

Ověření užitečnosti podpůrného nástroje pro plánování budoucí péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním

Slezáčková A.^{1,2}, Malatincová T.^{1,2}, Rusinová K.³, Kopecký O.³, Kuře J.¹

¹Ústav lékařské etiky, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

²Ústav psychologie a psychosomatiky, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

³Klinika paliativní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze

Cíle studie: Posoudit a dvoufázově ověřit efektivitu originálního nástroje ARS pro plánování budoucí péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním v klinické praxi, zjistit, zda existují rozdíly mezi experty a lékaři v posuzování nástroje, a určit, ve které oblasti je nástroj hodnocen jako nejvíce užitečný a prospěšný.

Typ studie: Průzkum; deskriptivní a korelační studie.

Typ pracoviště: Oddělení anesteziologie, resuscitace, intenzivní péče, neurologie, interní medicíny a infekční oddělení fakultních a okresních nemocnic.

Materiál a metoda: Soubor zahrnoval 10 expertů s rozsáhlými klinickými zkušenostmi a 20 lékařů z klinické praxe, kteří použili nástroj ARS a vyplnili evaluační dotazník hodnotící kritéria tohoto nástroje. Data byla analyzována pomocí deskriptivní analýzy, analýzy hlavních komponent, korelační analýzy a t-testů.

Výsledek: Pro naprostou většinu lékařů i expertů byl ARS časově nenáročný a srozumitelný, v souhrnných kritériích snížení kognitivní zátěže a usnadnění komunikace však experti hodnotili nástroj významně pozitivněji než lékaři testující nástroj v praxi (Cohenovo $d = 1,70$ a $1,14$, $p < 0,01$). Lékaři s kratší délkou klinické praxe hodnotili ARS jako více nápomocný pro redukci kognitivní zátěže, tento vztah však nebyl významný (Spearmanovo $\rho = -0,37$, $p = 0,13$). Celkově vyšší hodnocení nástroje ARS v tomto ohledu převažovalo mezi lékaři z oddělení, na kterých ještě nemají zavedené postupy rozhodování o péči v závěru života ($d = 1,86$, $p < 0,001$).

Závěr: Nástroj ARS byl hodnocen experty i lékaři se zkušeností v klinické praxi jako srozumitelný, časově nenáročný a v řadě ohledů užitečný. Jeho využívání může zkvalitnit proces plánování budoucí péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním.

Klíčová slova: plánování budoucí péče, klinické rozhodování, komunikace, závěr života, přání nemocného.

Evaluation of the Utility of the Advance Care Planning and Decision-Making Supportive Tool

Objectives: To evaluate the effectiveness of ARS – a newly developed instrument designed for advance care planning for patients with advanced serious illness – in clinical settings, to examine potential differences in perceived effectiveness of ARS between experts and practitioners, and to determine areas in which ARS is perceived as most useful.

Design: Survey; descriptive and correlational study.

Setting: Departments of anaesthesiology, resuscitation, intensive medicine, neurology, infectious diseases, and internal medicine, at university and district hospitals.

Material and methods: Ten experts with extensive experience in the field and 20 practitioners instructed to use ARS in their everyday practice rated the usefulness of ARS on several criteria. Data were analysed using descriptive statistics, principal component analysis, correlation analyses, and t-tests.

Results: Both groups generally perceived ARS as undemanding and easy to understand. However, compared to practitioners, experts were much more unanimous in rating ARS highly in the composite criteria of Lower Cognitive Load and Communication Facilitation (Cohen's $d = 1.70$ and 1.14 ; $p < 0.01$). Years of clinical experience were negatively, albeit non-significantly, related to Lower Cognitive Load ratings in practitioners (Spearman's $\rho = -0.37$, $p = 0.13$). Ratings of this criterion were generally higher at hospital departments

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D., alena.slezackova@med.muni.cz

Článek přijat redakcí: 26. 5. 2022; Článek přijat k tisku: 14. 9. 2022

Cit. zkr: Anest intenziv Med. 2022;33(3-4):141-147

without any previously implemented procedures for advance care planning and decision-making ($d = 1.86$, $p < 0.001$).

Conclusion: Both experts and practitioners generally rated ARS as easy to follow, undemanding, and potentially useful. Implementation of the instrument in practice might increase the quality of medical care for patients with advanced serious illness.

Key words: advance care planning, clinical decision making, communication, end of life, patient preference.

Úvod

Rozhodování o přiměřené zdravotní péči o pacienty s pokročilým závažným onemocněním je jedním z významných témat zdravotnictví, které zahrnuje důležité medicínské, psychologické, sociální, etické, právní, ekonomické i politické aspekty a konsekvence. Proces a výsledek rozhodování ovlivňuje kvalitu života nejen pacientů a jejich příbuzných a blízkých, ale také zdravotníků poskytujících péči o pacienty v závěru života [1].

Medicínsky je závažné onemocnění směřující k závěru života charakteristické vyčerpáním kurativních metod léčby, kdy není možné pacienta dostupnými prostředky uzdravit ani efektivně ovlivnit průběh jeho onemocnění, avšak nelze rezignovat na poskytování co nejlepší zdravotní péče. Rozhodování o zdravotní péči v závěru života tedy vyžaduje zásadní změnu přístupu k pacientovi, v jehož rámci je potřeba postupně evaluovat a znovu pojmenovat cíle léčby a péče [2].

