

# Základní koncepty paliativní péče, identifikace pacienta, plán péče

MUDr. Pavel Demo  
Odborný seminář ČLK, 31.3.2026  
Karlovy Vary

**aoba**  
**kuos**  
NADAČNÍ FOND

 **Česká společnost  
paliativní medicíny**  
České lékařské společnosti  
Jana Evangelisty Purkyně

 **Nadační fond  
pro rozvoj  
paliativní péče**



**paliativní  
praktici**

PODPORA ROZVOJE  
OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČE  
U PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

# Obsah

- **Data ČSÚ**
- **Koncepty paliativní péče**
  - **Model sdíleného rozhodování**
  - **Přiměřenost péče**
  - **Identifikace pacienta/kapacita lékaře**
  - **Hodnotová anamnéza, plán péče**
- **Praktický lékař jako koordinátor péče**
  - **Paliativní praktici, z.ú., Program MZČR**
  - **Kurz Péče v závěru života**
  - **Úhrada?**





## Predikce dalšího vývoje populace ČR Na jaký nárůst potřeb je třeba systém dimenzovat?

	k 31. 12. 2020	k 31. 12. 2021	k 1. 1. 2030	k 1. 1. 2040	k 1. 1. 2050
Obyvatelé ve věku 65+	2 158 322	2 169 109	2 403 273	2 698 767	3 075 587
Obyvatelé ve věku 75+	864 727	894 236	1 246 717	1 372 410	1 591 668
Obyvatelé ve věku 85+	203 389	<b>198 475</b>	293 687	<b>470 469</b>	505 383

Zdroj: Projekce obyvatelstva České republiky - 2023–2100 | ČSÚ (czso.cz) (Zveřejněno dne: 30.11.2023)

Počet úmrtí dnes:  
cca 113 000

Koeficient pro paliativní péči  
**1,16 – 1,24**

Počet úmrtí 2040 - 2050:  
cca 130 000 - 140 000

Počet seniorů 85+  
dnes: cca 200 000

Koeficient pro dlouhodobou péči (nejen) v závěru života  
**2,35 – 2,55**

Počet seniorů 2040 – 2050:  
cca 470 000 – 510 000

## Predikce dalšího vývoje: velikost populační věkové kohorty 85+ se do roku 2040 více než zdvojnásobí



Populace ČR	k 31. 12. 2020	k 31. 12. 2024	k 1. 1. 2030	k 1. 1. 2040	k 1. 1. 2050
Obyvatelé ve věku 65+	2 158 322	2 255 887	2 372 940	2 682 875	3 073 347
Obyvatelé ve věku 75+	864 727	1 028 927	1 223 509	1 363 039	1 591 189
Obyvatelé ve věku 85+	203 389	<b>211 940</b>	286 711	<b>469 580</b>	510 185
Obyvatelé ve věku 60+	2 783 787	2 890 190	3 018 692	3 548 996	3 785 888
Obyvatelé ve věku 70+	1 485 904	1 642 354	1 780 570	1 932 797	2 372 455
Obyvatelé ve věku 80+	447 526	<b>519 802</b>	690 376	<b>873 196</b>	948 283

Zdroj: [Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2080](#) | Produkty ([gov.cz](#)) (Zveřejněno dne: 12. 12. 2024)

### Koeficient potřebného nárůstu kapacit pro dlouhodobou péči





	<b>Predikce očekávatelných úmrtí (dle střední projekce, v závorce rozsah dle nízké a vysoké projekce obyvatelstva)</b>
Rok 2025	67 333 (66 334; 69 017)
Rok 2030	71 425 (69 954; 73 796)
Rok 2035	77 839 (76 025; 80 333)
Rok 2040	80 126 (78 937; 82 130)
Rok 2050	84 166 (82 917; 86 271)



**+25%**



**Čas nadcházejících změn ve stárnoucí populaci  
= změna dominantního modelu péče**

**Roste a poroste potřeba dlouhodobé péče  
a ošetrovatelské péče, včetně sociálně-zdravotních služeb.**

***Model akutní  
péče***



***Model následné  
a dlouhodobé péče***





# Naše šance

# ?

**Predikce a příprava kapacit**

**Potřebná  
infrastruktura**

**Personální  
zdroje**

**Očekávaný objem péče**

# Statistická predikce prevalence vybraných chorob do roku 2050

Zdroj dat: Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS);

Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2080 (datum vydání: 12. 12. 2024, [odkaz](#))



Diabetes mellitus	Pozorované hodnoty		Predikované hodnoty			
	Rok 2020	Rok 2024	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040	Rok 2050
	1 034 423	1 133 860	1 218 483	1 278 910	1 328 894	1 421 772

**+18 % za 10 let**

Srdeční selhání	Pozorované hodnoty		Predikované hodnoty			
	Rok 2020	Rok 2024	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040	Rok 2050
	359 532	387 343	452 945	504 789	544 632	612 863

**+26 % za 10 let**

# Statistická predikce prevalence vybraných chorob do roku 2050

Zdroj dat: Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS);

Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2080 (datum vydání: 12. 12. 2024, [odkaz](#))



Alzheimerova choroba	Pozorované hodnoty		Predikované hodnoty			
	Rok 2020	Rok 2024	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040	Rok 2050
	97 756	118 313	158 006	201 473	243 226	325 908

**+61 % za 10 let**

Demence (celkem)	Pozorované hodnoty		Predikované hodnoty			
	Rok 2020	Rok 2024	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040	Rok 2050
	162 518	194 128	252 100	316 212	376 174	487 770

**+55 % za 10 let**

# Statistická predikce prevalence vybraných chorob do roku 2050

Zdroj dat: Národní onkologický registr (NOR);

Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2080 (datum vydání: 12. 12. 2024, [odkaz](#))

Zhoubné novotvary (C00–C97, bez C44)	Pozorované hodnoty		Predikované hodnoty			
	Rok 2020	Rok 2023	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040	Rok 2050
	494 653	530 538	637 169	712 772	784 765	956 038

**+29 % za 10 let**

Hemato- onkologie (jen C diagnózy)	Predikce prevalence (rozsah dle nízké a vysoké varianty projekce)		
	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030
	35 397	41 888 (41 731 – 41 977)	48 562 (47 985 – 48 893)

**+37 % za 10 let**



# Statistická predikce prevalence počtu geriatrických pacientů do roku 2050

Zdroj dat: Národní registr hrazených zdravotních služeb (NRHZS);

Český statistický úřad, Projekce obyvatelstva v krajích ČR - do roku 2080 (datum vydání: 12. 12. 2024, [odkaz](#))



Vysoké riziko*, věk 60–74 let	Pozorované hodnoty		Predikované hodnoty			
	Rok 2020	Rok 2024	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040	Rok 2050
	19 229	20 848	19 706	20 609	22 886	25 294

+2 % za 10 let

Vysoké riziko*, věk 75+ let	Pozorované hodnoty		Predikované hodnoty			
	Rok 2020	Rok 2024	Rok 2030	Rok 2035	Rok 2040	Rok 2050
	61 150	75 603	98 702	118 377	132 941	150 963

+61 % za 10 let

\* Vysoké riziko ztráty soběstačnosti

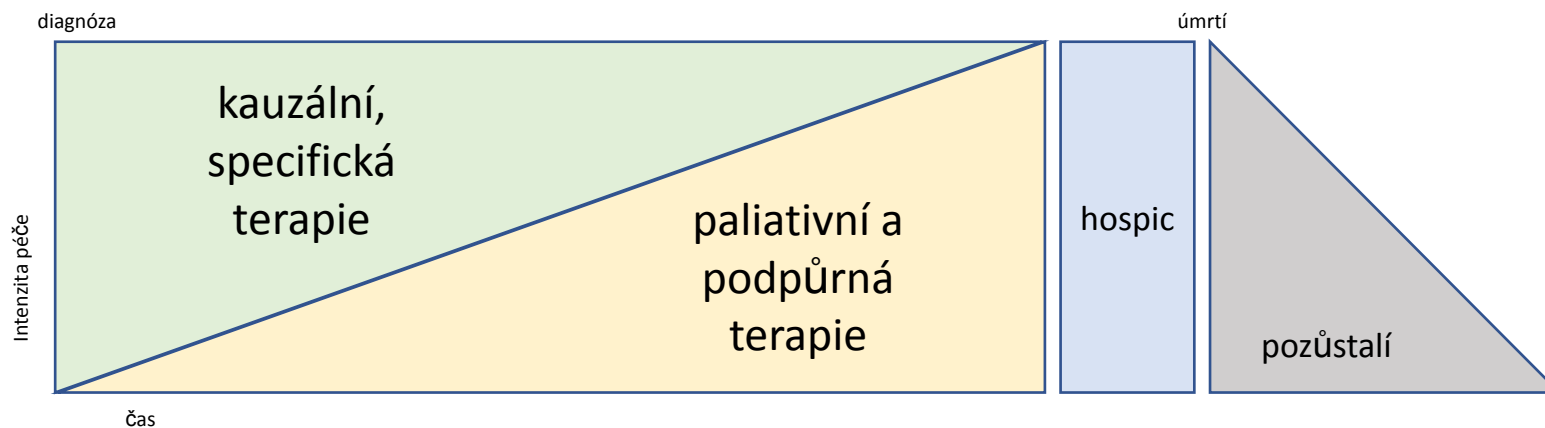
# Kdy začít mluvit o paliativní péči?

