

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického záchranářství

Bára Polišenská

**Zdravotnická záchranná služba a poskytování péče
v závěru života**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Ing. Ivana Rokosová, DiS.

Olomouc 2025

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci dne 20. 4. 2025

Bára Polišenská

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování mé vedoucí práce Ing. Ivaně Rokosové, DiS. za odborné vedení a cenné rady při tvorbě bakalářské práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Bakalářská práce

Téma práce: Zdravotnická záchranná služba a péče v závěru života

Název práce: Zdravotnická záchranná služba a poskytování péče v závěru života

Název práce v AJ: Emergency medical services and end-of-life care

Datum zadání: 2024-11-19

Datum odevzdání: 2025-04-20

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav zdravotnického záchranářství a intenzivní péče

Autor práce: Polišenská Bára

Vedoucí práce: Ing. Ivana Rokosová, Dis.

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce zpracovává aktuální dohledané publikované poznatky o tématu poskytování péče v závěru života v rámci přednemocniční neodkladné péče. Jedná se o aktuální téma, se kterým se zdravotničtí záchranáři setkávají během své každodenní praxe. Téma je zpracováno ve dvou dílčích cílech, které obsahují poznatky z České republiky a ze zahraničí. Zdroje pro získání poznatků byly dohledány v databázích EBSCO a Medvik.

Abstrakt v AJ: The overview bachelor thesis reviews the current published knowledge on the topic of end-of-life care in pre-hospital emergency care. It is a topical issue that paramedics encounter during their daily practice. The topic is treated in two sub-objectives, which include findings from the Czech Republic and abroad. The sources for the knowledge were searched in EBSCO and Medvik databases.

Klíčová slova v ČJ: záchranář, záchranná služba, paliativní péče, péče v závěru života, terminální péče, dospělí

Klíčová slova v AJ: paramedic, emergency service, palliative care, end-of-life care, terminal care, adults

Rozsah: 34 stran / 0 příloh

Obsah

Úvod.....	6
1 Popis řešeršní činnosti.....	8
2 Poskytování péče v závěru života zdravotnickou záchrannou službou	10
2.1 Situace v České republice.....	10
2.2 Situace v zahraničí.....	17
2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků	28
Závěr	29
Seznam referenčních zdrojů.....	30
Seznam zkratk	34

Úvod

V současné době je odhadováno, že většina lidí si přeje zemřít v domácím prostředí. Potvrdil to i výzkum provedený domácím hospicem Cesta domů v roce 2013, kdy 80 % respondentů uvedlo, že si přejí umírat doma. Toto přání je ale splněno pouze asi 4 % pacientů. Paliativní péče je pak zaměřená na zachování nebo zlepšení kvality života nevyléčitelně nemocných pacientů, ale také jejich rodin a blízkých. Cílem paliativní péče je tišení obtěžujících příznaků nemoci, nejčastěji se jedná o mírnění a léčbu bolesti. V rámci kvality života je pečováno i o psychickou, duševní a sociální pohodu pacienta a jeho blízkých. (Centrum paliativní péče, n.d. a) Legislativně je paliativní péče definována v zákoně č. 372/2011 Sb., který uvádí, že paliativní péče má vést ke zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který je nevyléčitelně nemocný (Zákon 372/2011 Sb.). Zároveň by paliativní péče měla vycházet z přání a hodnot pacienta, a umožňovat pacientům v závěru života prožít poslední chvíle života se svými blízkými, v důstojném a vlídném prostředí (Sláma & Kabelka, 2022).

V České republice je téma paliativní péče stále poměrně nové. První lůžkový hospic byl založen v roce 1995, jeho zakladatelkou se stala Marie Svatošová. Mobilní hospic Cesta domů vznikl v roce 2001 a stal se tak v Česku prvním svého druhu. V roce 2004 následoval nový atestační obor pro lékaře, který se zabýval paliativní medicínou a léčbou bolesti (Umírání.cz, 2016).

Spojení zdravotnické záchranné služby s péčí v závěru života je v České republice aktuální a dosud ne moc obvyklé. Jsou ale známy údaje, které potvrzují, že záchranná služba k pacientům v závěru života vyjíždí, a není to ojedinělá situace. U 53 % pacientů, u kterých bylo úmrtí očekávané, zasahovala zdravotnická záchranná služba v posledních 30 dnech života. Celkem za rok se tak jedná o 36 tisíc výjezdů. Toto číslo nabývá reálných rozměrů při porovnání, například k pacientům s cévní mozkovou příhodou, kdy zdravotnická záchranná služba vyjíždí zhruba 24 tisíckrát za rok. Výjezdy záchranné služby k paliativně relevantním pacientům často končí tzv. terminální hospitalizací, tedy hospitalizací, při které dochází k úmrtí pacienta. Za terminální hospitalizace umírá v České republice 9 % všech zemřelých (Centrum paliativní péče, n.d. b).

V souvislosti s uvedenými skutečnostmi bylo cílem práce sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o péči v závěru života pacienta ve vztahu ke zdravotnické záchranné službě. Cíl práce byl dále specifikován ve dvou dílčích cílech:

Cíl 1: Předložit aktuální dohledané publikované poznatky na téma péče v závěru života ve vztahu ke zdravotnické záchranné službě v České republice.

Cíl 2: Předložit aktuální dohledané publikované poznatky na téma péče v závěru života ve vztahu ke zdravotnické záchranné službě v zahraničí.

Jako vstupní literatura byly před tvorbou bakalářské práce prostudovány tyto publikace:

Steinlauf, B. (2022). *Právo a péče v závěru života: rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Wolters Kluwer.

Šeblová, J., & Matějek, J. (2023). *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe*. Grada Publishing.

Sláma, O., & Kabelka, L. (2022). *Paliativní medicína pro praxi* (Třetí, přepracované a rozšířené vydání). Galén.

Desatero paliativní péče pro praktické lékaře. (2018). Centrum paliativní péče.

Šeblová, J., & Knor, J. (2018). *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře* (2., doplněné a aktualizované vydání). Grada Publishing. <https://www.bookport.cz/kniha/urgentni-medicina-v-klinicke-praxi-lekare-4974/>

1 Popis rešeršní činnosti

K rešeršní činnosti byl zvolen standardní postup vyhledávání. Byla použita vhodná klíčová slova a booleovské operátory. Pro rešeršní činnost bylo zvoleno období let 2019-2024.

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

- klíčová slova v ČJ: záchranář, záchranná služba, paliativní péče, péče v závěru života, terminální péče, dospělí
- klíčová slova v AJ: paramedic, emergency service, palliative care, end-of-life care, terminal care, adults
- jazyk: Český jazyk, Anglický jazyk
- období: 2019-2024
- další kritéria: recenzovaná periodika, plné texty



DATABÁZE:
EBSCO, Medvik



Nalezeno 59 v českém jazyce, 182 v anglickém jazyce



Vyřazující kritéria:

Články neodpovídající cílům práce,
duplicitní články, kvalifikační
práce



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ:

Nalezeno 25 článků
EBSCO: 18, Medvik: 7



Sumarizace dohledaných periodik a dokumentů

Urgentní medicína – 3 články
Časopis lékařů českých – 2 články

Paliativní medicína – 1 článek
Medical tribune – 1 článek
BMC Emergency Medicine – 2 články
BMC Palliative Care – 2 články
British Paramedic Journal – 1 článek
Journal of Pain and Symptom Management – 3 články
Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien – 1 článek
Advances in Medical Education and Practice – 1 článek
Canadian Journal of Emergency Medicine – 1 článek
BMJ Supportive and Palliative Care – 1 článek
Palliative Medicine – 3 články
BMC Health Services Research – 1 článek
Journal of Palliative Care – 1 článek
Sociology of Health & Illness – 1 článek

Pro tvorbu bakalářské práce byly dále použity 1 doporučený postup, 1 situační zpráva, 1 standard kvality a 2 zákony.

2 Poskytování péče v závěru života zdravotnickou záchrannou službou

2.1 Situace v České republice

V tématu urgentní medicíny, do které patří i zdravotnická záchranná služba a paliativní péče nebo péče v závěru života, dosud nebylo v Česku publikováno mnoho odborných textů ani studií. V roce 2022 bylo vytvořeno Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny, které je prvním metodickým pokynem v této oblasti a je společným dokumentem České společnosti paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) a Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP.

V roce 2019 byl v Praze započat projekt s názvem Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby, který je realizován ve spolupráci Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy a Centra paliativní péče, a je ve chvíli zpracovávání této práce stále aktivní. Pilotní fáze probíhala v letech 2019–2023, ale jeho pokračování je plánováno i v letech 2023–2026. Projekt obsahuje výzkumnou část, která se týká ověření screeningového nástroje Rapid-PCST. Bylo uspořádáno mezinárodní online sympozium a vydán konsensuální metodický pokyn s názvem Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny. Jeho významnou částí je analýza publikované vědecké literatury na téma paliativní péče a zdravotnické záchranné služby „Approaching the End of Their Lives Under Blue Lights and Sirens – Scoping Review“ (Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby, 2018). V této analýze publikované vědecké literatury jsou analyzovány vědecké články, které se týkají tématu paliativní péče v prostředí záchranné služby. Výsledkem studie je, že dosud nebyl publikován výzkum zaměřený na dispečinky záchranné služby, a výzkumy zaměřené na záchrannou službu jsou omezené. Obecným zjištěním analýzy dohledaných studií je, že záchranáři a lékaři záchranné služby si uvědomují svou roli v péči o pacienty v závěru života, ale mají nedostatečné nebo žádné vzdělání v této oblasti. Ke zlepšení péče o paliativně relevantní pacienty by podle analýzy mohlo výrazně přispět zlepšení spolupráce záchranné služby s poskytovateli paliativní péče. V závěru studie je uvedeno, že nebylo dosud publikováno dostatečné množství kvantitativních výzkumů na dané téma, a množství kvalitativních studií je omezené (Peran et al., 2021). V rámci projektu byl v délce jednoho roku testován provoz výjezdové skupiny paliatra v rámci zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy, který se ale ukázal jako nedostatečně efektivní z pohledu financí a erudice lékaře. Také byl vytvořen specializovaný kurz Paliativní péče v prostředí urgentní medicíny. V rámci zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy byla vytvořena možnost předání pacientů ambulanci paliativní medicíny Cesta domů přímo z terénu, avizování paliativně relevantních pacientů paliativním týmům cílových

nemocnic a možnost předání pacientů do lůžkových hospiců (Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby, 2018).

