



Spolufinancováno
Evropskou unií



Ministerstvo
zdravotnictví

PALIATIVNÍ PÉČE V PRAXI DOPORUČENÍ A INSPIRACE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Zpracoval kolektiv autorů:

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., MUDr. Ondřej Kopecký, MHA, MUDr. Astrid Matějková, Mgr. Helena Petrová,
Mgr. Karolína Šafaříková

© Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2026

ISBN 978-80-85047-67-7

Obsah

Úvod	3
Klinická doporučení pro péči o pacienta v závěru života	4
Identifikace pacienta v závěru života	4
Klinická kritéria pro identifikaci pacienta v závěru života	4
Otázka na překvapení (<i>Surprise question</i>)	6
Klinická doporučení pro personalizovanou péči o pacienta v závěru života	7
Porozumění nemoci	7
Pacientovy hodnoty, preference a obavy („hodnotová anamnéza“)	7
Formulace cílů péče a přiměřeného plánu péče	8
Blízká osoba, osoba pro zástupné rozhodování a dříve vyslovené přání	9
Hodnocení a řešení tělesných a psychických symptomů	10
Konzultace nebo předání pacienta poskytovateli specializované paliativní péče	11
Podpora neformálních pečujících	13
7 kroků personalizované péče o pacienta v závěru života	14
Management tělesných a psychických symptomů u pacientů v závěru života	16
Bolest	17
Dušnost	20
Nevolnost a zvracení	22
Delirium a agitovanost	24
Úzkost a deprese	26
Anorexie a kachexie	28
Zácpa	29
Management symptomů u bezprostředně umírajícího pacienta (poslední hodiny až dny)	30
Subkutánní podávání léků a tekutin v domácí paliativní péči	32
Psychologické aspekty paliativní péče v ordinaci praktického lékaře	35
Úvod: Proměny role praktického lékaře v kontextu paliativní péče	35
Praktický lékař v životě pacienta	35
Typologie pacientů z pohledu praktického lékaře	36
Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře	37
Paliativní péče u mladého člověka	38
Paliativní péče u pacientů středního věku	39
Paliativní péče u pacientů v seniu (pozdním stáří)	39
Komunikace jako základ paliativní praxe	40

Doporučení pro praxi praktických lékařů.....	41
Závěr: Smysl paliativní péče v ordinaci praktického lékaře	42
Praktické komunikační návody pro vybrané situace v péči o pacienta v závěru života.....	43
Hodnocení kompetence pacienta	43
Komunikace o porozumění závažné nemoci / klinické situaci.....	45
Komunikace o duchovních potřebách a existenciálním distresu.....	48
Komunikace s úzkostným pacientem se závažným somatickým onemocněním.....	50
Krizová intervence u pacienta v paliativní péči a jeho blízkých	53
Zdravotní a sociální služby pro osoby s paliativními potřebami	56
Služby pro osoby s paliativními potřebami.....	56
Zdravotní služby	56
Sociální služby	58
Půjčovna kompenzačních pomůcek.....	60
Psychologická a spirituální podpora	61
Pozůstalostní péče	61
Finanční podpora	62
Citace	67
Přílohy	69
Paliativně relevantní diagnózy	69
Paliativní škála funkční zdatnosti (<i>Palliative Performance Scale, PPS</i>)	70
Edmontonská škála k hodnocení závažnosti symptomů (<i>ESAS</i>)	71
Protokol pro sdělování závažných zpráv - SPIKES.....	72
Dotazník <i>Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS)</i>	73
Příloha č. 4 k vyhlášce č. 388/2011 Sb.	76

Úvod

Tato brožura byla vytvořena v projektu **Standardizace paliativní péče v České republice**. Projekt je realizován Ministerstvem zdravotnictví ČR a spolufinancován Evropskou unií z Evropského sociálního fondu plus prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost plus. Součástí tohoto projektu je také implementace **Doporučení Ministerstva zdravotnictví pro identifikaci pacientů s potřebami paliativní povahy v primární péči**.

Brožura je určena praktickým lékařům a poskytuje základní klinická doporučení a návody, jak komplexně zabezpečit péči o pacienty v závěru života. Závěr života je označen pro období posledních měsíců až týdnů života pacienta se závažným progredujícím onemocněním. Během tohoto období se pacienti potýkají s řadou nepříjemných tělesných symptomů, jako je chronická bolest, dušnost, nevolnost, úbytek hmotnosti a únava syndrom. Časté bývá také omezení mobility a zhoršení celkové kondice, což vyžaduje komplexní symptomatickou léčbu a podporu. Kromě tělesných potíží a omezení mají pacienti v závěru života také významné psychosociální a existenciální potřeby. Musí se vyrovnat s úzkostí, obavami nebo depresí, hledají smysl své situace a často potřebují podporu při formulaci a sdělování svých přání a preferencí v oblasti léčby. Rodina a blízcí se stávají klíčovými partnery v péči a zároveň sami potřebují pomoc a podporu při zvládnutí emoční zátěže, ale také při velmi praktických aspektech zajištění dobré péče.

Poskytování paliativní péče v tomto období může přinášet etická dilemata, například při rozhodování o kauzálním nebo čistě symptomatickém postupu řešení pacientových potíží. Může být spojeno s právní nejistotou při rozhodování o přiměřeném rozsahu zdravotní péče a interpretaci pacientovy vůle nebo dříve vyslovených přání. Praktický lékař se proto musí orientovat v etických principech, znát příslušný právní rámec a zvládat citlivou komunikaci o cílech a plánu péče v závěru života.

Díky dlouhodobému vztahu s pacientem a rodinou má praktický lékař jedinečnou pozici v zajištění kontinuální a důstojné péče až do samého konce života.

Cílem tohoto materiálu je podpořit praktické lékaře v poskytování kvalitní, osobně přizpůsobené péče v závěru života, posílit spolupráci se specialisty paliativní péče a povzbudit další rozvoj klinických a komunikačních dovedností.

Věříme, že tento průvodce přinese cenné rady a motivaci ke zkvalitnění péče o pacienty v jednom z nejnáročnějších období jejich života.

Klinická doporučení pro péči o pacienta v závěru života

Více než 45 % všech úmrtí v ČR nastává v důsledku tzv. paliativně relevantních diagnóz.^{1,2} Do této kategorie patří většina chronických onemocnění (viz tabulka č. 1). Označení „paliativně relevantní“ vyjadřuje, že u pacientů s těmito diagnózami v pokročilých a konečných stádiích musíme předpokládat potřebu paliativní péče. Tito pacienti obvykle umírají v přímé souvislosti se svým onemocněním nebo navazujícími komplikacemi. Závěrečná fáze života a úmrtí jsou u těchto pacientů rámcově očekávatelné a predikovatelné. Jako „závěr života“ označujeme období, kdy lze důvodně předpokládat, že zbývající životní prognóza pacienta je v řádu týdnů až jednotek měsíců.³ V této fázi hrají praktičtí lékaři pro dospělé důležitou roli. V ČR fungovalo v roce 2024 celkem 5 378 ordinací praktického lékaře. Při celkovém počtu úmrtí kolem 112 000 za rok tak na jednu ordinaci PL připadá kolem 20 pacientů v závěru života a kolem 10 pacientů s paliativně relevantními diagnózami.^{4,5} Data národního zdravotního systému ukazují, že péče o tuto skupinu pacientů v ČR vykazuje vážné nedostatky. Péče často neodpovídá pacientovým potřebám a přáním. Většina pacientů umírá na lůžkách nemocnic akutní péče, přičemž v posledních týdnech života jsou opakovaně převáženi zdravotnickou záchrannou službou. Často trpí nedostatečně léčenou bolestí a dalšími symptomy, zároveň jejich blízkým není poskytována adekvátní podpora. Péče bývá neadekvátně intenzivní, což se projevuje v nepřiměřeném vyšetřování, opakovaných hospitalizacích a převážení pacientů. Na druhé straně může být péče také nedostatečná, například v oblasti hydratace, léčby bolesti nebo v řešení snadno řešitelných zdravotních problémů. Jedním z důvodů tohoto stavu je nekvalitní komunikace mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami. Pacienti často správně nerozumí své klinické situaci, včetně diagnózy, prognózy a léčebných možností a jejich dopadu na normální život. Zdravotníci vědí málo o pacientově „životním příběhu“, což zahrnuje např. to, co je pro pacienta důležité, čeho se obává a jaké výsledky léčebné péče si přeje. Paliativní péče usiluje o to, aby byl pro pacienty a jejich rodiny život se závažnou nemocí co nejkvalitnější. Její podstatou je personalizovaná péče, která odpovídá kapacitám, léčebným preferencím a přáním pacientů. V následujícím textu jsou uvedena doporučení pro personalizovanou klinickou praxi u pacientů v závěru života. Doporučení dané téma zpracovává ve dvou krocích:

- A. Identifikace pacienta v závěru života
- B. Klinická doporučení pro personalizovanou péči o pacienta v závěru života

Identifikace pacienta v závěru života

Správné rozpoznání pacienta, který se nachází v závěru života, je zásadní pro poskytování adekvátní podpory a péče. Lékaři by měli být edukováni v rozpoznávání klinických známek a symptomů, které naznačují, že se pacient blíží ke konci svého života. Individuální prognózu u jednotlivého pacienta lze odhadnout pouze rámcově a vždy lékař pracuje s určitým stupněm nejistoty.

Klinická kritéria pro identifikaci pacienta v závěru života

U pacientů s velmi pokročilým onemocněním lze s vysokou pravděpodobností určit, zda má pacient předpokládanou prognózu přežití v řádu dnů, týdnů nebo měsíců. Existují určité typické průběhy (trajektorie) konečných fází různých chronických chorob, které umožňují pacienta v závěru života identifikovat. Kromě obecných klinických znaků zhoršování celkového stavu lze pro jednotlivé diagnostické skupiny definovat konkrétní klinické projevy a parametry. Tabulka č. 1 ukazuje klinická kritéria, která slouží k rozpoznání pacientů v závěru života u nejčastějších chronických onemocnění. Nástroj vychází z modifikovaného dotazníku SPICT (Velká Británie) a z dokumentu *Hospic Eligibility Criteria* (USA).^{6,7}

KLINICKÁ KRITÉRIA PRO IDENTIFIKACI PACIENTA V ZÁVĚRU ŽIVOTA

Obecné známky zhoršujícího se zdravotního stavu

- Opakované akutní/neplánované hospitalizace.
- Celkový funkční stav se v průběhu posledních týdnů a měsíců zhoršuje.
- Narůstající závislost na péči druhých kvůli narůstajícím fyzickým a/nebo duševním problémům.
- Úbytek hmotnosti více než 10 % za půl roku, úbytek svalové hmoty.
- Přetrvávající symptomy (např. dušnost, bolest, otoky) navzdory optimální léčbě základního onemocnění.
- Pacient (nebo jeho zástupce) se rozhodl omezit, přerušit nebo nepodstoupit kauzální léčbu nebo se chce zaměřit výhradně na mírnění projevů nemoci a na kvalitu života.

Známky závažnosti onemocnění a limitované prognózy u různých diagnostických skupin

Nádorová onemocnění	Onemocnění ledvin
<ul style="list-style-type: none">– Zhoršování funkčního stavu v důsledku progresu nádoru.– U pacienta další protinádorová léčba není možná nebo si pacient tuto léčbu nepřeje.– Metastázy nádoru ve vitálních orgánech (plíce, játra, CNS).– Pleurální výpotek, ascites, otoky dolních končetin.	<ul style="list-style-type: none">– Chronické onemocnění ledvin ve stadiu 4 nebo 5 (eGFR <30 ml/min) se zhoršujícím se zdravotním stavem.– Selhání ledvin komplikující jiné život ohrožující stavy nebo léčbu.– Proběhlo rozhodnutí o ukončení nebo nezačájení dialýzy.
Demence/křehkost	Kardiovaskulární onemocnění
<ul style="list-style-type: none">– Není schopen se oblékat, chodit nebo jíst bez pomoci.– Méně jí a pije, potíže s polykáním.– Inkontinence moči a stolice.– Není schopen slovní komunikace, malá sociální interakce.– Časté pády, zlomenina stehenní kosti.– Jedna nebo více událostí v posledních 12 měsících:<ul style="list-style-type: none">– Aspirační pneumonie– Pyelonefritida– Seps– Dekubity (st. III-IV)	<ul style="list-style-type: none">– Srdeční selhání nebo rozsáhlé neřešitelné onemocnění věnčitých tepen, dušnost NYHA III-IV i přes optimální medikaci.– Pacient není kandidát na transplantaci srdce nebo přístrojovou podporu levé komory.– Angina pectoris v klidu i přes optimální medikaci.– KPR v posledním roce.– Těžká neřešitelná ischemická choroba periferních tepen (např. DKK).– Pacient odmítá amputaci v případě kritické ischemie a gangrény.

Plicní onemocnění	Onemocnění jater
<ul style="list-style-type: none"> – Závažné chronické onemocnění plic. – Dušnost v klidu nebo při minimální námaze, časté akutní exacerbace. – Potřeba dlouhodobé oxygenoterapie. – V anamnéze nutnosti umělé plicní ventilace. – Pacient si nepřeje další neinvazivní ani invazivní umělou plicní ventilaci. 	<ul style="list-style-type: none"> – Cirhóza s jednou nebo více komplikacemi v posledním roce: <ul style="list-style-type: none"> – Ascites rezistentní na diuretika – Jaterní encefalopatie – Hepatorenální syndrom – Bakteriální peritonitida – Opakované krvácení z varixů – Transplantace jater není možná nebo si ji pacient nepřeje.
Neurologická onemocnění	Ostatní závažná onemocnění
<ul style="list-style-type: none"> – Progresivní zhoršování tělesných a/nebo kognitivních funkcí. – Problémy s řečí a narůstající obtíže při komunikaci. – Narůstající potíže s polykáním. – Opakující se aspirační pneumonie, dušnost nebo respirační selhání. – Přetrvávající těžká paréza po cévní mozkové příhodě s výraznou ztrátou funkce. 	<ul style="list-style-type: none"> – Postupné nevratné zhoršování celkového stavu v důsledku jiného onemocnění, které není kauzálně léčitelné a svou progresí nebo souvisejícími komplikacemi pacienta ohrožuje na životě.

Otázka na překvapení (*Surprise question*)

Dalším nástrojem k rozpoznání pacientů v závěru života je tzv. *Surprise question* (otázka na překvapení; SQ).⁸ SQ byla původně formulována jako otázka na překvapení z úmrtí pacienta v následujícím roce. Její modifikované verze pracují s kratším časovým intervalem 6 nebo 3 měsíců a vykazují vyšší senzitivitu a specifitu. Primárním účelem SQ ale není přesný odhad prognózy přežití, ale včasná identifikace pacientů, kteří se nacházejí v závěru života, u kterých je potřeba zahájit komunikaci o cílech a plánu péče v závěru života a provést další související kroky.

Tabulka č. 2 Modifikovaná otázka na překvapení (*Surprise question*; SQ).

Otázka lékaři	Odpověď lékaře
Byl byste překvapen, kdyby tento pacient v následujících 3 měsících zemřel?	ANO
	NE

Pokud lékař na základě komplexního zhodnocení negativních klinických prognostických faktorů odpovídá na SQ: „NE, NEBYL BYCH PŘEKVAPEN, KDYBY TENTO PACIENT V NÁSLEDUJÍCÍCH 3 MĚSÍCÍCH ZEMŘEL,“ je vysoce pravděpodobné, že se pacient skutečně nachází v závěru života. U těchto pacientů by měl praktický lékař iniciovat kroky, které jsou uvedeny v následujícím doporučení pro personalizovanou péči o pacienta v závěru života.

Klinická doporučení pro personalizovanou péči o pacienta v závěru života

Východisko: Každý pacient je přes všechna omezení, která mu nemoc přináší, až do konce života lidskou osobou (persona) s jedinečným životním příběhem, životní zkušeností, hodnotami a životními aspiracemi. Každý pacient žije v síti sociálních vazeb. Tyto faktory mají zcela zásadní vliv na to, jak pacient své onemocnění prožívá, o které výsledky zdravotní péče usiluje a které si naopak nepřeje nebo se jich obává. Pokud má být zdravotní péče v závěru života personalizovaná, tak se zdravotníci musí s vnitřním světem pacienta více seznámit.

Závěr života představuje nový specifický klinický kontext, ve kterém je potřeba provést několik důležitých kroků:

1. Podpořit správné porozumění nemoci
2. Zjistit pacientovy hodnoty, preference a obavy
3. Formulovat cíle péče a plán péče
4. Určit osoby s právem zástupného souhlasu, popř. sepsat dříve vyslovené přání
5. Hodnotit a řešit tělesné a psychické symptomy
6. Konzultovat nebo pacienta předat poskytovateli specializované paliativní péče
7. Podporovat neformální pečující

Porozumění nemoci

- Podpora pacienta v realistickém porozumění vlastní nemoci a klinické situace je prvním krokem, pacientovo porozumění je potřeba ověřit.
- Jedině pacient, který správně rozumí své nemoci a klinické situaci, se může racionálně podílet na společné formulaci cílů a plánu péče, vyjádřit své preference a přání a vyslovit souhlas nebo nesouhlas s navrženými léčebnými postupy.
- Informace o závažných skutečnostech by měly být sdělovány empaticky a srozumitelně v souladu s obecně akceptovanými standardními komunikačními protokoly (např. SPIKES).
- Příklady otázek:

Co víte o své nemoci / o svém zdravotním stavu?

Jak tomu rozumíte?

Potřeboval byste ještě nějaké další informace?

Pacientovy hodnoty, preference a obavy („hodnotová anamnéza“)

- Je třeba zjistit, co je pro pacienta v aktuální situaci důležité, jaké má preference a obavy týkající se samotné nemoci a možných výstupů a výsledků zdravotní péče. Každý pacient má vlastní představy o tom, co je pro něj v závěru života důležité. Zdravotníci by měli tyto preference respektovat a zahrnout je do plánu péče.

Někdy může být pro pacienta klíčové zajištění fyzického komfortu, jindy snaha o co nejdélší dobu života strávenou s blízkými osobami, někteří pacienti si přejí, aby v této fázi mohli být doma a nemuseli nikam chodit na kontroly, jiní pacienti si připadají bezpečně jenom v blízkosti profesionálů, v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

- Je rovněž důležité hovořit o obavách pacienta, ať už jde o strach z bolesti, ztráty autonomie nebo o obavy spojené s umíráním. Někteří pacienti mají velmi konkrétní obavy z možných výsledků zdravotní péče (např. pobyt v nemocnici na přístrojové podpoře, dlouhý život s těžkou demencí v plné závislosti na pomoci a péči druhé osoby). Tyto obavy je potřeba v plánu péče zohlednit a neprovádět léčebné postupy, které by k těmto pro pacienta nežádoucím výsledkům mohly vést.

- Příklady otázek:

Co je pro Vás v současné chvíli (v situaci závažné nemoci a závěru života) důležité?

Čeho bychom se léčbou měli snažit dosáhnout?

O co byste určitě nechtěl přijít?

Je něco, čeho se obáváte?

Jsou nějaké situace, do kterých byste se určitě nechtěl/a dostat (např. úplná imobilita a závislost na péči druhých, být napojený na přístrojích v nemocnici, ztratit schopnost myslet a rozhodovat o sobě)?

Formulace cílů péče a přiměřeného plánu péče

- Jako cíle péče v kontextu péče v závěru života označujeme ty výsledky a výstupy péče, které pacientovi umožňují dosažení životních cílů, které jsou pro něj významné. Formulace cílů péče může mít různou podobu a formu.

- Příklady cílů péče u pacientů, kteří rozumí tomu, že jsou v závěru života:

Vím, že jsem v závěru života, proto:

- *chci, aby všechna další péče probíhala doma, už nechci jezdit ani do ambulance, ani do nemocnice, nechci žádné přístroje a hadičky...*
- *chci, aby mě nic nebolelo, abych mohl dýchat... jestli to půjde zajistit doma, budu rád doma. Kdyby to nešlo doma, budu rád v lůžkovém zařízení, kde mi pomohou...*
- *chtěl bych se hlavně dožít synovy promoce a vidět ho s diplomem, potom už můžu klidně zemřít.*
- *chci být doma, ale vím, že jsem pro rodinu velkou přítěží a že to doma nezvládnou, nechci, aby se o mě museli starat jako o „ležáka“.*
- *chci žít co nejdéle, chci využít všechny léčebné postupy, které mohou můj život prodloužit, i když to může být hodně nepříjemné. Pokud bude potřeba, klidně budu na jednotce intenzivní péče. Každý den života navíc pro mě má smysl...*

- Někteří pacienti při formulacích svých přání a cílů velmi výrazně zohledňují zájmy a přání svých blízkých, které nechtějí zatížit nárokem péče. S tímto tématem je potřeba citlivě pracovat a aktivně nabízet možnosti podpory pro pečující rodinu.

- Při formulaci plánu péče vycházíme z léčebných alternativ, které jsou k dispozici v řešení základního onemocnění a jeho komplikací. U pacientů v závěru života jsou většinou možnosti kauzálního ovlivnění základního onemocnění omezené nebo zcela vyčerpané. Samostatné téma představuje využití přístrojové náhrady selhávajících orgánů v prostředí intenzivní medicíny. Tyto postupy je třeba při formulaci plánu explicitně zvážit a dokumentovat plán jejich využití/nevyužití v případě orgánového selhávání.