- Cca 70% všech úmrtí ve vyspělém světě je způsobeno chronickými onemocněními.
- 112 000 úmrtí v roce 2024, paliativně relevantních pacientů 60 % cca 65 tisíc.
- Cca 15 – 20 % potřebuje specializovanou PP.
- 80% lidí v ČR si přeje zemřít doma.
- Časná integrace paliativní péče zvyšuje pravděpodobnost, že nemocní zemřou tam, kde si přejí.

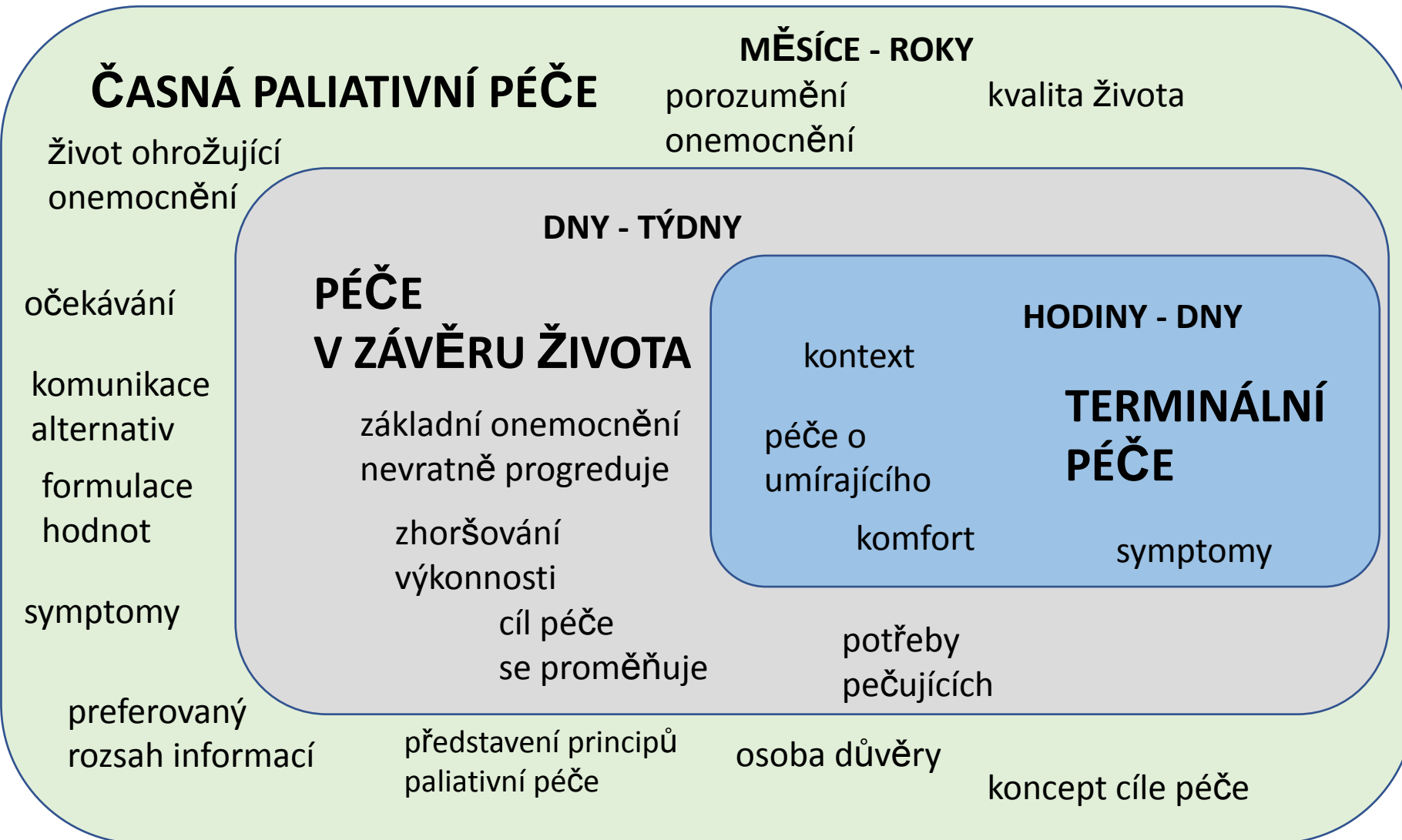


# Paliativní péče

- Pacient profituje z časného nasazení podpůrné péče
- Identifikace pacienta
- Komunikace s pacientem a jeho blízkými
- Hodnotová anamnéza, plán a cíl péče



# Paliativní péče



# Obecná paliativní péče



PALIATIVNÍ PRINCIPY

**OBECNÁ PALIATIVNÍ  
PÉČE**

**SPECIALIZOVANÁ  
PALIATIVNÍ PÉČE**

# Perspektivy péče



## JAKÉ JE NAŠE MEDICÍNSKÉ POZNÁNÍ A MOŽNOSTI?

DIAGNÓZA  
LÉČBA A ALTERNATIVY POSTUPU  
OČEKÁVANÝ VÝVOJ

Co víme?  
Co může fungovat a jak?  
Jaké existují alternativy?

medicínská

## CO MUSÍM A CO NESMÍM?

Jaké existují právní normy?  
Jak a kdo normy vykládá?  
S jakou argumentací? Jaké jsou principy, ze kterých normy vychází?

právní

## CO JE DOBŘE?

Podle čeho hodnotím?  
Jaké mám argumenty?

etická

Z jakých hodnot vycházím?  
Jaké jsou zájmy zúčastněných?

komunikační a psychologická

## O ČEM, KDO, S KÝM, JAK, KOLIK?

Podle čeho hodnotím?  
Jaké mám argumenty  
Jaké nástroje využívám?  
**EMOCE, ZÁZEMÍ,  
KONTEXT, KULTURA,  
STRACH, OPORA,  
DŮVĚRA, ROLE, ...**

# Přiměřenost péče



- Teprve **vůči pojmenovanému cíli péče**, lze posoudit, zda je daný **léčebný postup přiměřený**.
- Přiměřená je taková péče, která vede k dosažení cíle, **které je pro pacienta významný (relevantní) a to za cenu zátěže a nežádoucích účinků, které jsou pro pacienta přijatelné**.
- Do plánů přiměřené péče by měla být integrována nejen rozhodnutí o resuscitaci, ale rovněž rozhodnutí o dalších intervencích a léčbě, například **hospitalizaci, příjmu do intenzivní péče, intubace a zahájení umělé plicní ventilace, hemodialýze, podání antibiotik, parenterální výživy atd v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu**.

# Přiměřenost péče



		INDIKACE Může být tento postup efektivní v dané situaci efektivní ?	
		ano	ne
PREFERENCE PACIENTA Je tento postup v souladu s pacientovými preferencemi?	ano	<b>PŘIMĚŘENÝ / INDIKOVANÝ</b>	nepřiměřený / neindikovaný
Je zátěž , kterou přináší , přijatelná?	ne	nepřiměřený / neindikovaný	nepřiměřený / neindikovaný

Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, Hartog C, Erchinger R, Gretenkort P, Michalsen A, Mohr M, Nauck F, Salomon F, Stopfkuchen H, Weiler N, Janssens U. Limits to the appropriateness of intensive care : Policy statement of the German Interdisciplinary Association of Intensive Care and Emergency Medicine (DIVI). Med Klin Intensivmed Notfmed. 2019 Feb;114(1):46-52. doi: 10.1007/s00063-018-0514-y. PMID: 30506171; PMCID: PMC6344395.



# Sdílené rozhodování

- Klíčový eticko–právní koncept medicínského práva.
- Pacient je partnerem v rozhodování o tom, jaké zdravotní služby se mu poskytují a jaké nikoliv.

Od konceptu sdíleného rozhodování se odvíjí koncept tzv. **advance care planning (plánování péče)**, jehož součástí je definování cíle péče, **přiměřenosti péče s ohledem na přání, hodnoty a preference pacienta a medicínskou efektivitu** plánu péče a **jeho revize**.