Legislativa

Podle konsensuálního doporučení je cíl péče o paliativního pacienta formulován již zákonem o zdravotních službách č.372/2011 Sb., § 5, odst. 2 h) „účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“. Prvním krokem, jak tento cíl péče naplnit, by mělo být rozpoznání pacienta s paliativními potřebami. Tento krok se v rámci zdravotnické záchranné služby může odehrávat již na úrovni zdravotnického operačního střediska v průběhu tísňového volání. Dispečer tísňové linky může pomocí vhodně kladených otázek rozpoznat, že se pravděpodobně jedná o pacienta s paliativními potřebami. Konsensuální stanovisko k tomuto doporučuje nástroj Rapid-PCST, který vychází z nástroje Palliative Care Screening Tool. Kritéria tohoto nástroje jsou diagnózy pacienta, se kterými se již léčí, opakované neplánované hospitalizace za poslední měsíce se stejnými potížemi jako nyní a zároveň zhoršování funkčního stavu pacienta. Pokud jsou tato tři kritéria pozitivní, jedná se o paliativně relevantního pacienta. V případě náhle vzniklého úrazu nebo akutního onemocnění není vhodné označení pacienta jako paliativního (Uhlíř & Šeblová, 2022).

Označení pacienta jako paliativního může znamenat, že bude jako výjezdová skupina vysláno vozidlo rendez-vous, kde přítomný lékař může na vzniklé zdravotní potíže reagovat na místě, a nemusí být indikován převoz pacienta do nemocnice. Pro výjezdovou skupinu výjezd k pacientovi, který byl označen jako paliativní, znamená stále postup standartním způsobem, výjezdová skupina by však měla zohlednit, že cílem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, ne nutně prodloužení života. To může znamenat, že výjezdová skupina bude více komunikovat s pacientem a jeho blízkými s ohledem na jejich přání, bude se snažit pacientovi pomoci ulevit od vzniklých potíží na místě, bez nutného převozu do nemocnice, pokud si to pacient a rodina přeje a situace to umožňuje. Zároveň některé postupy, které by život pacienta prodlužovaly na úkor komfortu pacienta a jeho kvality života, mohou být kontraindikovány. Při převozu do zařízení akutní lůžkové péče by měl být pacient předem avizován, zvláště pokud dané zařízení má možnost konzultace s paliativním týmem nebo přímo disponuje oddělením lůžkové paliativní péče (Uhlíř & Šeblová, 2022).

Pokyn do not resuscitate (DNR) není v České republice právně ukotven (Bláha & Böhm, 2024). Naopak neposkytnutí pomoci je uzákoněno jako trestné. Podle §150 zákona č. 40/2009 Sb. neposkytnutí potřebné pomoci osobě, „která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta“. To se týká všech

občanů České republiky. Pro osoby, které jsou podle povahy svého zaměstnání povinni poskytnout pomoc, je trest vyšší – odnětí svobody až na tři roky nebo zákaz činnosti (§150 zákona 40/2009 Sb.). Navíc zdravotničtí pracovníci nemají možnost nekonat v případě, že tím neohrožují sebe nebo jiné. Zdravotník má ale poskytovat pouze péči, která je *lege artis*, tedy v souladu s nejnovějšími medicínskými poznatky a s ohledem na konkrétního pacienta a okolnosti. Takovou péčí není marná léčba. Jako marná léčba se označuje léčba ve chvíli, kdy nelze zastavit postup nemoci a není možné odvrátit smrt pacienta. Konkrétně může marná léčba znamenat opakované transporty pro zhoršení stavu, či příliš invazivní úkony, jako například umělá plicní ventilace, farmakologická podpora oběhu nebo hemodialýza. Naopak postupem *non lege artis* se stává nechtěné nedůstojné prodlužování umírání (Bláha & Böhm, 2024).

Dříve vyslovené přání je dokument uznávaný v České republice, který dokumentuje přání pacienta. Je uzákoněn v § 36 zákona č.372/2011 Sb. O zdravotních službách. Je tím zajištěna pacientova autonomie i ve chvíli, kdy není v takovém stavu, aby mohl svá přání ohledně péče sdělit. Dříve vyslovené přání musí být sepsáno a doloženo písemným poučením pacienta o následcích jeho rozhodnutí. Poučení pacienta musí provést lékař v oboru všeobecné praktické lékařství, nebo lékař v oboru, kterého se dříve vyslovené přání týká. Ve chvíli sepisování pacient musí být způsobilý k právním úkonům, zletilý a podpis pacienta musí být úředně ověřen. Výjimkou je dříve vyslovené přání vyhotovené a podepsané v konkrétním zdravotnickém zařízení, kde může úřední ověření podpisu nahradit podpis zdravotníka a svědka. Takový dokument ale pak platí jen v tomto zdravotnickém zařízení (Bláha & Böhm, 2024). Uzákoněno je, že poskytovatel zdravotní péče bude brát na dříve vyslovené přání zřetel v případě, že má tento dokument k dispozici a došlo k předvídatelné situaci, na kterou se dříve vyslovené přání vztahuje. Dříve vyslovené přání se ale nemusí respektovat v některých případech, které také stanovuje zákon. Jsou to situace, kdy od doby vyhotovení dokumentu došlo k takovému rozvoji v medicíně, že je možné předpokládat, že za těchto okolností by pacient s léčbou souhlasil. Dříve vyslovené přání není možné respektovat v případě, že toto nabádá k postupům, které by aktivně působily smrt pacienta nebo by plnění přání ohrozilo jiné osoby. Přání také nebude respektováno v případě, že předtím, než bylo dříve vyslovené přání známo, byly již započaty zdravotnické úkony pro záchranu života pacienta a přerušení těchto výkonů by vedlo k aktivnímu způsobení smrti (§ 36 zákona 372/2011 Sb.). Mezi pokyny dříve vysloveného přání můžeme zařadit i pokyn DNR, který pak je považován za kontraindikaci zahájení neodkladné resuscitace. I zde ale platí, že takový pokyn musí být písemný, včetně poučení pacienta lékařem, musí obsahovat úředně ověřený podpis a musí být dostupný ve chvíli krizové situace na místě k nahlédnutí (Bláha & Böhm, 2024).

Zahájení resuscitace

V případě selhání základních životních funkcí pacienta, který je označen jako paliativní, je nutné individuálně posoudit, jestli by pacient měl z provedených život zachraňujících výkonů prospěch (Uhlíř & Šeblová, 2022). Terminální stádium nevléčitelného chronického onemocnění je podle doporučeného postupu Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP přímo kontraindikací k zahájení neodkladné resuscitace. Zároveň je ale uvedeno, že v případě pochybností se musí neodkladná resuscitace zahájit (Franěk et al., 2017). O zahájení nebo nezahájení neodkladné resuscitace by se mělo rozhodnout na základě kritérií, jako jsou marnost léčby nebo možné nežádoucí následky. Tyto ale mohou být ovlivněny aktuální situací, prostředím, socioekonomickými aspekty, a nejde je tedy zobecnit tak, aby platily vždy, pro všechny pacienty. Zároveň v rámci přednemocniční péče často není možné všechna kritéria řádně posoudit, protože nemusí být známy dostatečné informace o pacientovi, lékařské zprávy potvrzující závažné onemocnění, nejsou zjevné pacientovy hodnoty a přání, někdy ani není přítomna rodina pacienta, aby předpokládanou vůli blízkého nebo jeho zdravotní stav sdělila. Platí tedy již zmiňované, že v případě nejistoty je nutné neodkladnou resuscitaci zahájit. Zároveň zahájit resuscitaci může kdokoliv, ale ukončit ji může pouze lékař (Bláha & Böhm, 2024).

Spolupráce s poskytovateli paliativní péče

V konsensuálním doporučení se uvádí, že je žádoucí zmapovat poskytovatele lůžkové i domácí paliativní péče v oblasti a regionálně s nimi nastavit pravidla pro předávání pacientů do jejich péče. Cílem tohoto opatření je zamezit opakovaným transportům do nemocnice a porušováním pacientových přání a hodnot, když si přeje zůstat doma. Poskytovatelem specializované paliativní péče mohou být konziliární týmy paliativní péče v nemocnicích, poskytovatelé mobilní paliativní péče, domácí hospicové péče nebo poskytovatelé lůžkové paliativní péče v nemocnicích a lůžkové hospicové péče v kamenných hospicích. Poté může být výjezd k pacientovi s paliativními potřebami ukončen předáním pacienta do péče některého z uvedených zařízení nebo zajištěním návaznosti péče, předáním kontaktů a informací. I po předání do péče některému z poskytovatelů paliativní péče má ale pacient možnost využít v případě potřeby tísňovou linku (Uhlíř & Šeblová, 2022).

Většina respondentů ankety k projektu Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby uvedla, že by uvítali, kdyby zdravotnická záchranná služba (ZZS) hledala další způsoby, jak pracovat s paliativně relevantními pacienty jinak než do této doby (Uhlíř & Peřan, 2020).