Plánování péče pro pokročilá stádium onemocnění (Advance Care Planning – ACP) vzniká na základě včasné a efektivní komunikace lékaře s pacientem a hledání shody v realistických a medicínsky dosažitelných možnostech péče a preferencích pacienta [2, 3]. Vychází z aktuálního klinického stavu pacienta a dostupných a efektivních terapeutických možností, znalosti pacientových přání a hodnot, jež by měly být zdokumentovány pro budoucí využití [4], a volby těch medicínských postupů, které mohou naplnit realisticky formulovaný a dosažitelný cíl péče. Nemělo by se tedy jednat o formalizovaný a jednostranný medicínský postup nebo rozhodnutí, ale o celkovou strategii sdíleného plánování medicínských i nemedicínských postupů, a to i pro dobu, kdy pacient nebude plně kompetentní a nebude schopen rozhodovat o své zdravotní péči [5]. ACP je tedy kontinuální proces, který vyžaduje od lékaře klinickou zkušenost, komunikační schopnosti a optimálně multidisciplinární posouzení aktuálního stavu a možností péče. Vstupují do něj jak personální (lékař, pacient, příbuzní pacienta) tak institucionální (nemocnice, zdravotní pojišťovna, hospic) faktory [6]. Důležitou roli při rozhodování v závěru života hrají také psychologické, etické, sociální a existenciální aspekty [7].

V českém zdravotnictví se nástroje pro rozhodování a plánování péče v pokročilém stádiu onemocnění zatím využívají jen sporadicky. Existující zahraniční nástroje ACP nereflktují tuzemský právní kontext poskytování zdravotní péče a v odborné společnosti doposud neproběhla hlubší diskuse nad smyslem, proveditelností, užitečností a efektivitou těchto nástrojů. I přes nezpochybnitelný pokrok, k němuž u nás došlo v intenzivní a paliativní medicíně [8], stále existují na řadě pracovišť možnosti zkvalitnění způsobu rozhodování o péči v závěru života pacientů. Výsledky nedávné studie mapující proces rozhodování o péči v závěru života pacientů ve vybraných českých nemocnicích [9], ukazují, že lékaři rozhodují o přiměřenosti zdravotní péče nejčastěji na základě konsenzu mezi sebou, avšak pacient nebo osoba s právem zá-

stupného souhlasu obvykle nebývají do procesu rozhodování přizváni. Preference pacientů pro období závěru jejich života většinou nejsou zjišťovány a dříve vyslovené přání se v záznamech od 240 zemřelých pacientů vůbec neobjevilo. Formulace cílů léčby byla nalezena jen u poloviny pacientů a záznam o odhadované prognóze byl dokumentován jen u třetiny z nich.

Zkušenosti ze zahraničí dokládají, že při správném provedení mohou být strategie ACP významným přínosem pro pacienty a jejich rodiny, pečující personál i celý systém zdravotní péče [10]. Mezi hlavní výhody ACP patří kvalitnější a intenzivnější komunikace mezi lékaři, pacienty a jejich rodinnými příslušníky [11], zjišťování, dokumentace a respektování pacientových preferencí ohledně budoucí péče [12] a častější zaznamenávání cílů péče do zdravotnické dokumentace [13]. Kvalitu života pacientů v závěru života ACP pozitivně ovlivňuje tím, že snižuje počet a délku hospitalizace [14], souvisí s menším využíváním nepřiměřeně agresivních nebo invazivních život udržujících léčebných postupů [15], zvyšuje využívání paliativní péče a snižuje počet úmrtí v nemocnici a na jednotce intenzivní péče [16]. Využívání ACP zvyšuje spokojenost pacientů s péčí v závěru života [12] a má pozitivní vliv na kvalitu života jejich příbuzných a způsob vyrovnávání se se ztrátou blízkého člověka [17]. Také zdravotní sestry považují ACP za užitečný nástroj nejen pro lepší přípravu na budoucí péči a zajištění větší autonomie pacienta, ale i pro snížení rizika morálního distresu [18]. Nezanedbatelný význam mají také přibývající důkazy o tom, že ACP snižuje náklady na zdravotní péči u pacientů v závěru života [19].

Metoda a soubor

Tvorba nástroje ARS

V reakci na skutečnost, že obecně použitelný nástroj pro tuto medicínsky, psychologicky, eticky, právně a společensky senzitivní oblast u nás zatím chybí a v algoritmu rozhodování vládne značná diverzita, byl vytvořen nástroj ARS (Advance Care Planning and Decision-Making Supportive Tool; Podpůrný nástroj při plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním). Nástroj ARS vychází z aktuálních zahraničních poznatků a zdrojů [3, 10, 19] a dlouhodobých klinických zkušeností jeho autorů. Byl navržen jako praktický nástroj pro každodenní klinickou praxi, který reflektuje kontext poskytování zdravotní péče v ČR včetně platných legislativních norem. Na jeho tvorbě se podílel multidisciplinární tým složený z lékařů, etiků, psychologů a právníků.

Účelem nástroje je podpořit rozvoj vědomého a strukturovaného přemýšlení lékařů a pacientů o přiměřenosti péče v situaci pokročilé závažné nemoci a usnadnit a zpřesnit rozvahu o cílech léčby. ARS umožňuje včasnou formulaci realistických cílů péče, zjišťování pacien-

¹ Volně dostupný na <https://www.med.muni.cz/decare/vystupy-projektu>

ových hodnot a přání, plánování budoucí péče v závěru života a její průběžné přehodnocování v závislosti na klinickém vývoji a pacientových preferencích. Nástroj ARS není diagnostickým nástrojem a jeho účelem není konkrétní doporučení dalšího postupu. Jeho smyslem je porozumět komplexně stavu pacienta, reflektovat jej v jeho vývoji a diskutovat možnosti péče v souladu s pacientovými cíli a hodnotami, formulovat a dokumentovat cíle léčby a dobře je komunikovat s blízkými pacienta (často jako osobami s právem zástupného souhlasu) i se zdravotnickým týmem.