# Sdílené rozhodování

„Hlavní úlohu v rozhodovacím procesu ohledně medicínského postupu v situacích na konci života má samotný pacient.“

(Rada Evropy, doporučení 2014)



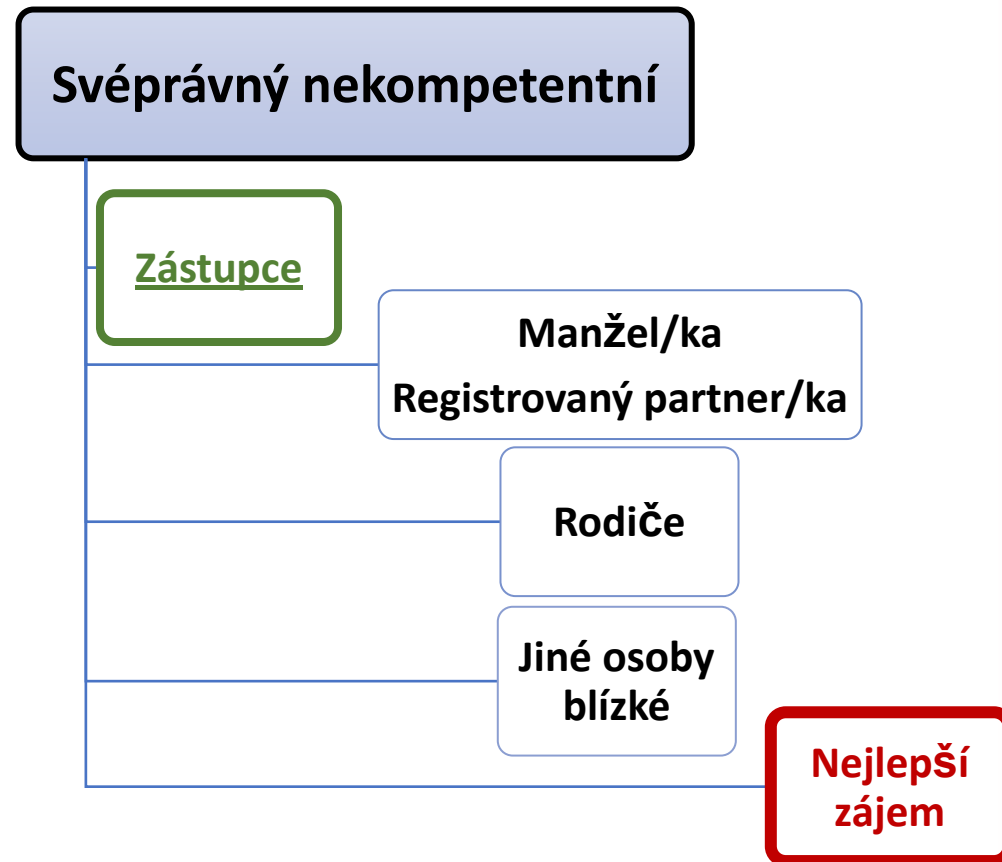
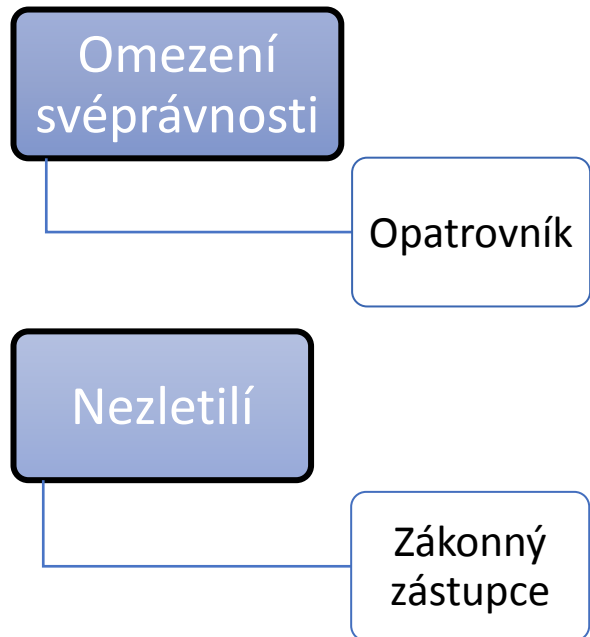
# Rozhodovací kapacita



Konkrétní rozhodnutí, v konkrétním čase

Diagnostický test	Funkční test
Je přítomno poškození/porucha funkce mozku či mysli (trvalá, přechodná)  Brání toto pacientovi v konkrétním rozhodnutí	<b>Porozumění</b> ( <i>understand</i> )
	<b>Uchování</b> ( <i>retain</i> )
	<b>Zvážení</b> ( <i>use/weigh</i> )
	<b>Sdělení</b> ( <i>communicate</i> )

# Zástupné rozhodování





# Pacient v závěru života

- **Jedno nebo více progredujících chronických onemocnění, které svým průběhem a komplikacemi pacienta funkčně a prognosticky limitují.**
- **Předpokládaná prognóza v řádu měsíců – týdnů.**
- **Umíme poznat pacienta v závěru života?**



# Identifikace pacienta

- **Byl/a byste překvapen/a, kdyby tento pacient v následujícím roce zemřel?**
- **Byl tento pacient v posledním roce opakovaně či dlouhodobě hospitalizován kvůli stejnému onemocnění?**
- **Zhubl tento pacient za poslední rok neplánovaně o více než 10 %?**
- **Je tento pacient závislý na druhé osobě ve  $\geq 2$  každodenních aktivitách.**

Zdroj: van Lummel EV, Ietswaard L, Zuithoff NP, Tjan DH, van Delden JJ. The utility of the surprise question: A useful tool for identifying patients nearing the last phase of life? A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*. 2022;36(7):1023–1046. doi:10.1177/02692163221099116

# Pacient v závěru života potřebuje paliativní péči

- Co to znamená?
- Srozumitelně formulovaný cíl péče a plán péče.
- Přiměřená „kauzální“ léčba základního onemocnění.
- Perfektní léčba symptomů pokročilého onemocnění.
- Podpora pro pacienta a jeho blízké (komunikační, psychologická, organizační, pomůcky)



# Hodnotová anamnéza

- osobní údaje
- důvod přijetí
- RA – OA – FA – AA- SA – abusus
- **HA (hodnotová anamnéza)**
  - porozumění a informační potřeby
  - osoba důvěry
  - hodnoty a preference
- NO:
- Minuta 4:20 – 8:20

[https://www.youtube.com/watch?v=ljN2Q](https://www.youtube.com/watch?v=ljN2Q63rAbl&t=525s)

[63rAbl&t=525s](https://www.youtube.com/watch?v=ljN2Q63rAbl&t=525s)



KLINIKA PALIATIVNÍ MEDICÍNY  
1. LF UK A VFN



1. LÉKAŘSKÁ  
FAKULTA  
Univerzita Karlova



LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
V PLZNI  
Univerzita Karlova

Základy komunikace a paliativní medicíny, 3. ročník

## HODNOTOVÁ ANAMNÉZA – 3 OTÁZKY

Krok	Co říci
<b>Porozumění a informační potřeby</b>	<i>Co víte o svém zdravotním stavu? Jak tomu rozumíte? Jaké informace byste potřeboval? Co kdybychom neměli příznivé zprávy? Co by pro vás byla špatná zpráva?</i>
<b>Osoba důvěry a rozhodování (osoba s právem zástupného souhlasu dle Zákona o zdravotních službách, § 34 odst. 7)</b>	<i>Kdo vám pomáhá situaci zvládnout? S kým řešíte důležité věci v životě? Na koho se můžeme obrátit, kdyby bylo potřeba něco rozhodovat a vy byste nemohl/a? Kdo by s námi mohl přemýšlet nebo rozhodovat za vás?</i>
<b>Hodnoty a preference</b>	<i>Co je pro vás (v životě) důležité? Co vám pomáhá vše/nemoc/situaci zvládnout? Co bych já jako lékař měl o vás vědět jako o člověku? O čem přemýšlíte kromě nemoci?</i>