- Příklad otázky:

Které medicínské postupy k prodloužení života bychom měli využít, aby to vedlo k dosažení cílů, které jsou pro Vás důležité?

- Z léčebných alternativ při tvorbě plánu péče vybíráme ty, které přispívají a jsou v souladu s pacientovými cíli péče. Taková léčba a péče bývá označována jako přiměřená.
- Plán péče o pacienta v závěru života by měl pokrývat následující oblasti:
 - Stanovení léčebného postupu (které léky, léčebné postupy, zdravotnické prostředky, pomůcky bude pacient užívat), včetně léků pro řešení akutních zhoršení a krizových situací.
 - Důležitou součástí je přehodnocení zavedené medikace s cílem minimalizovat polypragmazií. Přitom je vhodné spolupracovat s příslušnými oborovými specialisty.
 - Plán využití/nevyužití přístrojových orgánových náhrad v prostředí intenzivní péče v případě orgánového selhávání (např. umělá plicní ventilace, hemodialýza, přístrojová nebo farmakologická podpora oběhu).
 - Určení lékaře, který vede a koordinuje další péči. Je důležité určit, kdo bude hlavním kontaktem pro pacienta a jeho rodinu. Ten bude odpovědný za koordinaci všech aspektů péče, zajištění komunikace mezi různými poskytovateli (např. ambulantními specialisty) a za to, že všechny potřeby pacienta budou řádně řešeny.
 - Stanovení, na koho se má pacient obracet v případě akutního zhoršení stavu v pracovní i mimopracovní době. Právě nedostatečná koordinace a zajištění adekvátní péče v mimopracovní době jsou v ČR důvodem velmi častých terminálních hospitalizací pacientů v závěru života, kteří si přitom přáli být doma.
 - Optimálním modelem péče o klinicky nestabilní pacienty v závěru života je mobilní/domácí nebo lůžkový hospic. Hospic garantuje trvalou (24/7) dostupnost kvalifikované lékařské a sesterské péče.

Blízká osoba, osoba pro zástupné rozhodování a dříve vyslovené přání

- Pacienti většinou žijí v sociálních vazbách s více lidmi. Jejich význam pro pacienta může být v závěru života velmi různý. Ani v rámci rodiny si s pacientem nejsou všichni stejně blízcí. V řadě případů je potřeba stanovit, kdo z rodiny má být informován o zdravotním stavu a zda je někdo, kdo se má společně s pacientem podílet na rozhodování o rozsahu péče. Ideálním formátem pro nastavení těchto pravidel je rodinné setkání (rodinná konference), při které lékař společně s pacientem a dalšími pozvanými rodinnými příslušníky stanoví, jakou roli budou jednotliví členové rodiny hrát.
 - V některých případech je účelné, aby pacient stanovil **osobu s právem zástupného souhlasu** podle § 31, odst. 1 a § 34, odst. 7 zákona o zdravotních službách a § 38 a násl. občanského zákoníku pro případ, že by v budoucnu ztratil schopnost o sobě rozhodovat (např. v případě zhoršení demence, velké únavy, ospalosti nebo zmatenosti). Toto se typicky děje při přijetí do lůžkového zařízení zdravotní péče.
 - V případě některých progresivních neurodegenerativních onemocnění s očekávatelným zhoršováním kognitivních funkcí (např. Alzheimerova demence) a postupnou ztrátou svéprávnosti je žádoucí včas soudně stanovit **zákonného zástupce-opatrovníka**.
 - Každý člověk může **předběžným prohlášením** podle § 38–44 zákona č. 89/2012 Sb. dopředu určit, jak mají být spravovány jeho záležitosti, kdo je má spravovat nebo kdo má být případně ustanoven jeho opatrovníkem.

- Pacienta je vhodné informovat o možnosti **sepsání dříve vysloveného přání** podle § 36, ZZS.

- Příklady otázek:

Koho můžeme informovat o Vašem zdravotním stavu?

Je někdo, s kým řešíte důležité věci v životě, včetně přemýšlení o Vašem zdraví?

Je někdo, na koho bychom se mohli obrátit, když by bylo potřeba něco rozhodnout a Vy byste toho nebyl schopen?

Někteří pacienti, kteří jsou vážně nemocní a jejich nemoc může vést k tomu, že v budoucnosti nebudou schopni o sobě rozhodovat a vyjádřit, co by si přáli, využívají možnost předem písemně určit, které léčebné postupy by si v takovém případě přáli a které naopak odmítají. Říká se tomu dříve vyslovené přání. Měl byste zájem takový dokument sepsat?

Hodnocení a řešení tělesných a psychických symptomů

- Závěr života je charakterizován klinickou nestabilitou a přítomností řady nepříjemných tělesných a psychických symptomů. Jejich systematické hodnocení a léčba jsou podstatnou součástí personalizované péče v závěru života. Intenzitu a závažnost symptomů je potřeba hodnotit průběžně. Existuje řada nástrojů a škál. Tabulka č. 3 ukazuje jednu z možností hodnocení závažnosti symptomů pomocí slovní škály. Ve většině nástrojů se předpokládá, že dotazník vyplňuje pacient sám. Je proto potřeba průběžně hodnotit, zda pacient zvolené metodě hodnocení rozumí a je schopen její pomocí svůj diskomfort vyjádřit. U pacientů s poruchou vědomí nebo závažným kognitivním deficitem jsou pro hodnocení diskomfortu využívány specifické nástroje založené na pozorování a hodnocení pacientova chování a projevů (např. dotazník PAINAD). Hodnocení symptomové zátěže je třeba provádět při každém kontaktu zdravotníka s pacientem. V současné době lze díky dostupnosti aplikací pro komunikaci zdravotníka s pacientem toto hodnocení provést také distančně.

Tabulka č. 3 Hodnocení závažnosti symptomů slovními kategoriemi (podle dotazníku IPOS; pacient odpovídá na otázku, jak moc mu daný problém v posledním týdnu ovlivňoval život).

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
Bolest	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dušnost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Slabost či nedostatek energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nevolnost (pocit na zvracení)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zvracení	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nechutenství	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zácpa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Bolest či sucho v ústech	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ospalost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Snížená pohyblivost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

- Podrobný postup řešení symptomů a syndromů u pacientů v závěru života je uveden v řadě monografií a bude podrobně zpracován v připravovaných doporučených postupech SVL ČLS JEP.

Konzultace nebo předání pacienta poskytovateli specializované paliativní péče

- Závěr života je u části pacientů charakterizován komplexními potřebami, které zahrnují kolísavou intenzitu tělesných a psychických symptomů, potřebu psychologické a spirituální podpory pro pacienta i jeho blízké, potřebu sociálního poradenství a podpory a pomoci s organizačním zajištěním péče. Praktický lékař musí zodpovědně zvážit, zda má kapacitu všechny tyto aspekty řešit sám, popř. s pomocí sestry v ordinaci, domácí zdravotní péče s možností využití signálního kódu 06349 (Signální kód – ošetřovatelská péče o pacienta v terminálním stavu) a pečovatelské a odlehčovací péče nebo zda je třeba využít specializovanou paliativní péči.
- Pro pacienty je možné vyžádat jednorázovou konzultaci v ambulanci paliativní medicíny nebo je předat do pravidelné péče této ambulance. U pacientů v závěru života, kteří potřebují pravidelné hodnocení celkového stavu a trvalou dostupnost lékařské a ošetřovatelské péče, je ale vhodné zvážit předání do lůžkové nebo domácí hospicové péče.
- Rozhodnutí, zda je pro pacienta vhodnější domácí, nebo lůžkový hospic, nesouvisí primárně s tíží klinického stavu ani závažností symptomů. Klíčovým faktorem je přání pacienta a přítomnost druhé osoby, která je ochotná a schopná s podporou domácího hospice o pacienta pečovat.

Typické situace pro vyžádání konzilia ambulance paliativní medicíny (odbornost 720 - paliativní medicína)

- Obtížně zvládnutelná bolest a další symptomy, které přesahují erudici nebo možnosti praktického lékaře.
- Podpora při formulaci léčebných cílů a přiměřeného léčebného plánu.
- Podpora při komunikaci o limitaci péče, využití institutu dříve vysloveného přání atd.
- Potřeba náročné emoční a psychologické podpory pacienta nebo jeho blízkých.
- Orientace v systému sociální podpory, zajištění kompenzačních pomůcek apod.
- Potřeba spirituální péče a podpory u pacientů a jejich blízkých.

Indikační kritéria pro přijetí pacienta do domácího hospice (odbornost 926 - mobilní specializované paliativní péče)

- Pokročilé stádium nevléčitelných, život ohrožujících chorob (pacient v závěru života).
- Špatný celkový funkční stav (*Palliative Performance Scale* ≤ 40 %, pacient tráví většinu denní doby na lůžku, vyžaduje pomoc v každodenních aktivitách).
- Přítomnost více závažných tělesných a psychických symptomů (skóre ESAS ≥ 50), které vyžadují pravidelné hodnocení a léčbu.
- Předpokládaná prognóza délky života je v řádu týdnů.
- Pacient si přeje, aby péče probíhala v domácím prostředí a má druhou dospělou osobu, která je o něj ochotná trvale (24/7) pečovat.

Indikační kritéria pro přijetí pacienta do lůžkového hospice

- Pokročilé stádium nevléčitelných, život ohrožujících chorob (pacient v závěru života).
- Předpokládaná prognóza délky života v řádu týdnů (až jednotek měsíců).
- Péči nelze zajistit v domácím prostředí nebo si to pacient nepřeje.
- Pacient si přeje péči v lůžkovém hospici.

Využití služby konziliárního týmu paliativní péče v nemocnici (odbornost 929)

- Konziliární tým v nemocnici může pomoci zejména s koordinací odborné rozvahy, zjištěním pacientových hodnot a potřeb, facilitací domluvy o cíli a přiměřenosti péče, přípravou na předání do terénní péče, adaptací na situaci pokročilého onemocnění a závěr života, v psychologické a spirituální podpoře, koordinací služeb atd.
- Praktický lékař může iniciovat pro svého pacienta konziliární péči tohoto týmu.

Každý praktický lékař by měl mít dobrý přehled o dostupných službách specializované paliativní péče ve svém regionu a tyto služby svým pacientům v případě potřeby nabízet.

Podpora neformálních pečujících

- Praktický lékař nebo sestra v ordinaci by měli neformálním pečujícím o pacienta v závěru života aktivně poskytnout informace o následujících službách a formách podpory nebo jim předat kontakt na odbor sociálních věcí obcí s rozšířenou působností (ORP):
 - Příspěvek na péči
 - Pečovatelská služba
 - Terénní a pobytové odlehčovací služby
 - Dlouhodobé ošetřovné
 - Poradny a služby pro pečující
 - Domácí a lůžková hospicová péče
 - Poradny pro pozůstalé
 - Další možnosti podpory (např. Dobrý anděl a další možnosti finanční a nefinanční podpory)
- Uvedené oblasti může praktický lékař řešit také ve spolupráci s ambulancí paliativní medicíny (viz výše).

PLÁN PÉČE JE POTŘEBA PRŮBĚŽNĚ PŘEHODNOCOVAT A UPRAVOVAT PODLE KLINICKÉHO STAVU, POTŘEB A PŘÁNÍ PACIENTA, TYPICKY PŘI NOVÉ NEBO NEOČEKÁVANÉ ZMĚNĚ SITUACE A STAVU, PROBĚHLÉ KOMPLIKACI APOD.

7 kroků personalizované péče o pacienta v závěru života

1. Porozumění nemoci

- Ověř, zda má pacient realistické porozumění vlastní klinické situaci.
- Sděľuj závažné informace empaticky a srozumitelně.

2. Pacientovy hodnoty, preference a obavy

- Zjisti, co je pro pacienta v závěru života důležité.
- Identifikuj obavy spojené s nemocí a péčí.
- Respektuj pacientovy preference ohledně místa a způsobu péče.

3. Formulace cílů péče a plánu péče

- Společně s pacientem pojmenujte konkrétní realisticky dosažitelné cíle péče, které jsou v souladu s jeho preferencemi, cíl dokumentuj.
- Vytvořte komplexní plán zahrnující:
 - Léčebné postupy a medikaci.
 - Postup při akutním zhoršení.
 - Plán využití přístrojové podpory v případě závažného zhoršení.
 - Vybavení nemocného léky a návodem pro jejich použití pro situaci očekávaných náhlých stavů (bolest, dušnost apod.) - SOS medikace.

4. Blízká osoba, osoba pro zástupné rozhodování a dříve vyslovené přání

- Zjisti, koho máš informovat o zdravotním stavu pacienta.
- Zjisti, kdo by měl rozhodovat, pokud pacient nebude schopen se sám podílet na rozhodování nebo o to nestojí.
- Informuj pacienta o možnosti sepsání dříve vysloveného přání.

5. Hodnocení a řešení tělesných a psychických symptomů

- Průběžně hodnot intenzitu symptomů a při jejich řešení postupuj dle platných doporučení.
- Pravidelně při každém kontaktu přehodnocuj efekt léčebných postupů i platnost preferencí, cíle a přiměřenost péče.

6. Konzultace nebo předání pacienta poskytovateli specializované paliativní péče

- Zvaž konzultaci nebo souběžné sledování pacienta v ambulanci paliativní medicíny.
- Včas zvaž předání pacienta do domácího/lůžkového hospice.
- Měj přehled o dostupných službách specializované paliativní péče ve svém regionu.

7. Podpora neformálních pečujících

- Průběžně hodnot' potřeby neformálně pečujících a jejich motivaci a schopnost pečovat.
- Poskytni podporu nebo pojmenuj možnosti podpory a nabídni kontakty.
- Aktivně informuj o dostupných službách a příspěvcích.

VŠE V JEDNODUCHOSTI DOKUMENTUJ, ABY BYLY DOMLUVENÉ INFORMACE DOSTUPNÉ PRO NÁVAZNOU PÉČI A PRO DALŠÍ POSKYTOVATELE PÉČE.

Management tělesných a psychických symptomů u pacientů v závěru života

Management symptomů u pacientů s velmi pokročilým nádorovým nebo nenádorovým onemocněním představuje klíčovou součást paliativní péče. Základem efektivního přístupu je **komplexní zhodnocení symptomů** – je třeba pečlivě posoudit jejich příčinu, potenciální řešitelnost, intenzitu a především dopad na každodenní fungování a kvalitu života pacienta.

K tomu je vhodné používat **standardizované hodnotící nástroje** – např. **ESAS (Edmonton Symptom Assessment System)** či **IPOS (Integrated Palliative Care Outcome Scale)** – které umožňují strukturované zachycení hlavních symptomů, jejich závažnosti a jejich změn v čase. Tato dokumentace je důležitá jak pro plánování dalšího postupu, tak pro zhodnocení účinnosti zvolené terapie.

Konkrétní diagnostický a terapeutický postup vždy závisí na formulovaných **cílech péče** (například míra zaměření na zmírnění symptomů versus prodloužení života) a na **předpokládané prognóze** – tedy zda se jedná o prognózu dní, týdnů či měsíců. V rozhodování o rozsahu vyšetření a invazivnosti zvažovaných intervencí je proto nutné individuálně zohlednit aktuální stav, preference a přání pacienta a jeho blízkých.

Cílem je vždy dosažení úlevy od nepříjemných symptomů s respektem k hodnotám a preferencím pacienta i s ohledem na jeho aktuální prognózu.

Když potřeby pacienta v závěru života přesahují možnosti praktického lékaře, například při komplikované léčbě symptomů, složité psychosociální situaci nebo při nejistotě ohledně dalšího postupu, měl by praktický lékař **zvážit konzultaci se zařízením specializované paliativní péče**, popř. pacienta **předat poskytovateli** této péče. Specializovaná paliativní péče může nabídnout komplexní podporu v kontrole symptomů, koordinaci péče i v komunikaci s pacientem a rodinou.

Zájemce o podrobnější informace o managementu symptomů odkazujeme na české i zahraniční monografie:

1. SLÁMA O, KABELKA L. Paliativní medicína pro praxi. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2022. 352 s.
2. KITCHEN R, FAULL C, RUSSELL S, WILSON J. Handbook of Palliative Care, Wiley-Blackwell, 2024. 384 p.

Bolest

Základní příčiny

Onkologické příčiny

- Přímá invaze nádoru do tkání (včetně kostí, nervů, dutých orgánů)
- Metastatické postižení (kostní, jaterní, mozkové metastázy)
- Útlak nervových struktur (míšní komprese, infiltrace plexů)
- Obstrukce dutých orgánů (GIT, močové cesty)
- Distenze viscerálních orgánů (játra, slezina)
- Poradiační fibróza a neuropatie
- Postchemoterapeutická neuropatie, mukozitida

Neonkologické příčiny

- Muskuloskeletální bolest (imobilita, dekubity, kontraktury)
- Neuropatická bolest (diabetická neuropatie, postherpetická neuralgie)
- Ischemická bolest (ICHDK, angina pectoris)
- Bolest při chronických onemocněních (artritida, osteoporóza)
- Procedurální bolest (převazy, polohování)

Hodnocení

- Využívejte validované nástroje (VAS 0-10, slovní škála)
- Zhodnoťte charakter bolesti (nociceptivní, neuropatická, smíšená)
- Zjistěte časový průběh, lokalizaci a vyvolávající faktory
- Zhodnoťte sociální a psycho-spirituální kontext

Farmakologická léčba

Neopioidní analgetika antipyretika

- Paracetamol: 500-1 000 mg p. o. à 6 h (max. 4 g/den)
- Metamizol: 500-1 000 mg p. o. à 6 h

Nesteroidní antiflogistika (NSA)

- Ibuprofen: 400-800 mg p. o. à 8 h (max. 2 400 mg/den)
- Diklofenak: 50-100 mg p. o. à 8-12 h (max. 150 mg/den)
- Nimesulid: 100 mg p. o. à 12 h (max. 200 mg/den)

Slabé opioidy

- Tramadol: 50-100 mg p. o. à 6 h (max. 400 mg/den)
- Kodein: 30-60 mg p. o. à 6 h (max. 240 mg/den)

V případech silné bolesti u pacientů v závěru života léčbu zahajujeme přímo podáním nižších dávek silných opioidů („přeskočíme“ 2. stupeň analgetického žebříčku WHO).

Silné opioidy

Uvádíme počáteční dávky, následně titrujeme dle účinku.

- Morfin s rychlým uvolňováním (tablety nebo kapky): 5-10 mg p. o. à 6-8 h u opioid-naivních pacientů, titrovat dle účinku
- Morfin s prodlouženým uvolňováním: 30 mg p. o. à 12 h
- Fentanyl TTS: počáteční dávka 12-25 µg/h transdermálně, výměna à 72 h
- Oxykodon s prodlouženým uvolňováním 10-20 mg à 12 h
- Buprenorfin TDS: počáteční dávka 35 µg/h, výměna à 3,5 dne; u polymorbidních křehkých pacientů lez zahájit dávkou 10 µg/h, výměna 1x týdně

Koanalgetika pro neuropatickou bolest

- Gabapentin: zahájit 100-300 mg p. o. denně, postupně titrovat do 300-600 mg 3x denně
- Pregabalin: zahájit 75 mg p. o. denně, postupně titrovat do 150-300 mg 2x denně
- Amitriptylin: 25 mg p. o. na noc, postupně titrovat do 25-75 mg
- Dosulepin: 25 mg p. o. na noc, postupně titrovat do 25-75 mg

Management průlomové bolesti

- Neopioidní analgetikum s rychlým nástupem účinku
- Morfin s rychlým uvolňováním (p. o./s. c./i. v.) v dávce 10-15 % celkové denní dávky opioidu vyjádřené ekvivalentem perorálního morfinu (např. pacient užívá Fentanyl TTS 100 µg/h, to odpovídá 300 mg morfinu p.o.; jednotlivá záchranná dávka pro zvládnutí epizody průlomové bolesti odpovídá 30-40 mg p. o. nebo 20 mg s. c.)
- Transmukozní fentanyl (TMF) ve formě sublingválních nebo bukálních tablet: v dávce 100 µg 3-4x denně; jednotlivou dávku titrujeme dle efektu až na 800 µg

Kanabinoidy

Kanabinoidy představují doplňkovou možnost v komplexním managementu symptomů u pacientů v závěru života. Nejsou léky první volby, ale mohou nabídnout alternativu v případech, kdy standardní postupy selhávají nebo přinášejí nepříjemné nežádoucí účinky.

Extrakty:

- Počáteční dávka: 2,5 mg THC + 2,5 mg CBD 1-2x denně
- Titrace: Postupné navýšování po 2,5-5 mg THC každé 2-3 dny
- Obvyklá denní dávka: 10-30 mg THC rozděleně (2-3x denně)
- Maximální dávka: Individuální, obvykle do 50 mg THC/den

Sušená rostlina (k inhalaci vaporizací):

- Počáteční dávka: 0,1-0,2 g s obsahem 6-10 % THC (odpovídá cca 6-20 mg THC)
- Frekvence: 1-4x denně dle potřeby
- Obvyklá denní dávka: 0,5-1 g
- Maximální dávka: individuální, obvykle do 2 g denně

Pravidla užívání:

- Večerní dávky mohou být vyšší (sedace jako výhoda)
- První účinek při perorálním užití za 30-90 minut, při inhalaci za 5-10 minut
- Vždy individualizovat podle účinku a nežádoucích účinků
- U starších pacientů a pacientů bez předchozí zkušenosti začínat s polovičními dávkami

Nefarmakologické metody

- Fyzikální terapie (teplo, chlad, masáže)
- Polohování a imobilizace
- Relaxační techniky, imaginace
- Psychologická podpora
- Spirituální podpora
- Akupunktura, TENS

Tabulka č. 3 Ekvianalgetické dávky opioidů.