Nástroj obsahuje sedm částí:

1. Hodnocení klinického stavu pacienta (chronická morbidita, dlouhodobý celkový funkční stav, očekávaná doba dožití, aktuální klinický stav).
2. Očekávání a preference pacienta (příp. osoby blízké) ohledně cíle léčebného úsilí.
3. Expertní názor lékaře na to, co je hlavním dosažitelným efektem léčby vč. předpokládané pravděpodobnosti jeho dosažení.
4. Cíl péče dohodnutý mezi lékařem a pacientem (resp. osobou se zástupným souhlasem).
5. Způsob rozhodnutí o cíli léčby, plánu a přiměřené péči, zjištění vůle a preference pacienta, rozsah komunikace s pacientem.
6. Aktuální stanovená péče (indikovaná péče, limitace péče).
7. Další možnosti péče a podpůrné intervence (konzultace paliativního týmu, plán péče pro zhoršení, medikace symptomů, sos medikace, komunikace s pacientem nebo jeho rodinou, psychologická nebo spirituální péče, jiné).

Cílem této studie bylo posoudit a dvoufázově ověřit efektivitu nástroje ARS v klinické praxi, určit, ve které oblasti procesu rozhodování o péči je nástroj hodnocen jako nejvíce užitečný a prospěšný, a zjistit, zda existují rozdíly mezi experty a lékaři v posuzování nástroje a jestli hodnocení závisí i na dalších profesních charakteristikách posuzovatele.

Ověření nástroje experty v oboru

V první fázi ověřování nástroje ARS byli v průběhu roku 2021 osloveni experti s rozsáhlými klinickými zkušenostmi s prosbou o posouzení využitelnosti tohoto nástroje v běžné klinické praxi.

Soubor expertů zahrnoval 10 odborníků s délkou praxe v oboru 17 až 43 let ($M = 26,4$ let), kteří působili na vedoucích pozicích (přednosta, zástupce přednosta, vedoucí lékař, primář, náměstek) ve fakultních nemocnicích v Praze, Brně, Plzni, Ostravě a Hradci Králové a v nemocnicích ve Zlíně a Vsetíně.

Expertům byl předložen stručný Evaluační dotazník pro hodnocení kvality nástroje ARS, jenž zahrnoval kritéria jako časovou náročnost vyplnění nástroje ARS, jeho srozumitelnost, využitelnost pro tvorbu plánu péče o pacienty v závěru života, zamyšlení nad etickými aspekty a vliv na snížení psychické zátěže lékařů spojené s rozhodováním. Hodnocena byla také celková užitečnost nástroje pro běžnou práci lékařů i míra užitečnosti v dílčích oblastech (strukturování a způsob uvažování o pacientovi, rozhodování o péči o pacienta, komunikace s pacientem a jeho příbuznými, komunikace v rámci zdravotnického

týmu a vedení dokumentace). Respondenti každé kritérium posuzovali pomocí škály hodně – středně – trochu – vůbec.

Všichni oslovení experti poskytli svá hodnocení a osm z nich doplnilo také písemnou zpětnou vazbu k nástroji. Podněty a doporučení, jež se týkaly upřesnění použité terminologie a formálních úprav, byly vyhodnoceny tvůrci nástroje ARS a byly ve velké míře implementovány do výsledné podoby nástroje. Ten byl ve druhé fázi ověřování poskytnut lékařům pracujícím v přímé péči o pacienty s pokročilým závažným onemocněním.

Ověření nástroje lékaři v praxi

Oslovena byla 3 pracoviště zapojená do výzkumného projektu Decarel – 2 fakultní a 1 krajská nemocnice. Celkem 22 lékařů, kteří jsou ve své práci vystavováni realitě plánování péče a rozhodování o pacientech s pokročilým závažným onemocněním, bylo požádáno o to, aby použili nástroj ARS u těchto pacientů a na základě toho vyplnili Evaluační dotazník. Součástí byla audionahrávka² autorů metody, v níž byl osvětlen účel nástroje ARS a způsob práce s ním. Vyplněný evaluační dotazník odevzdalo 20 lékařů, jeden dotazník nebyl zcela kompletní.

Z celkové počtu 20 lékařů bylo 11 (55 %) mužů a 8 (40 %) žen, 1 pohlaví neuvedl/a. Věk lékařů byl mezi 29 až 57 lety ($M = 43,7$ let), délka praxe 3 až 30 let ($M = 17,3$ let), 8 z nich bylo vedoucích lékařů a 12 sekundářů, 16 lékařů bylo atestováno v oboru. Na odděleních intenzivní péče nebo resuscitační péče nejvyššího typu pracovalo 10 lékařů, 8 pocházelo z jiných oddělení, která mají jednotku intenzivní péče (neurologie, infekční oddělení, hematologie, interní medicína) a 2 lékaři typ oddělení neuvedli.