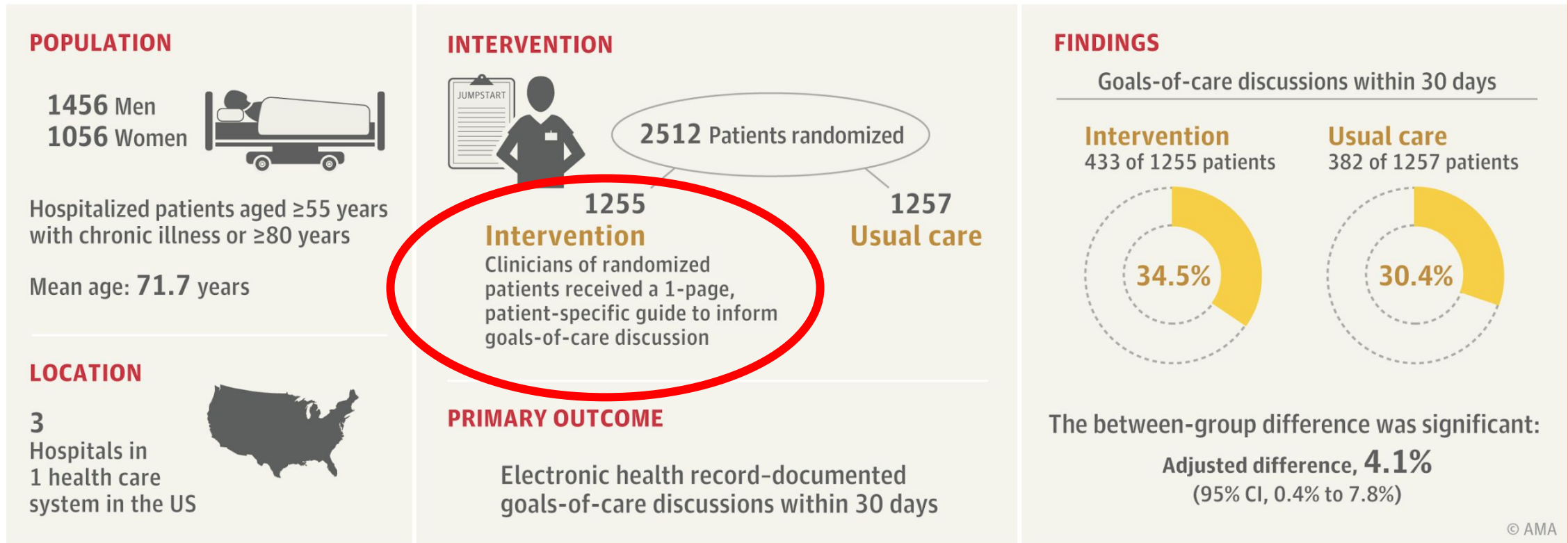
# Intervention to Promote Communication About Goals of Care for Hospitalized Patients With Serious Illness

## A Randomized Clinical Trial



**QUESTION** Can a patient-specific, clinician-facing communication-priming intervention with discussion prompts effectively promote goals-of-care discussions between clinicians and hospitalized older patients with serious illness?

**CONCLUSION** Findings suggest that clinician-facing prompting interventions promote goals-of-care discussions, particularly among racially and ethnically minoritized patients.



1. Give yourself 5-10 min. The conversation does not have to be long.
2. Introduce the talk as a routine part of care. Some patients are reluctant—do not start with death or CPR.

"I want to know what's important to you so that we provide the best care to fit your goals. Is that okay?"

3. Pick the best topics for your patient. You do not have to do them all.

#### Topics

#### Words to try

Understanding

"What have other doctors told you about how serious your illness is and what to expect?"

Acceptable status

"What abilities are so important to you that you can't imagine living without them?"

Values

"If you were to get sicker, what would be most important to you?"

4. Document a short note. A brief summary and a quote (a few of the patient's words) are enough. Your colleagues will appreciate it.

Chtěl bych se zeptat, co je pro vás důležité, abychom vám poskytovali nejlepší možnou péči



1. Co vám řekli ostatní lékaři ohledně závažnosti stavu a co lze očekávat? Jak tomu rozumíte?
2. Co jsou věci, které jsou pro vás tak důležité, že si nedokážete představit život bez nich?
3. Kdyby se váš stav nelepšil, co by pro vás bylo nejdůležitější?

# Praktický lékař jako koordinátor péče o pacienta v závěru života

MUDr. Pavel Demo

**aoba  
kuos**  
NADAČNÍ FOND

 **Česká společnost  
paliativní medicíny**  
České lékařské společnosti  
Jana Evangelisty Purkyně

 **Nadační fond  
pro rozvoj  
paliativní péče**



**paliativní  
praktici**

PODPORA ROZVOJE  
OBECNÉ PALIATIVNÍ PÉČE  
U PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

# Obsah

- Kdo je praktický lékař, který pečuje o pacienty v závěru života?
- Co dělá a jak?
- Představení programu “Paliativní praktici”
- Evaluace kurzu



## Pan H \*44

- předoperační vyšetření v nemocnici – RTG S+P –  
nález na CT – mnohočetný meta proces
- intervence – nemocniční paliativní tým
- intervence VPL – ptá se na prognózu, HA,  
nabídka
- nastavení péče – domácí péče, příspěvek na péči
- intervence – rodinná konference, nastavení  
symptomatické terapie, SOS medikace
- preference – mobilní hospic – lůžko



# Z čeho vychází



- Dlouhodobý vztah s pacientem a jeho rodinou.
- Dostupnost lékaře a sestry – bezbariérovost kontaktu.
- Znalost místních služeb (domácí péče, psychosociální služby, specializované služby – MSPP, nemocniční paliativní tým, nemocnice, domov seniorů, spirituální potřeby).
- Zdravotní sestra jako významná složka péče. Terénní sestra.
- Sdílení v rámci týmové praxe a specializace v rámci týmu.
- Organizace prostoru a času.
- Právní a etický rámec.

# Co dělá a jak



- Identifikace kapacity lékaře/sestry/týmu vést rozhovor s pacientem.
- Identifikace paliativně relevantního pacienta.
- SQ: „Byl bych překvapen, kdyby pacient v následujícím půl roce zemřel?“
- SPICT – Klinická kritéria pro identifikaci pacienta v závěru života.
- Rozhovor o cílech a plánu péče, hodnotová anamnéza.
- Srozumitelná nabídka plánu péče pro pacienta a rodinu.
- Revize cílů a plánu péče, zápis do dokumentace.

# Jak?



- Praktická lékařka/lékař má cca 30 kontaktů denně + emaily, telefonické kontakty, recepty, ČSSZ.
- Týmová praxe – péče o 3000 pacientů – 2,5 lékaři, 2 sestry v ordinaci, domácí péče. V ČR je cca 5400 praktických lékařů pro dospělé.
- 112 tisíc úmrtí v ČR 2024, kolik paliativně relevantních pacientů?
- Pravidelně pečujeme o 2 – 3 pacienty v závěru života v „těsném kontaktu“ – 1 x týdně hodnotíme stav.
- Předáváme si informace – komunita paliativních praktiků, nemocniční paliativní tým, MSPP, lůžkový hospic, domov seniorů.
- Péče jde dělat bezpečně, udržitelně, naplňuje celý tým.

# Pacient v závěru života potřebuje paliativní péči

- Co to znamená?
- Srozumitelně formulovaný cíl péče a plán péče.
- Přiměřená „kauzální“ léčba základního onemocnění.
- Perfektní léčba symptomů pokročilého onemocnění.
- Podpora pro pacienta a jeho blízké (komunikační, psychologická, organizační, pomůcky)



# Program Paliativní praktici NF Abakus



- Kurz **“Péče v závěru života v ordinaci praktického lékaře”** (absolvovalo 61 VPL r. 24–26, zájem dalších VPL).
- Kašny – webináře pro VPL.
- Semináře, kongresy v ČR i zahraničí.
- [www.paliativnipraktici.cz](http://www.paliativnipraktici.cz)
- Infomateriály do ordinace, doporučené postupy.