Opioid	Forma	Ekvianalgetická dávka
Morfin	p. o. (perorálně)	20-30 mg
Morfin	s. c./i. v.	10 mg
Oxykodon	p. o.	20 mg
Fentanyl	TTS (náplast)	25 µg/h (40-60 mg morfinu p. o./24 h)
Buprenorfin	TDS (náplast)	35 µg/h (40-60 mg morfinu p. o./24 h)
Tapentadol	p. o.	100-150 mg
Tramadol	p. o.	100 mg
Tramadol	s. c./i. v.	50 mg

DOPORUČENÍ: V PŘÍPADĚ OBTÍŽNĚ ŘEŠITELNÉ BOLESTI ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Dušnost

Základní příčiny

<i>Onkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Primární plicní nádory a metastázy– Obstrukce dýchacích cest (endobronchiální růst nádoru)– Pleurální výpotek (maligní či paramaligní)– Syndrom horní duté žíly– Perikardiální výpotek s tamponádou– Karcinomatózní lymfangoitida– Paralýza bránice při infiltraci n. phrenicus
<i>Neonkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN)– Chronické srdeční selhání– Pneumonie– Plicní embolie– Metabolická acidóza– Anémie– Úzkost a psychogenní složka– Astma bronchiale– Plicní fibróza– „Mechanické“ příčiny (ascites, obezita)
<i>Iatrogenní příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Pneumonitida po radiační terapii– Plicní fibróza po chemoterapii (bleomycin, busulfan)– Lékový pneumothorax po intervenci

Hodnocení

- Zjistěte závažnost, trvání a vyvolávající faktory.
- Vyhodnoťte základní příčinu (pleurální výpotek, plicní embolie, srdeční selhání, aj.).
- V souladu s cíli péče a předpokládanou prognózou volte přiměřený rozsah diagnostiky a léčebných intervencí. Ve všech případech by měla být zvažena „kauzální“ léčba příslušného onemocnění, např. optimalizace farmakoterapie chronického kardiálního selhání či CHOPN, podání ATB v případě bakteriálního respiračního infektu, podání transfuzí atd. Pokud tyto intervence nejsou s ohledem na cíle péče indikované, postupujte „symptomaticky“, jak je uvedeno dále.

Farmakologická léčba

- Opioidy: Morfin 2,5-5 mg p. o. à 4 h u opioid-naivních pacientů
- Benzodiazepiny při úzkosti spojené s dušností
 - Diazepam: 2-5 mg p. o. 2-3x denně
 - Midazolam: 2,5-5 mg s. c./i. v. při akutní dušnosti
- Kortikoidy při obstrukci nebo zánětu
 - Dexametazon: 4-8 mg p. o. denně
 - Prednison: 20-40 mg p. o. denně
- Bronchodilatancia (při bronchospazmu)
 - Salbutamol: 100-200 µg inhalačně dle potřeby
 - Ipratropium: 20-40 µg inhalačně 3-4x denně
- Diuretika (při srdečním selhání)
 - Furosemid: 20-40 mg p. o./i. v. denně

Nefarmakologické metody

- Úprava prostředí (větrání, ventilátor)
- Poloha v polosedě
- Relaxační techniky
- Dechová cvičení
- Kyslíková terapie (při hypoxemii)

DOPORUČENÍ: V PŘÍPADĚ OBTÍŽNĚ ŘEŠITELNÉ DUŠNOSTI ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Nevolnost a zvracení

Základní příčiny

<i>Onkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Přímá stimulace chemoreceptorové zóny metabolity nádoru– Nitrolební metastázy se zvýšeným intrakraniálním tlakem– Infiltrace GIT nádorem (komprese, obstrukce)– Hepatomegalie s tlakem na žaludek– Ascites– Syndrom maligní střevní obstrukce (nádorem způsobený subileus – ileus)
<i>Neonkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Gastrointestinální dysfunkce (gastroparéza, ileus)– Metabolické příčiny (hyperkalcémie, urémie, hyperkapnie)– Vestibulární poruchy– Toxiny a léky (opioidy, antibiotika, NSAID, digoxin)– Zácpa– Infekce (gastroenteritida, sepse)– Psychogenní faktory (úzkost, anticipační nauzea)
<i>Iatrogenní příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Polypragmazie

Hodnocení

- Určete vyvolávající faktory a načasování
- Identifikujte pravděpodobný patofyziologický mechanismus

Farmakologická léčba

- Omeprazol: 20 mg p. o. 1-2x denně
- Pantoprazol: 40 mg p. o. 1x denně
- Metoklopramid: 10 mg p. o./s. c./i. v. à 6-8 h
- Haloperidol: 0,5-1,5 mg p. o./s. c. à 12-24 h
- Thiethylperazin: 6,5 mg p. o./s. c. 1-3x denně
- Dexametazon: 4-8 mg p. o./s. c./i. v. denně
- Ondansetron: 8 mg p. o./s. l./s. c./i. v. 1-3x denně (preskripční omezení)

Nefarmakologické metody

- Racionalizace medikace
- Strava v malých porcích, dle chuťových preferencí a tolerance pacienta
- Vyhýbání se dráždivým potravinám
- Dostatečná hydratace
- Akupresura, akupunktura
- Relaxační techniky

DOPORUČENÍ: V PŘÍPADĚ OBTÍŽNĚ ŘEŠITELNÉ NEVOLNOSTI A ZVRACENÍ ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Delirium a agitovanost

Základní příčiny

<i>Onkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Mozkové metastázy– Paraneoplastické syndromy– Hyperkalcémie při metastatickém postižení kostí– Jaterní metastázy s encefalopatií– Nádorová infiltrace CNS
<i>Neonkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Infekce (pneumonie, infekce močových cest, sepsy)– Dehydratace– Hypoxie a hyperkapnie– Retence moči– Zácpa– Metabolické poruchy (elektrolytová dysbalance, hyperglykémie, urémie)– Bolest– Traumatické poranění mozku– Cévní mozková příhoda– Epilepsie a postiktální stavy– Nedostatek spánku– Změna prostředí
<i>Iatrogenní příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Léky (opioidy, benzodiazepiny, anticholinergika, steroidy)– Náhlé vysazení nebo výrazné snížení dávky léků (zejména benzodiazepiny, opioidy, nikotin, alkohol)– Polypragmazie

Hodnocení

- Vyloučení reverzibilních příčin (infekce, dehydratace, bolest, retence moči)

Farmakologická léčba

- Haloperidol: 0,5-1 mg p. o./s .c. à 4-8 h dle potřeby
- Risperidon: 0,25-1 mg p. o. 1-2x denně
- Tiaprid: 50-100 mg p. o./i. v./s. c. 2-3x denně (podání s. c. je možné, ale je *off label*)
- Melperon: 25-75 mg p. o. 1-3x denně (dávkové rozmezí je 25-200 mg ve 3-4 dávkách)
- Olanzapin: 2,5-5 mg p. o. 1-2x denně
- Quetiapin: 25-50 mg p. o. na noc, případně 2-3x denně
- Midazolam: 2,5-5 mg s. c./i. v. při akutní agitovanosti

Ke zmírnění agitovanosti a deliria u pacientů v posledních týdnech a dnech života je výhodnější podávat kombinaci středních dávek antipsychotik (Haloperidol \leq 4mg/den) a benzodiazepinů (Midazolam 10-20 mg/24 h) než vysoké dávky samotných antipsychotik.

Nefarmakologické metody

- Zajištění klidného prostředí (ideálně DOMA)
- Reorientace pacienta
- Přítomnost blízké osoby
- Dostatečná hydratace
- Redukce polypragmatie

DOPORUČENÍ: V PŘÍPADĚ OBTÍŽNĚ ŘEŠITELNÉHO DELIRIA ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Úzkost a deprese

Základní příčiny

<i>Onkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Reakce na diagnózu a prognózu– Přímé působení nádorových metabolitů na CNS– Paraneoplastické syndromy– Metastázy do CNS– Nádory produkující hormony (feochromocytom, karcinoid)
<i>Neonkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Předchozí psychiatrická anamnéza– Bolest a ostatní symptomy– Existenciální distres a pocit ztráty smyslu– Sociální izolace– Ztráta kontroly a autonomie– Strach z umírání a smrti– Finanční obavy– Delirium– Metabolické příčiny (hypoxie, hyperkalcémie, hyponatremie)– Endokrinní poruchy (hyperthyreóza, hyperkortisolismus)
<i>Iatrogenní příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Léky (např. kortikoidy, salbutamol, formoterol, theofylin, metoklopramid)– Efekt nově nasazených antidepresiv SSRI (1-3 týdny po nasazení)– Benzodiazepiny (paradoxní reakce nebo syndrom z vysazení)– Hypoglykemie

Hodnocení

- Používejte screeningové nástroje (např. *Edmonton Symptom Assessment Scale*)
- Zhodnoťte riziko sebevraždy

Farmakologická léčba

- Anxiolytika
 - Alprazolam: 0,25-1 mg p. o. 2-3x denně
 - Klonazepam: 0,5-2 mg denně, lze podat jednorázově večer, 0,25-1 mg sublingválně/intranazálně při akutní úzkosti
 - Oxazepam: 10-15 mg p. o. 2-3x denně
 - Diazepam: 2-10 mg p. o. 2-3x denně

- Antidepresiva
 - Sertralin: 25-50 mg p. o. denně, postupně titrovat do 50-200 mg
 - Escitalopram: 5-10 mg p. o. denně, lze titrovat do 20 mg
 - Mirtazapin: 15-45 mg p. o. na noc (vhodný při nespavosti a anorexii)

Nefarmakologické metody

- Psychoterapeutická podpora
 - Psychologická podpora: aktivní naslouchání, validace emocí
 - Podpora smysluplnosti: životní rekapitulace, sdílení vzpomínek, dokončení důležitých úkolů
 - Sociální kontakt: zapojení rodiny, přátel, dobrovolníků
 - Strukturované psychoterapeutické intervence: dle dostupnosti (i v domácím prostředí)
- Duchovní péče
- Relaxační cvičení
- Fyzická aktivita: přiměřená pacientovým možnostem
- Muzikoterapie
- Zapojení rodiny

DOPORUČENÍ: V PŘÍPADĚ OBTÍŽNĚ ŘEŠITELNÉ ÚZKOSTI A DEPRESE ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Anorexie a kachexie

Základní příčiny

<i>Onkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Metabolický efekt nádoru (produkce cytokinů: TNF-α, IL-1, IL-6)– Nádorová infiltrace GIT– Obstrukce GIT– Maligní ascites– Hepatomegalie s časnou sytostí
<i>Neonkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Chronické infekce a záněty– Bolest– Nauzea a zvracení– Dysgeusie (porucha chuti)– Xerostomie (sucho v ústech)– Dysfagie– Zácpa– Deprese a anxieta– Sociální faktory (osamělost, chudoba)
<i>Iatrogenní příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Chemoterapie v anamnéze (viscerální neuropatie, např. gastropareza)– Chirurgické výkony v oblasti GIT– Léky (antibiotika, opioidy, antidepresiva)

Farmakologická léčba

- Megestrol acetát: 320-600 mg p. o. denně (preskripční omezení)
- Dexametazon: 2-4 mg p. o. denně (krátkodobě)
- Metoklopramid: 10 mg p. o. před jídlem (při časně sytosti)

Nefarmakologické metody

- Malé, častější porce
- Respektování preferencí pacienta
- Nutriční doplňky dle tolerance
- Odstranění nepříjemných pachů
- Společné stolování

DOPORUČENÍ: V PŘÍPADĚ OBTÍŽNĚ ŘEŠITELNÉ ANOREXIE A KACHEXIE ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Zácpa

Základní příčiny

<i>Onkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Tumory v oblasti pánve a retroperitonea způsobující obstrukci– Infiltrace míchy a nervových plexů– Hyperkalcémie– Paraneoplastická a postchemoterapeutická autonomní dysfunkce– Karcinomatóza peritonea
<i>Neonkologické příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Nedostatečná hydratace– Imobilita– Nízký příjem potravy a tekutin– Primární obstrukce– Neurologická onemocnění (Parkinsonova choroba, roztroušená skleróza)– Endokrinní poruchy (hypothyreóza, diabetes mellitus)– Strukturální abnormality GIT
<i>Iatrogení příčiny</i>	<ul style="list-style-type: none">– Opioidy– Anticholinergika– Antidepresiva (zejména tricyklická)– Antiepileptika– Antacida s obsahem hliníku a vápníku– Diuretika (dehydratace)– Blokátory kalciových kanálů

Farmakologická léčba

- Makrogol (polyetylen glykol): 1 sáček à 10 g 1-2x denně
- Laktulóza: 15-30 ml p. o. 1-2x denně
- Senosidy: 2 tablety na noc
- Bisacodyl: 5-10 mg p. o. na noc nebo 10 mg rektálně dle potřeby
- Naloxegol: 25 mg 1x denně (při opioidy navozené zácpě; preskripční omezení)

Nefarmakologické metody

- Dostatečná hydratace
- Vlákna dle tolerance
- Mobilizace dle možností
- Úprava lékové medikace (přehodnocení léků vyvolávajících zácpu)

DOPORUČENÍ: V PŘÍPADĚ OBTÍŽNĚ ŘEŠITELNÉ ZÁCPY ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Management symptomů u bezprostředně umírajícího pacienta (poslední hodiny až dny)

Klinické známky blížící se smrti

- Snížení vědomí až sopor/kóma
- Neschopnost příjmu tekutin a stravy
- Změny dýchání (Cheyne-Stokesovo dýchání, apnoické pauzy)
- *Death rattles* (chrčivé dýchání z nahromaděné sekrece v dýchacích cestách)
- Mramorovaná kůže, periferní cyanóza
- Chladné končetiny
- Pokles krevního tlaku, tachykardie nebo bradykardie
- Změny tělesné teploty (hypertermie nebo hypotermie)

Obecné principy péče

- Přehodnocení medikace a vysazení nepotřebných léků
- Zaměření pouze na léky pro komfort pacienta
- Změna způsobu podávání léků (s. c. místo p. o.)
- Anticipační preskripce pro akutní zhoršení symptomů („SOS“ medikace, záchranná medikace)
- Příprava rodiny na blížící se úmrtí

Farmakologická léčba

Bolest

- Morfin: 2,5-5 mg s. c./i. v. à 4 h nebo kontinuálně 10-30 mg/24 h s. c. (opakované bolusové podávání dávky 10 mg s. c./i. v. u pacientů, kteří dosud nebyli léčeni silnými opioidy, většinou vede k nepřiměřenému útlumu a zmatenosti; obvykle stačí dávky nižší)
- Při přechodu z perorálních opioidů na parenterální morfin je potřeba vypočítat ekvianalgetickou dávku (viz tabulka č. 3)
- U pacientů dlouhodobě léčených transdermálními opioidy můžeme provést kompletní přechod na parenterální morfin nebo v transdermální léčbě pokračovat a bolusově nebo kontinuálně přidat parenterální morfin „podle potřeby“

Dušnost

- Morfin: 2,5-5 mg s. c. à 4 h nebo kontinuálně 10-30 mg/24 h s. c.
- Midazolam: 2,5-5 mg s. c. při akutní dušnosti, event. kontinuálně 10-30 mg/24 h
- Kyslík při subjektivní úlevě (ne rutinně)

Nauzea a zvracení

- Haloperidol: 0,5-1,5 mg s. c. à 8-12 h
- Metoklopramid: 10 mg s. c./i. v. à 6-8 h

Nadměrná sekrece v dýchacích cestách

- Butylskopolamin: 20 mg s. c. à 6 h nebo kontinuálně 60-100 mg/24 h

Agitovanost a delirium („terminální neklid“)

- Midazolam: 2,5-5 mg s. c. při neklidu, event. kontinuálně 10-60 mg/24 h
- Haloperidol: 0,5-2 mg s. c. à 4-8 h při delirogení složce

Vybavení pro péči o umírajícího pacienta v domácím prostředí

- Lineární dávkovač pro kontinuální podávání léků
- Materiál pro s. c. aplikaci léků
- Pohotovostní medikace (tzv. *rescue* medikace)
- Morfin amp. (bolest, dušnost)
- Midazolam amp. (úzkost, neklid, delirium, sedace)
- Haloperidol amp. (nevolnost, zvracení, delirium)
- Butylskopolamin amp. (bronchiální sekrece)

Doporučení pro péči o rodinu

- Poučení o příznacích blížící se smrti
- Kontakty na dostupnou 24/7 podporu
- Instrukce k podávání *rescue* medikace
- Instrukce pro postup při úmrtí (koho kontaktovat)
- Emocionální podpora a možnost rozloučení

DOPORUČENÍ: PŘI KOMPLEXNÍCH POTŘEBÁCH UMÍRAJÍCÍHO PACIENTA A JEHO BLÍZKÝCH (NAPŘ. REFRAKTERNÍ SYMPTOMY, SILNÉ EMOCE, PŘÍTOMNOST DĚTÍ, HROZÍCÍ NEBO PŘÍTOMNÝ KOMUNIKAČNÍ KONFLIKT) ZVAŽ KONZULTACI SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE.

Subkutánní podávání léků a tekutin v domácí paliativní péči

Výhody podkožního podání

Subkutánní podání léků představuje preferovaný způsob aplikace medikace u paliativních pacientů v domácím prostředí z několika důvodů:

Jednoduchost

- Nevyžaduje trvalý dohled zdravotnického personálu (na rozdíl od i. v. aplikace)
- Zavedení subkutánní kanyly je snazší než intravenózní
- Možnost obsluhy poučenými rodinnými příslušníky

Kontinuální podávání a stabilita

- Možnost použití podkožní kanyly ponechané 5-7 dní
- Využití přenosných infuzních pump
- Možnost současného podání několika léků v jedné stříkačce
- Stablnější hladiny léků v krvi bez výkyvů

Komfort pro pacienta

- Méně bolestivé a bezpečnější než intramuskulární injekce
- Méně invazivní než intravenózní přístup
- Nižší riziko infekce oproti i. v. cestě
- Neomezuje pohyb pacienta
- Rychlá úleva od symptomů (bolest, dušnost, neklid)
- Možnost předpřípravení krizové medikace

Léky vhodné pro subkutánní podání

Analgetika a opioidy

- Morfin
- Fentanyl
- Sefentanil
- Tramadol (může způsobit podráždění)

Antiemetika

- Metoklopramid
- Haloperidol
- Thiethylperazin

Anxiolytika a sedativa

- Midazolam
- Klonazepam
- Ketamin

Anticholinergika

- Butylskopolamin (Buscopan)

Kortikosteroidy

- Dexametazon

Které léky lze kombinovat v jedné stříkačce

Dobře kompatibilní kombinace

- Morfin + midazolam
- Morfin + haloperidol
- Morfin + metoklopramid
- Morfin + butylskopolamin
- Midazolam + haloperidol
- Midazolam + metoklopramid

Nekompatibilní – nepodávat společně

- Dexametazon + většina ostatních léků (je třeba podávat samostatně)
- Diazepam (není vhodný pro s. c.)

Zásady použití

- Ředění: 0,9% NaCl nebo aqua pro injekce
- Maximálně tři léky v jedné stříkačce (ideálně dva)
- Vždy vizuálně kontrolovat změny barvy a precipitáty

Subkutánní hydratace

Subkutánní hydratace (hypodermoclysis, HDC) je podávání tekutin do podkožní tkáně místo do žíly. Jde o jednodušší a bezpečnější alternativu k intravenózní hydrataci, vhodnou pro domácí prostředí.

Indikace

- Mírná až střední dehydratace
- Neschopnost přijímat dostatečné množství tekutin perorálně
- Prevence dehydratace u rizikových pacientů
- Jako doplněk k perorálnímu příjmu

Praktické aspekty

Místa aplikace

- Přední strana hrudníku (pod klíční kostí)
- Břišní stěna (ale ne u vyhublých pacientů)
- Vnější strana stehen
- Oblast nad lopatkami
- Vnější strana paží

Doporučené objemy a rychlosti

- **Objem:** 500-1 500 ml/24 h (typicky 1 000 ml/24 h)
- **Rychlost:** 40-80 ml/h (max 2 ml/min) do jednoho místa
- Možnost podávat do dvou míst současně při potřebě většího objemu

Vhodné roztoky

- **Nejčastěji:** 0,9% NaCl (fyziologický roztok)
- **Také možné:** 0,45% NaCl, Ringerův roztok
- **S opatrností:** roztoky s glukózou (do 5%)
- **Nevhodné:** hypertonické roztoky, parenterální výživa

Kontraindikace

- Generalizované edémy
- Výrazná kachexie s minimem podkožní tkáně
- Kožní infekce v místě vpichu
- Poruchy koagulace (relativní kontraindikace)

Komplikace a jejich řešení

- **Lokální edém:** snížit rychlost infuze, aplikovat jemnou masáž
- **Bolest v místě vpichu:** změnit místo aplikace
- **Lokální zarudnutí:** sledovat, při zhoršení změnit místo
- **Infekce:** výskyt vzácný, při podezření odstranit kanylu

Praktické tipy pro domácí péči

- Využití gravitačních setů nebo přenosných infuzních pump
- Možnost nočního podávání (pacient není omezen během dne)
- Zapojení pečujících po řádném zaškolení
- Vhodné doplnit písemným návodem a telefonickým kontaktem
- Pravidelné kontroly místa vpichu a klinického stavu

Psychologické aspekty paliativní péče v ordinaci praktického lékaře

Úvod: Proměny role praktického lékaře v kontextu paliativní péče

Praktický lékař je dlouhodobě považován za „bránu do systému zdravotní péče“. Je prvním, ke komu se pacient obrací v případě potíží, a často i posledním, kdo jej provází v závěrečných fázích života. Přesto je jeho role ve společnosti i zdravotnickém systému často podceňována a zužována pouze na technické a administrativní úkony. Ve skutečnosti však praktický lékař sehrává klíčovou roli i v rovině psychologické, sociální a vztahové.

