rizika implementace paliativní péče v rámci zařízení akutní a následné péče: Lékař a multidisciplinární tým*. Online. © 2024 ČOS ČLS JEP. Linkos. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/jaka-jsou-rizika-implementace-paliativni-pece-v-ramci-zarizeni-akutni-a-nasledne/https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/jaka-jsou-rizika-implementace-paliativni-pece-v-ramci-zarizeni-akutni-a-nasledne/>. [cit. 2024-04-07].

KANCELÁŘ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ, 2023. *Koncepce udržitelného zdravotnictví*. Online. Kancelář zdravotního pojištění. Dostupné z: <https://konceptce.kancelarzp.cz>. [cit. 2024-03-31].

KONEČNÁ, Michaela, 2023. *Investoři v MSK: Nemocnice ve Frýdku-Místku se neustále rozvíjí a modernizuje*. Online. Č. 1. MaxPositiv. ISSN 2570-9518. Dostupné z: <https://magazin.positiv.cz/positiv-business-style-1-2023/nemocnice-ve-frydku-mistku-se-neustale-rozviji-a-modernizuje>. [cit. 2024-01-31].

KOUBEK, Josef, 2007. *Personální práce v malých a středních firmách*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Manažer. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2202-3.

KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE, 2013. *Odpady ze zdravotnických zařízení*. Online. Krajská hygienická stanice Jihomoravského kraje se sídlem v Brně. Dostupné z: https://www.khsbrno.cz/dokumenty/hp/zdravot_odpady_obecne.pdf. [cit. 2024-02-21].

- KŘEMENOVÁ, Zuzana, 2022. *Má nemocniční paliativní tým potenciál snížit náklady na terminální hospitalizaci?* Online. Paliativní medicína. Dostupné z: <https://www.palmed.cz/pm/article/view/120>. [cit. 2024-03-31].
- KUČEROVÁ, Klára, 2022. *Péče o blízké stojí i statisíce. Díky paliativním týmům mohou dožít doma.* Online. Seznam Zprávy. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/ekonomika-firmy-pecce-o-blizke-stoji-i-statisice-diky-paliativnim-tymum-mohou-doazit-doma-187520>. [cit. 2024-02-20].
- LEVÍČKOVÁ, Žaneta, 2022. *Mobilní zdravotnictví s sebou nese mnohá rizika. Přes 80 procent aplikací porušuje obecné zásady.* Online. IRozhlas. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/veda-technologie/aplikace-mhealth-mobilni-zdravotnictvi-nukib-kyberbezpecnost-ochrana-osobnich_2212041555_lev. [cit. 2024-02-21].
- MACHYTKOVÁ, Marie, 2021. *Zdravotnictví a ekologie: Je třeba se zamyslet o vlivu zdravotnictví na ekologii.* Online. Braunoviny. Dostupné z: <https://www.braunoviny.cz/zdravotnictvi-ekologie-je-treba-se-zamyslet-o-vlivu-zdravotnictvi-na-ekologii>. [cit. 2024-03-31].
- MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MATZO, Marianne a SHERMAN, Deborah, 2019. *Palliative care nursing: quality care to the end of life.* 5th. New York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-2719-8.
- MEDICAL TRIBUNE, 2017. *Geriatrická paliativní péče vyžaduje smíření i respekt.* Online. Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/medicina/geriatricka-paliativni-pecce-vyzaduje-smireni-i-respekt/>. [cit. 2024-02-20].
- MEDICAL TRIBUNE, 2022. *Nemocniční paliativní péče prokázala svůj nesporný význam.* Online. Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/nemocnicni-paliativni-pecce-prokazala-svuj-nesporny-vyznam/>. [cit. 2024-02-20].
- MEDICAL TRIBUNE, 2023. *Fórum: Umělá inteligence nastupuje.* Online. Medical Tribune. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/forum-umela-inteligence-nastupuje/>. [cit. 2024-02-20].
- MECHÚROVÁ, Barbora, 2022. *Sdělování závažných zpráv: Jedna z nejnáročnějších situací v medicínské praxi.* Online. © 2024 PO MEDINĚ. Po medině. Dostupné z: <https://www.pomedine.cz/sdelovani-zavaznych-zprav-jedna-z-nejnarocnejsich-situaci-v-medicinske-praxi-2/>. [cit. 2024-04-07].

MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR, 2023. *MMR: Zajistíme lepší regionální dostupnost hospicové a paliativní péče. Připraveno máme 280 milionů korun.* Online. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR. Dostupné z: <https://mmr.gov.cz/cs/ostatni/web/novinky/mmr-zajistime-lepsi-regionalni-dostupnost-hospicov>. [cit. 2024-02-22].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2017. *Vláda schválila legislativní zakotvení hospiců do českých norem.* Online. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/vlada-schvalila-legislativni-zakotveni-hospicu-do-ceskych-norem/>. [cit. 2024-02-21].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, 2021. *Dotační programy EU na podporu rozvoje a dostupnosti paliativní péče.* Online. Paliativa. Dostupné z: <https://www.paliativa.cz/podpora-paliativni-pece-v-nemocnicich/pro-odbornou-spolecnost/dotacni-programy-eu-na-podporu> [cit. 2024-01-31].

Ministerstvo zdravotnictví, 2022. *Pilotní projekt paliativní péče v nemocnicích přinesl základy pro standardizaci a rozvoj paliativní péče v ČR.* Online. Ministerstvo zdravotnictví. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/tiskove-centrum-mz/pilotni-projekt-paliativni-pece-v-nemocnicich-prinesl-zaklady-pro-standardizaci-a-rozvoj-paliativni-pece-v-cr/>. [cit. 2024-02-22].

Ministerstvo zdravotnictví, 2024. *Seznam zdravotních výkonů.* Online. MZČR. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/vyhlaska?cislovyhlasky=&kodvykonu=&nazevvykonu=palia&odbornost=&aktivni=true&dir=Asc#&sort=KodVykonu>. [cit. 2024-03-09].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2022 *Ministerstvo zdravotnictví podpoří zlepšení vzdělávání zdravotnických pracovníků.* Online. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/vyzva-k-predkladani-zadosti-o-podporu-v-ramci-narodniho-planu-obnovy-c-5-s-nazvem-zlepseni-vzdelavani-zdravotnickych-pracovniku/> [cit. 2024-02-20].

MUKOPOLY, 2011. *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011–2015.* Online. Olomouc. Společnost pro mukopolysacharidosu, z.s. Dostupné z: https://mukopoly.cz/novy/wpcontent/uploads/2022/04/strategie_paliativni_pece_cr.pdf. [cit. 2024-01-28].

MUNZAROVÁ, Marta, 2005. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. ISBN 80-247-1025-0.

NADACE RODINY VLČKOVÝCH, 2023a. *Mezinárodní kongres o paliativní péči měl silnou českou účast*. Online. Dostupné z: <https://nrv.org/z-nadace-cz/mezinarodni-kongres-o-paliativni-peci-mel-silnou-ceskou-ucast/>. [cit. 2024-02-20].

NADACE RODINY VLČKOVÝCH, 2023b. *Vzniká seznam poskytovatelů dětské paliativní péče, pomůže rodinám i odborníkům*. Online. Dostupné z: <https://nrv.org/detska-paliativni-pece-cz/vznika-seznam-poskytovatelu-detske-paliativni-pece-pomuze-rodinam-i-odbornikum/>. [cit. 2024-02-20].

NEJVYŠŠÍ KONTROLNÍ ÚŘAD, 2023a. *Kontrolní závěr z kontrolní akce 22/30 Peněžní prostředky vynakládané v souvislosti s paliativní péčí*. Online. Dostupné z: <https://www.nku.cz/assets/kon-zavery/k22030.pdf>. [cit. 2024-02-20].

NEJVYŠŠÍ KONTROLNÍ ÚŘAD, 2023b. *Kvalita i dostupnost paliativní péče se zvýšila, Ministerstvo zdravotnictví však selhalo při plánování nových hospicových lůžek*. Online. Dostupné z: <https://www.nku.cz/cz/pro-media/tiskove-zpravy/kvalita-i-dostupnost-paliativni-pece-se-zvysila--ministerstvo-zdravotnictvi-vsak-selhalo-pri-planovani-novych-hospicovych-luzek-id13466/>. [cit. 2024-01-28].

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU, 2021. *Dotační programy*. Online. Nemocnice ve Frýdku-Místku. Dostupné z: <https://www.nemfm.cz/o-nemocnici/dotacni-programy/>. [cit. 2024-03-09].

NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU, 2024. *Mapa areálu nemocnice*. Online. In: Nemocnice ve Frýdku-Místku. Dostupné z: <https://www.nemfm.cz/mapa-arealu-nemocnice/>. [cit. 2024-03-30].

NEZBEDA, Ondřej, 2016. *Proč Češi neumírají doma*. Online. Umírání.cz. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/clanky/proc-cesi-neumiraji-doma>. [cit. 2024-04-04].

NWOSU, Amara Callistus, 2023. *Telehealth requires improved evidence to achieve its full potential in palliative care*. Online. *Palliative Medicine*. Roč. 37, č. 7, s. 896-897. ISSN 0269-2163. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/02692163231182461>. [cit. 2024-04-04].

O'CONNOR, Margaret a ARANDA, Sanchia, 2005. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 80-247-1295-4.