# Kurz 3 x 3

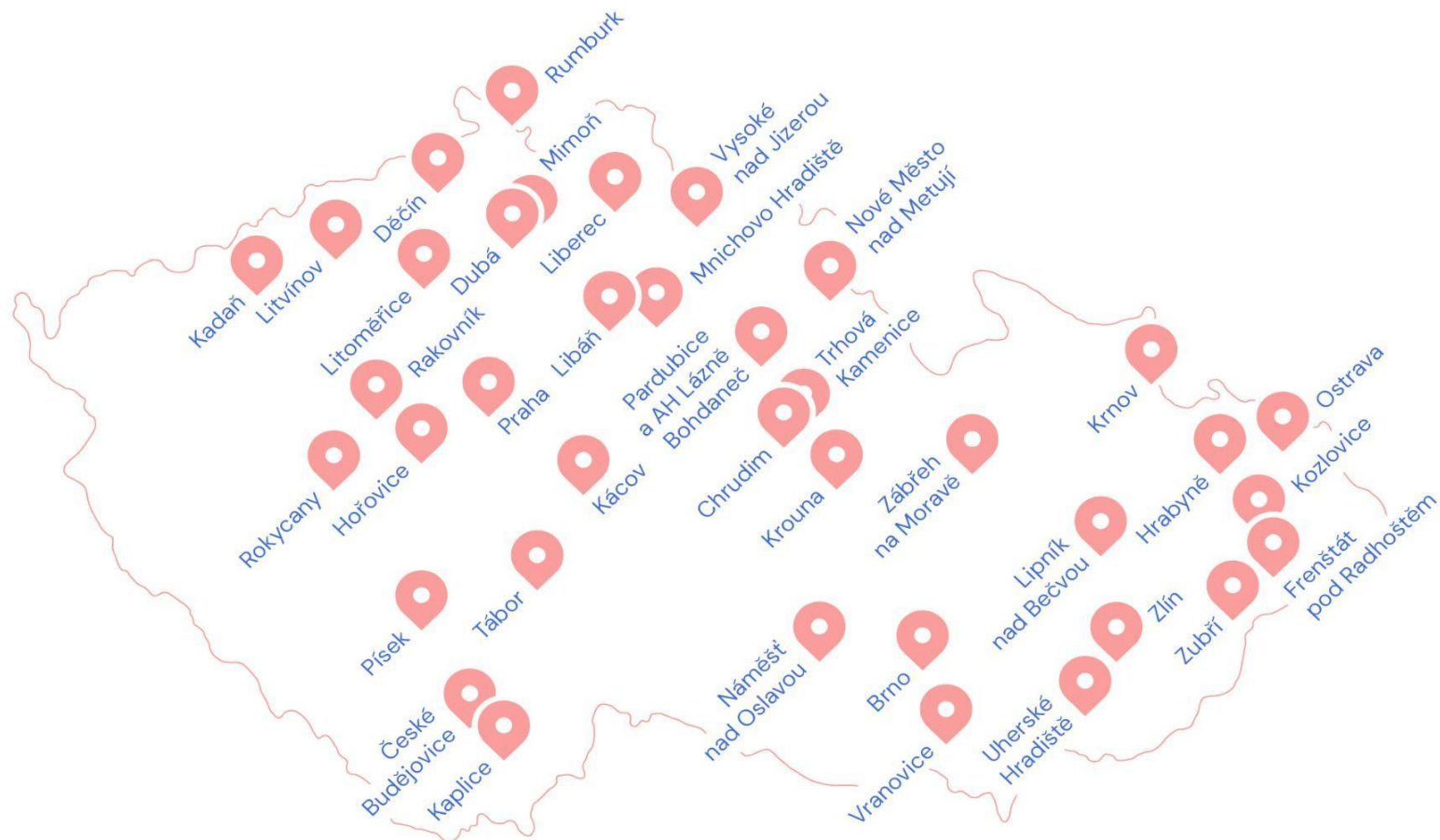
**Blok A:** Koncepty paliativní péče, přiměřenost a limitace péče, komunikace, identifikace pacienta, plán a cíl péče, hodnotová anamnéza; specializované paliativní služby v ČR; symptomová léčba v závěru života.

**Blok B:** Paliativní péče a geriatricie, nefrologie, kardiologie, hematoonkologie; Paliativní péče v domově pro seniory; Etická a právní témata; Cíl, plán a přiměřenost péče, dříve vyslovené přání.

**Blok C:** Krizová komunikace, teoretický model práce s krizí, hranice v praxi VPL, trauma, přesahová témata, úvod do psychohygieny, psychohygieny jako prevence a potřeba, stres – teorie, techniky syndrom vyhoření, sebeběže v praxi PL – rytmus, rovnováha, zdroje.

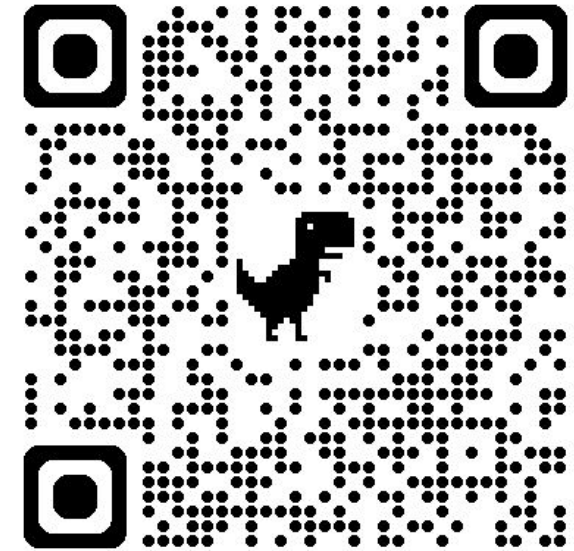


# Absolventi kurzu 3x3 dny



# Děkuji za pozornost

- [www.paliativnipraktici.cz](http://www.paliativnipraktici.cz)
- <https://www.facebook.com/paliativni.praktici>



[www.paliativnipraktici.cz](http://www.paliativnipraktici.cz)

# Evaluace vzdělávacího programu



PhDr. Lucie Klůzová Kráčmarová,  
PhD.

Mgr. Anna Černíková, PhD.

MUDr. Pavel Demo

# Cíle evaluace

- Vyhodnocení efektivity vzdělávacího programu
- Uzpůsobení programu na základě vyhodnocení zkušeností jeho účastníků

# Výzkumné otázky

- Jaké jsou vzdělávací potřeby primárních paliativních lékařů.
- Naplňuje vzdělávací program potřeby jeho účastníků?
- Má program vliv na vnímání vlastních kompetencí?
- Jak účastníci subjektivně hodnotí jednotlivé vzdělávací bloky?
- Jak subjektivně hodnotí schopnost uplatnění poznatků / soft skills získaných v kurzu ve své praxi?



# Co sledujeme?

## Sledujeme

### 1. Obsah kurzu

**pokrývá klíčové kompetence a očekávání účastníků –  
jejich potřeby?**

#### 1. Technickou stránku

čas na odpočinek, pauzy

#### 1. Lektorskou zkušenost

Otevřenost k diskuzi, vnímaná erudice, poutavost přednesu...

#### 1. Pohled lektorů



# Metody – smíšený design



## Kvalitativní část

- **Focusní skupiny před vzdělávacím programem a s odstupem po jeho ukočení**
  - 1. focusní skupina (1. běh)**, zaměřená na potřeby a očekávání  
Prozkoumání persony „ideální paliativní praktik“ – využito v kvantitativním měření
  - 2. focusní skupina**  
Hodnocení kurzu + jaký dárek bych našel pod stromečkem?
- **Analýza individuálních odpovědí z dotazníku potřeb**

# Metody – smíšený design

## Kvantitativní část

- **Dotazník před a po započetí programu**
  - Dotazník sebeúčinnosti:
    - Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE)
  - Škála vyhoření:
    - The Copenhagen Burnout Inventory (CBI)
- **Hodnocení vlastních kompetencí před a po každém bloku**
  - Série škál sleduje do jaké míry účastník získal vzhled do jednotlivých témat nebo získal jednotlivé kompetence, na které daný blok cílil.