Psychologické aspekty zdravotní péče — především v situaci pokročilého onemocnění nebo v závěru života — vyžadují od lékaře hluboké porozumění člověku v jeho celistvosti. Nejde pouze o znalost somatických projevů nemocí, ale o schopnost vnímat pacienta v jeho životním kontextu, respektovat jeho hodnoty, očekávání, obavy i potřebu důstojnosti. Tento přístup je pro praktického lékaře obzvláště náročný, neboť pracuje samostatně, bez specializované podpory, a musí zvládat jak medicínskou, tak komunikační a psychosociální stránku péče.

Cílem tohoto textu je reflektovat roli praktického lékaře v různých fázích života pacienta a popsat specifika paliativní péče právě z psychologického pohledu. Zvláštní důraz je kladen na proměnu vztahu pacient–lékař, doprovázení v závěru života a profesní identitu lékaře v kontextu konečnosti.

Praktický lékař v životě pacienta

1. Role praktického lékaře v životě pacienta

Odpověď na tuto otázku není jednoznačná. Z pohledu zdravotnického systému je role praktického lékaře jasně vymezena – poskytuje primární péči, prevenci, základní diagnostiku a koordinaci odborné péče. Z pohledu psychologického a filozofického se však role praktika mění a závisí na vývojové fázi pacienta, jeho zdravotním stavu, hodnotovém nastavení i způsobu vnímání zdraví a nemoci.

2. Mladý člověk v ordinaci praktického lékaře

Mladí lidé, zejména zdraví, navštěvují praktického lékaře zřídka. Nejčastěji přicházejí kvůli potvrzením na sport, brigády, řidičský průkaz apod. Lékaře vnímají jako poskytovatele rychlé a efektivní služby, nikoliv jako průvodce zdravím. Komunikace často probíhá přes různé platformy, oceňována je dostupnost, ne tolik erudice nebo dlouhodobý vztah.

Situace se však výrazně mění u mladých lidí s chronickým onemocněním. Ti mají nemoc zintegrovanou do života a praktický lékař je pro ně důležitým prvkem v systému zdravotní péče – především jako koordinátor, opora a člověk, který jim poskytuje zázemí mimo specializovaná centra. I zde se však stává, že kontakt bývá minimální a hlavní zátěž péče o tyto pacienty leží na specialistech.

Z pohledu psychologie je patrné, že mladý zdravý člověk často nevnímá zdraví jako hodnotu, kterou je nutné aktivně chránit. Potřeba prevence je stále podceňována, i když mladší generace ji již reflektuje o něco více než generace předchozí.

3. Pacient středního věku

Po čtyřicátém roce života se vztah k praktickému lékaři mění. Častěji se objevují somatické potíže, u žen navíc později přichází čas hormonálních změn či vyčerpání a somatizace nejdříve z péče o děti a později z péče o stárnoucí rodiče. Muži mají tendenci bagatelizovat své somatické obtíže, péči často odkládají. K lékaři přicházejí až ve chvíli, kdy je zdravotní stav výrazně diskomfortní nebo omezující.

Chronicky nemocní pacienti ve středním věku navštěvují lékaře již častěji. Často si vybírají praktika, se kterým si dobře rozumí a ke kterému mají důvěru. Vztah bývá osobnější a hlubší, lékař se stává důvěrníkem, někdy dokonce citově bližší osobou než člen rodiny.

Z psychologického pohledu se zde objevuje potřeba bezpečí, jistoty a orientace v systému. Lékař není vnímán jen jako odborník, ale jako partner v životní i zdravotní nejistotě.

4. Starší pacient (senior)

V seniorském věku má praktický lékař obvykle již v životě pacienta pevné místo. Pacienti a lékaři spolu často „stárnou“, jsou na sebe zvyklí a změna lékaře bývá pro staršího pacienta velmi stresující.

Se zvyšující se nemocností přichází senioři do ordinace častěji. Lékař se stává oporou, koordinátorem péče, komunikačním mostem s rodinou a s dalšími zdravotními a pečovatelskými službami. Praktik zde často doplňuje chybějící sociální kontakty a poskytuje prostor k ventilaci obav, bolesti i osamělosti.

U starších pacientů je klíčová schopnost lékaře pracovat s emocemi, s úbytkem autonomie a se strachem ze smrti. Praktik zde vystupuje nejen jako zdravotník, ale i jako podpůrná autorita s velkým psychologickým významem. Osamělost stárnoucích pacientů mají tendenci praktičtí lékaři často vyhodnocovat jako určitý stupeň deprese. Tyto stavy pak automaticky řeší nasazením některých z typů antidepressiv. Může to tak jistě být, ale před nasazením léků by bylo dobré motivovat starší pacienty k rozšíření sociálních kontaktů, pomoci jim najít aktivity, které budou schopni realizovat, a psychický stav se tak může upravit i bez nasazení léků. Naopak velmi častá nespavost seniorů bývá řešena ne příliš výhodnými návykovými anxiolytiky či hypnotiky. Přitom dobrou volbou jsou v tomto případě právě antidepressiva.

Praktický lékař by nicméně neměl k lékům na poruchu nálady přistupovat automaticky a okamžitě, vhodný je pokus o režimové opatření, jež může pokleslou náladu zkorigovat.

Typologie pacientů z pohledu praktického lékaře

Z psychologického hlediska lze pacienty navštěvující praktického lékaře rozdělit do několika skupin, které se liší přístupem ke zdraví, mírou spolupráce i očekáváním od lékaře. Tyto typy se v ordinaci přirozeně prolínají a vyvíjejí v čase.

1. Pacient „využívající“ službu

Tento typ pacienta navštěvuje praktického lékaře pouze tehdy, když „musí“ – kvůli potvrzení do zaměstnání, očkování, akutnímu onemocnění. Preventivní péči považuje za zbytečnost, často opakuje narativy jako „k doktorům nechodím, protože pak bych mohl být nemocný“. Pokud se setká s vážnějším onemocněním, přistupuje k lékaři jako ke „službě“, od které očekává rychlé a efektivní řešení. V případě neúspěchu v léčbě bývá tento pacient frustrován a má tendenci svalovat vinu na lékaře nebo zdravotnický systém. Psychologicky často externalizuje odpovědnost a vnímá zdraví jako něco, co „má být zajištěno zvenčí“. Zodpovědnost za vlastní zdraví zpravidla nepřipouští. Spolupráce s pacienty tohoto typu bývá komplikovaná.

2. Pacient realistický a spolupracující

Tento pacient si je vědom významu primární péče a navštěvuje praktického lékaře s větší důvěrou a respektem. Zajímají ho nejen služby ordinace, ale i odbornost lékaře, a snaží se o partnerský vztah. Využívá prevenci, konzultuje příznaky, ale zároveň respektuje odbornost lékaře.

Někteří úzkostnější pacienti této skupiny vnímají ordinaci jako bezpečný prostor pro snížení nejistoty a strachu z nemoci a smrti. Lékař zde plní i podpůrnou psychologickou roli.

3. Pacient závislý a dlouhodobý

Pacienti s chronickými nebo vážnými onemocněními často vnímají svého praktického lékaře jako klíčového partnera v péči. Vztah bývá důvěrnější, kontinuální a osobnější. Výběr praktika je často podmíněn geografickými nebo zdravotními omezeními, nicméně tento typ pacienta klade velký význam na vzájemnou důvěru.

Vztah s dlouhodobým pacientem může být psychologicky náročný i pro lékaře – představuje pouto s někým, kdo je v trvalé zranitelnosti. Pokud takový pacient vstoupí do paliativní fáze, praktik se ocitá v roli, která často přesahuje rámec klasické medicíny. Zde je dobré zmínit, že pacienti obecně hodnotí na lékařích dvě zásadní kvality, a těmi jsou kompetence a vřelost. Kompetenci přitom očekávají a vyžadují od specialistů, chirurgů a zejména v intenzivní medicíně, tzn. u rychlých oborů. V případě lékařů, již se nemocným věnují dlouhodobě, oceňují více právě vřelost, což můžeme chápat jako osobní a autentický přístup.

Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře

Historická perspektiva

V době, kdy lékař zastával roli rodinného průvodce, byla péče o umírající běžnou součástí jeho profese. S nástupem institucionalizované medicíny po druhé světové válce však došlo k výrazné změně – smrt se stala tabuizovaným a vytěšňovaným jevem, který „nepatřil“ do veřejného prostoru. Umíralo se v nemocnicích, v ústraní, často bez podpory a lidské blízkosti.

Péče v závěru života byla vnímána jako „neúspěch medicíny“. Lékař jako symbol moci a úspěchu měl „vyléčit“, nikoliv doprovázet ke konci života. Tím došlo ke ztrátě kontinuity, lidskosti a vztahového rámce – tedy prvků, které jsou pro kvalitní paliativní péči zásadní.

Současný návrat k lidskosti

Dnes se opět otevírá prostor pro návrat ke kvalitní a důstojné péči v závěru života. Paliativní přístup se stává standardem ve specializovaných týmech, ale jeho uplatnění v primární péči zůstává složité – především kvůli systémovým překážkám, chybějícím úhradám, absenci supervize a právní nejistotě.

Přesto má praktický lékař nezastupitelnou roli:

- Zná pacienta a jeho příběh.
- Má důvěru rodiny.
- Je schopen pružně reagovat.
- Může pacienta doprovázet v jeho domácím prostředí.

Vnitřní nastavení lékaře

Pro mnohé praktické lékaře je paliativní péče výzvou i na úrovni osobní. Znamená přechod z role „léčitele“ do role „průvodce“, což může vyvolávat úzkost, smutek, pocity selhání. Lékař, který byl zvyklý nabízet řešení, se ocitá tváří v tvář neřešitelnosti. V této fázi je důležité, aby měl zpracovaný vztah ke smrti, k vlastní zranitelnosti i k omezením medicíny.

Pokud takové zpracování chybí, může lékař v rámci svých vlastních obranných mechanismů péči o pacienta v závěru života odmítnout – např. v podobě přesměrování pacienta na jiné pracoviště, formální komunikace nebo odmítnutí domácí péče. To však pro paliativně relevantního nemocného představuje ztrátu důvěry i kontinuitu, která je při tomto typu péče velmi důležitá.

Paliativní péče u mladého člověka

Umírání mladého člověka je situace hluboce zraňující pro všechny zúčastněné. Bývá vnímáno jako nespravedlivé, nepřírozené a těžko přijatelné – jak pro rodinu, tak pro zdravotníky. Pokud se mladý pacient ocitne v závěru života, přináší to zcela mimořádné nároky na citlivost, odvalu a autenticitu praktického lékaře.

Psychologické výzvy a potřeby

Mladí lidé mají často potřebu žít intenzivně i v závěru života. Chtějí rozhodovat o sobě, být aktivní a nepodléhat pasivitě nebo soucitu. Praktický lékař by měl tento postoj respektovat a nabídnout přístup, který je flexibilní, empatický a důstojný.

Je vhodné:

- Dát mladému pacientovi dostatek prostoru pro sebevyjádření.
- Být otevřený jeho hodnotám, byť se mohou lišit od běžné představy „klidného odcházení“.
- Netlačit na přijetí reality, pokud si to pacient nepřeje.

Mladý člověk má právo nevědět, nechť mluvit o smrti nebo naopak sdílet své nejhlubší obavy. Lékař by neměl předkládat žádné narativy („měli bychom být smíření“), ale měl by být ochoten pomoci.

Komunikace s rodinou

U mladých pacientů jsou blízcí – především rodiče – často zahlceni bolestí. Ne každý rozhovor je možný, ne každá informace je vítaná. Praktický lékař se může stát prostředníkem, podporou nebo bezpečným bodem pro tyto složité interakce.

Důležité je:

- Respektovat tempo rodiny i pacienta.
- Vyhnout se povrchnímu „uklidňování“ (např. „To zvládneme“, „Musíte být silní“).
- Být vybaven základní erudicí pro obvyklé typy rozhovorů a podporu v emočně složitých situacích.
- Nabídnout opakovaně možnost rozhovoru – některá témata se otevírají až časem.

Paliativní péče u pacientů středního věku

Ve středním věku pacienti obvykle žijí aktivně, pracují, mají rodiny, pečují o děti i rodiče. Konfrontace s blízcím se úmrtím je tak nejen medicínsky, ale i existenčně kritická. Praktický lékař zde často hraje zásadní roli ve stabilizaci situace a vytváření rámce péče.

Pacienti této skupiny si často přejí zůstat doma – v prostředí, kde jsou obklopeni rodinou a mohou mít alespoň částečný pocit kontroly. Praktik je zde v roli koordinátora, lékaře řešícího symptomy nemocného, komunikátora i podpory blízkých.

Komunikační a podpůrné zásady

Při doprovázení terminálně nemocného pacienta nejen ve středním věku je vhodné:

- Otevřeně se ptát, co si pacient přeje.
- Respektovat jeho priority (např. možnost trávit čas s dětmi, nebýt hospitalizován nebo naopak nebýt zátěží pro blízké).
- Nabízet podporu i partnerovi/partnerce, kteří bývají hlavními pečujícími osobami.
- Využít možností domácí péče, sociálních služeb, mobilního hospice.

Zvláště důležitá je důvěra – pacient musí mít jistotu, že jeho přání budou respektována, že mu lékař bude dostupný a že se neztratí v systému. Pokud praktik tento trend dokáže udržet, může nemocný čelit i nejtěžším chvílím s relativním klidem.

Paliativní péče u pacientů v seniu (pozdním stáří)

Senioři tvoří početně nejvýraznější skupinu pacientů v paliativní péči. Vysoký věk je často provázen polymorbiditou, ztrátou soběstačnosti, kognitivním úbytkem i sociální izolací. Praktický lékař zde hraje zásadní roli nejen v poskytování symptomatické léčby, ale i v podpoře orientace pacienta a jeho rodiny ve složitém zdravotně-sociálním prostředí.

Komplexní potřeby staršího pacienta

Senioři vstupují do závěru života často nenápadně. Nejde o náhlý přechod do terminální fáze, ale spíše o pozvolný ústup ze života, který se může táhnout měsíce či roky. Praktický lékař je v tomto procesu stabilní oporou – jedinou známou tvář, která pacienta dlouhodobě zná a která ví, jak se jeho stav mění.

Paliativní péče u seniorů zahrnuje:

- Zvládání chronické bolesti, dušnosti, poruch spánku či nechutenství.
- Podporu v orientaci a zachování co největší autonomie.
- Komunikaci o postupu léčby i o očekávání budoucího vývoje.
- Spolupráci s rodinou a domácí péčí při zajištění důstojného prostředí.

U starších pacientů je třeba počítat s kognitivními limity, zhoršeným sluchem, obtížemi v koncentraci – to vše vyžaduje trpělivost, klidné tempo komunikace, příp. opakování podstatných informací a využívání vhodných nástrojů pro informování a orientaci nemocného.

Rodinné vazby a rozhodování

Senioři jsou často odkázáni na pomoc rodiny nebo jiných pečujících osob. Praktický lékař se proto nevyhnutelně stává komunikačním mostem mezi pacientem a jeho okolím.

Musí být schopen:

- Citlivě zprostředkovat informace.
- Respektovat kompetence i limity pečujících.
- Předcházet konfliktům, např. ohledně hospitalizací nebo léčebných rozhodnutí.

Někteří senioři přestávají být schopni rozhodovat za sebe. V takových případech je důležité mít předem zajištěné pokyny (např. dříve vyslovená přání) nebo nastavený proces pro zástupné rozhodování – což by měl praktik iniciovat s dostatečným předstihem.

Konec života doma

Mnoho seniorů vyjadřuje přání zůstat až do konce doma – ve známém prostředí, s minimem rehospitalizací a zásahů. Praktický lékař by měl být schopen toto přání zohlednit a v rámci svých možností umožnit.

To obnáší:

- Pravidelnou kontrolu (alespoň vzdáleně s pomocí dobře spolupracující domácí péče).
- Dobrou komunikaci s domácí péčí a mobilním hospicem (pokud je dostupný).
- Dostupnost telefonického kontaktu v případě zhoršení stavu.
- Empatii, klid a schopnost být „po ruce“ i v krizových chvílích.

Zvládnutí těchto situací často přesahuje medicínu – zde se lékař stává lidskou oporou pro pacienta i jeho blízké. Pokud v této fázi pacient lékaře ztrácí (např. je bez návštěvní služby nebo je odeslán do neznámého zařízení), dochází k vážnému narušení bezpečí i důvěry terminálně nemocného.

Komunikace jako základ paliativní praxe

Komunikace v paliativní medicíně není jen prostředkem výměny informací. Je nástrojem podpory, porozumění, validace a bezpečí. Praktický lékař zde nemusí být perfektní řečník – ale musí být přítomný, vnímavý, adekvátně vzdělaný a autentický.

Základy dobré komunikace

Dobrá komunikace v paliativní fázi zahrnuje:

- Naslouchání bez hodnocení.
- Respekt k emocím a obranným mechanismům pacienta.
- Práce s tichem.
- Dávání prostoru pacientovi, aby si řídil tempo hovoru.
- Otevřenost a upřímnost – do míry, o kterou pacient stojí.

Pacient má právo vědět – i nevědět. Měl by mít možnost odmítnout některá sdělení, posunout je v čase, vrátet se k nim. Lékař zde není v roli vychovatele nebo „nositele pravdy“, ale v roli průvodce, který nabízí a podporuje.

Co není vhodné

Nevhodné jsou:

- Zlehčující výroky typu „všechno bude dobré“ (zavrou komunikaci a pacient se ocitá v psychologické samotě).
- Zahlcující množství odborných termínů bez vysvětlení.
- Tlak na přijetí („Už jste se s tím smířil?“).
- Moralizace („Měl byste přemýšlet o svých dětech...“).

Důležitější než slova je postoj – lékař, který se nebojí bolesti, který je k dispozici a který dokáže být „s pacientem“ v plném smyslu slova, má mnohdy větší léčivý účinek než lékař s rozsáhlými znalostmi, ale emočně nedostupný.

Doporučení pro praxi praktických lékařů

Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře není jen soubor odborných dovedností, ale také osobní a vztahová výzva. Lékař, který se rozhodne tuto roli přijmout, by měl mít k dispozici nejen medicínské nástroje, ale i oporu pro svou vlastní psychickou stabilitu.

Shrnutí hlavních doporučení

- Přijmout změnu role: z lékaře uzdravujícího na lékaře doprovázejícího.
- Naslouchat více než mluvit. Méně radit, více být přítomen.
- Zeptat se pacienta, co chce vědět a co očekává.
- Seznámit se s hodnotovou anamnézou pacienta – co je pro něj důležité.
- Respektovat obranné mechanismy – pacient má právo „nevědět“.
- Podporovat činnosti, které mají pro nemocného smysl.
- Spolupracovat s domácí péčí a mobilními hospici – zjistit si jejich možnosti.
- Nabídnout prostor i blízkým – být prostředníkem v komunikaci.
- Pokud je to možné, účastnit se kurzů a supervizí – práce s umírajícími je emočně náročná.
- Spolupracovat s psychologem, pokud je dostupný – nejen kvůli pacientům, ale i pro vlastní psychohygienu.

Závěr: Smysl paliativní péče v ordinaci praktického lékaře

Vztah praktického lékaře a jeho pacienta je často nejdéle trvajícím kontaktem v celém zdravotním systému. Tento vztah má sílu ovlivnit nejen průběh nemoci, ale i způsob, jakým pacient vnímá svůj životní příběh – včetně jeho konce.

Paliativní péče v ordinaci praktického lékaře je výzvou, ale i příležitostí. Nabízí smysl, který přesahuje technickou stránku medicíny – lidskou přítomnost, důvěru, autenticitu. Pokud se lékař rozhodne tuto cestu přijmout, může se stát nezastupitelným průvodcem, který pomáhá pacientovi odejít s důstojností, úlevou a klidem.

Paliativní péči v ordinaci praktického lékaře vnímáme zatím stále jako nadstavbu, která není zatím zcela dobře propracována a zaintegrována do celkového sociálně zdravotního systému.

Praktický lékař, který se rozhodne tomuto typu péče věnovat, potřebuje disponovat určitou mírou odvahy, flexibility a hlavně kreativity, aby byl schopný kvalitní péči umírajícímu poskytnout.