Trajektorie pacienta

Jak již bylo zmíněno, výjezd ZZS k paliativně relevantnímu pacientovi může být ukončen i jeho předáním do péče poskytovatelům paliativní péče. V praxi to může znamenat, že již operátor na zdravotnickém operačním středisku může po domluvě s volajícím kontaktovat mobilní hospic nebo ambulanci paliativní péče s žádostí o převzetí pacienta do péče a následné propojení kontaktů s rodinou. V případě, že výjezdová skupina ZZS během výjezdu vyhodnotí pacienta jako paliativně relevantního, a rodina i pacient si přejí, aby nebyl výjezd ukončen hospitalizací pacienta, může se zdravotnický záchranář pokusit kontaktovat mobilní hospic přes zdravotnické operační středisko a domluvit předání pacienta do jejich péče, nebo si dovolat lékaře ZZS v systému rendez vous, který může pacientovi například podat medikaci pro upravení potíží a pacienta nechat doma v péči poučené rodiny. Pokud si rodina přeje hospitalizaci je možné pokusit se o umístění pacienta do kamenného hospice, což ale zpravidla nelze okamžitě. Při prevozu paliativně relevantního pacienta k hospitalizaci do nemocnice je proto vhodné avizovat tuto situaci paliativnímu týmu dané nemocnice, pokud taková možnost existuje. Jsou zdokumentovány konkrétní kazuistiky případů, kdy ZZS poskytla paliativnímu pacientovi péči v domácím prostředí a nebyl nutný prevoz do nemocnice. Jednou z kazuistik je situace, kdy již operátor při tísňovém volání rozpoznal paliativní pacientku v terminálním stádiu a s volající rodinou se domluvil na předání pacientky do péče mobilního hospice. Pacientce tak bylo umožněno zemřít doma, v kruhu pečující rodiny, s podporou mobilního hospice, který zajistil vhodnou medikaci pacientky a psychickou podporu pečujících. Zároveň je ale zmíněno, že takový scénář je sice ideální cesta jak pro pacienta, tak pro ZZS i pro mobilní hospic, ale není uskutečnitelný vždy, protože poptávka na péči mobilního hospice převažuje nad možnostmi poskytnutí péče. Tím pádem není vždy možné předat pacienta do jejich péče ještě v ten den. Podobná situace nastává ve chvíli, kdy jsou pečující již vyčerpaní a přejí si hospitalizaci pacienta, protože péči již nezvládají. Ideálním řešením v takové situaci může být hospitalizace v lůžkovém hospici. Je popsána kazuistika, kdy byl pacient přijat do hospice přímo od výjezdové skupiny ZZS. I takové případy jsou ale spíše výjimečné, protože i kamenné hospice mají omezenou kapacitu a kmenové lékaře jen v běžné pracovní době, čímž je přijetí neplánovaného pacienta velmi omezeno. Další z kazuistik popisuje případ, kdy byla pacientka v závěru života ošetřena výjezdovou skupinou RZP, záchranář si ale nebyl jistý postupem v tomto případě, a tak si přivolal druhou výjezdovou skupinu s lékařem v systému rendez-vous. Lékařka pak po vyhodnocení stavu pacientky a přání pacientky a její rodiny pristoupila k léčbě obtěžujících symptomů a pacientku ponechala v péči poučené rodiny. Poslední z kazuistik dokumentuje případ paliativního pacienta, u kterého si manželka přála hospitalizaci, a pacient tak byl převezen do nemocnice. Výjezdová skupina ještě před příjezdem do nemocnice avizovala pacienta paliativnímu týmu, který pak pomáhal při přijetí pacienta a nastavení

terapie. Po ukončení hospitalizace byl pacient předán do péče mobilního hospice a mohl tak strávit své poslední chvíle v kruhu rodiny v domácím prostředí. Všechny tyto kazuistiky popisují alternativní cesty směřování paliativního pacienta, ale ne vždy a ve všech oblastech jsou podobné možnosti ukončení výjezdu ZZS možné (Uhlíř et al., 2021).

Změna trajektorie pacienta k paliativní péči stále není zakotvena ani v zákoně, ani v provozních předpisech jednotlivých ZZS, a proto může být obtížné takto postupovat, zvláště s ohledem na časovou náročnost a obsazenost paliativních služeb. Jako jednu z překážek ke změně trajektorie pacienta uvádí Uhlíř, Peřan et al. také neexistenci identifikačních kritérií pro určení, zda může pacient profitovat ze změny jeho směřování bez toho, aby byl vyšetřen lékařem. Takovým nástrojem by mohl být screeningový nástroj Rapid-PCST, který ale zatím nebyl ověřen a doporučen k používání jako dostatečně kvalitní. Další z překážek může být i neinformovanost pacienta a rodiny o závažnosti stavu pacienta, která se při výjezdu ZZS obtížně komunikuje, zvláště proto, že v takové chvíli informace podává zdravotnický záchranář, ne lékař, a má velmi omezený čas na jednotlivý výjezd, aby nebyl omezen chod ZZS (Uhlíř et al., 2021).

V situační zprávě autorů Uhlíř a dalších se uvádí, že za sledované období 26 měsíců v průběhu let 2017–2019 byl uskutečněn výjezd ZZS v celé republice k paliativním pacientům s onkologickým onemocněním v pětině případů zemřelých na onkologickou diagnózu, to je 20,2 %. V Praze bylo uskutečněno méně výjezdů k onkologicky nemocným pacientům, kteří zemřeli do 30 dní od výjezdu, a to 11,1 % z celkového počtu zemřelých na onkologická onemocnění na území hl. m. Prahy. V Praze to znamená, že výjezdy k onkologicky nemocným pacientům tvoří 0,3 % všech výjezdů ZZS za sledované období (Uhlíř & Peřan, 2020).

Plán péče

Plán péče je dokument, který mapuje zdravotní stav pacienta, prognózu zdravotního stavu, a terapii, kterou doporučuje lékař a zároveň pacient s takovou terapií souhlasí. Tento dokument by měl být vytvořen ošetřujícím lékařem, který na jeho vypracování spolupracuje s pacientem a jeho rodinou či blízkými. Plán péče by usnadnil rozhodování o zdravotnické péči výjezdové skupině ZZS u pacientů, kteří trpí nevyléčitelnými chorobami, ať už onkologickým onemocněním nebo závažnými chronickými chorobami jako například chronická obstrukční plicní nemoc, Alzheimerova nemoc nebo chronické srdeční selhávání v pokročilém stádiu. V České republice ale plán péče často není vypracován a záchranáři se ojediněle setkávají s tím, že by na výjezdu měli takový dokument k dispozici k nahlédnutí (Knor et al., 2024).

Hodnoticí nástroje/ Identifikace pacienta s paliativními potřebami

V České republice zatím nebyl vytvořen screeningový nástroj, který by pomohl s vyhodnocením pacienta jako paliativního. Pacienti a jejich rodiny navíc často nemají dostatek informací ohledně nemoci, nebo podaným informacím nerozumí, a tak nejsou schopni upozornit výjezdovou skupinu ZZS, že je pacient již v paliativní péči nebo má ukončenou léčbu.

Na zdravotnickém operačním středisku může být použit hodnoticí nástroj Rapid-PCST, který operátorům tísňové linky může pomoci vyhodnotit výzvu jako výjezd k paliativně relevantnímu pacientovi. Kritéria tohoto nástroje jsou: „*Onkologická diagnóza s metastázami, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), srdeční selhání, amyotrofická laterální skleróza nebo roztroušená skleróza (ALS/RS), chronická dialýza nebo domácí oxygenoterapie. (S čím se pacient dlouhodobě léčí?) A zároveň opakovaná neplánovaná hospitalizace za poslední měsíce se stejnou potíží (Byl už s tím stejným problémem vícekrát neplánovaně v nemocnici?) A zároveň zhoršování funkčního stavu (ztráta sebeobsluhy nebo pohyblivosti, slabost, nechutenství, hubnutí) nebo symptomů (bolesti, dušnosti, zvracení, poruchy vědomí).*“ (Uhlíř & Šeblová, 2022, část A).

V situační zprávě projektu Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby z roku 2020 se uvádí, že za rok 2018 bylo 1,9 % pacientů ZZS hl. m. Prahy (ZZS HMP) zařazeno do kategorie „očekávatelná úmrtí“ a tito pacienti byli převáženi k poslední hospitalizaci. Podle statistik ZZS HMP to je asi 6 pacientů denně. Zároveň ale pouze jeden ze šesti pacientů, tedy 0,3 % pacientů ZZS HMP, je onkologických. V anketě prováděné v rámci projektu na ZZS HMP uvedli dotazovaní záchranáři a lékaři ZZS, že s pacientem v terminálním stavu, u kterého by nebylo překvapivé úmrtí do 6 měsíců, se setkávají téměř každou službu. S touto odpovědí souhlasilo 66 % záchranářů a 50 % lékařů. Zároveň 50 % záchranářů odpovědělo, že téměř každou službu odváží do nemocnice pacienta, u kterého mají pocit, že by se jeho situace dala řešit jinak než hospitalizací, např. ošetřením výjezdové skupiny RV nebo návštěvou praktického lékaře. Na stejnou otázku ale 56 % lékařů odpovědělo, že s takovou situací se setkávají spíše ojediněle. To koreluje se skutečností, že většina výjezdů k paliativně relevantním pacientům je prováděna výjezdovou skupinou bez lékaře a tudíž je i limitována v možnostech, jak výjezd ukončit. Často se tedy uchýlí k převezení pacienta k hospitalizaci (Uhlíř & Peřan, 2020).

Profesní identita

Pacienti v terminální fázi nevléčitelného onemocnění tvoří v České republice poměrně malou část pacientů ZZS. V Praze za sledovaný rok 2018 to bylo 1,9 % pacientů ZZS HMP. I tak to znamená asi 2 tisíce pacientů za rok, což není zanedbatelné číslo s přihlédnutím na kvalitu života jedince a na finanční náklady vznikající těmito výjezdy. Z ankety prováděné na ZZS HMP bylo

zjištěno, že téma paliativních pacientů považuje za důležité 73 % dotazovaných záchranářů a 62 % lékařů, naopak za okrajové je toto téma považováno u 13 % lékařů a 9 % záchranářů (Uhlíř & Peřan, 2020).

V rámci projektu Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby byl připraven kurz PEACE – Palliative and Emergency Care Essentials. Hned po prvních dvou realizacích kurzu byly zaznamenány pozitivní ohlasy od účastníků kurzu. Záchranáři, kteří se kurzu účastnili, byli spokojeni s reálným využitím nabytých zkušeností, s naučením se komunikace s paliativními pacienty a jejich rodinami a také s dobrým pocitem po zvládnutí výjezdů k paliativním pacientům (Uhlíř, 2022).