Analýza dat

Získaná data byla nejprve analyzována pomocí deskriptivní analýzy. Pro zjištění vztahů mezi jednotlivými položkami dotazníku byl kvůli malému počtu hodnot využit koeficient Kendallovo τ . Vzhledem k silným vzájemným korelacím byla pro redukci počtu proměnných provedena analýza hlavních komponent (PCA). Skupiny respondentů byly následně srovnány na základě těchto proměnných pomocí t-testů. Těsnost vztahu mezi parametry ARSu a délkou praxe byla kvantifikována pomocí Spearmanova neparametrického korelačního testu. Všechny analýzy byly provedeny v programu SPSS.

Výsledky

Četnosti odpovědí a jejich vzájemné souvislosti

Tab. 1 obsahuje procentuální podíl expertů a procentuální podíl lékařů, kteří ohodnotili kritéria nástroje ARS v jednotlivých kategoriích od „vůbec“ po „hodně“. Tučně jsou zvýrazněny nejčastěji uváděné odpovědi.

Výsledky uvedené v tabulce 1 ukazují, že většina oslovených lékařů se shodovala s experty v hodnocení nástroje ARS coby časově nenáročného a vysoce srozumitelného. V ostatních kritériích vykazovaly odpovědi lékařů výrazně větší variabilitu než hodnocení expertů. Zatímco ex-

² Volně dostupná na <https://www.med.muni.cz/decarel/vystupy-projektu>

Tab. 1. Procentuální podíl odpovědí expertů ($n = 10$) a lékařů ($n = 19$, pokud není uvedeno jinak) na evaluační otázce k jednotlivým kritériím nástroje ARS

Kritérium	Respondenti	vůbec	trochu	středně	hodně
Časová náročnost	Experti	30 %	50 %	20 %	0 %
	Lékaři ($n = 20$)	20 %	65 %	10 %	5 %
Srozumitelnost	Experti	0 %	0 %	30 %	70 %
	Lékaři ($n = 20$)	5 %	10 %	25 %	60 %
Usnadnění tvorby plánu péče	Experti	0 %	0 %	20 %	80 %
	Lékaři	33 %	16 %	42 %	11 %
Zamyšlení nad etickými otázkami	Experti	0 %	0 %	20 %	80 %
	Lékaři	16 %	37 %	21 %	26 %
Snížení psychické zátěže lékařů	Experti	0 %	30 %	50 %	20 %
	Lékaři	53 %	32 %	16 %	0 %
Celková užitečnost pro běžnou práci	Experti	0 %	0 %	10 %	90 %
	Lékaři ($n = 20$)	25 %	10 %	45 %	20 %
Užitečnost pro strukturování úvah o pacientovi	Experti	0 %	0 %	0 %	100 %
	Lékaři	32 %	16 %	16 %	37 %
Užitečnost pro způsob uvažování o pacientovi	Experti	0 %	0 %	20 %	80 %
	Lékaři	32 %	16 %	16 %	37 %
Užitečnost pro rozhodování o péči	Experti	0 %	20 %	40 %	40 %
	Lékaři	32 %	37 %	21 %	11 %
Užitečnost pro komunikaci s pacientem	Experti	10 %	0 %	50 %	40 %
	Lékaři	32 %	26 %	26 %	16 %
Užitečnost pro komunikaci s příbuznými pacienta	Experti	10 %	0 %	40 %	50 %
	Lékaři	37 %	26 %	21 %	16 %
Užitečnost pro komunikaci v rámci týmu	Experti	0 %	10 %	20 %	70 %
	Lékaři	37 %	16 %	21 %	26 %
Užitečnost pro vedení dokumentace	Experti	0 %	10 %	10 %	80 %
	Lékaři	32 %	16 %	37 %	16 %
Nástroj pro lepší péči o pacienty	Experti	0 %	0 %	30 %	70 %
	Lékaři	47 %	16 %	26 %	11 %

perti hodnotili nástroj vesměs pozitivně ve všech kritériích, u lékařů se u většiny položek objevovala přibližně z poloviny spíše negativní hodnocení („trochu“ nebo „vůbec“). Nejnižší byl lékařův hodnocení efekt používání nástroje ARS na snížení psychické zátěže spojené s rozhodováním o péči. Jako celkově hodně nebo středně užitečný pro svou běžnou práci hodnotilo nástroj 65 % lékařů, přičemž experti takto nástroj hodnotili všichni. U lékařů testujících nástroj v praxi vnímaná časová náročnost nástroje ARS souvisela signifikantně negativně s jeho srozumitelností (Kendallov $\tau = -0,42$, $p = 0,04$), korelace obou s ukazateli užitečnosti však byly vesměs slabé a nevýznamné (průměrné $\tau = 0,11$). Většina položek týkajících se vnímané užitečnosti spolu pak středně silně až silně korelovala navzájem (průměrné $\tau = 0,57$). Pro získání souhrnných skóre jsme tedy u celého souboru pro tyto vysoce korelované položky provedli analýzu hlavních komponent se šikmou rotací Oblimin, která odhalila dva vysoce korelované faktory ($r = 0,67$) s vlastním číslem větším než 1, vysvětlující až 81 % variability v položkách. První faktor, který jsme nazvali „Nižší kognitivní zátěž“, sdružoval všechny položky týkající se usnadnění přemýšlení a rozhodování, druhý („Usnadnění komunikace“) zahrnoval tři položky týkající se usnadnění komunikace.