Je samozřejmé, že tento velmi odlišný typ pomoci se musí učit a chybám se vyhnout nelze. Přesto je péče o pacienty v závěru života velmi obohacujícím prvkem, který i přes obecná očekávání nebývá frustrující ani příliš smutný. Přináší totiž jiný způsob vnímání a chápání života a smrti, vytváří nové postoje a reguluje hodnotový systém jedince. Poskytuje hlubší porozumění a lidskost, jež je i v době velmi technicky vyvinuté medicíny stále více potřebná.

Praktické komunikační návody pro vybrané situace v péči o pacienta v závěru života

Hodnocení kompetence pacienta

Kompetence pacienta je klíčovým předpokladem jeho participace na sdíleném rozhodování o plánu péče. Kompetence k rozhodování o zdravotní péči se zcela nekryje se svéprávností (podle zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Pacient svéprávný může přesto být pro určitý typ rozhodování nekompetentní. Lékař musí systematicky zhodnotit pacientovu schopnost porozumět informacím, uvažovat o možnostech a vyjádřit svá přání ohledně zdravotní péče. Téma je zpracováno také v brožuře **Právní aspekty péče o pacienta v závěru života**.

Čtyři pilíře kompetence

1. Porozumění informacím

Zhodnocení: „Můžete mi svými slovy říct, jak rozumíte svému onemocnění?“

- Pacient správně rozumí a dokáže zopakovat základní informace o svém onemocnění nebo je interpretovat vlastními slovy.
- Chápe prognózu nebo očekávaný vývoj a možné komplikace.
- Rozumí navrhaným léčebným možnostem.

Modelové věty:

- „Jak byste vysvětlil svůj zdravotní stav někomu z rodiny?“

2. Uvažování o důsledcích

Zhodnocení:

- Pacient dokáže zvážit výhody a rizika jednotlivých léčebných alternativ nebo postupů.
- Uvědomuje si dopady různých rozhodnutí na délku a kvalitu života.
- Dokáže porovnat různé scénáře péče.

Modelové věty:

- „Jaké vidíte výhody a nevýhody léčebného postupu A?“
- „Jak si představujete svůj život s omezeními, která s sebou nese léčebný postup B?“

3. Vyjádření preferencí

Zhodnocení:

- Pacient je schopen formulovat své hodnoty a přání.
- Dokáže komunikovat svoje priority.
- Vyjadřuje konzistentní preference.

Modelové věty:

- „Která z navržených možností nejlépe odpovídá vašim hodnotám a představám?“
- „Co je pro vás v této situaci (závažného, život ohrožujícího onemocnění) nejdůležitější?“

4. Stabilita rozhodnutí

Zhodnocení:

- Rozhodnutí nejsou chaotická ani příliš kolísavá.
- Pacient si zachovává určitou konzistenci v čase.
- Rozhodnutí reflektují jeho dlouhodobé hodnoty.
- Praktický postup hodnocení:

Krok 1: Příprava prostředí

- Zajistěte klidné prostředí bez rušení.
- Naplánujte dostatek času (15-20 minut).
- Povzbudte pacienta, aby si přizval osobu, se kterou je ochoten přemýšlet a hovořit o svém zdravotním stavu a zdravotní péči.

Krok 2: Strukturovaný rozhovor

1. **Otevřená otázka:** „Rád bych, abychom se nyní společně věnovali plánování další péče. Souhlasíte?“
2. **Ověření porozumění:** „Můžete mi prosím vlastními slovy zopakovat...? Jak rozumíte své situaci a tomu, co jste slyšel od lékařů?“
3. **Zhodnocení úvah:** „Jak jste dospěl k tomuto rozhodnutí?“
4. **Dokumentace:** Zznamenejte proces i výsledek hodnocení.

Krok 3: Rozhodnutí o kompetenci

1. **Kompetentní pacient:** Splňuje všechny čtyři pilíře, schopen participovat na sdíleném rozhodování.
2. **Částečně kompetentní:** Zvažte zapojení podpory (osoby s právem zástupného souhlasu, osoby blízké).
3. **Nekompetentní:** Aktivujte nástroje zástupného rozhodování (viz brožura Právní a etické aspekty paliativní péče – Doporučení pro praktické lékaře).

Zvláštní pozornost věnujte:

- Fluktuující kompetenci (např. při deliriu).
- Vlivu úzkosti a deprese na rozhodování.
- Kulturním a jazykovým bariérám.
- Časovým změnám v kompetenci.

Pravidelně přehodnocujte kompetenci, zejména při změnách zdravotního stavu nebo terapie, která může ovlivnit kognitivní funkce.

Komunikace o porozumění závažné nemoci / klinické situaci

Cíl rozhovoru

- Zjistit, co pacient (a rodina) ví a jak rozumí své nemoci.
- Sjednotit očekávání a hodnoty jako základ pro plánování budoucí péče.
- Podpořit bezpečí a důvěru, nastavit další kroky.

Obecné principy

- **Připravte rámec:** klidné prostředí, dostatek času, možnost přítomnosti blízké osoby.
- **Ptejte se před tím, než informujete** (*Ask–Tell–Ask* – viz níže).
- **Normalizujte emoce,** používejte empatické reakce.
- **Jasný, stručný jazyk,** bez žargonu; po dávce informací ověřte porozumění.
- **Respektujte hodnoty a priority** pacienta/rodiny.
- **Dokumentujte klíčové závěry** do zdravotnické dokumentace a sdílejte s dalšími poskytovateli (je-li to relevantní).

Kompetentní pacient

Struktura rozhovoru (Ask–Tell–Ask)

Ask – zjištění porozumění a preferencí

„Řekněte mi prosím, co víte o své nemoci?“

„Co vám kolegové v nemocnici řekli o Vašem zdravotním stavu?“

„Jak byste chtěl, abychom o dalších možnostech mluvili – spíše stručně, nebo do detailu?“

Tell – sdělení v malých dávkách

„Vyšetření ukazují, že nemoc postupuje.“

„Tato léčba může přinést úlevu, ale bohužel nemůže dosáhnout úplného vyléčení.“

Ask – ověření, reakce, hodnoty

„Mohli byste mi vlastními slovy říct, jak tomu rozumíte?“

Příklady vhodných navazujících vět

- ✓ „S ohledem na to, co jsme si o Vaší nemoci řekli, bych se rád zeptal, co je pro Vás v nadcházejících měsících nejdůležitější?“
- ✓ „Na základě toho, co říkáte, bych s Vámi rád probral možnosti další péče...“
- ✓ „Pokud by se Váš stav zhoršil, jakou péči byste preferoval doma a jakou v nemocnici?“
- ✓ „Je někdo, koho byste chtěl pověřit rozhodováním, kdybyste nemohl rozhodovat Vy sám?“

Nevhodné věty

- X „Asi víte, jak to s Vámi vypadá...“
- X „Chápete, že je to nevléčitelné?“
- X „Víte, že umíráte?“
- X „Nedělejte si starosti, nějak to dopadne.“ (zlehčování)
- X „Musíte se rozhodnout hned.“ (nátlak)
- X Žargon: „Vyšetření prokázala progresi. Možnosti kurativy jsou vyčerpané. Vaše prognóza je limitovaná.“ (nejasné pro pacienta)

Uzavření a plán

- Shrnutí: „Slyším, že je pro Vás zásadní zůstat doma a mít dobrou úlevu od dušnosti.“
- Domluva: „Navrhuji následující plán...“
- Dokumentace: preferované místo péče, organizační zajištění péče, na koho se obrátit v případě komplikací a zhoršení stavu, osoba s právem zástupného souhlasu, dříve vyslovené přání, limity léčby (např. resuscitace), management symptomů včetně záchranné medikace v případě krizí...

Nekompetentní pacient (na rozhodování se podílí pacientův zástupce)

Kdo rozhoduje

- Identifikujte zákonného zástupce/opatrovníka či osobu s právem zástupného souhlasu či osobu blízkou dle legislativy (viz brožura Právní aspekty péče v závěru života).
- Zjistěte, zda pacient sepsal dříve vyslovená přání.

Struktura rozhovoru se zástupcem/rodinou (Ask–Tell–Ask)

Ask – porozumění situaci a znalost přání pacienta

„Co víte o zdravotním stavu pana/paní X?“

„Mluvil/a někdy o tom, co by si přál/a v takové situaci?“

„Jaké hodnoty byly pro něj/ni v životě důležité?“

Tell – medicínský rámec a realistické možnosti

„Stav pana/paní X je velmi závažný (např. opakovaná aspirační pneumonie u pacienta s pokročilou demencí) a bohužel bezprostředně ohrožuje pacienta na životě. Jednou možností by byla hospitalizace a zde se pomocí kapaček, antibiotik a možná i napojení na přístroje pokusit tuto závažnou komplikaci vyřešit a jeho život možná o něco prodloužit. Pro pacienta to může být spojeno s velkým stresem a navíc velmi nejistým výsledkem. Šance na zlepšení je opravdu velmi nízká... Druhou možností je pacienta nehospitalizovat a pokusit se závažnou infekci zvládnout doma/v domově pro seniory pomocí antibiotik a podpůrné péče. Během několika dnů uvidíme, zda se stavlepší... Třetí možností je antibiotika nepodávat v další léčbě a péči cílit výhradně na pacientův komfort v závěru života...“

Ask – sladění s hodnotami pacienta

„Myslíte, že by si přál, abychom ho odeslali do nemocnice a zde se pomocí kapaček a možná i napojení na přístroje pokusili tuto závažnou komplikaci vyřešit?“

Příklady vhodných vět

- ✓ „Naším úkolem je, abychom při plánování dalšího postupu zohlednili životní hodnoty pana/paní X.“
- ✓ „Můžeme se rozhodovat krok za krokem; dnes se zaměříme na nejbližší dny.“
- ✓ „Navrhuji zaměřit péči na zajištění komfortu a současně na to, abychom předešli neplánovaným hospitalizacím, pokud to odpovídá jeho/jejím přáním.“

Nevhodné věty

- × „Co si myslíte, že bychom měli dělat?“
- × „Rozhodněte za něj/ni...“
- × „Co byste chtěli vy?“ (bez vazby na pacientovy hodnoty; správně má být: co by si přál pacient)
- × „Musíme udělat všechno.“ (bez ohledu na přínos)
- × „Nemůžeme už nic dělat.“ (vždy lze dělat mnoho pro komfort a podporu)

Uzavření a plán

- Shrnutí dohod: místo péče, limity intervencí (např. bez resuscitace/intubace), plán zvládnutí symptomů, kontakty.
- Nabídka podpory: „Jsme k dispozici, když se něco změní; zavolejte kdykoli.“

Obecné zásady komunikace pro obě skupiny

Doporučené techniky

- Aktivní naslouchání – parafrázování, reflektování emocí
- Postupnost – informace po malých dávkách
- Ověřování porozumění – „Jak tomu rozumíte?“
- Empatie – „Vidím, že je to pro vás těžké...“

Chyby, kterým se vyhnout

- Příliš mnoho informací najednou.
- Medicínský žargon bez vysvětlení.
- Předpoklad, že sami víme, co pacient chce a potřebuje vědět.
- Ignorování emocí.
- Tlak na rychlé rozhodnutí.

Dokumentace

- Zaznamenejte úroveň pacientova porozumění.
- Dokumentujte jeho preference a hodnoty.
- Evidujte přání ohledně budoucí péče.
- Aktualizujte při změně stavu.

Praktické tipy

- Plánujte více kratších rozhovorů.
- Používejte jednoduché schéma nebo obrázky.
- Nechte prostor pro otázky.
- Zajistěte návaznost s dalšími poskytovateli (např. ambulance paliativní medicíny).

Pamatujte: Cílem není sdělit všechny informace, ale pochopit pacientovu perspektivu a vybudovat základ pro společné plánování péče.

Komunikace o duchovních potřebách a existenciálním distresu

Úvod

Vážná nemoc často vyvolává existenciální otázky týkající se smyslu života, strachu ze smrti, ohrožené nebo narušené identity a ztráty naděje. Praktický lékař hraje důležitou roli v identifikaci a základní podpoře duchovních potřeb pacientů.

Identifikace duchovního/existenciálního distresu

Varovné signály:

- Pocity bezmoci, beznaděje nebo zoufalství.
- Otázky typu: „Proč já?“, „Co se mnou bude po smrti?“
- Pocity viny, hněvu na Boha nebo osud
- Ztráta smyslu života a hodnot
- Stažení a izolace od blízkých nebo např. náboženského společenství
- Obtížně řešitelné tělesné symptomy (např. bolest a dušnost), které nekorelují se somatickým nálezem.

Jak se ptát na duchovní potřeby

Základní přístup

- Používejte otevřené, nehodnotící otázky. Respektujte pacientovo světonázorové přesvědčení, ať už je jakékoli.

Modelové otázky pro zjištění duchovních potřeb

Úvodní explorativní otázky:

- „Co Vám v této těžké době nejvíce pomáhá?“
- „Kde nacházíte sílu a podporu?“
- „Máte nějaké duchovní nebo náboženské přesvědčení, které je pro Vás důležité?“

Otázky zaměřené na zdroje podpory:

- „Kdo nebo co je pro Vás zdrojem povzbuzení/naděje/útěchy?“
- „Máte někoho, s kým si můžete promluvit o svých nejhlubších obavách?“
- „Pomáhá Vám modlitba, meditace nebo jiné duchovní praktiky?“
- „Patříte k nějakému náboženskému společenství/církvi?“

Intervence praktického lékaře

Aktivní naslouchání a validace

- Věnujte pacientovi plnou pozornost.
- Validujte jeho pocity: „Rozumím, že se cítíte ztracený.“
- Nepokoušejte se ihned „opravit“ nebo minimalizovat obtíže.

Základní podpůrné techniky

Podpůrné formulace:

- „Vaše otázky jsou v této situaci naprosto přirozené.“
- „Mnoho lidí v podobné situaci prožívá podobné pochybnosti.“
- „Je v pořádku cítit se takto. Nemusíte být pořád silný/á.“

Facilitace zkušenosti smyslu:

- „Co pro má/mělo pro Vás v životě největší význam?“
- „Na co jste ve svém životě nejvíce hrdý/á?“
- „Jak byste chtěl/a, aby si Vás Vaši blízcí zapamatovali?“

Práce s nadějí

Pomáhejte pacientovi redefinovat naději – od naděje na uzdravení k naději na:

- Zmírnění bolesti
- Čas s blízkými
- Dokončení důležitých úkolů
- Klidnou smrt
- Zachování respektu či autonomie
- Dostupnost péče a naslouchání potřebám

Modelová formulace

- „I když nemůžeme ovlivnit průběh nemoci, můžeme společně pracovat na tom, aby byl zbývající čas co nejkvalitnější.“

Kdy předat péči specialistovi

Indikace k předání

- Komplexní duchovní krize vyžadující intenzivní podporu.
- Pacient výslovně žádá o kontakt s duchovním.
- Konflikt mezi pacientem a jeho blízkými ohledně duchovních otázek.
- Praktický lékař se necítí kompetentní.

Dostupní specialisté

- Duchovní podle vyznání pacienta.
- Kaplan v týmu paliativní péče (např. ambulance paliativní medicíny, domácí hospic).
- Psycholog/psychiatr se zaměřením na existenciální terapii.

Závěr

Duchovní péče není výhradně doménou duchovních. Praktický lékař může poskytnout významnou podporu prostřednictvím empatického naslouchání, validace pacientových pocitů a pomoci při hledání smyslu. Klíčové je respektovat pacientovy hodnoty a být připraven na předání specializované péči, když je to potřeba.

Zapamatujte si: Vaše přítomnost a ochota naslouchat je často cennější než dokonalé a duchaplné odpovědi na existenciální otázky.

Komunikace s úzkostným pacientem se závažným somatickým onemocněním

Úzkost je u pacientů se závažným onemocněním velmi častá a může mít dalekosáhlé dopady na kvalitu života, pacientovo rozhodování, ale i na vnímání tělesných symptomů jako je bolest, dušnost nebo nevolnost. Níže najdete praktický postup: jak vést rozhovor, jaké věty použít, čemu se vyhnout, kdy zvažovat léčbu a kdy vyžádat pomoc specialisty.

V kontextu péče o pacienty se závažným pokročilým onemocněním je zásadně důležité, aby pacient a jeho blízcí správně rozuměli klinické situaci (diagnóza, předpokládaný vývoj onemocnění, prognóza). Publikovaná evidence ukazuje, že u pacientů s normálními kognitivními funkcemi je nejistota spojená s nejasnou diagnózou a prognózou zdrojem větší úzkosti než vědomí závažné diagnózy a limitované prognózy.

Cíle rozhovoru u pacienta s úzkostí:

- Zklidnit pacienta a vytvořit bezpečný prostor.
- Porozumět zdroji úzkosti (např. nedostatečně zmírněná bolest a další symptomy, nejistota, nepříznivá prognóza, rodina, finance, ztráta smyslu).
- Nabídnout konkrétní kroky: ujištění, plán, management symptomů.
- Domluvit další kontakt a zapojit další služby (psycholog, paliativní tým, kaplan, sociální služby).

Jak začít: navázání kontaktu

- „Vidím, že je toho na Vás hodně. Co je teď pro Vás nejtěžší?“
- „Mohu Vám dát pár minut jen na to, abyste popsal/a, z čeho máte největší obavy?“
- „Co by Vám dnes nejvíc pomohlo, abyste se této situaci cítil o trochu lépe?“

Vyvarujte se spěchu a zlehčování. Věnujte první 2–3 minuty aktivnímu, nerušenému naslouchání. Sledujte nonverbální projevy (např. zrychlená řeč, sevřené ruce, slzy).

Normalizace a validace

- ✓ „To, co prožíváte, je u takto závažné nemoci běžné a pochopitelné.“
- ✓ „Nejste v tom sám/sama; můžeme s tím něco dělat a půjdeme krok za krokem.“
- ✓ „Úzkost často zesiluje, když je hodně nejistoty. Zkusme ji společně zmenšit jasným plánem.“

Nevhodné formulace

- ✗ „Musíte být silný/á.“
- ✗ „Nebojte se, to bude dobré.“ (bagatelizace, neslibujte, co nemůžete zaručit)
- ✗ „Jiní jsou na tom hůř.“ (srovnávání zvyšuje stud a izolaci)

Prozkoumání zdroje úzkosti: strukturovaně

Ptejte se otevřeně, ale konkrétně:

- „Čeho se nejvíc obáváte?“ (pacienta je možné navést otázkou na některý z častých zdrojů obav: např. bolesti, zhoršení dušnosti, osamělosti, toho, co bude s rodinou)
- „Kdy během dne/ve kterých situacích je úzkost nejsilnější? Co ji vyvolá a co ji trochu zmírní/co Vám pomáhá ji zvládnout? “
- „Jak spíte a jíte? Zhoršuje se úzkost v noci?“
- „Máte někdy pocit, že je toho na Vás ‚moc‘ a už nechcete dál?“ (citlivé zjištění míry beznaděje a suicidálních myšlenek)

Nevhodné formulace:

- ✗ „To je jen v hlavě.“
- ✗ „Na to teď nemáme čas.“
- ✗ „Kdybyste se víc snažil/a, zvládl/a byste to.“
- ✗ „Musíte myslet pozitivně.“

Zklidnění pacienta v ordinaci: jednoduché techniky

Tyto techniky může s pacientem provádět náležitě edukovaná sestra:

- „Zkusme spolu na dvě minuty klidné dýchání: nádech nosem na 4, výdech na 6.“
- „Pojmenujme tři věci, které teď slyšíte/vidíte/cítíte. Pomáhá to přepnout mozek z úzkosti do přítomnosti.“
- „Mohu Vám dát stručné písemné kroky domů a společně je teď projdeme.“

Dodejte konkrétní plán, např.: „Dnes uděláme A (úleva od symptomů), B (kontakt na psychologickou podporu, ambulanci paliativní medicíny) a C (krátkodobý lék podle potřeby). Za týden si zavoláme.“

Informování a naděje „ukotvená v realitě“

- „Rád bych s Vámi hovořil o tom, čeho se obáváte. Zaměříme se na to, co můžeme ovlivnit.“
- „Naděje může mít různé podoby: menší bolest, lepší spánek, více času s rodinou. Na tom můžeme začít pracovat hned.“
- „Pokud by se úzkost s velkou intenzitou vracela, domluvíme se, jak mě můžete rychle kontaktovat.“

Nevhodné formulace:

- × „Nemá smysl o tom mluvit.“
- × „To přejde samo.“
- × „Nebudeme řešit Vaše emoce, soustředíme se na léčbu Vaší nemoci.“

Farmakologický management úzkosti jako symptomu

- Zvažte rychlou úlevu: krátkodobě nízké dávky benzodiazepinu (např. alprazolam 0,25–1 mg dle potřeby) při akutní úzkosti; vždy s plánem na přehodnocení a prevenci závislosti.
- Dlouhodobě: SSRI/SNRI (např. sertralin/escitalopram) při perzistující úzkosti nebo komorbidní depresi; je ale třeba počítat s nástupem účinku za 2–4 týdny.
- Nezapomeňte na somatické spouštěče úzkosti: bolest, dušnost, nespavost, obstipace – aktivně je léčit.