2.2 Situace v zahraničí

Legislativa

V Brazílii není právně ukotven příkaz DNR, naopak tamní legislativa požaduje, aby byla resuscitace prováděna u všech osob v kardiopulmonální zástavě s výjimkou případů, kdy je smrt nepochybná. Tím dochází k navýšení počtu hospitalizací, prodlužuje se utrpení pacientů i jejich rodin. Také zde nejsou legislativně uchopeny předpokládané pokyny vůle (Anticipated Directives of Will, ADW), a to přináší zdravotníkům nejistotu ve chvíli poskytování neodkladné péče. Záchranáři pak přistupují spíše k invazivní léčbě, aby vyhověli rodině, která není smířená se smrtí blízkého a dochází k prodlužování života na úkor jeho kvality (Boaventura et al., 2022).

Thajský Národní institut urgentní medicíny právně předepisuje, že na složitá medicínská rozhodnutí, včetně zadržení nebo ukončení život udržující léčby, musí dohlížet lékařský ředitel. Do těchto kompetencí spadá i rozhodnutí o nepřevážení pacienta do nemocnice nebo oznámení o úmrtí pacienta rodině. Tím jsou velmi omezeny kompetence zdravotníků přednemocniční neodkladné péče, a ti pak nemohou o paliativní péči rozhodovat sami. Ve studii je uveden příklad, kdy jeden z účastníků výzkumu zažil situaci prodlužování resuscitace u pacienta v konečné fázi onkologického onemocnění do doby dojetí do nemocnice, protože záchranáři nemohli resuscitaci sami ukončit a rodina trvala na zahájení resuscitace. Tento záchranář situaci vnímal jako prodlužování smrti pacienta a plýtvání zdroji poskytovatelů přednemocniční neodkladné péče. Studie tak uvádí, že tento právní předpis by měl být změněn (Prachanukool et al., 2021).

Zahájení resuscitace

Účastníci výzkumu prováděného v Brazílii uvedli, že je někdy problém nezahájit intenzivní léčbu včetně resuscitace, protože rodina pacienta není s jeho zdravotním stavem dostatečně seznámena a vyžaduje pak provedení veškeré péče, která by mohla pacienta udržet při životě. Dochází

také k situacím, kdy si rodina v kritické chvíli přeje resuscitaci a intenzivní léčbu, i když byla předem obeznámena s nepříznivým zdravotním stavem pacienta. Záchranáři si byli vědomi toho, že v takovém případě dochází k marné léčbě, často proti vůli pacienta, zvláště ve chvíli, kdy nemají dostupné záznamy o přáních pacienta a jeho zdravotnickou dokumentaci (Boaventura et al., 2022). Naopak ve studii z Nového Skotska, které je jednou z provincií Kanady je uvedena myšlenka, že záchranáři tradičně plní roli zachránců života a zdraví a za jejich cíl je považováno obnovení zdraví a života pacientů, ale v případě paliativní medicíny je zachraňována kvalita života pacientů a tím pádem dochází k objevování nových rolí zdravotnických záchranářů (Carter et al., 2022).

Ve studii prováděné ve Spojených státech amerických uvedla větší část respondentů (60,8 %), že se setkali se situací, kdy cítili nátlak rodiny, aby byla pacientovi poskytnuta agresivnější péče, než bylo jeho přání (Wenger et al., 2022).

Studie zaměřená na rozhodování zdravotníků přednemocniční neodkladné péče v Thajsku o péči u paliativních pacientů uvádí, že na rozhodování zdravotníků má vliv i povědomí pacienta o jeho nemoci. Když pacient a jeho rodina vědí o možném průběhu nemoci a prognóze onemocnění, mohou lépe definovat očekávání a cíle léčby. Bez informovanosti rodiny pacienta může docházet k situacím, kdy si rodina přeje plnou péči včetně resuscitace, protože nezná prognózu onemocnění. K resuscitaci také dochází v domovech pro seniory, kde senioři často nemají podporu a blízkost rodiny, která by v krizových situacích sdělila pacientova přání. V takové chvíli by o zahájení resuscitace mohl rozhodovat personál zařízení pro seniory, ale to není zákonně možné. Resuscitace je tedy záchranáři zahajována z důvodu nedostatku anamnestických informací (Prachanukool et al., 2021).

Plán péče

Ve Spojených státech amerických je ve všech 50 zemích zaveden formulář Lékařského příkazu k život udržující léčbě (POLST), který se v jednotlivých zemích odlišuje různými podobami. V Kalifornii je zaveden formulář POLST, který pomáhá zdravotníkům při rozhodování o léčbě a případném transportu do zdravotnického zařízení. POLST, v originále Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, je formulář, který vyplňují pacienti s vážným onemocněním. Do formuláře POLST zaznamenají ve spolupráci s lékařem svá přání týkající se zdravotní péče. Tento formulář poté slouží jako lékařský příkaz a je respektován ZZS. Obsahuje dvě části, kde první část popisuje pokyny v případě, že pacient nemá pulz a nedýchá. V takovém případě zvolí buď možnost pokusit se o resuscitaci, nebo nepokoušet se o resuscitaci, tedy příkaz DNR. Ve druhé části je možnost definovat medicínské intervence, které mají být poskytnuty. Zde je možnost zvolit kompletní léčbu, s cílem prodloužit život všemi dostupnými prostředky, to znamená včetně KPR, intubace a plicní ventilace.

Další možností je vybraná léčba, kdy je cílem léčení zdravotních potíží, ale vyhnutí se zatěžujícím opatřením. To znamená zaměření se na komfort pacienta za použití medicínských prostředků včetně podávání infuzí a antibiotik, neinvazivní plicní ventilaci, ale vyhnutí se intenzivní péči, bez intubace. U této možnosti je zároveň možné zvolit variantu transportu do nemocnice jen v případě, že na místě nelze uspokojit potřeby pro pohodlí pacienta. Poslední možností je léčba zaměřená na komfort pacienta, tedy léčba obtěžujících příznaků jako je bolest nebo dušnost, je možné použít medikaci k omezení bolesti, aplikovat oxygenoterapii, odsávání z dýchacích cest, ale nemá být použita léčba povolená v předchozích dvou bodech. Zároveň v této volbě je transport do zdravotnického zařízení indikován pouze v případě, že není možné komfortu pacienta dosáhnout na místě (Breyre et al., 2022).

Ve studii prováděné v Kalifornii autoři zjišťovali, jak jsou záchranáři schopní pracovat s lékařským příkazem o život udržující léčbě POLST. V rámci studie rozeslali dotazníky, které obsahovaly kazuistické případy a k nim připojené vyplněné formuláře POLST. Úkolem záchranářů pak bylo zvolit vhodnou léčbu a možnost transportu do nemocnice nebo ponechání pacienta na místě. Dotazník obsahoval i otázky ohledně školení o POLST, kde většina záchranářů uvedla, že oficiální školení na toto téma neabsolvovali. Autoři také zjišťovali, jak se záchranářům zdá formulář POLST přehledný, jestli jsou schopní se v něm orientovat a jestli je pro ně matoucí. Zde většina (90 %) zdravotníků uvedla, že vědí, jak používat POLST k rozhodnutí, jaké medicínské úkony provést a menší část (67 %) zdravotníků odpověděla, že podle POLST vědí, jestli zvolit transport do nemocnice (Breyre et al., 2022).

Ve Velké Británii je možné vyplnit formulář ACP (Advance Care Planing, předběžné plánování péče), který dokumentuje přání pacienta, jeho hodnoty a cíle péče, včetně příkazu neresuscitovat. Tento formulář pacient vyplňuje s lékařem a v papírové podobě má formulář u sebe. Skládá se z listu pro vyjádření přání neresuscitovat a z listu plánu neodkladné péče. Příkaz neresuscitovat je podepsán lékařem a je vydáván u pacientů, kteří trpí nevyléčitelnou nemocí nebo jiným nezvratným stavem a předpokládá se, že by jim postup resuscitace nepřinesl benefity. Plán neodkladné péče obsahuje informace o pacientových diagnózách, medikaci a péči, kterou si pacient přeje. Vyplnění tohoto formuláře je ale dobrovolné a není tak vyplněn u všech paliativně relevantních pacientů, nebo nemusí být dostupný právě ve chvíli, kdy dojde ke zhoršení stavu pacienta a je zavolána ZZS. Ve výzkumu provedeném v Severní Anglii záchranáři uvedli, že i když je na místě zásahu formulář ACP dostupný, nejsou si vždy jistí jeho použitím nebo nemají důvěru v uvedené informace, a proto postupují standartní cestou převozu pacienta do zdravotnického zařízení (Patterson et al., 2019). Také ve studii prováděné v USA odpovědělo 28,3 % dotazovaných záchranářů, že na místě zásahu byla včas k dispozici dokumentace o předběžném plánování péče, a 63,4 % dotazovaných zdravotníků se cítilo jistých v její interpretaci (Wenger et al., 2022).