Souvislost hodnocení kritérií ARS s charakteristikami posuzujícího

Pro větší srozumitelnost výsledků jsme pro další analýzy dopočítali průměrné skóre pro kritéria spadající do každé ze dvou extrahovaných komponent. Porovnání hodnocení nástroje ARS experty ($n = 10$; Nižší kognitivní zátěž: $m = 2,64$, $sd = 0,18$; Usnadnění komunikace: $m = 2,37$, $sd = 0,69$) s hodnocením lékařů ($n = 19$; Nižší kognitivní zátěž: $m = 1,30$, $sd = 0,96$; Usnadnění komunikace: $m = 1,26$, $sd = 1,07$) pomocí t-testů potvrdilo, že experti hodnotili nástroj výrazně pozitivněji. Tyto rozdíly byly i statisticky významné (Nižší kognitivní zátěž: $t(20,3)$ pro nerovné rozptyly = $-5,92$, $p < 0,001$, $d = 1,70$; Usnadnění komunikace: $t(25,7)$ pro nerovné rozptyly = $-3,35$, $p = 0,001$, $d = 1,14$). Signifikantní rozdíly mezi rozptyly dokládají jednotnost pozitivního hodnocení experty oproti mnohem méně jednotnému hodnocení nástroje lékaři v praxi. Pro exploraci různorodosti výpovědí lékařů testujících nástroj v praxi bylo u tohoto souboru provedeno několik dodatečných analýz.

Korelační analýza ukázala středně silnou negativní, avšak (patrně pro nízký počet respondentů) nevýznamnou souvislost délky praxe s faktorem „Nižší kognitivní zátěž“ (Spearmanovo $\rho = -0,37$, $p = 0,13$), nikoli však s faktorem „Usnadnění komunikace“ ($\rho = 0,02$, $p = 0,94$).

Tab. 2 pak ukazuje rozdíly v souhrnném hodnocení nástroje ARS mezi odděleními anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče a ostatními

Tab. 2. Průměrné souhrnné hodnocení nástroje ARS podle typu oddělení ($n = 18$, neboť 2 lékaři typ oddělení neuvedli)

Typ oddělení	Počet respondentů	m (sd) „Nižší kognitivní zátěž“	m (sd) „Usnadnění komunikace“
Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče	10	0,8 (0,8)	1,0 (1,1)
Jiné (neurologie, infekční odd., interní medicína)	8	2,1 (0,5)	1,8 (0,9)

odděleními (jeden respondent oddělení neuvedl, jeden nevyplnil celý dotazník). Z tabulky je zjevné, že zejména tato jiná oddělení hodnotila nástroj vesměs pozitivně (což dokládá i nízká hodnota směrodatné odchylky), především co se týče snížení kognitivní zátěže. Tento rozdíl byl velký a statisticky významný ($t(16) = -3,93$, $p < 0,001$, $d = 1,86$). Rozdíl v souhrnném skóru „Usnadnění komunikace“ byl v obdobném směru, nikoli však významný ($t(16) = -1,74$, $p = 0,10$, $d = 0,82$).

Dodatečné komentáře lékařů k nástroji ARS

Deset lékařů poskytlo k evaluaci také cenný písemný komentář a vysvětlení ke svým odpovědím, které uvádíme v plně anonymizované podobě:

„Jako velmi přínosný považuji oddíl č. 7 (Další péče). Došlo mi, co dobrého ještě mohu pro pacienta udělat, byť mě to zprvu nenapadlo.“

„Plán péče o pacienty máme stanoven nezávisle na dotazníku. Pokud bychom neměli stanovený plán péče, ARS by mě vedl k zamyšlení nad etickými otázkami a snížil by psychickou zátěž spojenou s rozhodováním o závěru života. Na pracovištích, kde nebývá stanoven plán péče o pacienty, by nástroj ARS byl užitečný ve všech zmíněných oblastech a vedl by k lepší péči o pacienty v závěru života.“

„Velice kvalitně zpracovaný nástroj vhodný pro jiné pracoviště. Vzhledem k tomu, že na našem pracovišti je plán péče o pacienty v závěru života běžnou praxí, neshledávám pro nás nástroj nutný, ale myslím, že na ostatních pracovištích bude přínosem při plánování péče, pokud v těchto oblastech nebudou zbýhly.“

„Na otázky odpovídám záporně, protože praxe obdobná s nástrojem ARS je našim oddělením již zavedena (byť ne takto strukturovaně). Na oddělení, kde takto nepostupují, je podle mého názoru nástroj hodně užitečný.“

„Je rozhodně užitečným podnětem pro zamyšlení, zda se shodují očekávání pacienta s dosažitelným efektem léčby z pohledu lékaře a otevření těchto rozhovorů.“

„V klinické praxi jistě použitelný nástroj.“ „Dobré pro mladé kolegy.“ „Již jsme jej zařadili do naší práce.“

Diskuze

Hlavním cílem studie bylo ověřit efektivitu originálního nástroje ARS, a to na základě posouzení expertní skupiny a lékařů v klinické praxi. Výsledky ukázaly, že skupina expertů se shodovala s lékaři v příznivém hodnocení nástroje z hlediska časové nenáročnosti a srozumitelnosti, v ostatních kritériích však experti obecně hodnotili ARS pozitivněji než lékaři v praxi, kteří odpovídali mnohem více různorodě. Možnou příčinou tohoto rozdílného hodnocení může být poněkud odlišná náplň práce vedoucích

pracovníků, kteří kvůli jiným povinnostem nemají tolik příležitostí pro přímou péči o pacienty, avšak z pozice své funkce vnímají situaci v širším kontextu (řeší podněty a stížnosti pacientů a jejich rodin, organizační otázky, apod.). Navíc, jak je diskutováno níže, méně pozitivní názory lékařů v praxi na užitečnost nástroje ARS byly ve většině případů provázeny jejich komentáři, osvětlujícími důvody tohoto nízkého hodnocení.

Bližší analýza odpovědí lékařů z praxe, jakož i jejich písemné komentáře, nabízí možná vysvětlení rozdílů zjištěných v rámci této skupiny. Za prvé, nižší hodnocení nástroje převažovalo mezi lékaři z JIP nebo resuscitačních oddělení nejvyššího typu, kteří, jak uvedli, mají na pracovišti již zavedené postupy rozhodování o péči v závěru života, a proto nevnímali ARS jako nezbytný. Naopak lékaři pracující na jiných odděleních hodnotili nástroj ve všech kritériích vesměs pozitivně. Vnímaná užitečnost ARS pro přemýšlení a rozhodování o pacientovi – nikoli však pro usnadnění komunikace s pacientem, příbuznými nebo kolegy – se pak v našem souboru lékařů celkově snižovala s rostoucí délkou jejich praxe v oboru (i když tato korelace nebyla vzhledem k nízkému počtu respondentů statisticky významná). Jak vyplývá ze současných poznatků, věk a s ním související délka praxe lékařů často ovlivňují jejich pohled na lidský aspekt medicíny, jenž hraje v procesu rozhodování o péči v závěru života významnou roli [7]. Námi dosažené výsledky však mohly být ovlivněny nejen délkou praxe či pracovním zařazením, ale také individuálními charakteristikami a preferencemi jednotlivců.

Ve slovních komentářích respondentů, kteří hodnotili nástroj jako spíše nepřínosný pro jejich vlastní praxi, několikrát zaznělo, že považují nástroj ARS za vhodný primárně pro mladší a začínající lékaře, kteří ještě nemají zaběhlý efektivní postup rozhodování.

Lze se tedy domnívat, že problém nižšího hodnocení nástroje některými lékaři nevyplývá z jeho celkové vnímané neúčinnosti, nýbrž z toho, že tito lékaři již mají vlastní osvědčené postupy, které vnímají jako dostatečně efektivní. V navazujícím výzkumu by tedy bylo užitečné zmapovat existenci jiných, interních a doposud nepublikovaných nástrojů, neboť takový přehled u nás zatím neexistuje.

Jak bylo popsáno v úvodu, výsledky nedávné studie [9] naznačují, že v rozhodování o péči v závěru života pacientů je v českém prostředí stále patrný prostor pro zlepšení, zejména co se týče zohledňování a dokumentování přání pacientů či rodiny v rozhodovacím procesu. Problémem u zavádění nových nástrojů jako ARS může být tzv. mentální přednastavení při řešení problému [20], tedy tendence používat zavedený způsob řešení i v případě, že je dostupný potenciálně efektivnější postup. Ačkoliv je jedním z hlavních cílů nástroje ARS redukce mentální zátěže lékaře, v případě, že lékař již dlouhodobě používá určitý zavedený postup, má úsilí o sledování nového postupu opačný efekt, tj. kognitivní zátěž se ve snaze o překonání mentálních návyků zpočátku zvyšuje. Mentální přednastavení je v odborné praxi běžné a u vysoké pracovní zátěže může být velmi nápomocné, avšak pouze v případě, že samo vede k dostatečně adekvátnímu řešení. Pokud nově zavedený postup vede k významnému zlepšení výsledků, mentální přednastavení může být překážkou v rozvoji. Srovnat efektivitu ARS a jiných zaběhlých postupů však na základě našich dat patrně nelze – zbývá pouze konstatovat, že ARS může i zkušenějším lékařům posloužit alespoň jako referenční kritérium pro srovnání vlastních ustálených postupů rozho-

dování s aktuálními doporučeními vyplývajícími z výzkumů kvality života pacientů v závěru života a jejich blízkých.

Nelze samozřejmě vyloučit ani možnost, že nástroj ARS není dostatečně efektivní a vyžaduje revizi. Na tomto místě lze však opětovně odkázat na dodatečné komentáře těch lékařů, kteří nástroj hodnotili méně pozitivně – zmínka o nízké efektivnosti se v jejich sděleních prakticky neobjevovala, naopak bylo opakovaně poukazováno na to, že nástroj se jeví jako užitečný pro pracoviště nebo kolegy, kteří ještě nemají zavedený jiný strukturovaný postup v rozhodování. Nástroj ARS lze tedy chápat primárně jako inspiraci a podnět pro použití v klinické praxi, jehož podoba se může na základě dalšího využívání rozvíjet a upřesňovat, a jehož užitečnost by se měla nadále ověřovat.

Celkově výstupy této studie naznačují, že nástroj ARS se může stát jedním z užitečných, srozumitelných a časově nenáročných prostředků pro strukturování úvah a zkvalitnění procesu rozhodování, v němž jsou zastoupeny jak odbornost a kompetence členů zdravotnického týmu a možnosti současné medicíny, tak hodnoty a preference pacienta. Nabízí strukturované vedení především začínajícím lékařům, kteří se v této oblasti zatím necítí být plně kompetentní [9]. Současně jej jako vhodný a podpůrný vnímá skupina expertů, kteří mají ve svých profesích dlouhodobé zkušenosti a zastávají vedoucí funkce na svých klinických pracovištích.

Limitem studie je nízký počet respondentů, což je dáno omezeným počtem expertů, kteří se v České republice danou oblastí zabývají, a limitovanými časovými možnostmi lékařů ve spolupracujících institucích, kteří byli ochotni nástroj v průběhu pracovní a organizačně náročného roku pandemie COVID-19 posoudit, resp. ověřit v praxi. Získané poznatky tedy nelze zobecňovat na celou populaci lékařů v klinické praxi. Bylo by zajímavé a užitečné, kdyby se podařilo získat data od vyššího počtu lékařů a zachytit tak názory v širším měřítku v rámci celé ČR, avšak plošné šetření by přesahovalo hlavní zaměření a možnosti tohoto výzkumného projektu. Limitem samotného nástroje ARS je fakt, že nepostihuje a neověřuje porozumění pacienta a jeho prognostické uvědomění, což mohou být potenciálně významné překážky v naplnění jeho smyslu. Vzhledem k limitacím studie je tedy nutné práci považovat za pilotní studii s potenciálem dalšího rozvoje do budoucna.

Potenciál nástroje ARS se však může ukázat jako významný v kontextu aktuální doby, kdy ve zdravotnictví došlo vlivem pandemie COVID-19 k řadě problémů a komplikací, mezi něž patří i významný pokles využívání ACP [21]. Ke zlepšení situace může přispět například větší využívání informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví ve formě eHealth [22]. Za účelem zkvalitnění procesu ACP již vznikly jak mobilní aplikace [23], tak i speciální webové stránky a interaktivní programy [24].

I když se tedy praktické možnosti pro využívání ACP zvětšují, stále přetrvávají určité překážky v jejich plošném rozšíření. Mezi nejčastější překážky zavádění ACP mezi zdravotníky patří vnímaný nedostatek času a adekvátního školení, zkušeností a sebedůvěry v provádění ACP. Na straně pacientů tomu brání jejich nedostatečné povědomí o ACP, nepříjemné pocity vyvolané rozhovorem o konci života, anebo neochota podělit se o výsledky těchto diskusí o ACP se svou rodinou [25]. Vzhledem k tomu, že nástroj ARS je postaven na poznatcích a přístupech ověřených v zahraničí, bylo by účelné nalézt v rámci dalšího zkoumání odpověď na otázku, zda a jaké zábrany existují v zavádění těchto nástrojů v tuzemském kontextu.

Mezi faktory, které naopak podporují úspěšnou implementaci efektivních strategií ACP, patří opakované a interaktivně vedené diskuse v rámci týmu i s pacientem, využívání strukturovaných nástrojů pro rozhodování a plánování péče a podpůrné politické a kulturní prostředí, jehož snahou je zlepšení kvality života pacientů s pokročilým závažným onemocněním. Pro zlepšení receptivity ACP se opakovaně zdůrazňuje také potřeba osvěty odborné i laické veřejnosti, jež by zvýšila povědomí o tom, že ACP slouží k posílení pozice pacientů a pomáhá jim stanovit smysluplné cíle pro budoucí péči [19].

Závěr

Plánování budoucí péče u pacientů se závažným onemocněním je proces, který podporuje pacienta v ujasnění a vyjádření jeho osobních hodnot. Ve sdíleném rozhodování o přiměřenosti péče pacient společně s lékařem hledají a formulují medicínsky realistický a hodnotám pacienta odpovídající cíl a plán budoucí lékařské péče. Nástroj ARS, jenž byl vytvořen za účelem poskytnutí jasněho vodítka v procesu ACP, byl hodnocen experty i lékaři se zkušeností v klinické praxi jako srozumitelný, časově nenáročný a v několika ohledech užitečný. Jeho využívání tedy může být jedním z faktorů podporujících kvalitnější komunikaci a vzájemné porozumění mezi lékařem a pacientem a umožňujících efektivnější plánování budoucí péče.

Nástroj je možné zavést na pracovištích, která o něj projeví zájem, a lze jej nabídnout také jako podpůrný materiál při vzdělávání začínajících lékařů. Prospěšné by pak bylo dlouhodobé sledování toho, jak jej budou zdravotníci přijímat, využívat a hodnotit, a zda a nakolik může nástroj napomoci zkvalitnění péče o pacienty v závěru života.

Dosavadní klinická zkušenost podpořená výsledky testování nástroje ARS naznačuje, že integrování ACP strategie do české zdravotní péče je potřebné a žádoucí. Zároveň je třeba zaměřit se na rozvoj vzdělávacích aktivit a osvětových programů pro lékaře i veřejnost, jež povedou k celkové kultivaci komplexní péče o pacienty s pokročilým závažným onemocněním.

PROHLÁŠENÍ AUTORŮ: Prohlášení o původnosti: Práce je původní a nebyla publikována ani není zaslána k recenznímu řízení do jiného média. Dílčí výsledky prezentovány formou přednášky na konferenci „Nové perspektivy v rozhodování o zdravotní péči v závěru života: Poznatky, zkušenosti a příklady dobrého rozhodování v závěru života“ dne 13. 6. 2022 v Brně. **Střet zájmů:** Autoři prohlašují, že nemají střet zájmů v souvislosti s tématem práce. **Podíl autorů:** Všichni autoři rukopis četli, souhlasí s jeho zněním a zasláním do redakce časopisu Anesteziologie a intenzivní medicína. AS provedla literární rešerši, podílela se na sepsání rukopisu a finalizovala jeho verzi. TM provedla matematicko-statistické analýzy a podílela se na sepsání rukopisu. KR a OK vytvořili nástroj ARS, podíleli se na sběru dat a na finální kontrole textu. JK se podílel na přípravě rukopisu a finální kontrole textu. **Financování:** Práce vznikla jako součást řešení projektu Rozhodování o zdravotní péči v závěru života (DECAREL) TL02000360 podpořeného Technologickou agenturou ČR v rámci programu ÉTA. **Poděkování:** Autoři děkují za spolupráci expertům a lékařům, kteří se zapojili do ověřování nástroje ARS. **Registrace v databázích:** N/A. **Projednání etickou komisí:** Projekt byl posouzen a schválen Etickou komisí Lékařské fakulty Masarykovy univerzity registrační číslo: 26/2018.