PERINATÁLNÍ ZTRÁTA, nedatováno. *Podpůrné a paliativní týmy a spolupráce mezi profesemi v paliativní péči*. Online. PERINATÁLNÍ ZTRÁTA – UNIE PORODNÍCH ASISTENTEK. Perinatální ztráta. Dostupné z: <https://www.perinatálniztrata.cz/priklady-dobre-praxe/podpurne-a-paliativni-tymy-a-spoluprace-mezi-profesemi-v-paliativni-peci/>. [cit. 2024-04-01].

- PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. Sestra (Grada). Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.
- PLEVOVÁ, Ilona, 2019. *Ošetrovatelství II — 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2863-1.
- POCHYLÁ, Karla, 2005. *České ošetrovatelství: praktická příručka pro sestry*. Vyd. 2., přeprac. Praktické příručky pro sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3420-8.
- POLIANSKAYA, Alina, 2018. *Dame Cicely Saunders: Five things you didn't know about the groundbreaking nurse and hospice founder*. Online. INDEPENDENT UK. Independent. Dostupné z: <https://www.independent.co.uk/news/health/dame-cicely-saunders-who-nurse-hospice-palliative-care-st-christophers-google-doodle-a8411171.html>. [cit. 2024-03-31].
- SEZNAM ZPRÁVY, 2023. *Statistici: Česko čeká výrazné stárnutí a úbytek obyvatel*. Online. Seznam Zprávy. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/domaci-zivot-v-cesku-statistici-cesko-ceka-vyrazne-starnuti-a-ubytek-obyvatel-240705>. [cit. 2024-02-20].
- SHABU, Martin, 2018. *Smrt je v Česku velké společenské tabu. Je špatně, když se o ní dětem lže, říká kněz*. Online. Lidovky. Dostupné z: https://www.lidovky.cz/domov/smrt-je-v-cesku-velke-spolecenske-tabu-je-spatne-kdyz-se-o-ni-detem-lze-rika-knez.A181101_223909_in_noviny_pev. [cit. 2024-04-01].
- SLÁMA, Ondřej a ŠPINKA, Štěpán, 2004. *Koncepce paliativní péče v ČR: pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. Praha: Cesta domů. ISBN 80-239-4330-8.
- SLÁMA, Ondřej a VAFKOVÁ, Tereza, 2019. *Paliativní medicína: vymezení konceptů a pojmů*. Online. MUNI MED. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pecce/web/pages/01_09_dostupnost.html. [cit. 2024-03-31].
- SLÁMA, Ondřej; KABELKA, Ladislav a VORLÍČEK, Jiří, 2011. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněn. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-807-2628-490.
- SLAVÍKOVÁ, Kateřina a SEGEJKO, Anna, 2023. *Telemedicína – virtuální zdravotnictví konečně v zákoně o zdravotních službách?* Online. HAVEL & PARTNERS. Dostupné z: <https://www.havelpartners.blog/telemedicina-virtualni-zdravotnictvi-konecne-v-zakone-o-zdravotnich-sluzbach>. [cit. 2024-02-20].
- SOCIÁLNÍ PRÁCE, 2020. *Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči*. Online. Sociální práce. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>. [cit. 2024-01-28].
- STAROSTKA, David, 2018. *Plán paliativní péče*. PDF.

STEINDAL, Simen; NES, Andréa a GODSKESEN, Tove, 2023. *Advantages and Challenges of Using Telehealth for Home-Based Palliative Care: Systematic Mixed Studies Review*. Online. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/43684>. [cit. 2024-04-01].

SVAČINA, Štěpán a KUČERA, Zdeněk, 2021. *Úroveň zdravotní gramotnosti v ČR se v průběhu posledních pěti let výrazně zlepšila*. Online. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjptJSOqJ-FAxWDgfh0HHe1bCFIQFnoECBcQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.cls.cz%2Fmedia%2Foznamenitiskkonference_pdf.pdf&usg=AOvVaw1o7DNC46W-YuGhsV11YNv&opi=89978449. [cit. 2024-03-31].

SZABO, Patrik, 2023. *Cizinci v Moravskoslezském kraji v roce 2022*. Online. In: Český statistický úřad. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xt/cizinci-v-moravskoslezskem-kraji-v-roce-2022?fbclid=IwAR2HPVVioQ3oN6J65FXZ75Au5niqGAJuZN7K3TTvyEHOGhG8nwI56vUA2bM>. [cit. 2024-04-07].

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava, 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4.

ŠTEFÁNKOVÁ, Jitka, 2023. *Zvyšování povědomí o možnostech paliativní péče*. Online. Seznam médium. Dostupné z: <https://medium.seznam.cz/clanek/jitka-stefankova-zvysovani-povedomi-o-moznostech-paliativni-pece-9379>. [cit. 2024-04-01].

TANG, Michael a REDDY, Akhila, 2022. *Telemedicine and Its Past, Present, and Future Roles in Providing Palliative Care to Advanced Cancer Patients*. Online. In: Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers14081884>. [cit. 2024-04-01].

VÁGNEROVÁ, Tereza, 2020. *Výživa v geriatрии a gerontologii*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4620-6.

VAVŘINA, Daniel, 2017. *BAROMETR MEZI MEDIKY: Detailní výsledky celostátního průzkumu*. Online. In: HEALTHCARE INSTITUTE. HealthCare Institute. Dostupné z: <https://www.hc-institute.org/userfiles/files/priloha-tiskove-zpravy-barometr-medici-final.pdf>. [cit. 2024-04-07].

VEVERKOVÁ, Eva; KOZÁKOVÁ, Eva; MATEK, Jan; ZACHOVÁ, Veronika a SVOBODA, Pavel, 2019. *Ošetřovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2099-4.

VOJTÍŠEK, Petr, 2018. *Princip solidarity ve financování služeb sociální péče*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3709-9.

VU, Erwin; STEINMANN, Nina a SCHRÖDER, Christina, 2023. Applications of Machine Learning in Palliative Care: A Systematic Review. Online. In: Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/cancers15051596>. [cit. 2024-04-01].

VYSOČINA, 2017. *Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020*. Online. In: Kraj Vysočina. Dostupné z: https://www.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4081597. [cit. 2024-04-04].

WOLFORD, Ben, 2018. *What is GDPR, the EU's new data protection law?* Online. PROTON. GDPR.EU. Dostupné z: <https://gdpr.eu/what-is-gdpr/>. [cit. 2024-03-21].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014. *Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course: WHA67.19*. Online. 24 May 2014. Dostupné z: WHO, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf. [cit. 2024-01-28].

Zákon č. 372/2011 Sb.: Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. Online. In: AION. *Zákony pro lidi*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?citace=1>. [cit. 2024-04-01].

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK, 2022. *Jak mohou zdravotnická zařízení uspořit energie? S novými dotačními programy*. Online. *Zdravotnický deník*. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2022/10/jak-mohou-zdravotnicka-zarizeni-usporit-energie-s-novymi-dotacnimi-programy/>. [cit. 2024-02-21].

Zpráva o činnosti 2022, 2023. Online. In: NEMOCNICE VE FRÝDKU-MÍSTKU. *Nemocnice ve Frýdku-Místku*. Dostupné z: <https://www.nemfm.cz/userdata/pages/1/zprava-o-cinnosti-2022.pdf>. [cit. 2024-03-16].

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CŽK Centrální žilní katétr

ČLK Česká lékařská komora

ČLS JEP Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

ČR Česká republika

ČSÚ Český statistický úřad

DRG Diagnosis Related Group

EFRR Evropský fond pro regionální rozvoj

ELNEC End of Life Nursing Education Consortium

IROP Integrovaný regionální operační program

KTPP Konsiliární tým paliativní péče

MSK Moravskoslezský kraj

NEMFM Nemocnice ve Frýdku-Místku

OKH Oddělení klinické hematologie

PICC Periferně Zaváděný Centrální Katétr

PORT Pomůcka sloužící k opakovanému nitrožilnímu nebo nitrotepennému podávání léků

PŽK Periferní žilní katétr

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Nemocnice ve Frýdku-Místku	36
Obrázek 2 Trendy Porterův model pro NEMFM.....	54
Obrázek 3 Mapa areálu nemocnice	74

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Personální zabezpečení	37
Tabulka 2 Vývoj výdajů za výkony odbornosti 720.....	42
Tabulka 3 SWOT analýza.....	58
Tabulka 4 Věkové složení obyvatel podle krajů k 31.12.2022	60
Tabulka 5 Cizinci v Moravskoslezském kraji	62
Tabulka 6 Náklady na personální zabezpečení.....	72
Tabulka 7 Náklady na vybavení	73
Tabulka 8 Roční režijní náklady	75
Tabulka 9 Příjmy	76
Tabulka 10 Analýza rizik	77
Tabulka 11 Úroveň míry rizika.....	79
Tabulka 12 Matice rizik.....	79

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v ČR, 2010-2021	42
Graf 2 Výdaje léčebnou péči v ČR dle typu, 2010-2021	43
Graf 3 Výdaje na léky v ČR, 2010-2021	43
Graf 4 Trendy stárnutí české populace v projekci do roku 2050.....	46
Graf 5 Věková struktura obyvatel MSK k 31.12.2022	60
Graf 6 Roční režijní náklady	75
Graf 7 Ganttův diagram projektu	82