**Po každém bloku hodnocení lektorů**



# Ideální praktik – vnímané kompetence paliativního praktika

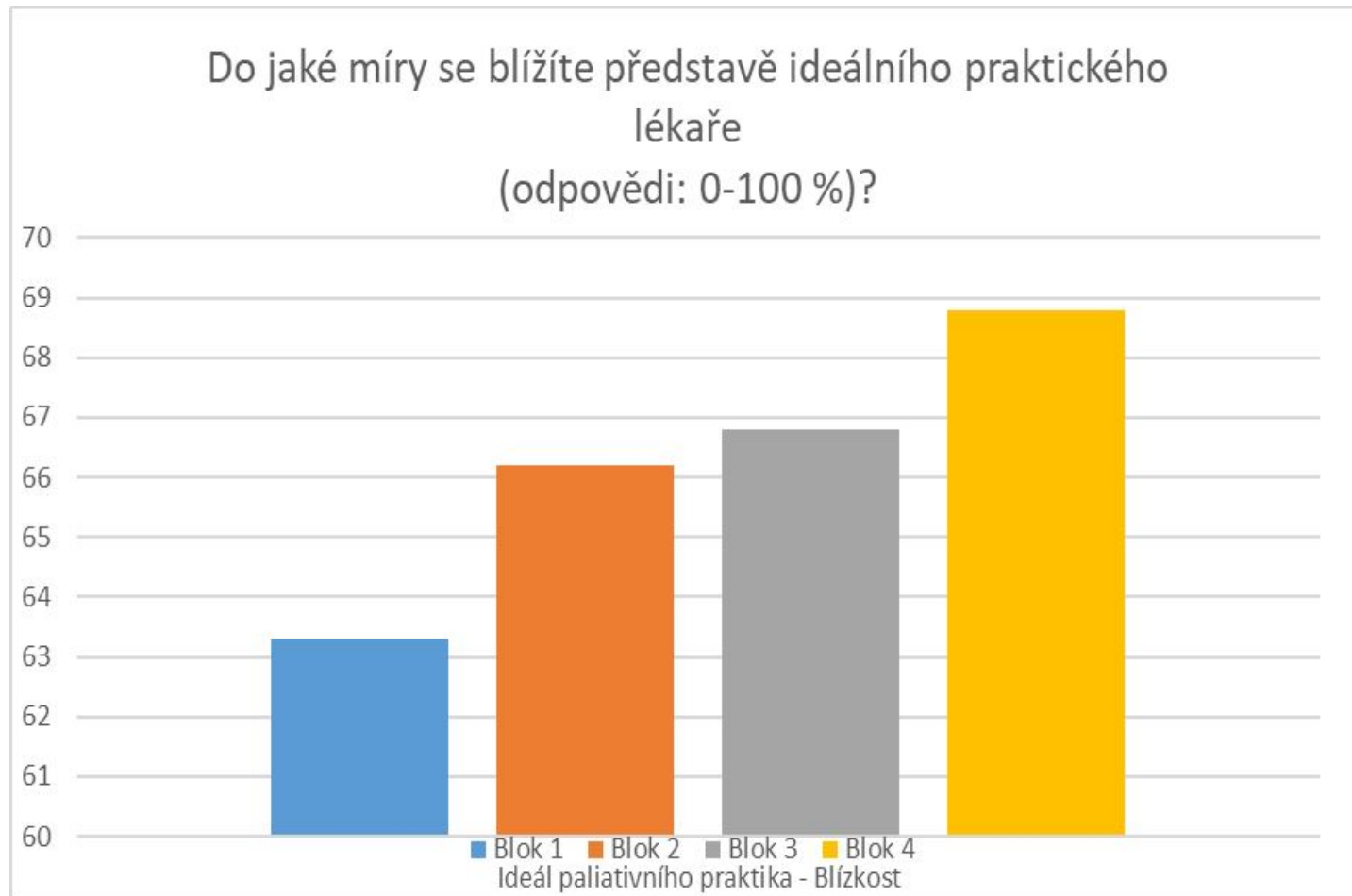


Figure 1. Who is an ideal palliative GP according to the primary care practitioners.

- soft skills
- osobní vlastnosti/zralost
- profesní kompetence
- systémové podmínky



# Do jaké míry se cítím být ideálním paliativním praktikem?

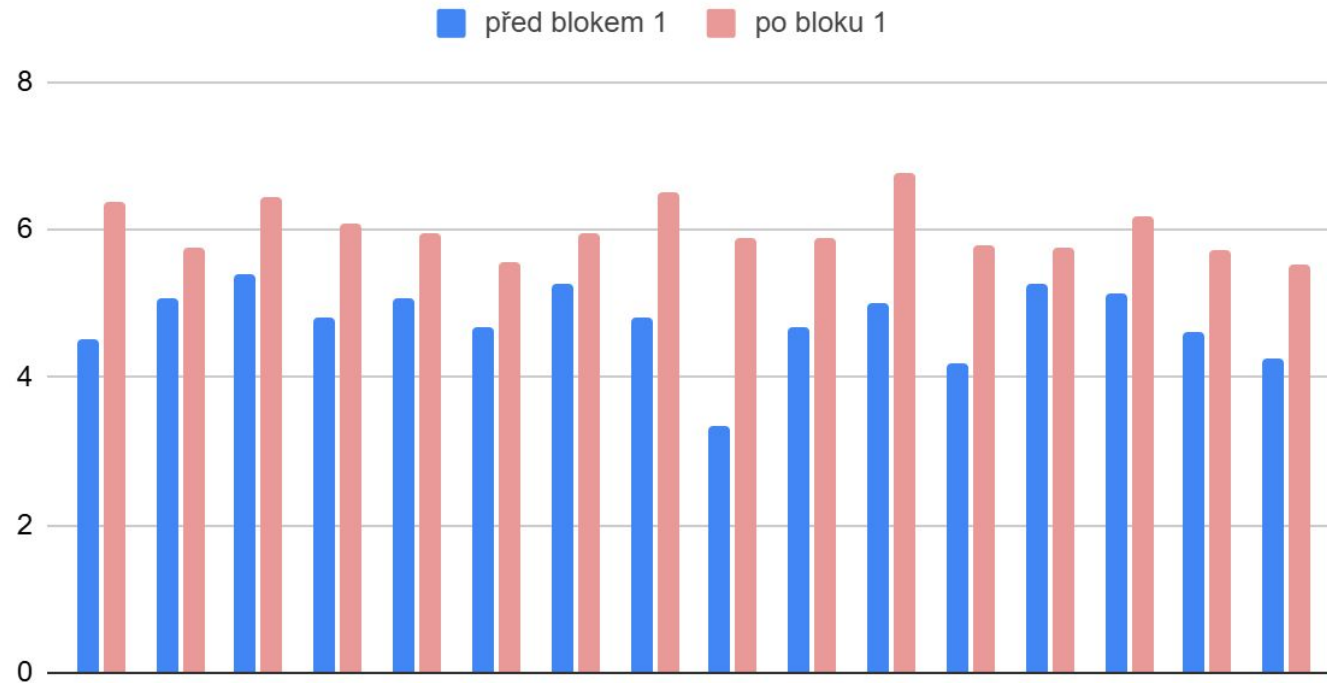


n=14; běh 1

# Vnímané kompetence Blok 1 (běh 1)



Vnímané vlastní kompetence před blokem 1 a po bloku 1  
(běh I) (n=15)



1= ...rozumím systému paliativní péče a jejímu současnému pojetí v ČR.

7...dovedu sdělovat závažné zprávy.

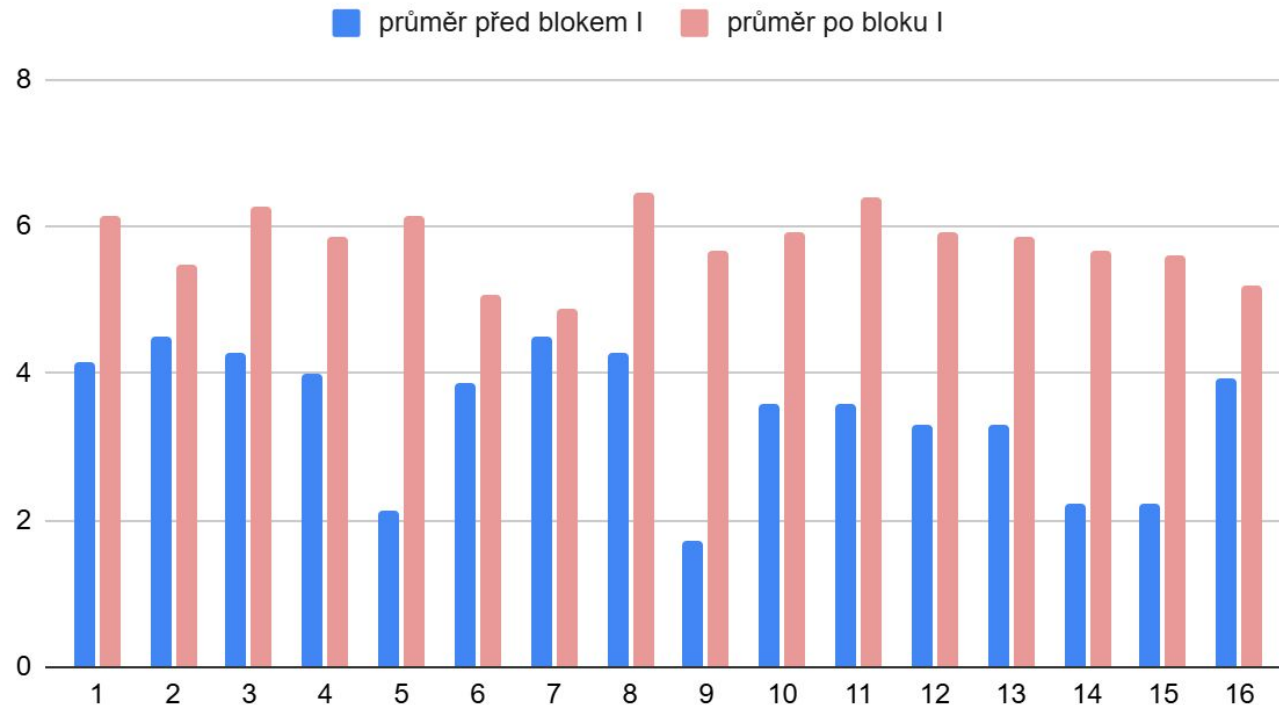
8= ...vím, jak využít cíl a plán péče v ordinaci VPL, jako nástroj v péči v závěru života.

9=...vím, jak rozpoznat pacienta, který bude profitovat z paliativní péče v ordinaci VPL.

10=...vím, jak využít služeb mobilní specializované paliativní péče (dom. hospice).

# Vnímané kompetence Blok 1 (běh 2)

Vnímané vlastní kompetence před blokem I a po bloku I (běh 2)



1= ...rozumím systému paliativní péče a jejímu současnému pojetí v ČR.

5= ...Znám základní komunikační protokoly.

8= ...vím, jak využít cíl a plán péče v ordinaci VPL, jako nástroj v péči v závěru života.

14=...Vím, jak řešit ostatní tělesné symptomy.

15=Vím, jak řešit ostatní psychické symptomy.



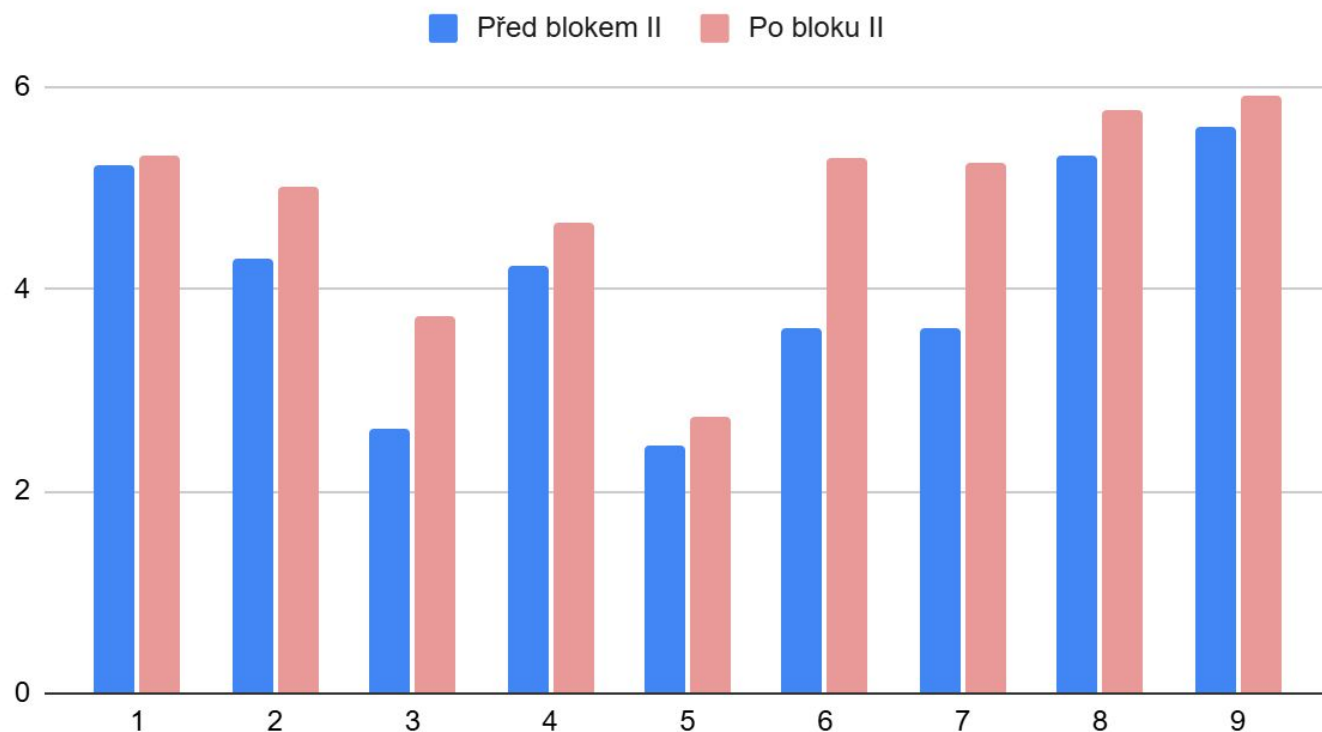
# Změny ve vnímaných kompetencích Blok I (běh 1 –3)



Kompetence	n	Mean před	Mean po	t	p	p_Bonferroni (p*16)
Rozumím systému paliativní péče a jejímu současnému pojetí v ČR.	39	4.256	6.308	-7.1524	0.0	0.0
Umím identifikovat potřeby nemocného a jeho blízkých.	39	4.641	5.667	-4.5004	0.000062	0.000992
Rozumím obsahu pojmů: cíl péče, přiměřenost, limitace a rozhodování o péči	39	4.769	6.436	-7.4252	0.0	0.0
Vím, kdy indikovat specializovanou paliativní péči.	39	4.333	5.949	-6.3066	0.0	0.0
Vím, jak pracovat s emocemi pacientů a rodiny.	39	4.205	5.436	-5.5484	0.000002	0.000032
Dovedu sdělovat závažné zprávy.	39	4.538	5.462	-4.8918	0.000019	0.000304
Vím, co je hodnotová anamnéza.	39	4.256	6.744	-7.9312	0.0	0.0
Využívám cíl a plán péče v ordinaci VPL, jako nástroj v péči v závěru života	39	2.667	6.051	-9.0512	0.0	0.0
Vím, jak rozpoznat pacienta, který bude profitovat z pali péče v ordinaci	39	3.872	6.026	-8.0888	0.0	0.0
Vím, jak využít služeb mobilní specializované paliativní péče (do. hospice).	39	3.872	6.487	-8.7228	0.0	0.0
Vím, jak můžu <u>benefitovat</u> ze spolupráce s nemocničním pali. týmem.	39	3.385	6.103	-7.7580	0.0	0.0
Rozumím managementu bolesti.	39	4.487	5.974	-6.9559	0.0	0.0
Vím, jak řešit ostatní tělesné symptomy.	39	4.487	5.795	-6.5088	0.0	0.0
Vím, jak řešit psychické symptomy.	39	4.718	6.026	-6.7707	0.0	0.0
Vím, jak řešit časté otázky pacientů a rodiny a jak je zvládnout	39	4.333	6.103	-7.1550	0.0	0.0

# Vnímané kompetence Blok 2 (běh 1)

Kompetence před blokem II a po bloku II (běh 1)



6= ...rozumím systému práce paliativní péče v domově pro seniory.

7= ...rozumím etickým a právním tématům.

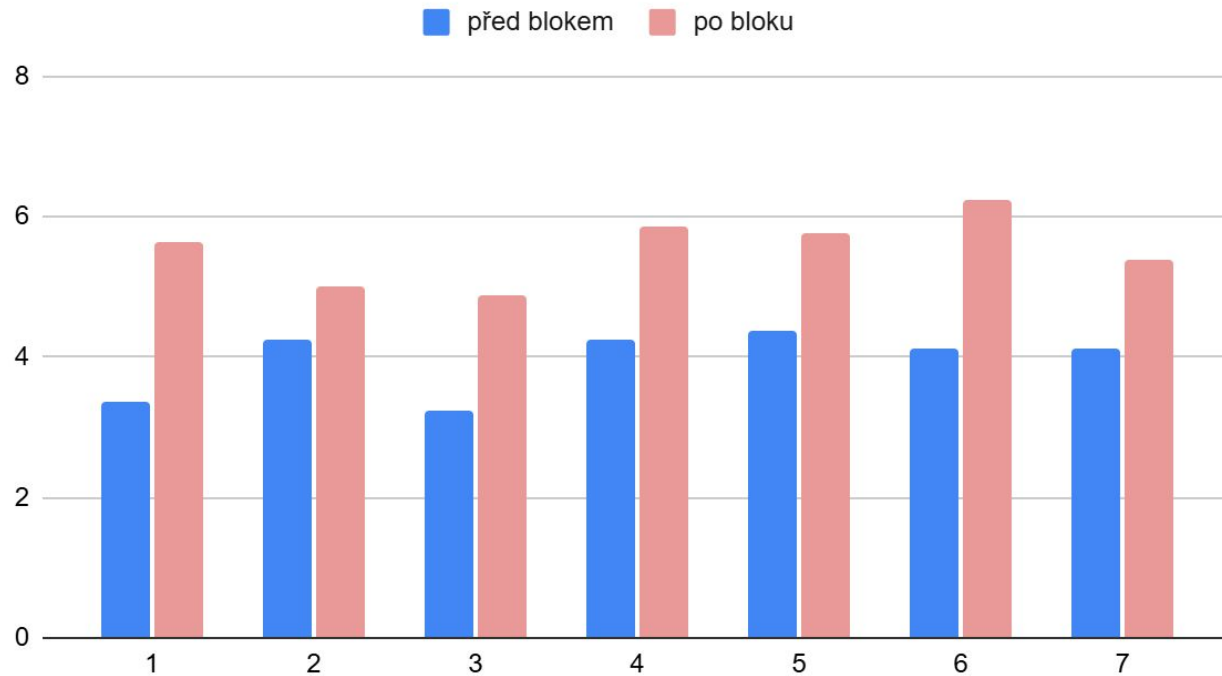
5 = rozumím hematologii



# Vnímané kompetence Blok 3 (běh 1)



Kompetence před blokem III a po bloku III (běh 1)



1=... vím, jak používat techniky krizové komunikace  
6= ...vím, jak o sebe pečovat v rámci psychohygieny.

# Dosavadní závěry

Po absolvování jednotlivých bloků vykazují participant/ky vzdělávacího kurzu zlepšení v hodnocení sledovaných klíčových kompetencí.

Data z kvalitativního i kvantitativního šetření naznačují, že kurz odpovídá vzdělávacím potřebám a očekávání praktických lékařů v oblasti poskytování paliativní péče.

Data naznačují, že se lékaři posouvají v oblastech, kde subjektivně vnímají vlastní limity.

- analýza “kazuistik” nejnáročnějších situací při poskytování paliativní péče



# Limity a budoucí směřování

Při hodnocení efektivity kurzu vycházíme pouze ze sebehodnotících dotazníků, škál a kvalitativních rozhovorů.

Chybí objektivní hodnocení získaných profesních kompetencí a soft-skills.

Plánujeme další studii, kde bychom se zaměřili na posun v kompetencích v oblasti deeskalace emocí.



# Odborné výstupy



## PERSPECTIVES FROM PRACTICE AND PRIMARY CARE INTEGRATION: THE IDEAL PALLIATIVE GP

Lucie Kluzova Kracmarova<sup>1</sup>; Kristyna Anna Cernikova<sup>2</sup>; Pavel Demo<sup>3,4</sup>; Tereza Pacikova<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Charles University, Faculty of Humanities, Prague (CZ); <sup>2</sup>Palacky University, Department of Christian Education, Olomouc (CZ); <sup>3</sup>Charles University, Division of General Practice 3FM, Prague (CZ); <sup>4</sup>www.paliativnipraktici.cz

### Background

Palliative care is increasingly recognized as a critical component of primary healthcare, yet its integration remains underdeveloped (van Marrewijk, van Gerven, et al., 2017). General practitioners (GPs) in the Czech Republic do not undertake specific training regarding palliative care aspects in their work. An educational program covering the gap launched in 2016 with a goal to educate "palliative GPs". It covers topics of communication, palliative patient identification, goal and plan of care, assessment of patient values, symptom management, pharmacotherapy, specifics of geriatric patients, patients with dementia, and patient in specialist outpatient clinic, specialized palliative care, home hospice, inpatient hospice, hospital palliative team, palliative outpatient clinic, home care, legal and ethical aspects in end-of-life care in the GP's office, Psychological aspects (such as trauma, spirituality, caring for carers, self-care techniques, maintaining safe records).

The aim of our study was to explore which key competencies or characteristics are thought to constitute a good palliative GP according to the study programme objectives. To evaluate the course effectiveness, we explored if and how the participants self-report the change in these competencies and their ability to integrate a palliative care in their everyday practice of GP.

### Methods

The study used a mixed-methods approach, combining self-reports from practitioners on their competence development over the educational programme with focus group data gathered at the beginning (FG1) and end of the program (FG2). Through a thematic analysis (Braun & Clarke, 2006) of the focus groups data, we identified the key characteristics and competencies the trainees thought a palliative practitioner should ideally have.

The participants then self-reported how they meet a specific competence on a Likert scale from 1 (not at all) to 5 (very much) and they were asked to report the percentage how close they thought they were to the ideal palliative GP (i.e. a person, who should meet all these criteria) in 4 timepoints - before the educational program started and after each course.

### Participants

13 female and 2 male trainees of the educational program filled in the self-reported scales. 6 of them participated in the focus groups. All were certified GPs, mostly experienced - 10-16 years (M(FG1) is a primary care but also involve working less than 5 years (FV2).

### Results

The qualitative analysis of the FG1 showed that next to the personal emotion, soft skills, and practical competencies, the external factors are thought to allow an integration of the palliative care in a GP's practice (see Figure 1).

While individual practitioners demonstrated improvements in soft skills, particularly in communication with a patient and setting boundaries, and practical competencies such as basic knowledge of pain management after the course, they also reported how the broader structural changes are needed to support these advancements.

However, some women talked about their ability to better deal with a system after the course, which help their motivation in their everyday practice.

- One of the participants for example decided not to fight with a system within one of her employees and started to work full time in her own practice.
- Some started networking within the system of palliative care.
- Some try to set up and guard their boundaries better.
- Some started to talk about palliative care to change the views in the society.

Overall, the participants of the FG2 felt empowered after completing the education and reported a positive impact on their everyday practice. They reported to be more informed, less uncertain, provide better care, feel more brave and confident in their communication towards the patient or their family.

Even if part of the participants report better competencies or self-care, they still feel uncertain in their practice, which leads them to think about supervision and also a further education. Some felt they need more communication training, self-growth courses aimed at dealing with ones anxiety or even psychology training as a complex education, which could help provide better palliative care in their setting.

### Conclusion

A sustained focus on education and practitioner development can greatly enhance the perceived competence of the GP and the quality of palliative care provided. Incept of the education, policy changes, such as adequate financial compensation (reporting a signal code to insurance companies) or enabling greater coherence between practitioners and the palliative care system, would be beneficial for a better integration of palliative care in a primary care system.

### References

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706brq018>
- Van Marrewijk, de Rooij, M., Rueli, B., Hoedemans, F., Huisa, M., Huisa, J., & Radbruch, L. (2017). Towards evidence integrated palliative care: Perspectives of Berlin from seven European countries on facilitators, barriers and recommendations for improvement. *Journal of Integrated Care* (Bristol, England), 26(3), 222-230. <https://doi.org/10.1108/JIC-03-2017-0006>

### Contacts:

Lucie.Kluzova@fm.umuni.cz (information related to the study)  
prok@paliativnipraktici.cz (information about the educational program)

Poster number: 883

proto, aby mohli lépe zacházet např. s dawkováním předepsaných léků.

„u pacienta přetrvávali silné bolesti i přes nastavenou terapii vyššími dávkami opiátů lékařem algeziologem z Centra bolesti, chyběla mi rychlá informace a možnost okamžité komunikace s lékařem o možnosti úpravy terapie při návštěvě pacienta“ 314

Pacient je určen k paliaci ale od plicní ambulance bez dalšího doporučení co dál (kvůli amputaci DKK spis docházel na chirurgii)

zřejmě, že kurabilní léčba nebude možná, pacient nebyl informován o závažnosti svého onemocnění. jako praktický lékař sděluji nepříznivou prognózu a pravděpodobný rychlý průběh onemocnění

Stále z onkologie plánované další kontroly a paliativní chemoterapii, až se jednalo o pacienta v terminální fázi onemocnění (kontroly se nedožil). O to těžší byla komunikace s rodinou i moje vlastní nejistota, zda je dobře jít dál cestou paliativní péče 314

### I lékaři potřebují dobrý konec/dobrou smrt

Z kazuistik je zřejmé, že to, jak lékař hodnotí zpětně náročnost péče o pacienta souvisí s tím, zda se v péči o něj podařilo dosáhnout dobrého konce. Za náročné lékaři považovali situace, kdy se nedařilo zajistit klidný odchod v domácích podmínkách, dle přání pacienta. At už šlo o nedostupnost hospicové péče, nepřijetí potřeby paliativní péče ze strany rodiny nebo neochůzlost poskytnout akutní péče o vysokonáročkové pacienty v domácích podmínkách (nutnost volat záchranou službu kvůli zhoršení a následná hospitalizace).

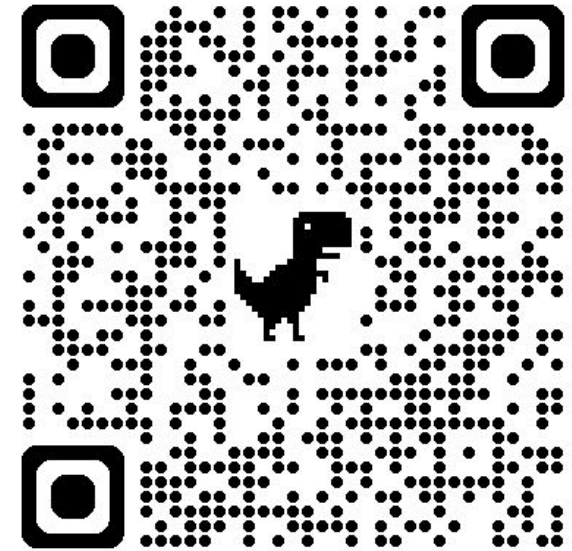
Naopak víra v dobrý konec, uzavření záležitostí pacienta, důvěra v to, že díky předání hospici bude o pacienta dobře postaráno souvisela s pocitem, že se lékařům podařilo situaci dobře zvládnout. Jejich kazuistiky pak měli v závěru pozitivnější vyznění. Jak pracovat s tím, když se nedaří dosáhnout dobrého konce a techniky sebezpečí jsou pak v této souvislosti podstatnou součástí vzdělávání.



Figure 1. Wheel of the ideal palliative GP according to the primary care practitioners.

# Děkuji za pozornost

- [www.paliativnipraktici.cz](http://www.paliativnipraktici.cz)
- <https://www.facebook.com/paliativni.praktici>



[www.paliativnipraktici.cz](http://www.paliativnipraktici.cz)