Vysvětlte jednoduše:

- „Tento lék je na rychlé zklidnění pro krizové chvíle. Tento druhý působí dlouhodobě a pomůže snížit celkovou hladinu úzkosti.“
- „Prosím, užívejte je podle plánu a ozvěte se při nežádoucích účincích.“

Zapojení podpory a bezpečnost

- „Máte v okolí někoho, kdo by s Vámi mohl být, když na Vás silná úzkost přijde?“
- „Dám Vám kontakt na psychologa / paliativní tým / kaplana. Mohou Vám pomoci s emocemi, smyslem i rodinnou komunikací...“
- Při myšlenkách na sebepoškození: „Děkuji, že to říkáte. Bezpečí je teď prioritou. Domluvíme se na okamžité pomoci.“ Využijte krizové linky a urgentní postupy.

Uzavření a následný plán

- „Shrnu, co jsme domluvili: dnes upravíme léčbu bolesti a spánku, přidáme krátkodobý lék na úzkost, domluvím Vám kontakt na psychologickou podporu / paliativní tým a za 5 dní si zavoláme.“
- „Kdyby se Vaše úzkost nezmírnila, volejte – domluvíme dřívější kontrolu.“

Klíčem k úspěchu je klidný tón, validace emocí, jasný plán a dostupnost. Citlivé věty, které dávají naději ukotvenou v realitě, a včasné zapojení podpory často přinesou výraznou úlevu už při první návštěvě. Výhodou je také včasné zapojení blízké osoby a vhodné nastavení způsobu předávání informací samotnému nemocnému i komunikace v rámci rodiny.

Krizová intervence u pacienta v paliativní péči a jeho blízkých

Rozpoznání krizové situace

Příznaky akutní krize u pacienta

- Intenzivní úzkost, panika, agitace
- Náhlé zhoršení bolesti nebo dušnosti
- Delirium, zmatenost
- Suicidální myšlenky nebo výroky typu „už to nechci dál snášet“
- Odmítání další péče nebo medikace

Příznaky krize u blízkých

- Hysterie, nekontrolovatelný pláč
- Agresivní chování vůči personálu
- Nerealistické požadavky („udělejte něco, ať už netrpí“)
- Popírání diagnózy nebo prognózy
- Kolaps, mdloby

Okamžitá intervence - algoritmus CALM

Algoritmus CALM je kompaktní, komunikačně zaměřený rámec pro první psychologickou pomoc v akutní krizi.

C - Contact (Navázání kontaktu)

- Přistupte klidně, představte se.
- Mluvte pomalu a jasně.
- Udržujte oční kontakt.

A - Assessment (Zhodnocení)

- Rychle vyhodnoťte bezpečnost situace.
- Identifikujte hlavní zdroj stresu.
- Zhodnoťte riziko sebepoškození.

L - Listening (Naslouchání)

- Aktivně naslouchejte, bez přerušování.
- Validujte emoce: „Rozumím, že je to pro Vás velmi těžké.“
- Nepolemizujte s iracionálními výroky.

M - Management (Řešení)

- Nabídněte konkrétní řešení.
- Zajistěte bezpečné prostředí.
- Kontaktujte další odborníky podle potřeby.

Komunikační techniky

VHODNÉ formulace

- ✓ „Vidím, že Vás to velmi trápí.“ – Validace emocí.
- ✓ „Jste tady, abyste na to nebyl/a sám/a.“ – Ujistění o podpoře.
- ✓ „Co by Vám teď nejvíce pomohlo?“ – Aktivní zapojení.
- ✓ „Pokusíme se to zvládnout krok za krokem.“ – Rozdělení problému.
- ✓ „Je normální, že se tak cítíte.“ – Normalizace reakcí.
- ✓ „Je něco, na co byste se chtěl/a zeptat, co byste potřeboval/a vědět?“ – Respekt k autonomii.

NEVHODNÉ formulace

- ✗ „Uklidněte se.“ – Bagatelizuje emoce.
- ✗ „Rozumím, jak se cítíte.“ – Pokud nemáte podobnou zkušenost.
- ✗ „Vše bude v pořádku.“ – Nerealistické ujistění.
- ✗ „Musíte být silný.“ – Nátlak na potlačení emocí.
- ✗ „To není tak zlé.“ – Bagatelizace.

Praktické postupy

1. Při tělesné krizi (bolest, dušnost)

- Okamžitá úleva – aplikujte rychle působící záchrannou medikaci.
- Vysvětlete postup – „Dávám Vám lék na bolest, účinek nastoupí za 10-15 minut.“
- Zůstaňte u pacienta – dokud se stav nezlepší.
- Informujte rodinu – o tom, co děláte a proč.

2. Při emoční krizi

- Poskytněte soukromí – odvedte do klidné místnosti.
- Nabídněte židli a vodu – fyzický komfort pomáhá.
- Mluvte pomalu – respektujte tempo zpracování informací.
- Sumarizujte – „Chápu správně, že Vás nejvíc děsí...?“

3. Při agresivním chování

- Zachovejte bezpečnou vzdálenost (min. 1,5 metru).
- Neotáčejte se zády k agresivní osobě.
- Mluvte klidným tónem – nezvyšujte hlas.
- Zavolejte pomoc – neváhejte požádat kolegy.
- Dokumentujte incident – pro další péči.

4. Farmakologická intervence

- Proti úzkosti a panice:
 - Alprazolam 0,5-2 mg p. o.
 - Diazepam 5-10 mg p. o.
 - Midazolam 2-5 mg s. c.
- Proti agitovanosti a deliriu:
 - Haloperidol 0,5-2 mg p. o./s. c.

Navazující péče

- Naplánujte *follow-up* do 24-48 hodin.
- Informujte další relevantní poskytovatele o krizové situaci a použitých intervencích.
- Nabídněte kontakt na psychologa/psychiatra/ambulanci paliativní medicíny.
- Vyhodnoťte spouštěcí faktory – co krizi vyvolalo?
- Upravte plán péče – prevence podobných situací.

Kdy kontaktovat specialistu

- Suicidální nebo sebepoškozující chování
- Psychóza nebo těžké delirium
- Opakované krizové situace
- Násilné chování ohrožující bezpečnost
- Vaše vlastní nejistota v situaci

Pamatujte: V krizové intervenci je důležitější být autentický a empatický než mít všechny odpovědi. Vaše klidná přítomnost často pomůže více než dokonalá slova.

Zdravotní a sociální služby pro osoby s paliativními potřebami

Tato část brožury je zaměřena na přehled sociálních a zdravotních služeb, které mohou být pro dospělé pacienty dostupné i v situaci, kdy jim praktický lékař poskytuje paliativní péči. Cílem je nabídnout praktickým lékařům základní přehled možností podpory, které přispívají ke zvýšení kvality života pacientů i jejich blízkých. Sociální služby představují důležitý doplněk zdravotní péče a jejich vhodná kombinace umožňuje zajistit pacientovi komplexní podporu v náročném životním období.

Klíčovou roli v této oblasti hraje sociální pracovník – odborník, který se stává průvodcem pacienta i rodiny v sociální oblasti. Pomáhá zorientovat se v systému sociálních služeb, poradí s vyřízením dávek, příspěvků a pomůcek, propojí pacienta s potřebnými institucemi a zajistí návaznost služeb podle aktuálních potřeb. Spolupráce praktického lékaře se sociálním pracovníkem tak výrazně usnadňuje koordinaci péče, a to zejména v situacích, kdy se pacient ocitá v náročné životní etapě spojené s dlouhodobým či nevyléčitelným onemocněním.

Služby pro osoby s paliativními potřebami

Služby, které mohou pomoci v péči, se dělí na zdravotní služby (řeší zdravotní problematiku) a sociální služby (pomáhají s každodenní nezdravotní péčí).⁹

Zdravotní služby

Zdravotní služby jsou veškerá péče, kterou poskytují zdravotníci, aby pomohli lidem s nemocemi nebo úrazy. Ve vztahu k pacientům s paliativními potřebami sem patří péče praktického lékaře, agentury domácí zdravotní péče, ambulance paliativní medicíny, domácí a lůžkový hospic a oddělení paliativní péče v nemocnici. Řídí se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

1. Praktický lékař

Praktický lékař dobře zná zdravotní stav i rodinnou anamnézu pacienta, a proto často hraje klíčovou roli při zajišťování a koordinaci péče. Pacient navštěvuje svého praktického lékaře v ordinaci v rámci ordinačních hodin. Pakliže mu jeho zdravotní stav neumožňuje se dostavit do ordinace, má možnost využít návštěvní službu lékaře přímo ve vlastním domácím prostředí. Praktický lékař je schopen předepsat léky, včetně opiátů určených k tlumení bolesti či zmírnění dušnosti, a také poukazy na kompenzační a inkontinenční pomůcky, jako jsou například pleny nebo chodítka. Může rovněž zajistit služby domácí zdravotní péče, tedy návštěvy zdravotní sestry u pacienta doma.

Služba je hrazena ze zdravotního pojištění pacienta.¹⁰

2. Agentury domácí zdravotní péče (nebo také *home care*)

Agentury domácí zdravotní péče jsou organizace, které zajišťují ošetrovatelskou zdravotní péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Péči předepisuje lékař (praktický lékař, ošetřující lékař při propuštění z nemocnice, ambulantní specialista) a vykonává ji kvalifikovaná všeobecná zdravotní sestra. Indikující lékař také stanoví rozsah a frekvenci návštěv. Po uplynutí předepsané doby lze službu obnovit. Mezi nejčastější výkony patří: podávání léků, převazy ran a proleženin, péče o stomie a cévky, odběry biologického materiálu, měření krevního tlaku a glykémie, ošetrovatelská rehabilitace. Některé agentury nabízí i odbornou péči (např. o PICC a PORT katétr, domácí umělou plicní ventilaci a dialýzu) a disponují vlastní půjčovnou pomůcek. Část těchto agentur se zaměřuje i na péči o pacienty v závěru života, nabízí tzv. „ošetrovatelskou péči o pacienta v terminálním stadiu“. Péči indikuje lékař a je hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění.¹⁰⁻¹²

3. Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny je specializované ambulantní pracoviště vedené lékařem specialistou-paliatrem. Nabízí specializovanou paliativní péči pacientům s nevléčitelným, pokročilým nebo život ohrožujícím onemocněním. Cílem této ambulance je zmírňovat fyzické symptomy (bolest, dušnost, nevolnost atd.) či psychické obtíže, zlepšovat kvalitu života pacientů a podporovat jejich rodiny. Paliatr může upravit nastavenou medikaci, předepsat nové léky nebo provést menší lékařské zákroky (např. punkce a drenáže výpotků, podání infuzí, převazy ran). Návštěva ambulance může také přispět k posouzení aktuálního zdravotního stavu a k naplánování další péče tak, aby odpovídala přáním pacienta i možnostem jeho rodiny. Součástí péče bývá také možnost otevřeně hovořit o diagnóze, očekávaném vývoji onemocnění a dalších tématech, která jsou pro pacienta i jeho blízké významná. Ambulance mají standardní ordinační hodiny a některé z nich poskytují také službu domácí návštěvy pacienta. Běžnou součástí je i spolupráce s praktickými lékaři, agenturami domácí zdravotní péče, hospicovými službami, sociálními pracovníky, pracovišti pro léčbu bolesti a sociálními pobytovými zařízeními.

Služba je hrazena ze zdravotního pojištění pacienta.¹³

4. Domácí hospic (odborně mobilní specializovaná paliativní péče)

Domácí hospic je zdravotně sociální služba, která poskytuje specializovanou paliativní péči pacientům ve vlastním sociálním prostředí multiprofesním týmem odborníků (lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, kaplani). Je určena pacientům v pokročilých stádiích nevléčitelných, život ohrožujících onemocnění, u nichž se předpokládá prognóza délky života v týdnech. Tato péče nabízí dostupnost lékaře a zdravotní sestry 24 hodin 7 dní v týdnu a zpravidla začíná až po ukončení tzv. kurativní léčby, tedy léčby zaměřené na úplné vyléčení pacienta. Hlavním jejím cílem je zajistit pacientovi co nejvyšší možnou kvalitu života a umožnit mu strávit závěr života důstojně a v pohodlí domova s podporou jeho rodiny. Podmínkou pro poskytování domácí hospicové péče je nepřetržitá přítomnost pečující osoby. Některé domácí hospice disponují vlastní půjčovnou pomůcek a nabízí pozůstalostní péči. K nalezení domácí hospicové péče je možné využít adresář služeb organizace Cesta domů dostupný online.

Zdravotní péče je nejčastěji hrazená ze zdravotního pojištění pacienta, avšak některé domácí hospice fungují na principu přímé úhrady, kdy si pacient hradí náklady sám.^{13,14}

5. Lůžkový hospic

Lůžkový hospic je specializované zdravotnicko-sociální zařízení, které se zaměřuje na poskytování komplexní paliativní péče pacientům v pokročilých stádiích nevléčitelných, život ohrožujících onemocnění s předpokládanou prognózou týdny až měsíce. Na rozdíl od domácího hospice, kde multiprofesní tým dojíždí za nemocným domů, lůžkový hospic nabízí nepřetržitou péči přímo ve svém zařízení. Lůžkový hospic je vhodný pro pacienty, u kterých není možná péče v domácím prostředí (např. kvůli náročnosti ošetřování nebo absenci pečujících osob) nebo kteří vyžadují intenzivní a nepřetržitou péči. Obvykle umožňuje neomezenou či prodlouženou návštěvní dobu a často poskytuje ubytování v jednolůžkovém pokoji s možností přistýlky pro osobu blízkou. V lůžkovém hospici je péče financována ze zdravotního pojištění pouze zčásti, a proto pacienti doplácí určitou částku, která pokrývá náklady na stravu, ubytování a další související služby. Stejně jako u pobytových sociálních služeb náleží lůžkovému hospici dle zákona o sociálních službách příspěvek na péči, pokud jej pacient pobírá. K nalezení lůžkové hospicové péče je možné využít adresář služeb organizace Cesta domů dostupný online.^{13,14}

6. Oddělení paliativní péče v nemocnici

Oddělení paliativní péče je specializované neakutní lůžkové oddělení v rámci většího zdravotnického zařízení pečující o pacienty s pokročilým, nevléčitelným onemocněním. Od běžného nemocničního oddělení se liší tím,

že není zaměřeno na kurativní léčbu. Cílem hospitalizace na tomto oddělení je stabilizovat symptomy a s pacientem a jeho rodinou domluvit plán další péče (např. přeložit do lůžkového hospice, propustit domů s podporou paliativní ambulance či domácího hospice).

Služba je hrazena ze zdravotního pojištění pacienta, který se spolupodílí pouze na úhradě nezdravotnických nákladů (např. nadstandardní vybavení).¹³

7. Lůžka následné a dlouhodobé péče v kontextu paliativní péče

Oddělení následné a dlouhodobé péče představují důležitou součást systému zdravotní péče, kde je často zajišťována také paliativní péče pro pacienty s chronickými, pokročilými či nevyléčitelnými onemocněními. Na těchto odděleních jsou hospitalizováni pacienti, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje intenzivní léčbu, ale kteří stále potřebují trvalý dohled, ošetrovatelskou péči a podporu při zvládnání symptomů. Paliativní přístup zde spočívá v zajištění komfortu, úlevy od bolesti a jiných obtíží, v podpoře psychické i duchovní pohody pacienta a v respektování jeho přání a důstojnosti. Součástí péče je také podpora rodiny a blízkých, kteří se často podílejí na rozhodování o dalším průběhu péče.

Praktický lékař i další ošetřující odborníci mohou sehrát klíčovou roli při doporučení vhodného zařízení následné nebo dlouhodobé péče a při zajištění návaznosti paliativních služeb po propuštění pacienta do domácího prostředí nebo při přechodu do hospicové péče. Takto pojatá spolupráce umožňuje kontinuitu péče odpovídající individuálním potřebám pacienta.

Sociální služby

Jedná se o služby pro osoby se sníženou soběstačností, způsobenou věkem, chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením. Výrazně usnadňují rodině péči o nemocného doma a jejich vzájemná kombinace pomáhá zajistit, aby péče byla pro všechny zúčastněné dlouhodobě zvládnutelná. Na pokrytí nákladů na tyto služby lze využít příspěvek na péči. Sociální služby se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb. Jejich přehled je dostupný online v Registru poskytovatelů sociálních služeb, který je ve správě MPSV.¹⁵⁻¹⁷

1. Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní (poskytovaná v domácnosti klienta) nebo ambulantní (poskytována v zařízení poskytovatele, kam klient dochází) sociální služba, která se zaměřuje na podporu a péči o osoby se sníženou soběstačností a vyžadující pomoc druhé osoby. Úkolem této služby je podpořit klienty, aby mohli co nejdéle a co nejpříjemněji žít ve svém vlastním domově. Služby jsou poskytovány pracovníky v sociálních službách na základě individuálních potřeb klienta a jsou obvykle poskytovány v pracovních dnech a denních hodinách. Mezi nejčastější úkony patří: pomoc s osobní hygienou, donáška obědů a nákupů, úklid, drobné pochůzky. Pečovatelská služba se zásadně liší od domácí zdravotní péče tím, že se jedná o službu sociální, nikoliv zdravotní. Pečovatel není zdravotní sestra a neprovádí zdravotní úkony (např. podávání léků, převazy). Některé pečovatelské služby disponují vlastní půjčovnou pomůcek.

Tuto službu si klient hradí sám na základě platného ceníku poskytovatele, avšak je možné na ni použít příspěvek na péči.^{13,14,16-18}

2. Osobní asistence

Osobní asistence je terénní sociální služba, která pomáhá lidem se sníženou soběstačností a umožňuje jim zůstat v jejich domácím prostředí i v závěrečné fázi života. Na rozdíl od pečovatelské služby, která nabízí předem definované úkony, je osobní asistence flexibilnější a přizpůsobuje se individuálním potřebám klienta. Asistent

tráví čas s nemocným např. v době, kdy pečující je mimo domov. Osobní asistent stejně jako pečovatel neposkytuje zdravotní péči.

Službu osobní asistence si klient hradí sám, obvykle hodinovou sazbou. Na úhradu je možné použít příspěvek na péči.¹⁶⁻¹⁸

3. Odlehčovací služba

Odléhčovací služba je terénní (poskytovaná v domácnosti klienta), pobytová (poskytována v zařízení poskytovatele) nebo ambulantní (poskytována v zařízení poskytovatele, kam klient dochází). Její primární funkcí je dočasně převzít péči o osobu se sníženou soběstačností, a tím umožnit pečující osobě odpočinek. Služba je určena lidem, kteří o klienta pečují dlouhodobě (např. rodinní příslušníci) a potřebují si odpočinout, vyřídit osobní záležitosti nebo se věnovat svým zájmům. Cílem odlehčovací služby je předejít syndromu vyhoření u pečujících osob a podpořit je v jejich náročné roli, což přispívá k tomu, že klient může zůstat co nejdéle v domácím prostředí, kde je o něj pečováno. Odlehčovací služba není určena pro trvalou péči, ale pouze pro dočasné časové úseky (např. několik hodin denně, na víkend nebo po dobu dovolené pečující osoby, maximálně 180 dní v kalendářním roce u jednoho poskytovatele). Služba zahrnuje široké spektrum činností, které jsou srovnatelné s těmi, které nabízí pečovatelská služba.

Služba je poskytována na základě smlouvy, která definuje rozsah a frekvenci péče. Klient si službu hradí sám, na základě platného ceníku poskytovatele. Je možné na ni použít příspěvek na péči.¹⁶⁻¹⁸

4. Tísňová péče

Tísňová péče je sociální služba poskytovaná přímo v domácím prostředí s využitím dálkových technologií. Klientovi umožňuje zůstat doma a v naléhavých situacích – například při pádu nebo náhlém zhoršení zdravotního stavu – si rychle přivolat pomoc. Cílem této služby je podpora osob v jejich domácnostech, jejichž soběstačnost a bezpečnost jsou ohroženy křehkým zdravotním stavem a zhoršující se mobilitou. Služba je založena na technologickém zařízení, které se skládá z komunikační jednotky (např. telefon, reproduktor) a tísňového tlačítka (přívěsek, náramek). Klient tlačítko neustále nosí u sebe, a pokud se dostane do potíží (např. pád, náhlá nevolnost, úraz), stiskne ho. Stisknutím tlačítka je okamžitě navázán hlasový kontakt s dispečinkem daného poskytovatele, který funguje nepřetržitě v režimu 24 hodin 7 dní v týdnu. Dispečer, který má k dispozici všechny důležité informace o klientovi (zdravotní stav, kontakty na rodinu apod.), situaci vyhodnotí a podle závažnosti přivolá jeho blízké, integrovaný záchranný systém nebo do domácnosti vyšle asistenta. Kontakty na poskytovatele tísňové péče jsou k vyhledání v Registru poskytovatelů sociálních služeb.

Služba je poskytována na základě smlouvy a je hrazena klientem, přičemž na její úhradu lze použít příspěvek na péči.¹⁵⁻¹⁸

5. Domov pro seniory a domov se zvláštním režimem

Obě služby jsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanovuje podmínky pro jejich poskytování, cílové skupiny i základní činnosti.

Vzhledem k rostoucímu důrazu na kvalitu života a důstojný závěr života se oba typy domovů snaží do svých služeb integrovat principy paliativní péče. Tímto způsobem se pobytová zařízení posouvají od čistě sociální péče k holistickému přístupu, který zohledňuje všechny potřeby umírajícího člověka.

V ČR se pobyt v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem hradí kombinací vlastních plateb klienta a příspěvku na péči. Klient si platí ubytování a stravu z vlastních prostředků, přičemž cena je zákonně omezená a po jejich zaplacení mu musí zůstat minimálně 15 % jeho měsíčního příjmu (např. důchodu). Poskytovaná péče se platí až do výše přiznaného příspěvku na péči. Ve státních zařízeních je tento systém kombinovaný se státními dotacemi a financováním z veřejných rozpočtů, tudíž klient platí méně než v čistě

soukromých domovech, kde si provozovatel stanovuje cenu sám (často vyšší). Do vyšší ceny se rovněž promítají nabízené nadstandardní podmínky (např. modernější pokoje, lepší vybavení, vyšší komfort nebo doplňkové služby).

Domov pro seniory

Domov pro seniory je sociální pobytové zařízení, které je určeno pro osoby, jež mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vysokého věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc. Klienti zde získávají ubytování, stravu a sociální péči, která jim pomáhá zvládat běžné denní úkony. Cílem je umožnit jim prožít stáří v důstojném a aktivním prostředí a co nejvíce nahradit domácí prostředí.

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem je pobytová sociální služba určená pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, nejčastěji se jedná o demenci (včetně Alzheimerovy choroby). Režim v těchto zařízeních je speciálně přizpůsoben specifickým potřebám těchto klientů.¹⁶⁻¹⁸

6. Poradny pro osoby s potřebou paliativní péče

Poradny pro osoby s potřebou paliativní péče nabízejí odborné sociální poradenství a pomáhají zajistit návazné sociální, zdravotní i právní služby. Dále propojují klienty s nadacemi podporujícími vážně nemocné a umírající, neziskovými organizacemi i dalšími institucemi, které se věnují filantropickým projektům. Součástí jejich činnosti je také praktický nácvik dovedností pro pečující osoby, aby dokázaly lépe zvládat péči o blízké, kteří jsou závislí na jejich pomoci. Mohou nabízet i psychosociální poradenství a pozůstalostní péči.

Poradenské služby pro nemocné a jejich rodiny často nabízejí:

- Zdravotně-sociální pracovníci v nemocnicích
- Nemocniční konziliární týmy paliativní péče
- Ambulance paliativní medicíny
- Domácí (mobilní) a lůžkové hospice
- Sociální pracovníci městských úřadů, úřadů městských částí či magistrátů, které zprostředkovávají kontakt na příslušné neziskové a jiné organizace zaměřené na paliativní péči.^{16,17}

Půjčovna kompenzačních pomůcek

Půjčovna kompenzačních pomůcek je služba, která zajišťuje dočasné zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek pro osoby se sníženou soběstačností. Jejím hlavním cílem je zvýšit soběstačnost klienta a usnadnit péči o něj v domácím prostředí. Zároveň přináší ekonomickou úsporu, protože si klient nemusí kupovat pomůcku, kterou potřebuje jen na omezenou dobu. Pro zapůjčení pomůcky není nutný lékařský poukaz. Klient si vybranou pomůcku pronajímá za poplatek, který je stanoven v ceníku poskytovatele. V případě změny stavu pacienta je snadné pomůcky vyměnit za jiné. Většina půjčovny nabízí i dovoz pomůcky do domu a proškolení, jak s ní správně zacházet. Nejčastěji se půjčuje chodítko, invalidní vozík, nástavce do sprchy nebo na WC, toaletní křeslo, polohovací lůžko. Některé půjčovny jsou provozovány jako komerční služby, jiné jsou součástí domácích hospiců, pečovatelských služeb nebo nemocnic. Pakliže nemocný má zájem o koupi vlastní kompenzační pomůcky, řadu z nich může získat na předpis od svého praktického lékaře nebo na doporučení od specialisty (neurologa, ortopeda, rehabilitačního lékaře apod). Pokud zdravotní pojišťovna nepřispívá na kompenzační pomůcku, je možné požádat úřad práce o příspěvek na zvláštní pomůcku.

Psychologická a spirituální podpora

Psychologická a spirituální podpora tvoří nedílnou součást komplexní paliativní péče a významně přispívá ke zlepšení kvality života pacienta i jeho rodiny. Jejím cílem je pomoci zvládat psychickou i duchovní zátěž spojenou se závažným onemocněním, postupnou ztrátou soběstačnosti, blížícím se koncem života a existenciálními otázkami, které tato situace přináší. Psychologická podpora se zaměřuje na zvládání úzkosti, smutku, bezmoci či deprese, podporu komunikace a posilování vnitřních zdrojů v rodině. Spirituální podpora se soustředí na duchovní a existenciální potřeby pacienta, jako je hledání smyslu v náročné životní situaci, smíření, naděje či víry, a vždy respektuje jeho individuální hodnoty a přesvědčení. Psycholog či spirituální doprovod může pomoci pacientovi i jeho rodině lépe zvládat emoce, komunikovat o těžkých tématech, smířit se s realitou nemoci, hledat nové zdroje naděje a podpory, a tím významně přispět ke zlepšení kvality života i v závěrečné fázi onemocnění.

Tuto podporu nabízí psychologové, psychoterapeuti, duchovní různých církví a náboženských společností, nemocniční kaplani, vyškolení pracovníci nemocničních paliativních týmů v komunikaci o spirituálních tématech (lékaři, sestry, sociální pracovníci, psychologové), pracovníci domácích a lůžkových hospiců, ambulance paliativní medicíny nebo neziskové a jiné organizace zaměřené na paliativní činnost. Praktický lékař může pacienta na tyto služby nasměrovat, případně přímo zprostředkovat kontakt.

Včasné nabídnutí psychologické či spirituální podpory může zásadně přispět ke zlepšení duševní pohody pacienta, zmírnění utrpení a podpoře důstojného prožívání závěrečné fáze života.^{13,19}

Pozůstalostní péče

Pozůstalostní péče (často označovaná jako péče o pozůstalé) je nedílnou součástí paliativní a hospicové péče poskytované multidisciplinárním týmem (sociální pracovníci, psychologové, duchovní, lékaři, zdravotní sestry) nebo přímo vyškoleným poradcem pro pozůstalé. Jedná se o komplexní a systematickou podporu poskytovanou osobám, které prožívají zármutek po ztrátě blízkého člověka. Představuje dlouhodobý proces podpory, který je obvykle zahájen již v době umírání blízké osoby a pokračuje i po jeho úmrtí.

Cílem pozůstalostní péče je:

- Usnadnit proces truchlení: pomoci pozůstalým projít přirozenými fázemi zármutku.
- Minimalizovat komplikace: předejít rozvoji patologického (komplikovaného) truchlení, depresí nebo jiných psychických potíží.
- Podpořit adaptaci: pomoci pozůstalým s praktickými záležitostmi (pozůstalostní důchody, vyřízení pohřebního, převod smluv a dalších závazků zemřelé osoby) a znovu se zapojit do běžného života, najít novou rovnováhu po ztrátě.

Kde hledat pomoc:

- Asociace poradců pro pozůstalé
- Mobilní (domácí) a lůžkové hospice
- Specializované poradny a organizace
- Nemocniční konziliární týmy paliativní péče
- Psychoterapeutická centra
- Pohřební ústavy
- Centra krizové pomoci
- Linky telefonické krizové pomoci
- Občanské a internetové poradny

Finanční podpora

Osoba s paliativními potřebami má za splnění určitých podmínek nárok na finanční podporu od státu. Bližší informace jsou k nalezení na webových stránkách Úřadu práce ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, České správy sociálního zabezpečení či na kontaktních pracovištích Úřadu práce ČR a pracovištích Okresní správy sociálního zabezpečení.

1. Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je sociální dávka určená osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při péči a zvládání základních životních potřeb. Je poskytován ve 4 stupních závislosti a vyplácí se měsíčně.

Stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat. Posuzuje se: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let věku činí za kalendářní měsíc (od 01/2026):

- 1) 1 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 2) 5 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 3) 14 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 4) ve stupni IV (úplná závislost) je příspěvek rozdělen takto:
 - a) na částku 23 000 Kč, pokud osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb podle § 48 až § 52, nebo
 - b) na částku 27 000 Kč v ostatních případech.

Peníze z příspěvku mohou lidé použít na úhradu péče, kterou jim poskytuje buď blízká osoba, asistent sociální péče, nebo některá z registrovaných služeb (např. pečovatelská služba, odlehčovací služba, tísňová péče). O tom, kdo se o ně bude starat, si příjemci rozhodují sami. Pokud osoba blízká pečuje o člověka závislého ve druhém a vyšším stupni a musela z důvodu péče odejít ze zaměstnání, zdravotní pojištění za ni hradí stát. Zároveň se tato doba péče započítává jako tzv. náhradní doba pojištění pro důchodové účely. O příspěvek na péči se žádá na kontaktním pracovišti Úřadu práce ČR dle trvalého pobytu žadatele prostřednictvím formulářů „*Žádost o příspěvek na péči*“ a „*Oznámení o poskytovateli pomoci*“, které jsou k dispozici v tištěné podobě na úřadech práce nebo ke stažení na webových stránkách MPSV. Žadatelem je vždy nemocný, avšak v jeho zastoupení ji může podat i jiná osoba, pokud k tomu má žadatelem udělenou plnou moc. Tato plná moc nemusí být úředně ověřená. Žádost lze podat buď osobně na pobočce Úřadu práce ČR, doporučeně poštou, nebo elektronicky přes webové stránky MPSV.

Po podání žádosti provede sociální pracovník úřadu práce sociální šetření v přirozeném sociálním prostředí žadatele. Cílem tohoto šetření je zhodnotit míru jeho soběstačnosti. Následně posudkový lékař České správy sociálního zabezpečení posuzuje zdravotní stav žadatele. Toto hodnocení se zpravidla opírá o lékařskou dokumentaci, kterou si posudkový lékař vyžádá od ošetřujícího lékaře uvedeného v žádosti.

Celý proces vyřízení žádosti trvá obvykle několik měsíců. Po jeho ukončení žadatel obdrží písemné rozhodnutí, ve kterém je stanovena úroveň závislosti a odpovídající výše příspěvku. V případě kladného rozhodnutí je příspěvek na péči vyplácen zpětně od měsíce, kdy byla žádost podána. Pokud žadatel během řízení zemře, náleží zpětná výplata pečující osobě, pakliže již proběhlo sociální šetření. Pokud byl příspěvek na péči přiznán, ale

zdravotní stav žadatele se zhorší a vyžaduje větší rozsah péče, je možné zažádat o přehodnocení prostřednictvím formuláře „Návrh na změnu výše přiznaného příspěvku na péči“.

Proces schvalování žádosti u osob v paliativní péči

Jestliže o příspěvek na péči žádá nemocný v konečném stadiu nevléčitelného onemocnění vyžadujícím paliativní péči s očekávaným koncem života, řízení o příspěvku na péči probíhá ve zjednodušeném procesu nevyžadujícím provedení sociálního šetření ani posouzení zdravotního stavu posudkovým lékařem. V takovém případě žadatel předkládá spolu s žádostí nebo dodatečně v průběhu řízení formulář „Potvrzení o terminálním stavu“, který musí být potvrzený ošetřujícím lékařem se specializací v oboru paliativní medicíny, klinické onkologie, gynekologie, urologie, ortopedie, interního lékařství, diabetologie, endokrinologie, gastroenterologie a hepatologie, geriatrické medicíny, medicíny dlouhodobé péče, kardiologie, nefrologie, revmatologie, hematologie, pneumologie a ftizeologie, neurologie, dětské neurologie nebo dětské kardiologie. Praktický lékař není oprávněn toto potvrzení vystavit.

Žadateli je automaticky přiznán příspěvek ve III. stupni závislosti na období 12 měsíců od data podání žádosti. Rozhodnutí o přiznání příspěvku je vydáno bez zbytečného odkladu, nejpozději však do 30 dnů od zahájení správního řízení. Pokud žadatel během tohoto ročního období nezemře a nadále čerpá příspěvek přiznaný na základě potvrzení o terminálním stavu, zahajuje se nejpozději dva měsíce před uplynutím jednoho roku standardní řízení o příspěvku, které již zahrnuje provedení sociálního šetření i posudkové hodnocení zdravotního stavu.

Příspěvek na péči je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášky č. 505/2006 Sb.^{15,17,24-27}

2. Ošetřovné a dlouhodobé ošetřovné

Ošetřovné a dlouhodobé ošetřovné jsou dvě různé dávky ze systému nemocenského pojištění, které mají za úkol finančně podpořit lidi, kteří se musí postarat o nemocného člena rodiny. Hlavní rozdíl je v délce péče, na kterou jsou určeny.

Ošetřovné

Ošetřovné může čerpat zaměstnanec nebo osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ), pokud kvůli péči o nemocnou nebo zraněnou blízkou osobu nemůže vykonávat svou práci. Většina zaměstnanců je automaticky a povinně pojištěna v rámci nemocenského pojištění, které za ně platí jejich zaměstnavatel. U OSVČ musí být pro nárok na dávku splněna podmínka dobrovolné účasti na nemocenském pojištění alespoň po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dni nástupu na ošetřovné. O ošetřovné může čerpat osoba, která prokazatelně žije ve společné domácnosti s nemocným, anebo se jedná o péči o příbuzného v přímé linii. Praktický nebo ošetřující lékař nemocné osoby vystaví rozhodnutí o potřebě ošetřování (od ledna 2025 je tento dokument vystavován elektronicky). Ošetřovné se vyplácí maximálně po dobu 9 kalendářních dnů. Výše dávky činí 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den.

Dlouhodobé ošetřovné

Dlouhodobé ošetřovné je finanční podpora, kterou lze pobírat až 90 dní a která má pečujícím pomoci zvládnout náročnou situaci, kdy musí poskytovat celodenní péči blízkému člověku, než se podaří zajistit dlouhodobou péči jiným způsobem (např. pomocí příspěvku na péči). U pacientů v inkurabilním (nevléčitelném) zdravotním stavu se nevyžaduje předcházející hospitalizace. U ostatních pacientů je pro nárok na dlouhodobé ošetřovné nutná předchozí hospitalizace v délce minimálně 4 dnů. O potřebě

dlouhodobé péče rozhoduje praktický nebo ošetřující lékař (od ledna 2025 se rozhodnutí vystavuje elektronicky).

Aby měl pečující nárok na dlouhodobé ošetřovné, musí být účasten nemocenského pojištění – u zaměstnanců alespoň 90 dní během posledních 4 měsíců, u OSVČ minimálně 3 měsíce. V péči se mohou střídat dvě nebo více osob. Výše dávky je stejná jako u ošetřovného, činí 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu. O dlouhodobé ošetřovné u téže ošetřované osoby lze znova zažádat až po uplynutí 12 kalendářních měsíců. Podle § 191a zákoníku práce má zaměstnanec nárok na pracovní volno za účelem poskytování dlouhodobé péče, pokud jsou splněny podmínky pro přiznání dlouhodobého ošetřovného dle zákona o nemocenském pojištění.^{13,28,29}

3. Invalidní důchod

Invalidní důchod je dávka důchodového pojištění, která nahrazuje ztracený příjem z výdělečné činnosti z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Účelem invalidního důchodu je kompenzovat pokles pracovní schopnosti, která vznikla v důsledku nemoci nebo úrazu. Invalidita se rozděluje do tří stupňů a posuzuje se podle stupně poklesu pracovní schopnosti, přičemž invalidní důchod je určen osobám, u nichž byl zjištěn pokles o nejméně 35 %. O invalidní důchod se žádá na Okresní správě sociálního zabezpečení (OSSZ) v místě trvalého bydliště.^{30,31}

4. Dávka státní sociální pomoci – superdávka (od 1.10.2025)

Pokud je situace rodiny finančně nepříznivá, může mít rodina nárok na dávku státní sociální pomoci. Tato superdávka nahrazuje čtyři dosavadní dávky, o které se muselo žádat zvlášť: přídavek na dítě, příspěvek na bydlení, příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení. Nově domácnost podává pouze jednu žádost na pobočce Úřadu práce ČR nebo v Klientské zóně Jenda. Superdávka se skládá ze čtyř složek, které se vypočítávají podle konkrétních potřeb dané domácnosti: složka na živobytí, složka na bydlení, bonus na dítě a pracovní bonus. První výplaty podle nových pravidel proběhnou v dubnu 2026.³²⁻³⁷

5. Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Nárok na příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a na průkaz osoby se zdravotním postižením má při splnění podmínek fyzická osoba, která podá žádost na Úřadu práce ČR.

Příspěvek na mobilitu

Je opakující se sociální dávka, která slouží jako kompenzace za zvýšené náklady spojené s dopravou u osob se zdravotním postižením. Je určen k částečnému pokrytí nákladů na dojíždění za účelem lékařských vyšetření, nákupů, návštěv rodiny a dalších nezbytných aktivit.

Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku je jednorázová sociální dávka určená pro osoby se závažným zdravotním postižením trvajícím déle než jeden rok, které jim výrazně ztěžuje nebo znemožňuje běžný život. Účelem příspěvku je finančně podpořit pořízení speciální kompenzační pomůcky, která není hrazena ze zdravotního pojištění, ale bez níž by postižený nemohl fungovat.

Okruh zdravotních postižení zakládající nárok na tento příspěvek a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. Ověření zdravotního stavu potřebné k přiznání příspěvku je v kompetenci posudkových lékařů spadajících pod okresní správy sociálního zabezpečení.

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, obsahuje přehled druhů a typů zvláštních pomůcek, na které lze příspěvek poskytnout. Příspěvek lze poskytnout i na pomůcku, která není uvedena ve vyhlášce, pokud ji krajská pobočka Úřadu práce vyhodnotí jako srovnatelnou s některou z pomůcek, jež ve vyhlášce uvedena je.

Průkaz osoby se zdravotním postižením

Průkaz osoby se zdravotním postižením může získat člověk starší jednoho roku, který má tělesné, smyslové nebo duševní postižení dlouhodobé povahy. Toto postižení musí výrazně omezovat jeho schopnost pohybu nebo orientace. Nárok mají také osoby s poruchou autistického spektra. Průkaz vydává Úřad práce ČR a má 3 kategorie – TP, ZTP a ZTP/P – podle úrovně funkčního omezení dané osoby. Řídí se přílohou č. 4 k vyhlášce č. 388/2011 Sb., Zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením. Jejich znalost je pro žádost zásadní.

Tento průkaz slouží jako doklad pro uplatnění zvýhodnění a sociálních kompenzací, které mají osobám s postižením usnadnit život a pomoci jim vyrovnat následky jejich zdravotního stavu. Držitel průkazu osoby se zdravotním postižením (ZTP, ZTP/P) si může zažádat o parkovací průkaz pro osoby se zdravotním postižením na úřadu obce s rozšířenou působností v místě svého bydliště. S průkazy OZP je spojena řada výhod: úlevy na daních z příjmů, sleva na dani, daňové zvýhodnění na vyživované dítě, osvobození od daně ze staveb a jednotek, úlevy na správních poplatcích, poplatků za použití dálnice a rychlostní silnice, úlevy na místních poplatcích, úlevy na rozhlasových a televizních poplatcích, osvobození od emisního poplatku, sleva na telefon, nenároková sleva ze vstupného na kulturní či sportovní akce, nenároková sleva na odběr elektrické energie a zemního plynu (závisí na společnosti).

Osoba, která je držitelem průkazu TP

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ (průkaz TP) má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Výhody pro osoby s průkazem TP:

- Vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob.
- Přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání (např. na úřadech).

Osoba, která je držitelem průkazu ZTP

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Výhody pro osoby s průkazem ZTP:

- Vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích.
- Přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání (např. na úřadech).
- Bezplatná doprava pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem).
- Sleva 75 % z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a sleva 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

Osoba, která je držitelem průkazu ZTP/P

Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P) má osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Výhody pro osoby s průkazem ZTP/P:

- Vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích.
- Přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání (např. na úřadech).
- Bezplatná doprava pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem).
- Sleva 75 % z jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a sleva 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.
- Bezplatná doprava průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě.
- Bezplatná doprava vodícího psa, je-li osoba s průkazem ZTP/P úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce.³⁸⁻⁴⁵

6. Mimořádná okamžitá pomoc

Tato dávka, která je součástí systému dávek v hmotné nouzi, slouží k řešení neočekávaných a složitých životních situací. Jednou z kategorií, ve které lze tuto pomoc získat, je situace, kdy žadatelé hrozí vážná újma na zdraví z důvodu nedostatku finančních prostředků. V případě pacienta v paliativní péči to může být spojeno s nutností uhradit neodkladné výdaje související s jeho zdravotním stavem, které nejsou pokryty zdravotním pojištěním nebo jinými dávkami. Žádost se podává na Úřadu práce ČR podle místa trvalého bydliště žadatele. Úřad práce posuzuje každou žádost individuálně, s ohledem na konkrétní situaci, příjmy a majetkové poměry žadatele.

Závěr

Pacient, kterému je poskytována paliativní péče, může využívat širokou škálu sociálních a zdravotních služeb, jejichž cílem je zvýšit kvalitu jeho života a podpořit i jeho blízké. Je vhodné, aby byl o těchto možnostech svým praktickým lékařem informován a aby věděl, že jednotlivé služby lze podle potřeby kombinovat.