LITERATURA

- Kuře J. (ed.). Rozhodování o zdravotní péči v závěru života. Praha: Academia; 2022.
- Sláma O. Několik poznámek k hledání „dobrého umírání“ v medicíně pozdně moderní doby. In: Kuře J, Petrů M a kol. Filosofie medicíny v českých zemích. Praha: Triton; 2015. p. 253-276.
- Fahner JC, Beunders AJM, van der Heide A, Rietjens JAC, Vanderschuren MM, van Delden JJM, et al. Interventions guiding advance care planning conversations: A systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2019 Mar;20(3):227-248.
- Hickman SE, Hammes BJ, Moss AH, Tolle SW. Hope for the future: achieving the original intent of advance directives. *Hastings Cent Rep* 2005; Spec No:S26e30.
- Hall A, Rowland C, Grande G. How should end-of-life advance care planning discussions be implemented according to patients and informal carers? A qualitative review of reviews. *J Pain Symptom Manage*. 2019 Aug;58(2):311-335.
- Kuře J. Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2020;10(2): 84-104.
- Dvořáčková K, Slezáčková A, Čermáková L. Psychosociální faktory na straně lékaře ovlivňující proces péče a rozhodování v závěru života pacientů. *Československá psychologie*. 2021; 65(4): 369-388.
- Maláská J, Stašek J, Kratochvíl M, Zvoníček V a kol. Intenzivní medicína v praxi. Praha: Maxdorf Medica; 2020.
- Slezáčková A, Dvořáčková K, Kopecký O, Rusinová K, Sláma O, Černý D, et al. Faktory ovlivňující proces rozhodování o péči v závěru života u hospitalizovaných pacientů. *Cas Lek Cesk*. 2021 Fall;160(5):176-184.
- Walczak A, Butow PN, Bu S, Clayton JM. A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions: who do they target, how are they structured and do they work? *Patient Educ Couns* 2016;99:3e16.
- Frechman E, Dietrich MS, Walden RL, Maxwell CA. Exploring the uptake of advance care planning in older adults: An integrative review. *J Pain Symptom Manage*. 2020 Dec;60(6):1208-1222.e59.
- Weathers E, O'Caoimh R, Cornally N, Fitzgerald C, Kearns T, Coffey A, et al. Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. *Maturitas*. 2016 Sep;91:101-9.
- Wendrich-van Dael A, Bunn F, Lynch J, Pivodic L, Van den Block L, Goodman C. Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud*. 2020 Jul;107:103576.
- Ashana DC, Chen X, Agiro A, Sridhar G, Nguyen A, Barron J, et al. Advance care planning claims and health care utilization among seriously ill patients near the end of life. *JAMA Netw Open*. 2019 Nov 1;2(11):e1914471.
- Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, Coe NB, Long AC, Curtis JR. Estimating the effect of palliative care interventions and advance care planning on ICU utilization: a systematic review. *Crit Care Med* 2015;43:1102e1111.
- Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The effects of advance care planning interventions on nursing home residents: A systematic review. *J Am Med Dir Assoc* 2016;17(4):284-293.
- Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008 Oct 8;300(14):1665-73.
- Carnevale FA. Moral distress in the ICU: it's time to do something about it! *Minerva Anesthesiol*. 2020 Apr;86(4):455-460.
- Jimenez G, Tan WS, Virk AK, Low CK, Car J, Ho AHY. Overview of systematic reviews of advance care planning: Summary of evidence and global lessons. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Sep;56(3):436-459.e25.
- Luchins AS. Mechanization in problem solving: The effect of Einstellung. *Psychological Monographs*. 1942;54(6)i-95.
- Hirakawa Y, Saif-Ur-Rahman KM, Aita K, Nishikawa M, Arai H, Miura H. Implementation of advance care planning amid the COVID-19 crisis: A narrative review and synthesis. *Geriatr Gerontol Int*. 2021 Sep;21(9):779-787.
- Lekárová M, Barešová Z, Světlák M, Slezáčková A, Malatincová T, Šumec R. eHealth v medicíně a onkologii – nové horizonty klinické praxe. *Klin Onkol*. 2021 Fall;34(5):366-373.
- McDarby M, Llana D, George L, Kozlov E. Mobile applications for advance care planning: A comprehensive review of features, quality, content, and readability. *Am J Hosp Palliat Care*. 2021 Aug;38(8):983-994.
- van der Smitten D, Overbeek A, van Dulmen S, van Gemert-Pijnen L, van der Heide A, Rietjens JA, et al. The Feasibility and effectiveness of web-based advance care planning programs: Scoping review. *J Med Internet Res*. 2020 Mar 17;22(3):e15578.
- Miller H, Tan J, Clayton JM, Meller A, Hermiz O, Zwar N, Rhee J. Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2019 Mar 6;18(1):25.