V Británii byla v době provádění průzkumu snaha o vytvoření elektronického systému se zdravotními údaji, který by byl dostupný pro všechny zdravotníky. Tento systém byl v začátcích, ale byla snaha o jeho vytvoření a zpřístupnění všem zdravotnickým zařízením, včetně zdravotnických záchranných služeb. Zaveden byl Elektronický systém koordinace paliativní péče EPaCCS, který byl zpřístupněn všem zdravotnickým profesím včetně záchranářů, a obsahuje informace o diagnózách, prognóze pacienta, jeho přáních a plánu předběžné péče. Ve studii je uvedeno, že první data o tomto elektronickém nástroji naznačují snížení počtu hospitalizací a intervencí u paliativních pacientů (Patterson et al., 2019). Ve Velké Británii by měl být všem pacientům v paliativní péči dostupný elektronický systém Coordinate My care (CMC). Tento systém funguje jako registr dříve vyslovených přání a přání péče v závěru života. Do tohoto registru by měli mít přístup všichni poskytovatelé zdravotní péče, včetně ZZS. Bylo zjištěno, že z pacientů, kteří jsou registrováni v tomto systému, podstupuje 20 % terminální hospitalizaci s následným úmrtím v nemocnici. To je výrazně menší část úmrtí v nemocnici ve srovnání s celonárodním průměrem, který udává 48 % úmrtí v nemocnicích (Kolářová, 2022). V Austrálii nemají záchranáři přístup k elektronickým zdravotním záznamům a ke standardizované dokumentaci o plánované péči. Účastníci studie Juhmann et al. považovali za důležité, aby záchranáři měli včas přístup k informacím o pacientovi. Získat tyto informace od rodiny pacienta je pro ně často složité, protože v krizové situaci nejsou blízcí pacienta schopni rychle najít informace a dokumentaci. Byly ale uvedeny i případy, kdy záchranáři chtěli poskytnout péči včetně intubace a rodinní příslušníci pacienta věděli, že takový postup není v plánu péče pacienta. Byli schopni dokument o plánované péči záchranářům bezprostředně poskytnout (Juhmann et al., 2023).

Z případové studie z Kanady vyplývá, že ve státě Kanada je zaveden příkaz DNR/DNI (do not resuscitate/do not intubate) a plán péče s jeho plánovanými cíli. Ve chvíli, kdy pacient již není schopen komunikovat a činit rozhodnutí je pověřena náhradní rozhodovací osoba, která činí rozhodnutí místo pacienta a měla by rozhodovat s ohledem na pacientova předem sdělená přání a cíle péče. V této konkrétní kazuistice ale došlo k nesouladu mezi pacientem a jeho náhradní rozhodovací osobou a tak pacient měl sice podepsaný plán péče, který vytvořil s lékařem paliativní péče, ale jeho náhradní rozhodovací osoba měla jiný názor. Ve chvíli, kdy pacient upadl do deliria, náhradní rozhodovací osoba žádala kompletní vyšetření a léčbu včetně resuscitace. Resuscitace ale nebyla úspěšná a přinesla morální utrpení všech zúčastněných, protože ji považovali za marnou léčbu. V tomto případě je diskutabilní, jestli resuscitace vůbec měla být náhradní rozhodovací osobě nabízena jako navrhovaný léčebný postup, protože náhradní rozhodovací osoba by měla postupovat v souladu s pravděpodobnými přáními pacienta. V případě pochyb zdravotníků o správnosti rozhodnutí může být o posouzení požádána komise pro souhlas a způsobilosti, která může napadnout konkrétní rozhodnutí. Autor kazuistiky uvádí, že i tento případ je možností zamyslet se nad marnou

léčbou a indikovanou léčbou, kdy resuscitace v některých případech nemusí být ani možností léčby, protože není indikovaná a poté by o ní nerozhodoval ani pacient, ani náhradní rozhodovací osoba (Siemens, 2022).

V Thajsku je uzákoněno Národním zákonem o zdravotnictví, že každý dospělý člověk nad 18 let věku může podepsat předběžnou směrnicí o zdravotní péči na konci života, ve studii od Prachanukool a kol. se ale účastníci studie vyjádřili, že předběžné směrnice jsou nedostatečné a zastaralé a v krizových situacích často nejsou použitelné. Proto účastníci studie zmiňují možnost, kterou doporučují pacientům, a to mít připravený právní dokument pro případ nouze podepsaný zdravotnickým pracovníkem. Takovýto dokument vyjadřující vůli pacienta může dát jasný rámec poskytované zdravotní péči, včetně pokynu neresuscitovat. Záchranáři pak mají relevantní a ověřené informace přímo od pacienta a nemusí spoléhat na pacientovy blízké, kteří mohou být v krizových situacích zmatení a je pro ně velmi obtížné rychle rozhodovat. Jako jeden z vhodných dokumentů autoři studie uvádí formulář POLST, který může sloužit jako lékařský příkaz, kterým se mohou řídit zdravotníci přednemocniční neodkladné péče (Prachanukool et al., 2021).

Identifikace pacienta s paliativními potřebami

Ve studii prováděné v Anglii odpovědělo 79,9 % záchranářů, kteří se studie zúčastnili, že se alespoň jedenkrát za měsíc setkají s pacientem, který by podle nich mohl být v posledním roce svého života ale není veden jako pacient s potřebou péče v závěru života. Podle standardu kvality Národního institutu pro zdraví a péči Velké Británie (National Institut for Health and Care Excellence) je péče v závěru života definována jako péče o dospělé osoby, které se blíží ke konci svého života, včetně osob, které pravděpodobně zemřou do 12 měsíců, o osoby s pokročilým, progresivním a nevyléčitelným onemocněním a osoby se život ohrožujícím akutním onemocněním (NICE, 2017 in Eaton-Williams et al., 2021). Zároveň 72 % účastníků výzkumu uvedlo, že již dříve odeslali pacienta k jeho praktickému lékaři za účelem posouzení potřeby péče v závěru života. Většina (62 %) záchranářů tak podle dat z dotazníků učinila na základě vlastního uvážení, aniž by využili znalosti konkrétních pokynů pro hodnocení péče v závěru života. V Anglii je zaveden návod, který podporuje identifikaci pacientů s potřebou péče v závěru života The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance (GSF PIG). Tento návod obsahuje ukazatele zhoršování zdravotního stavu pacientů v posledním roce života i specifické ukazatele pro konkrétní nemoci, které by měly být zohledněny. 25,9 % záchranářů v dotazníku uvedlo, že absolvovali školení o GSF PIG. V rámci dotazníkového šetření pak měli účastníci za úkol seznámit se s připojenou kopií GSF PIG. Po prostudování dokumentu uznalo 94,4 % účastníků průzkumu, že pracovníci ZZS by mohli účinně používat tento návod pro identifikaci pacientů v závěru života. Po posouzení pacienta podle kritérií

GSF PIG by měli záchranáři paliativně relevantní pacienty odesílat k jejich praktickým lékařům, aby posoudili jejich potřeby péče na konci života (Eaton-Williams et al., 2021).

Ve Velké Británii jako hlavní intervenci ke zlepšení paliativní péče poskytované záchranáři vybrali účastníci studie možnost mít při výjezdu okamžitý přístup k informačním zdrojům. Jednalo by se o online zdroj informací o závěru života, který by zdravotníkům záchranné služby pomohl v rozhodování. Pro případ výjezdu do míst, kde není dostupný mobilní a internetový signál navrhovali účastníci studie vytvoření karty pro záchranáře, která by obsahovala základní informace o rozhodování o pacientech v závěru života. Tyto nástroje by měly být zařazeny do běžně používaných systémů výjezdových skupin (Simpson et al., 2023). Také ve Finsku mají pacienti v paliativní péči plán paliativní péče, který by měl napomáhat k objasnění cílů péče v krizových situacích. Tento dokument by pacienti měli mít u sebe, a v případě přivolání ZZS ukázat záchranářům tento plán péče. Podle studie prováděné Pesonen et al. ale nemají záchranáři tuto dokumentaci vždy k dispozici, a proto dochází k případům, kdy je paliativní pacient převážen do nemocnice. V období zkoumaném Pesonen et al. byl plán péče uznán záchranáři ve 42 případech výjezdů z celkového počtu 97 výjezdů k paliativním pacientům (Pesonen et al., 2024).

Pacient s paliativními potřebami ale není jen pacient s onkologickým nebo jiným nevléčitelným onemocněním, může se jednat i o pacienty s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi v závěru života. Pro tyto pacienty je ve velké většině preferována komfortní léčba zaměřená na terapii obtěžujících příznaků. Také ve studii prováděné doktorkou Amy Sun většina dotazovaných lékařů a pečovateli považovala intenzivní péči pro pacienty s Alzheimerovou chorobou a dalšími demencemi jako nežádoucí (Sun et al., 2022).

V anglickém Walesu se uskutečnil výzkum založený na zvýšení vzdělání záchranářů o paliativní péči. Bylo provedeno prezenční školení záchranářů z praxe a studentů záchranářství v posledním ročníku studia. Tento projekt se nazývá Serious illness conversation (SIC), který byl započat v roce 2016 a cílem projektu je zlepšení komunikačních dovedností, kontrola symptomů a podpora klinického rozhodování záchranářů založené na sdíleném rozhodování u pacientů v paliativní péči a to včetně identifikace pacientů v závěru života. V rámci projektu byl vyplněn dotazník subjektivního hodnocení komunikačních dovedností účastníků, který účastníci vyplňovali před výukou a po ní. Z výsledků tohoto dotazníku pak bylo patrné, že účastníci po výuce hodnotí své komunikační dovednosti mnohem lépe než před výukou. Druhý dotazník obsahoval konkrétní příklady z praxe, úkolem účastníků pak bylo vyhodnotit, zda jsou pacienti v dotazníku paliativně relevantní, jaká léčba jim bude poskytnuta a zda budou převezeni do nemocnice. I tento dotazník byl vyplněn před začátkem výuky a po uplynutí 18 měsíců. Výsledky tohoto dotazníku při porovnání pak ukazují, že po absolvování výuky byl větší počet pacientů vyhodnocen jako paliativně relevantní,

a naopak se snížil počet pacientů teoreticky převezených do nemocnice. Významný rozdíl byl zaznamenán také u hodnocení sdíleného rozhodování, kdy v dotazníku vyplňovaném před výukou ke sdílenému rozhodování přistoupilo 42 % záchranářů, ale po absolvování výuky jejich počet vzrostl na 72 % (Pease et al., 2022).