V tomto procesu má sociální pracovník nezastupitelnou úlohu – je spojencem pacienta i lékaře, pomáhá zajistit potřebnou podporu, propojuje zdravotní a sociální systém a přispívá k tomu, aby byla péče o pacienta komplexní, dostupná a důstojná. Praktický lékař může významně pomoci tím, že pacienta či rodinu na sociálního pracovníka odkáže a podpoří jejich spolupráci.

Aktivní informovanost a koordinace péče přispívají nejen k lepšímu zvládnutí symptomů a psychické zátěže, ale také k posílení důvěry pacienta v celý proces léčby a podpory.

Citace

1. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Analytická část Strategie rozvoje paliativní péče v ČR do roku 2035. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2025/04/Analyza-dat-pro-Analytickou-cast-Strategie.zip>
2. Murtagh FE, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? a study developing and comparing methods for population-based estimates. Palliat Med. 2014;28(1):49-58
3. Payne S, Harding A, Williams T, Ling J, Ostgathe C. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): a Delphi study. Palliat Med. 2022;36(4):680-697
4. Český statistický úřad. Zdravotní péče. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/zdravotni-pece>
5. Český statistický úřad. Zemřelí, naděje dožití, příčiny smrti. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: <https://csu.gov.cz/zemreli-nadeje-doziti-priciny-smrti?pocet=10&start=0&podskupiny=134&razeni=datumVydani>
6. Hight G, Crawford D, Murray SA, et al. Development and evaluation of the supportive and Palliative Care indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. BMJ Supportive Palliat Care. 2014;4(3):285-90
7. Hospic Eligibility Guidelines, VITAS Healthcare. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: <https://www.vitas.com/for-healthcare-professionals/hospice-eligibility-guidelines>
8. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NK. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. CMAJ. 2017;189(13):E484-E493
9. Umírání.cz. Rady a informace. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: www.umirani.cz/rady-a-informace
10. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 10 ("Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta")
11. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, § 22 ("Zvláštní ambulantní péče")
12. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Seznam zdravotních výkonů. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: <https://szv.mzcr.cz/Vykon?cislovykonu=&nazevvykonu=&odbornost=925&aktivni=true&cols=Odbornost%2CCisloVykonu%2CNazevVykonu%2CKategorie%2CDobaTrvani%2CMezenniMistem%2CMezenniFrekvenci%2CPrimeNaklady%2CObnobi%2CBodyReziji%2CBodyCelkem%2CRevize%2CDetail>
13. SLÁMA O, KABELKA L. Paliativní medicína pro praxi. Praha: Galén, 2022
14. Cesty domů. Adresář služeb. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: www.umirani.cz/adresar-sluzeb#7/49.883/15.491
15. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registr poskytovatelů sociálních služeb. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: www.mpsv.cz/registr-poskytovatelu-sluzeb
16. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
17. Vyhláška č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách
18. MATOUŠEK O. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013
19. Masarykova univerzita. Nelékařské aspekty paliativní péče. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/09_nelekarske_aspekty.html
20. Asociace občanských poraden. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: www.obcanskeporadny.cz/cs/poradny
21. Ministerstva vnitra ČR. Adresář pomoci (telefonní informační a krizové linky a online pomoc v České republice). [cit. 26. 10. 2025]. Dostupné z: <https://mv.gov.cz/clanek/adresar-pomoci-telefonni-informacni-a-krizove-linky-a-online-pomoc-v-ceske-republice.aspx>

22. Nevypuř duři. Krizov centra. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: <https://nevypustdusi.cz/2021/12/20/krizova-centra/>
23. Pohřeb.cz. Praktick rady. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.pohreb.cz/prakticke-rady
24. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Přispvek na pci. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.mpsv.cz/prispevek-na-peci
25. Úřad práce ČR. Přispvek na pci. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/prispevek-na-peci
26. VZP ČR. Informace pro plátce. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.vzp.cz/platci/informace/stat/za-koho-plati-pojistne-stat
27. Zákon . 300/2025 Sb., novela zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních sluřbách
28. Česk správa sociálního zabezpečení. Ořetřovn. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.cssz.cz/web/cz/osetrovne
29. Česk správa sociálního zabezpečení. Dlouhodob ořetřovn. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.cssz.cz/web/cz/dlouhodob-e-osetrovne
30. Česk správa sociální zabezpečení. Invalidní důchod. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.cssz.cz/invalidni-duchod
31. Zákon . 155/1995 Sb., o dchodovm pojiřten
32. Úřad práce ČR, Dvka státní sociální pomoci – superdávka. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/davka-statni-socialni-pomoci-superdavka
33. Slysimevas.cz. Superdvka: Pomáháme lidem zpátky do řivota. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.slysimevas.cz/superdavka
34. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Pomoc v hmotn nouzi. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.mpsv.cz/pomoc-v-hmotne-nouzi#mop
35. Úřad práce ČR. Přispvek na bydlení. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/prispevek-na-bydleni
36. Úřad práce ČR. Přispvek na řivobyt. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/prispevek-na-zivobyti
37. Úřad práce ČR. Doplatek na bydlení. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/doplatek-na-bydleni
38. Úřad práce ČR. Dvky pro osoby se zdravotním postiřenm. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/davky-pro-ozp
39. Úřad práce ČR. Průkaz osoby se zdravotním postiřenm. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/prukaz-ozp
40. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zdravotn postiřen. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.mpsv.cz/zdravotni-postizeni#dsp
41. MPSV, Přiznání průkazu OZP. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.mpsv.cz/priznani-prukazu-ozp
42. Zákon . 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postiřenm
43. Vyhlřka . 388/2011 Sb., k proveden zákona č. 329/2011 Sb
44. Zákon . 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikch (§ 67 Speciln oznaen vozidel a osob)
45. Liga Vozkř. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: <http://test.ligaportal.cz/prukaz-a-vyhody-osob-se-zdravotnim-postizenim/jake-vyhody-mohu-vyuzit-s-prukazem-tp-ztp-a-ztp-p>
46. Úřad práce ČR. Mimořdn okamřit pomoc. [cit. 26. 10. 2025]. Dostupn z: www.uradprace.cz/mimoradna-okamzita-pomoc
47. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.

Přílohy

Paliativně relevantní diagnózy

Paliativně relevantní diagnózy je označení pro onemocnění, u kterých pacienti v pokročilých nebo konečných stádiích profitují z paliativní péče. Tento koncept odráží posun od vnímání paliativní péče pouze jako onkologické specializace k širšímu záběru – tedy ke všem nemocem, které mají limitovanou prognózu života a způsobují těžké symptomy, sníženou kvalitu života a komplexní potřeby.

Diagnostické skupiny pacientů, kteří v pokročilých a konečných stádiích nemoci potřebují paliativní přístup („paliativně relevantní diagnózy“).

Diagnostické skupiny	Diagnózy podle MKN-10
Zhoubný novotvar	C00-C97
Kardiovaskulární a cerebrovaskulární onemocnění	I00-I52, I60-I67
Onemocnění ledvin	N17, N18, N28, I12, I13
Onemocnění jater	K70-K77
Respirační onemocnění	J06-J18, J20-J22, J40-J47, J96
Neurodegenerativní onemocnění	G10, G20, G35, G122, G903, G231
Alzheimerova choroba, demence	F01, F03, G30
HIV/AIDS	B20-B24

Paliativní škála funkční zdatnosti (*Palliative Performance Scale, PPS*)

Palliative Performance Scale (PPS) je standardizovaný nástroj pro hodnocení funkčního stavu pacientů v paliativní péči, který byl vyvinut v roce 1996 na základě *Karnofsky Performance Status*. Škála hodnotí pacienty v rozmezí 0-100 % v intervalech po 10 % a zahrnuje pět hlavních domén: mobilitu a aktivitu, schopnost vlastní péče, příjem potravy, úroveň vědomí a celkový funkční stav. PPS má významné klinické využití především v oblasti prognózy, kde nižší skóre koreluje s kratší předpokládanou délkou přežití. Nástroj pomáhá při plánování úrovně a intenzity paliativní péče, slouží jako objektivní prostředek pro komunikaci mezi členy multidisciplinárního týmu a umožňuje systematické sledování změn funkčního stavu pacienta v čase.

Paliativní škála funkční zdatnosti (Palliative Performance Scale, PPS).

PPS	Pohyblivost	Aktivita	Symptomy nemoci	Soběstačnost	Příjem potravy	Stav vědomí
100	Neomezená	Normální	Žádné	Plná	Normální	Normální
90	Neomezená	Normální	Mírné	Plná	Normální	Normální
80	Neomezená	Normální, vyžaduje úsilí	Mírné	Plná	Normální nebo snížená	Normální
70	Omezená	Neschopen zaměstnání/práce	Významné	Plná	Normální nebo snížená	Normální
60	Omezená	Neschopen práce/činnosti doma	Významné	Příležitostná pomoc nutná	Normální nebo snížená	Normální nebo zmatenost
50	Převážně leží nebo sedí	Neschopen žádné práce	Plně rozvinutá choroba	Častá pomoc nutná	Normální nebo snížená	Normální nebo zmatenost
40	Převážně leží nebo sedí	Neschopen většiny činností	Plně rozvinutá choroba	Nutná pomoc s většinou činností	Normální nebo snížená	Normální nebo spavost +/- zmatenost
30	Trvale na lůžku	Neschopen žádné činnosti	Plně rozvinutá choroba	Úplná nesoběstačnost	Snížená	Normální nebo spavost +/- zmatenost
20	Trvale na lůžku	Neschopen žádné činnosti	Plně rozvinutá choroba	Úplná nesoběstačnost	Srkání tekutin	Normální nebo spavost +/- zmatenost
10	Trvale na lůžku	Neschopen žádné činnosti	Plně rozvinutá choroba	Úplná nesoběstačnost	Jen zvlhčování úst	Spavost nebo bezvědomí +/- zmatenost
0	Smrt	-			-	-

Edmontonská škála k hodnocení závažnosti symptomů (ESAS)

ESAS je široce používaný standardizovaný nástroj pro hodnocení symptomů u pacientů s pokročilým onemocněním, zejména v paliativní péči. Dotazník byl původně vyvinut v roce 1991 v Edmontonu v Kanadě. ESAS se stal zlatým standardem pro systematické hodnocení symptomů v paliativní péči a je implementován v mnoha zdravotnických zařízeních po celém světě jako součást rutinní klinické praxe.

Edmontonská škála k hodnocení závažnosti symptomů (ESAS).

Označte prosím číslo, které nejlépe vyjadřuje, jak se cítíte právě NYNÍ:

žádná bolest	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná bolest
žádná únava	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná únava
žádná ospalost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná ospalost
žádná nevolnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná nevolnost
žádné nechutenství	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelné nechutenství
žádná dušnost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná dušnost
žádná deprese	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná deprese
žádná úzkost	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná úzkost
maximální celková pohoda	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	naprostá nepohoda
další problémy (např. zácpa)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nejhorší představitelná
Závažnost symptomu	nízká			střední				vysoká				
Celkové ESAS skóre = součet hodnot pro jednotlivé symptomy												

Jméno pacienta:

Vyplněno (vyber):

Datum:

Čas:

pacientem

pečující osobou

Protokol pro sdělování závažných zpráv - SPIKES

SPIKES: Protokol pro sdělování závažných zpráv	
S	SETTING. Připravte se na rozhovor: Naplánujte dopředu podrobnosti, jako je zajištění soukromí a pohodlí pacienta, účast blízkých osob (pokud si to pacient přeje), ztlumení mobilu během rozhovoru atd.
P	Patient's PERCEPTION. Zhodnoťte, jak pacient své situaci rozumí a jak ji vnímá. Před zahájením sdělování závažné zprávy se pacienta formou otevřených otázek zeptejte, jak rozumí své aktuální klinické situaci.
I	INVITATION. Získejte od pacienta povolení/pozvání ke sdělení závažné zprávy. Zjistěte, jak podrobné informace o diagnóze a prognóze si pacient přeje dostat.
K	KNOWLEDGE. Vlastní sdělení závažné zprávy: Sdělujte informace způsobem, který pomůže pacientovi informace zpracovat. Svá sdělení například uvozujte větou: „ <i>Je mi líto, že Vám musím říct, že...</i> “ nebo „ <i>Bohužel Vám musím sdělit špatnou zprávu.</i> “ Používejte jednoduchý jazyk a vyhněte se lékařskému žargonu. Informace podávejte postupně po „dávkách“, používejte krátké věty a pravidelně si ověřujte, zda Vám pacient rozumí.
E	EMOTIONS. Reagujte na pacientovy emoce empatickými větami: Identifikujte pacientovu primární emoci a vyjádřete, že uznáváte, že to, co pacient cítí, je důsledkem obdržených informací. Lze použít výroky jako „ <i>Vidím na Vás, jak je pro Vás těžké slyšet takové zprávy...</i> “
S	SUMMARY. Strategie a shrnutí: Představte možnosti léčby a péče a dbejte na to, aby vaše informace odpovídaly tomu, co jste zjistili (během hodnocení pacientova porozumění a komunikačních preferencí), že pacient ví, očekává a doufá. Nabídka jasného plánu péče sníží pacientovu úzkost a nejistotu.

Protokol SPIKES byl převzat z ⁴⁷.

Dotazník *Integrated Palliative Care Outcome Scale* (IPOS)

Integrated Palliative Care Outcome Scale (IPOS) je moderní, validovaný nástroj pro komplexní hodnocení výsledků paliativní péče s cílem poskytovat ucelenější hodnocení fyzických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb pacientů s pokročilým onemocněním. Dotazník obsahuje 17 položek, které hodnotí široké spektrum symptomů a problémů včetně bolesti, dušnosti, nevolnosti, úzkosti, deprese, praktických problémů a rodinných potřeb. Škála využívá pětibodové hodnocení (0-4) a může být vyplňována jak pacienty samotnými, tak jejich zástupci nebo zdravotnickým personálem. IPOS je navržen jako klinický nástroj pro rutinní použití v praxi, umožňuje sledování změn v čase a podporuje komunikaci mezi členy paliativního týmu.

Pro personál – Číslo pacienta:

--	--	--	--	--	--	--

IPOS

Formulář pro pacienty

Jméno a Příjmení:

Datum: (dd/mm/rrrr)

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Vyplňte, prosím, čitelně. Do každého políčka vepište jedno písmeno či číslici. Vaše odpovědi nám pomohou zlepšovat péči o vás i o další pacienty. Děkujeme.

Otázka 1. – Jaké byly vaše hlavní problémy či obtíže v posledním týdnu?

1a.
1b.
1c.

Otázka 2. – Zde je seznam obtíží, které jste u sebe mohli – ale nemuseli – pozorovat. Pro každou obtíž, prosím, zaškrtněte jedno políčko, které nejlépe vystihuje, jak vás tato obtíž ovlivnila během posledního týdne.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
Bolest	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Dušnost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Slabost či nedostatek energie	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nevolnost (pocit na zvracení)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zvracení	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nechutenství	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Zácpa	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Bolesti či sucho v ústech	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Ospalost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Snížená pohyblivost	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Zapište, prosím, jakékoliv jiné obtíže neuvedené výše a zaškrtnutím jednoho políčka označte, jak vás tyto obtíže v posledním týdnu ovlivnily.

	Vůbec	Mírně	Středně	Silně	Nesnesitelně
2a	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2b	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2c	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

V posledním týdnu:

	Vůbec	Výjimečně	Občas	Většinu času	Pořád
Otázka 3. Cítili jste úzkost nebo obavy z vaší nemoci nebo léčby?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 4. Cítil někdo z vaší rodiny úzkost nebo obavy o vás?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 5. Cítili jste se depresivně?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Pořád	Většinu času	Občas	Zřídka	Vůbec
Otázka 6. Pocítujete vnitřní klid?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 7. Byli jste schopni hovořit se svou rodinou a přáteli dostatečně o tom, jak se cítíte?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Otázka 8. Dostáváte tolik informací, kolik si přejete mít?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Problémy řešeny / žádné problémy	Problémy většinou řešeny	Problémy částečně řešeny	Problémy spíše neřešeny	Problémy vůbec neřešeny
Otázka 9. Byly řešeny praktické problémy (finanční, osobní atd.) vyplývající z vašeho onemocnění?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Sám/a	S pomocí někoho z přátel či příbuzných	S pomocí někoho z ošetřujícího personálu
Otázka 10. Jak jste vyplnil/a tento dotazník?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pokud ve vás některé z otázek položených v dotazníku vyvolávají obavy, promluvte si, prosím, s někým z lékařů či sester.

Příloha č. 4 k vyhlášce č. 388/2011 Sb.

Zdravotní stavy, které lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením

1. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni středně těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné omezení funkce horní končetiny,
- b) anatomická ztráta několika prstů nohou nebo ztráta nohy v nártu a výše až po bérec včetně,
- c) podstatné omezení funkce dolní končetiny,
- d) středně těžké omezení funkce dvou končetin,
- e) zkrácení dolní končetiny přesahující 5 cm,
- f) postižení pánve s poruchou pánevního prstence a závažnou neurologickou symptomatologií,
- g) postižení páteře s často recidivujícími projevy nervosvalového dráždění a poruchou svalového korzetu nebo se ztuhnutím dvou úseků páteře,
- h) stavy spojené s často se opakujícími poruchami vědomí nebo závrativými stavy,
- i) omezení pohyblivosti a celkové výkonnosti při běžném zatížení při interních a onkologických postiženích,
- j) psychické postižení s opakujícími se poruchami komunikace a orientace v exteriéru; u mírného stupně autistické poruchy se zachovanou přiměřenou komunikací a chováním v obvyklých situacích, s obtížným navazováním sociálních kontaktů, s projevy zvláštních nebo neadekvátních odpovědí na sociální stimulaci okolí,
- k) neurodegenerativní postižení s pohybovou chudostí, poruchou posturální stability, slabostí dvou končetin a podstatným snížením dosahu chůze.

2. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni těžkého funkčního postižení pohyblivosti a orientace lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, exteriérový uživatel protézy,
- b) anatomická ztráta dolních končetin v nártách nebo v nártu a bérci,
- c) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce,
- d) anatomická ztráta dolní a horní končetiny v úrovni bérce a předloktí,
- e) anatomická ztráta horních končetin v úrovni předloktí,
- f) těžké omezení funkce dvou končetin,
- g) postižení pánve provázené těžkými parézami dolních končetin nebo závažnou nestabilitou pánevního prstence,
- h) postižení páteře provázené těžkými parézami končetin nebo ztuhnutím tří úseků páteře nebo závažné deformity páteře s omezením exkurzí hrudníku,
- i) těžké postižení pohyblivosti a celkové výkonnosti již při lehkém zatížení při interních a onkologických postiženích,

- j) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby starší 18 let věku,
- k) kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera 40 až 65%, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické zúžení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena,
- l) oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,
- m) psychické postižení s často se opakujícími závažnými poruchami komunikace a orientace v exteriéru; u středně těžkého stupně autistické poruchy s nápadnými deficity ve verbální a nonverbální komunikaci, značně abnormálním nebo rušivým chováním, s výrazně redukovanou nebo výrazně abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,
- n) neurodegenerativní postižení s mnohočetnými hybnými komplikacemi typu rigidity, hypokinézy, tremoru, ataxie, mimovolných pohybů.

3. Za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace na úrovni zvlášť těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení pohyblivosti a orientace lze považovat tyto zdravotní stavy:

- a) anatomická ztráta dolní končetiny v kolenním kloubu nebo výše, interiérový uživatel protézy nebo odkázanost na invalidní vozík z uvedeného důvodu,
- b) anatomická ztráta dolních končetin v bérkách nebo výše,
- c) anatomická ztráta horních končetin v úrovni lokte nebo výše nebo anatomická ztráta horní a dolní končetiny v úrovni paže a stehna,
- d) funkční ztráta dolní končetiny se ztrátou opěrné funkce a současná funkční ztráta horní končetiny,
- e) funkční ztráta dolních končetin se ztrátou opěrných funkcí,
- f) zvlášť těžká porucha pohyblivosti na základě závažného postižení tří a více funkčních celků pohybového ústrojí; funkčním celkem se rozumí hrudník, páteř, pánev, končetina,
- g) disproporční poruchy růstu provázené závažnými deformitami končetin a hrudníku, pokud tělesná výška nepřesahuje po ukončení růstu 120 cm,
- h) multiorgánové selhávání dvou a více orgánů nebo ztráta imunity spojené se zvlášť těžkým postižením orientace nebo pohyblivosti,
- i) celková ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci (oboustranná praktická nebo úplná hluchota) u osoby mladší 18 let věku,
- j) neúplná (praktická) nevidomost obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit se správnou světelnou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální zraková ostrost není postižena, nebo úplná nevidomost obou očí, kterou se rozumí ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybou světelnou projekcí,
- k) kombinované těžké postižení sluchu a zraku (těžká hluchoslepota) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65%, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60,

- l) střední, těžká nebo hluboká mentální retardace nebo demence, je-li IQ nižší než 50,
- m) psychické postižení se ztrátou duševních kompetencí, s neschopností komunikace a orientace; u těžkého stupně autistické poruchy s těžkou poruchou verbální a nonverbální komunikace, těžce abnormálním nebo rušivým chováním, s minimální odpovědí nebo těžce abnormální reakcí na sociální stimulaci okolí,
- n) neurodegenerativní postižení s akinézou, mnohočetnými velmi těžkými hybnými komplikacemi a těžkými neuropsychickými projevy.