Německá studie srovnávající znalosti paliativní péče u záchranářů z venkovských oblastí a městských oblastí ukázala, že záchranáři z venkovských výjezdových základů mají lepší povědomí o paliativní péči a ve větší míře odpovídali správně v dotazníku zaměřeném na léčbu symptomů provázejících terminální stádía nemocí jako jsou bolest nebo dušnost. Ve městech mají záchranáři větší možnost přivolat si posádku s lékařem, který může indikovat medikaci nebo ponechat pacienta na místě zásahu, zatímco ve venkovských oblastech může být dojezd lékařské posádky delší, a záchranáři tak častěji jednájí sami. Také je ve venkovských oblastech méně zařízení hospicové péče jako je hospic nebo pečovatelská služba. Zároveň studie ukázala, že záchranáři, kteří prošli 3letým studiem si byli v otázkách paliativní péče jistější než záchranáři, kteří absolvovali jen základní výcvik, který v Německu znamená 160 hodin výcviku. Velký rozdíl byl ale zvláště mezi záchranáři, kteří uvedli, že se s výjezdem k paliativně relevantnímu pacientovi setkávají častěji a záchranáři, kteří uvedli, že s paliativním pacientem se setkávají méně než pětkrát za rok. Záchranáři, kteří se s paliativními pacienty setkávají častěji dokázali odpovědět na více otázek správně. I tento údaj odpovídá zjištění, že výjezdové skupiny z venkova mají větší povědomí o paliativní péči, protože 26 % záchranářů z venkova uvedlo, že se s paliativním pacientem setkají méně než pětkrát za rok, zatímco ve městě tento údaj zadalo 44 % záchranářů (Chwallek et al., 2024).

Spolupráce s poskytovateli paliativní péče

Ve Velké Británii je možnost odeslat pacienta k jeho praktickému lékaři, nebo předání pacienta do péče týmu mobilní hospicové péče či převoz přímo do kamenného hospice. Tyto možnosti jsou ale náročné na realizaci zvláště v době mimo běžnou pracovní dobu (Patterson et al., 2019). Ve studii konané v Anglii bylo zjištěno, že by záchranáři uvítali jasně daný postup pro předání pacienta do péče praktického lékaře v případě, že v terénu vyhodnotí pacienta jako paliativně relevantního. Takový postup by měl být realizovatelný i mimo běžnou pracovní dobu, aby bylo možné reagovat i na potřebu péče v neplánovaných situacích (Eaton-Williams et al., 2021).

V Kanadském Novém Skotsku je od roku 2015 zaveden inovativní program „Paramedic providing palliative care at home“, který reaguje na potřeby pacientů v paliativní péči, kteří do té doby museli být převáženi na urgentní příjmy nemocnic. Tento program zahrnuje vzdělávání záchranářů v tématu paliativní péče, směrnice pro klinickou praxi s novou medikací a možností péče o pacienta v domácím prostředí bez převozu do zdravotnického zařízení a databázi cílů péče

o paliativní pacienty, která je přístupná záchranářům (Carter et al., 2022). V Kanadě existují týmy domácí paliativní péče, ty ale nejsou schopné reagovat tak rychle jako záchranná služba a nejsou dostupné 24 hodin denně. Největší problém s dostupností paliativní péče je v odlehlých venkovských oblastech. Paliativní péče se tak stává součástí záchranářské praxe. Program z roku 2015 má pozitivní výsledky, rodiny pacientů a pacienti samotní hodnotí spolupráci se záchranáři kladně, jsou spokojeni s dostupností služby a profesionalitou záchranářů. Po zavedení programu se také zvýšil počet pacientů, kteří závěr života prožili v domácím prostředí, konkrétně z 33,5 % pacientů bez hospitalizace na 40,6 % (Kolářová, 2022). Také v Austrálii mají záchranáři možnost nechat pacienta doma a poskytnou mu péči. Když si nejsou postupem na místě zásahu jistí, mají možnost zavolat do služby paliativní péče a poradit se o vhodném postupu. Zároveň je záchranná služba častěji volána k paliativním pacientům mimo pracovní dobu služeb paliativní péče, protože tyto často nejsou dostupné nepřetržitě, nebo jsou dostupné z větší vzdálenosti a pacient s rodinou potřebují pomoc okamžitě (Juhrmann et al., 2023).

Kalifornská komunitní paliativní péče je zajišťována multidisciplinární komunitní specializovanou paliativní péčí, která poskytuje konzultace pracovníkům primární péče, například praktickým lékařům nebo domovům pro seniory. Tato služba je součástí systému veřejného zdravotnictví Jižní Austrálie. Funguje pouze v pracovní dny v pracovní dobu, od 8 do 17 hodin. O víkendech je služba zajištěna jen zdravotní sestrou také v pracovní době, ale lékař je dostupný k telefonické konzultaci. V rámci komunitní paliativní péče funguje také ošetrovatelská služba. Celek komunitní paliativní péče je řízen z jedné centrály, která má pracovní dobu celý týden včetně víkendu od 8 do 20 hodin. Jsou ale jen omezené možnosti reakce komunitní paliativní péče v neočekávaných naléhavých situacích. Pro tyto případy je určena specializovaná sestra, která pomáhá ve chvílích, kdy pacienti potřebují pomoc, ale praktický lékař není k dispozici. I tato specializovaná sestra ale pracuje jen ve všední dny. V roce 2011 tak byli zdravotničtí záchranáři, kteří mají specializační vzdělání v intenzivní péči, zařazeni do paliativní péče. Záchranáři jsou k dispozici nepřetržitě a vyjíždí k indikovaným paliativně relevantním pacientům. Tito specializovaní záchranáři mají vybavení pro paliativní péči a spolupracují s komunitní paliativní péčí. Studie od autorů Collier et al. se zabývala zkušenostmi pacientů a jejich rodin se záchranáři specialisty, kteří poskytují paliativní péči. Studie zjistila, že pacienti a jejich pečující vnímají tyto záchranáře velmi pozitivně, mají dobré zkušenosti s přístupem a možnostmi těchto záchranářů a pečující se pak cítí bezpečněji a jistěji v péči o své příbuzné, protože mají povědomí, že i mimo pracovní dobu si mohou zavolat odbornou pomoc (Collier et al., 2023).

Profesní identita

Účastníci studie v Novém Skotsku se shodovali, že je pro ně při práci důležité zaměření na pacienta. Na rozdíl od předchozích let, kdy byli nuceni pacienty převážet do nemocnice i když věděli, že to pro paliativní pacienty není vhodné řešení, nyní oceňovali možnost péče o pacienta doma. Ve studii je také zmíněna nezastupitelná role ZZS, která je dostupná nepřetržitě, v krátkém čase a její zdravotníci ovládají postupy, jak pomoci pacientům od obtěžujících symptomů. Někteří záchranáři z této studie vyjádřili svůj názor, že jejich profesní identitou není jen zachraňovat, ale spíše pomáhat potřebným pacientům, a proto je pro ně možnost paliativní péče naplňující zkušeností. Někteří záchranáři se domnívali, že výjezdy k paliativním pacientům patří k nejvíce naplňujícím výjezdům, protože mají čas navázat s pacientem a jeho rodinou komunikaci a vytvořit si tak vztah. Zároveň ale takové výjezdy znamenají změnu myšlení záchranářů, kteří musí zpomalit své obvyklé tempo práce, a vystoupit z rutinního ošetřování (Carter et al., 2022). Závěr této studie, kterou prováděl Carter et al. (2022), zní: „*Paliativní péče je v souladu s profesní identitou zdravotnických záchranářů a pozitivně přispívá k rozvoji zdravotnické záchranné služby. Je v souladu se základní identitou záchranářů, kterou je pomáhání lidem, a představuje nové využití jejich dovedností, přičemž záchranáři překlenují propast mezi domácími a jinými službami*“¹ (Carter et al., 2022, s. 758). Naopak ve studii Juhrmanna et al. z Austrálie vyjádřili někteří záchranáři, že výjezdy k paliativním pacientům jsou pro ně emocionálně vyčerpávající, bojí se v takových chvílích citově angažovat. Jiní záchranáři ale shodně jako ve studii Carter et al. uvedli, že je pro ně čest pomoci rodině a pacientovi ve chvíli umírání, a je to pro ně naplňující práce. Důležité je také uvědomění, že v paliativní péči je pacientem nejen terminálně nemocný, ale i jeho rodina. To může být pro záchranáře také emocionálně složité, aby dokázali podpořit blízké pacienta v jejich rozhodnutích, například i ve chvíli, kdy dojde ke změně plánu a rodina nezvládá péči o pacienta, který si ale přál zemřít doma. Pro rodinu je v takové chvíli důležité vědět, že je možné pacienta převézt do nemocnice a poskytnout mu péči a nikdo je za to nebude soudit, protože rodiny v takové chvíli mají často pocity viny (Juhrmann et al., 2023).

Výhodou záchranářů pro péči v závěru života jsou také komunikační schopnosti, které záchranáři běžně používají v krizových situacích nebo například při oznamování úmrtí pacienta. Komunikace v závěru života ale může být pro záchranáře náročnější, protože se nejedná o rychlé poskytnutí pomoci, ale o blízkými pacienta očekávanou událost. Záchranáři jsou naučeni jednat bez větších emocí a najít nejrychlejší a nejlepší léčbu pro pacienta. Tento přístup ale v paliativní péči nejde uplatnit, a tak může být pro záchranáře složité setkat se s emocemi rodiny a navázat s nimi

¹ Palliative care aligns well with the professional identity of paramedics, and contributes positively to the evolution of paramedicine. It is congruent with a core paramedic identity of helping people and represents a novel application of their skill set, with paramedics bridging the gap between home and other services.

vztah. Mohou mít mezery ve vzdělání o holistické péči, která se vyžaduje v závěru života, a která může znamenat nedělat žádné léčebné zásahy, jen pacienta a rodinu psychicky podpořit (Juhrmann et al., 2023).

Záchranáři se často stávají spojovacím článkem pro primární péči u pacientů, o které pečují rodinní příslušníci nebo pečovatelské služby, kteří nemají vědomosti a zkušenosti s léčením obtěžujících příznaků spojených s umíráním. Tito pečovatelé, profesionální i rodinní příslušníci, pak volají ZZS ve chvíli akutního zhoršení pacientova stavu. Záchranáři se tak dostávají do první linie v poskytování paliativní péče a péče na konci života (Blackmore, 2022). Veřejnost má zároveň k záchranářům úctu, vnímá je jako někoho, kdo má zvládnout a vyřešit krizovou situaci, a to i v případě pacientů v paliativní péči. V závěru života mohou být přivolaní záchranáři zvláště respektovanými osobami, které mají komunikační schopnosti pro vysvětlení dějů na konci života, podpory pečujících a léčení obtěžujících příznaků spíše, než zachraňování a prodlužování života za každou cenu. Toto vnímání záchranářů jako zachránců života ale také znamená, že pacienti a zvláště jejich rodiny mohou mít nerealistická očekávání. Přejí si, aby záchranáři jejich blízkého zachránili i v případě očekávaného úmrtí (Juhrmann et al., 2023). Ve studii prováděné v Anglii uvedlo 97 % zúčastněných záchranářů, že by podle nich měli záchranáři aktivně provádět identifikaci pacientů v závěru života. Toto tvrzení bylo podpořeno názorem, že záchranáři mají ideální podmínky pro posouzení reálných dopadů nemoci na pacienty a jejich rodiny, protože pacienty navštěvují přímo v jejich domovech. Naopak 3 % záchranářů se domnívalo, že tato role náleží poskytovatelům komunitní péče a není vhodná pro ZZS. Tento názor koreloval s některými výpověďmi záchranářů, kteří uváděli, že nemají na místě výjezdu dostatek času a nemají dostatečný přístup ke zdravotnické dokumentaci. Účastníci tohoto dotazníkového šetření dále uvedli, že vnímají potřebu dalšího vzdělávání v oblasti péče v závěru života. Zároveň zmínili, že práce s paliativními pacienty může být pro některé záchranáře náročná, protože vyžaduje změnu smýšlení. Někteří záchranáři také cítili, že nejsou ostatními zdravotníky vnímáni jako dostatečně odborně způsobilí, aby mohli vyhodnocovat pacienty s potřebami péče v závěru života (Eaton-Williams et al., 2021). Také ve studii realizované v USA uvedlo 86 % dotazovaných záchranářů, že by uvítali další vzdělávání o paliativní péči. Zároveň 76 % účastníků studie odpovědělo, že nikdy neabsolvovali formální školení o hospicové péči, ale 54 % záchranářů potvrdilo, že se účastnili nějakého školení s tématem předběžných dokumentů o péči, jako například příkaz DNR. Přesto se na základě neformálních školení, kterých se zúčastnili a zkušeností získaných praxí cítilo 60,9 % respondentů dostatečně připraveno na péči o pacienty s paliativními potřebami (Wenger et al., 2022).

Záchranáři, kteří se účastnili studie týkající se komunikace s paliativními pacienty a jejich rodinami uvedli, že vnímají svou roli v poskytování podpory v místě, kde si pacient přeje, aby mu

byla poskytována péče a umožněno dožití. Také za důležitou součást práce považovali respektování přání pacienta, a snahu o zachování jeho důstojnosti. Zmíněna byla také péče o rodinu a poskytnutí prostoru pro sdílení. 65,5 % z dotazovaných záchranářů uvedlo, že se obávají otázek na téma smrti, umírání a prognózy onemocnění, které jim kladou pacienti a jejich rodiny. Někteří účastníci výzkumu uvedli, že se obávají komunikace o paliativní péči a umírání, protože nechtějí být těmi, kdo sdělují špatné zprávy. V tomto výzkumu následovala výuka zaměřená na komunikační dovednosti účastníků. Po výuce byli účastníci znovu dotazováni na jejich pocity ohledně komunikace, a bylo zjištěno, že sebedůvěra záchranářů se zvýšila po absolvování školení (Pease et al., 2019).

V Kalifornii existuje specializace zdravotnických záchranářů, kteří absolvují výcvik v paliativní péči. Tito záchranáři jsou pak přednostně posíláni na výjezdy k paliativně relevantním pacientům, kteří si, dle studie Collier a kolektivu, záchranářů váží a velmi oceňují jejich přístup a rychlou pomoc. Samotní pacienti a jejich ošetřovatelé vnímají záchranáře jako součást komunitní paliativní péče (Collier et al., 2023). Naopak ve studii od autorů Carter et al. uváděli záchranáři, že se necítí být součástí týmu z důvodu konfliktů s dalšími poskytovateli péče nebo konfliktů ohledně sdílení zdravotnické dokumentace pacientů (Carter et al., 2022).

Někteří dotazovaní zdravotníci ve výzkumu Bailey et al. uvedli, že mají pocit, že téma smrti není vnímáno jako důležité, jsou upřednostňována onemocnění, která mají naději na vyléčení nebo zmírnění příznaků. Zdravotníci zmiňovali také možnost volby pacienta, kterou považují za velmi důležitou věc, ale v některých případech je pro zdravotníky složité pacientova přání respektovat, zvláště pokud přání nejsou reálná vzhledem k situaci, která nastala, nebo pokud pacient není schopen připustit si vážnost svého zdravotního stavu a dožaduje se veškeré léčby, včetně pokusu o resuscitaci. Účastníci výzkumu tak vnímali potřebu pacientů na možnost volby, ale zároveň cítili, že pacienti potřebují při volbě vhodné poradenství od zdravotníků, aby byla jejich přání reálná a splnitelná. Rozhodování pacienta tak je některými zdravotníky vnímáno jako konsensus mezi přáním pacienta a reálnou situací zohledňující zdravotní situaci pacienta, možnosti pečujících a podobně.

Profesní tabu tématu smrti může podporovat i hodnocení kvality nemocnic podle úmrtnosti, protože zdravotníci se pak snaží smrt co nejvíce oddálit, a tak nedochází k podpoře důstojného umírání. Někteří proto zmiňují, že nemocnice by měla být nejméně preferované místo péče pro pacienty v závěru života (Bailey et al., 2020).

V průzkumu prováděném v Brazílii uvedli účastníci, že pro ně představuje smrt tabu téma, mají ze smrti strach a úmrtí pacienta berou jako selhání zdravotníka a zdravotní péče. Zároveň jako cíl přednemocniční péče chápou dotazovaní zdravotníci udržení života pacienta. Někteří dotazovaní uvedli, že v případě, že mají poskytovat paliativní péči mohou zažívat emocionální šok, protože jsou zvyklí konat vše pro zachování života pacienta. Také z hlediska vzdělání odpovídali účastníci

výzkumu, že nejsou připravení na poskytování paliativní péče a nemají dostatečnou emocionální přípravu na střet se smrtí (Boaventura et al., 2022).

2.3 Význam a limitace dohledaných poznatků

Přehledová bakalářská práce zpracovává téma zdravotnická záchranná služba a péče v závěru života. Předkládá aktuální dohledatelné publikované poznatky o různých přístupech záchranářů v České republice i v zahraničí. Závěry této přehledové bakalářské práce mohou být dále využity pro další výzkumy v oblasti poskytování péče v závěru života ZZS. Zjištěné informace mohou být podnětné pro zorientování se v tématu péče v závěru života v přednemocniční neodkladné péči zvláště pro zdravotnické záchranáře a studenty tohoto oboru. Zkušenosti ze zahraničních zdrojů mohou posloužit jako příklad dobré praxe, a aktuální projekty z České republiky mají tendenci rozvinout poskytování paliativní péče na záchranných službách.

Významnou limitací dohledaných poznatků může být nedostatek publikovaných informací ze zemí přímo sousedících s Českou republikou a nemožnost srovnání situace se situací v zemích s podobným systémem zdravotnictví. Většina dohledaných zahraničních zdrojů byla publikována v zemích s odlišným systémem zdravotnické záchranné služby, než jaký je v České republice.

V České republice je toto téma aktuální a probíhá řada rozvojových projektů na zlepšení péče o paliativně relevantní pacienty. Informace z těchto projektů ale nejsou publikované a informace z českého zdravotnictví tak nemusí být úplné.

Závěr

Zdravotníci záchranáři, kteří pracují jako členové výjezdových skupin ZZS jsou zvyklí zachraňovat životy. Jejich role při poskytování péče v závěru života je tak poměrně nová a v mnohých státech stále není zakotvená jako součást práce záchranné služby. I přes to se spojení těchto odlišných přístupů vyvíjí, zvláště jako reakce na potřeby pacientů a jejich okolí. Cílem této přehledové bakalářské práce bylo sumarizovat aktuální dohledané publikované poznatky o péči v závěru života a ZZS. Hlavní cíl byl rozdělen na dva dílčí cíle, které byly splněny.

Dílčí cíl č. 1 se zabýval péčí v závěru života poskytovanou ZZS v České republice. Dohledané studie dokazují, že je v České republice aktivní snaha o zařazení paliativní péče a péče v závěru života do práce zdravotnických záchranářů, kteří mohou posoudit situaci na místě, často v domově pacienta, spolu s jeho rodinou. V současnosti probíhá projekt ve spolupráci Centra paliativní péče a Zdravotnické záchranné služby hlavního města Prahy, který se snaží rozvinout funkční nástroj pro identifikaci paliativně relevantních pacientů a zlepšit spolupráci ZZS s poskytovateli paliativní péče v krajích. Také jsou hledány nové způsoby změny trajektorie paliativně relevantního pacienta, aby bylo dosaženo co nejlepší kvality života. Velkým pokrokem bylo vydání Konsensuálního doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny, které pomáhá záchranářům identifikovat paliativně relevantní pacienty a popisuje postupy při péči o ně. Práci záchranářů při péči o pacienty v závěru života naopak ztěžuje skutečnost, že jen v malém počtu případů je na místě zásahu dostupný dokument o dříve vysloveném přání a zdravotnická dokumentace pacienta. Záchranáři tak často stojí před složitým rozhodnutím jakou terapii u pacienta zvolit.

Dílčí cíl č. 2 se zaměřoval na poskytování péče v závěru života na zdravotnických záchranných službách v zahraničí. Bylo zjištěno, že není mnoho zemí, ve kterých byla publikována literatura o tomto tématu. V rámci profesní identity se někteří záchranáři necítí kompetentní k poskytování péče v závěru života, i když v některých zemích mají pacienti vypracovaný formulář, který dokládá, jakou péči si přejí nebo naopak nepřejí. I přes to se záchranáři setkávají se situacemi, kdy rodiny pacientů nebo samotní pacienti vyžadují intenzivní péči, která u nich již není indikovaná, protože nemusí chápat plný rozsah a fatálnost onemocnění. V současné době je téma péče v závěru života aktuální v množství vyspělých států, stále je ale často umírání a smrt tabu i napříč odbornou veřejností, a tak není jednoduché zavádět nové postupy a otevírat etická dilemata.

Z dohledaných poznatků, které byly uvedeny v bakalářské práci je zřejmé, že cíle práce byly dosaženy.

Seznam referenčních zdrojů

- Aileen Collier, Ann Dadich, Cathie Jeffs, Andrew Noble, & Gregory B Crawford. (2023). 'The palliative care ambulance': A qualitative study of patient and caregiver perspectives of an ambulance service. *Palliative Medicine*, 37, 875–883. <https://doi.org/10.1177/02692163231166760>
- Amy Sun, Katherine Sleeman, Amy Rosenwohl-Mack, Daniel Dohan, & Elizabeth Dzeng. (2022). Strategies to Promote Goal-Concordant End-of-Life Care in Older Adults with Alzheimer's Disease and Related Dementias: Perspectives of United Kingdom Clinicians and Caregivers (GP761). *Journal of Pain and Symptom Management*, 63, 1146. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.04.152>
- Bailey, S., Hodgson, D., Lennie, S., Bresnen, M., & Hyde, P. (2020). Managing death: navigating divergent logics in end-of-life care. *Sociology of Health & Illness*, 42(6), 1277–1295. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13095>
- Blackmore, T. A. (2022). What is the role of paramedics in palliative and end of life care? *Palliative Medicine*, 36(3), 402-404. <https://doi.org/10.1177/02692163211073263>
- Bláha, D., & Böhm, P. (2024). Problematika nezahajování resuscitace z pohledu českého práva nejen ve spojitosti s paliativní péčí. *Časopis lékařů českých*, 163(4), 137-142. <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2024-4-6/problematika-nezahajovani-resuscitace-z-pohledu-ceskeho-prava-nejen-ve-spojivosti-s-paliativni-peci-138377>
- Boaventura, J. R., Pessalacia, J. D. R., Ribeiro, A. A., de Souza, F. B., da Silva Neto, P. K., & Marinho, M. R. (2022). Palliative care in the pre-hospital service in Brazil: experiences of health professionals. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00890-4>
- Breyre, A. M., Sporer, K. A., Davenport, G., Isaacs, E., & Glomb, N. W. (2022). Paramedic use of the Physician Order for Life-Sustaining Treatment (POLST) for medical intervention and transportation decisions. *BMC Emergency Medicine*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00697-3>
- Carter, A. J. E., Harrison, M., Goldstein, J., Arab, M., Jensen, J., Houde, K., & Urquhart, R. (2022). Providing palliative care at home aligns with the professional identity of paramedics: a qualitative study of paramedics and palliative health care providers. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(7), 751–759. <https://doi.org/10.1007/s43678-022-00369-y>

Centrum paliativní péče. (n.d. a). *Paliativní péče*. Retrieved March 22, 2025, from <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece>

Centrum paliativní péče. (n.d. b). *Výjezdy záchranky k pacientům v závěru života*. Retrieved March 22, 2025, from <https://paliativnicentrum.cz/projekty/vyjezdy-zachranky-k-pacientum-v-zaveru-zivota>

Eaton-Williams, P., Barrett, J., Mortimer, C., & Williams, J. (2021). A national survey of ambulance paramedics on the identification of patients with end of life care needs. *British Paramedic Journal*, 5(4), 60–61. <https://doi.org/10.29045/14784726.2021.3.5.4.60>

Franěk, O., Knor, J., & Truhlář, A. (2017). *Neodkladná resuscitace Doporučený postup Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://urgmed.cz/wpcontent/uploads/2019/03/2017_nr.pdf

Chwallek, D., Tewes, M., Schweda, A., Teufel, M., Neukirchen, M., Risse, J., & Hense, J. (2024). Comparison of Palliative Knowledge and Self-Efficacy Expectation of German Paramedics Between a Rural and an Urban Structured Emergency Medical Service Area. *Journal of Palliative Care*. <https://doi.org/10.1177/08258597231221916>

Juhrmann, M. L., Butow, P. N., Platts, C. M., Simpson, P., Boughey, M., & Clayton, J. M. (2023). ‘It breaks a narrative of paramedics, that we’re lifesavers’: A qualitative study of health professionals’, bereaved family members’ and carers’ perceptions and experiences of palliative paramedicine. *Palliative Medicine*, 37(8), 1266–1279. <https://doi.org/10.1177/02692163231186451>

Knor, J., Kabelka, L., Pekara, J., Slabý, M., & Dušek, L. (2024). Paliativní versus intenzivní péče z pohledu záchranných služeb. *Časopis Lékařů Českých*, 163(4), 143–147.

Kolářová, Z. (2022). Spolupráce v zemi nikoho aneb když se setká záchranář s potřebou paliativní péče... *Medical tribune*, 18(2). <https://www.tribune.cz/nase-tituly/medical-tribune>

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2017). Quality standard for end of life care. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13>

Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby. (2018). Centrum paliativní péče. Retrieved January 23, 2025, from <https://paliativnicentrum.cz/projekty/zzs>

- Pease, N. J., Sundararaj, J. J., O'Brian, E., Hayes, J., Presswood, E., & Buxton, S. (2022). Paramedics and serious illness: communication training. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 12(e2), E248–E255. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001734>
- Peran, D., Uhler, M., Pekara, J., Kolouch, P., & Loucka, M. (2021). Approaching the End of Their Lives Under Blue Lights and Sirens - Scoping Review. *Journal of pain and symptom management*, 62(6), 1308-1318. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.04.023>
- Pesonen, E., Vuorinen, P., Surakka, L., Lehto, J. T., & Hoppu, S. (2024). Palliative care patients in the emergency medical service: a retrospective cohort study from Finland. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10905-4>
- Prachanukool, T., Yuksen, C., Jintanavasan, S., Jenpanitpong, C., Watcharakitpaisan, S., Kaninworapan, P., & Maijan, K. (2021). Decision-Making by Emergency Medicine Personnel in Prehospital Treatment of Patients Receiving Palliative Care: A Questionnaire, Comparative Cohort Study. *Advances in Medical Education and Practice*, 12, 1111. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S323557>
- Patterson, R., Standing, H., Lee, M., Dalkin, S., Lhussier, M., Exley, C., & Brittain, K. (2019). Paramedic information needs in end-of-life care: a qualitative interview study exploring access to a shared electronic record as a potential solution. *BMC Palliative Care*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0498-2>
- Siemens, I. (2022). Substitute decision making and code status at end of life: Patient's loss of capacity highlights complexity. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 68(10), 743–745. <https://doi.org/10.46747/cfp.6810743>
- Simpson, J., Remawi, B. N., Potts, K., Blackmore, T., French, M., Haydock, K., Peters, R., Hill, M., Tidball, O.-J., Parker, G., Waddington, M., & Preston, N. (2023). Improving paramedic responses for patients dying at home: a theory of change-based approach. *BMC Emergency Medicine*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00848-0>
- Sláma, O., & Kabelka, L. (2022). *Paliativní medicína pro praxi* (Třetí, přepracované a rozšířené vydání). Galén
- Uhlíř, M. (2022). Perspektivy role záchranné služby v péči o pacienty na konci života. *Paliativní medicína*, 3(4), 1-2. <https://www.palmed.cz/pm/article/view/148/112>

- Uhlíř, M., & Peřan, D. (2020). *Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby*. <https://data.eu.cntmbr.com/paliativnicentrum/paliativnicentrum-prod/a00970a2-caf9-46d4-b73e-069e09e8f301.pdf>
- Uhlíř, M., & Šeblová, J. (2022). Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny. *Urgentní medicína*, 25(2), 27-30. https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2022_2.pdf
- Uhlíř, M., Peřan, D., Bařková, P., Houska, A., Procházka, R., Zavadová, I., & Loučka, M. (2021). Jak těžké je změnit trajektorii pacientů s terminální progresí nevyléčitelného onemocnění v péči záchranné služby? *Urgentní medicína*, 24(2), 33-37. https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2021_2.pdf
- Umírání.cz. (2016). *Historie a současnost paliativní péče v Česku*. <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>
- Wenger, A., Potilechio, M., Redinger, K., Billian, J., Aguilar, J., & Mastenbrook, J. (2022). Care for a Dying Patient: EMS Perspectives on Caring for Hospice Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 64(2), e71–e76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.04.175>
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). (2011). In *Sbírka zákonů* (§ 5). Praha, Ministerstvo vnitra.
- Zákon č. 40/2009 Sb., Trestní zákon (2009). In *Sbírka zákonů* (§ 150). Praha, Ministerstvo vnitra.

Seznam zkratek

ACP – Advance Care Planing

ALS – amyotrofická laterální skleróza

CMC – systém Coordinate my care

ČLS JEP – Česká lékařská

DNI – do not intubate, neintubovat

DNR – do not resuscitate, neresuscitovat

EPaCCS – Electronic Palliative Care Coordinating Systems

GSF PIG – The Gold Standards Framework Proactive Identification Guidance

Hl. m. – hlavní město

CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc

KPR – kardiopulmonální resuscitace

NICE – National Institut for Health and Care Excellence

POLST – Physician Orders for Life-Sustaining Treatment

RS – roztroušená skleróza

RV – rendez vous

RZP – rychlá zdravotnická pomoc

SIC – Serious Illness Conversation

USA – Spojené státy americké

ZZS – zdravotnická záchranná služba

ZZS HMP – Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy