

# Jak těžké je změnit trajektorii pacientů s terminální progresí nevléčitelného onemocnění v péči záchranné služby?

Marek Uhlíř,<sup>1,2</sup> David Peřan,<sup>1,3,4</sup> Pavla Bařková,<sup>1</sup> Adam Houska,<sup>2,7</sup> Roman Procházka<sup>8</sup>, Irena Zavadová,<sup>5,6</sup> Martin Loučka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, Praha

<sup>2</sup>Centrum paliativní péče, z.ú., Praha

<sup>3</sup>Kabinet veřejného zdravotnictví, 3. lékařská fakulta UK, Praha

<sup>4</sup>Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha

<sup>5</sup>Cesta domů, z.ú., Praha

<sup>6</sup>Subkatedra paliativní medicíny IPVZ, Praha

<sup>7</sup>Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

<sup>8</sup>Hospic Štrasburk, o.p.s, Praha

## Souhrn

Doma by si přálo dožít 80 % obyvatel ČR. Místo toho stejný počet zemře přesně tam, kde nechce: 60 % úmrtí nastává v nemocnicích, 19 % v pobytových sociálních službách. Pro fakt, že se většina očekávatelných úmrtí v kontextu progresu nevléčitelného onemocnění odehrává na lůžku akutní péče za krátkodobé terminální hospitalizace, přitom neexistuje přijatelné klinické ani ekonomické vysvětlení. Díky zvýšenému zájmu o okolnosti, za jakých se u nás umírá, se v posledních letech přístup k léčbě na konci života mění k lepšímu. Tento kazuistický článek ukazuje na příkladu několika pacientů, jak významnou roli pro trajektorii pacientů na konci života může sehrát rozhodování na úrovni zdravotnického operačního střediska nebo výjezdové skupiny.

## Abstract

Home would be preferred place of end-of-life care for eighty per-cent of the Czech population. However, the reality is quite the opposite: 60 % of deaths occur in hospitals and 19 % in social services institutions. There is neither relevant clinical nor economical explanation for the fact that anticipatable deaths related to life-shortening diseases occur mostly during short-term, terminal acute hospitalization. Following an increased public interest, dying in Czechia is now undergoing a significant change. This case series study shows that clinical decision-making of the medical dispatching and field response units can play a crucial role in end-of-life trajectories.

## Korespondující autor:

Mgr. Marek Uhlíř, Zdravotnické operační středisko, Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, Korunní 98, 101 00 Praha 10, e-mail: marek.uhlir@zzshmp.cz

**Klíčová slova:** zdravotnická záchranná služba, zdravotnické operační středisko, paliativní péče, zdravotničtí záchranáři, přednemocniční neodkladná péče

**Key words:** ambulance, medical dispatch center, emergency medical services, end-of-life care, palliative care, paramedics, pre-hospital care.

## Úvod

Empiricky je personálem zdravotnické záchranné služby (ZZS) vnímán fakt, že je ZZS často volána k pacientům s pokročilým nevléčitelným onemocněním. Anketa provedená v roce 2019, kdy jsme se začali touto problematikou systematicky zabývat v rámci společného projektu Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy (ZZS HMP) a Centra paliativní péče za podpory vedení Hlavního města Prahy, ukázala, že zaměstnanci ZZS odhadují, že se téměř každou směnu setkají s nevléčitelně nemocným pacientem, který by měl benefit z jiného postupu než převozu k akutní hospitalizaci [2]. Poměrně bohatá zahraniční literatura na toto téma se shoduje, že problém je považován za závažný i v zahraničí a představuje nezanedbatelný počet výjezdů. Přehledová studie publikované literatury, kterou jsme na toto téma zpracovali, však ukazuje, že většina prací zkoumala za pomoci kvalitativních metod postoje a názory pracovníků ZZS [3]. Reálná čísla o tom, jak velká je předmětná pacientská populace a jaká je její trajektorie systémem, nejsou k dispozici. Je překvapivé, jak málo toho o problému výjezdů ZZS k pacientům s pokročilým nevléčitelným onemocněním skutečně víme.

Čerpání akutní zdravotní péče, opakované hospitalizace v krátkém čase a terminální hospitalizace pacientů s chronickým onemocněním jsou ve většině zdravotnických systémů v rozvinutých zemích vnímány jako ukazatele nevhodné organizace zdravotní péče na konci života [4, 5, 6, 7]. Jsou totiž nejen popřením preferencí většiny pacientů, ale ve většině případů také představují neracionální zacházení s lidskými a finančními zdroji uvnitř systému. Tento fakt v roce 2017 v českém prostředí přesvědčivě dokázala i studie provedená Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) na populaci všech zemřelých pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny [8].

Teoreticky dnes nic legislativně, ekonomicky ani odborně nebrání tomu, aby ZZS na tísňová volání od pacientů, kteří mají snížený benefit z akutní hospitalizace a zvýšenou potřebu paliativní péče, uměla reagovat způsobem, který bude jejich potřebám přiměřenější. Jak by to mohlo vypadat v praxi, ilustrují následující kazuistiky.

### Kazuistika 1 – paní B.

Tísňové volání přichází 6. ledna 2021 na linku 155 v brzkém ránu, dcera volá kvůli matce. Z hovoru vyplývá, že rodina už si neví rady s péčí o sedmasedmásátiletou polymorbidní pacientku s nádorem prsu a vaječníků, po chemoterapii a opakovaných hospitalizacích. Dcera vysvětluje, že matka jí schází před očima ze dne na den, od včera nespokne léky, nyní už nereaguje na oslovení. Širší rodina vypomáhá manželovi, který je hlavním pečujícím, ale už si neví rady.

Operátor linky 155 zjišťuje, zda s nimi někdy někdo mluvil o možnostech paliativní péče a zda by jim teď po-

mohla spíš hospitalizace, nebo pokus zajistit péči doma. Po odsouhlasení ze strany volající dcery kontaktuje ambulanci paliativní medicíny s návštěvní službou domácího hospice Cesta domů. Operátor ověří, že mají kapacitu na ambulantní návštěvu týž den, zpětně kontaktuje dceru pacientky a předává kontakty na ambulanci paliativní medicíny. Ujišťuje volající, že kdyby jakkoliv nepochodila, nebo si to rozmyslela, může kdykoli znovu kontaktovat ZZS, která neprodleně přijede. Předání pacientky do péče ambulance paliativní medicíny operátor předem konzultoval s vedoucím lékařem směny na nahrávané lince a zaznamenal předání do dokumentace dispečerského programu.

Týž den před polednem za pacientkou přijíždí lékařka a sestra z ambulance paliativní medicíny. Nachází pacientku s nádorovou triplicitou, která je přijata do péče k tzv. domácí hospitalizaci (v odbornosti 926 mobilní specializovaná paliativní péče – MSPP) pro výrazné zhoršení stavu – dušnost, bolesti a neklid. Po poslední hospitalizaci v prosinci 2020 byla schopna pocházet po bytě, příjem per os byl nižší, přetrvávala únava. Po několika dnech únava a slabost s nechutenstvím progredují, nemocná s velmi omezeným kontaktem zcela ulehla, již nepolkla léky. Nemocná s rodinou se rozhodli do nemocnice již nejedít. Palliative Performance Scale 10 %, SpO<sub>2</sub> neměřitelná, dechová frekvence 28/min s občasnými hlasitými výdechovými fenomény. K dispozici je recentní dokumentace z fakultní nemocnice.

Paní B. je při vstupní návštěvě ležící, kontakt nelze navázat, občas pootevře oči, zjevný motorický neklid – šátrá rukama, dýchání spíše povrchní, tachypnoe. Periferní cyanoza je výrazná především na obou horních končetinách, akce srdeční je pravidelná 130/min.

Lékařka s rodinou komunikuje doporučení a plán další péče, který je takto popsán i v dokumentaci:

- 1) Širší rodina je zcela informována o závažnosti stavu nemocné, vědí, že časová prognóza je spíše v řádu hodin. Prioritou je komfort nemocné.
- 2) Zavedena s.c. kanyla, aplikováno 10 mg Morphinu a 5 mg midazolamu, po cca 20–25 min se nemocná motoricky zklidňuje, dechová frekvence také mírně klidnější.
- 3) Cíl péče: léčba symptomů, komfort nemocné.
- 5) Plán další péče: přijata do péče hospice, prognóza spíše v hodinách, kontrola kdykoliv dle potřeby na pohotovostní lince návštěvní služby domácího hospice.

Ve 14 hodin telefonuje dcera na pohotovostní číslo mobilního hospice, pacientka v klidu zemřela. Do rodiny přijíždí pohotovostní sestra pomoci rodině po úmrtí, přivolává koronera. Z dokumentace koronera: „Od včera rychlé zhoršování stavu, včera návštěva faráře, dnes lékařky MSPP Cesta domů, hodnoceno jako terminální stav, aplikován morfin. Ve 14 hodin očekávané úmrtí v kruhu rodiny.“

Zpětným dotazem u primářky Cesty domů je ověřeno, že takový model předávání pacientů z terénu je žádoucí a vítaný, i když kapacita zařízení je natolik zatížena převísem poptávky, že pravděpodobnost volné kapacity pro návštěvu týž den je omezená.

Při zpracování kazuistiky zpětně dohledán první výjezd ZZS k pacientce paní B. dne 20. 10. 2020, kdy ZZS volána z ambulance endokrinologie pro 3 týdny trvající námahovou dušnost. Další volání 3. 12. 2020 z důvodu zhoršení námahových obtíží (po čištění zubů si musí na hodinu lehnout).

### **Kazuistika 2 – pan H.**

3. března 2021 v dopoledních hodinách tísňové volání od ženy, která pečuje o bratra s onkologickým onemocněním. Výjezd skupiny rychlé zdravotnické pomoci (RZP) s klasifikací „Bolest“. Výjezdová skupina na místě nachází sedmdesátiletého pacienta s tumorem prostaty a generalizací do skeletu. Pacient je sedící na lůžku, při vědomí, orientovaný, eupnoický, s pravidelnou akcí srdeční 80/min, TK 120/60 mm Hg, SpO<sub>2</sub> 97%, dechová frekvence 14/min, zavedený permanentní močový katetr (PMK). Pan H. udává bolesti celého těla, na které s nedostatečným efektem užívá dihydrokodein 90 mg tbl. po 12 hod. Pečující sestra je vyčerpaná a jako dominantní důvod tísňového volání upřesňuje spíše nemožnost se o bratra dál starat než symptomatickou tíži onemocnění. Pokus nastavit lépe analgetickou léčbu doma jí proto nepřijde jako přiměřené řešení a preferovala by hospitalizaci.

Zdravotnická záchranářka z místa kontaktuje Zdravotnické operační středisko (ZOS) s dotazem „jak jsme na tom s tou paliativní péčí?“ Operátor ověřuje možnost příjmu pana H. v lůžkovém hospici Štrasburk – primářem zařízení je potvrzena ochota k příjmu pacienta přímo z terénu. Byť jde o zcela nezvyklý postup, personál hospice je velmi ochotný a jedinou komplikací se ukazuje nutnost provést u pacienta test na covid-19. Zdravotnická záchranářka ověřuje v testovacím centru Infekční kliniky Nemocnice na Bulovce možnost provést mimořádně bedside test v sanitce, setkává se také s velkou vstřícností a pochopením. Celý postup a předání zkonzultuje a schválí na nahrávané lince operačního střediska vedoucí lékař směny, operátor ho zapíše podrobně do dokumentace dispečerského programu a záchranářka do záznamu o výjezdu.

Pacient je následně posádkou RZP předán v lůžkovém hospici Štrasburk s krátkou mezizastávkou pro provedení testu na covid-19. V dokumentaci lůžkového hospice je přijímajícím lékařem zařízení konstatována obtížnost příjmu pacienta s chybějící dokumentací (kromě záznamu o výjezdu ZZS se může opírat jen o rozhovor se sestrou nemocného, dokumentace ze zdravotnického zařízení není k dispozici žádná). Přijímajícím lékařem je upravena analgetická léčba, pacient v následujících dnech orientován, mobilní na lůžku, přijímá per os.,

postupná očekávaná progresse stavu. Umírá 10. března, sedmý den po příjmu do lůžkového hospice, pečující sestře včas nabídnuta možnost rozloučení na základě výjimky ze zákazu návštěv.

Při zpracování kazuistiky dohledán první výjezd ZZS k pacientovi 30. května 2020, kdy volal pro bolest podbřišku a retenci moči. Odvezen na spádovou urologii s diagnózou retence, kde byl pravděpodobně zjištěn novotvar prostaty.

U primáře lůžkového hospice je ověřeno, že zařízení považuje příjem pacientů od ZZS za žádoucí a je otevřeněno spolupráci, lůžková kapacita je ve většině případů k dispozici; omezujícím faktorem je přítomnost kmenového lékaře zařízení pouze v pracovní době všedních dní.

### **Kazuistika 3 – paní P.**

Dne 20. dubna 2021 přijata tísňová výzva od pečující rodiny čtyřiaředesátileté pacientky – náhle vzniklá porucha vědomí u polymorbidní pacientky s alzheimerskou symptomatikou, imobilní, zcela závislé na péči rodiny. Výzva klasifikována jako „Bezvědomí+“, 09:21 výjezd posádky RZP v dynamické indikaci. Záchranář si z místa po konstatování soporózní poruchy vědomí (při normoglykémii), tachypnoe 25/min, změněný vzorec dýchání, výrazná kachexie a na naléhání dcery a vnuka, že nechtějí dát babičku do nemocnice, ale neví, co s ní, přivolává lékařskou posádku v rámci rendez-vous systému (RV). Lékařka po rozhovoru s rodinou nabízí možnost pokusit se o symptomatickou léčbu v domácím prostředí a upřednostnit kvalitu zbývajících krátkého života pacientky před akutní hospitalizací. S rodinou detailně komunikuje možný další vývoj progredujícího onemocnění, na dotaz upřesňuje prognózu na hodiny až dny a ponechává paní P. v péči rodiny s ujištěním, že mohou znovu volat ZZS kdykoliv. Zaznamenaná rozhovor a cíle další léčby do dokumentace a v 10:31 odjíždí. V 11:31 rodina volá, že paní P. v klidu zemřela, na místo vyjíždí koroner.

### **Kazuistika 4 – pan J.**

Tísňové volání přijato 19. dubna 2021, manželka pečuje o sedmaředesátiletého pacienta pana J. s tumorem jater s generalizací do plic: manžel se postupně zhoršuje, přestal jíst, pít, chodit, péče se stává čím dál náročnější. Hospitalizace v nedaleké minulosti nevedly ke zlepšení stavu. Volající se obává, že když manžel nebude jíst, mohl by třeba i zemřít. Po cíleném dotazu operátora, zda s nimi někdo hovořil o paliativní péči, manželka uvádí, že mají objednanou ambulanci návštěvu domácího hospice Cesta domů za dva dny. Operátor nabízí jako možnosti řešení buď výjezd ZZS a odvoz k hospitalizaci, nebo pokus o ověření kapacity a případně urychlení návštěvy domácího hospice na týž den; nato se paní do telefonu rozpláče a říká „já bych přece jen raději, kdybyste ho odvezli do té nemocnice.“

Pacient je posádkou RZP předán do Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV). Příjezd pacienta je cestou operačního střediska avizován konziliárnímu týmu paliativní medicíny, který je v této nemocnici k dispozici. Lékařka paliativního týmu přichází na společný příjem interních klinik a přijímajícímu lékaři nabízí konzilium a rozhovorem s pacientem a manželkou o cílech další léčby. V jeho rámci vede dialog s pacientem a pečující manželkou, v němž pokračují i v následujícím dni v rámci převodu pacienta do péče týmu paliativní medicíny FNKV.

Po dalších dvou dnech je pacient pan J. připraven k dimisi s předáním týmu mobilní specializované paliativní péče, který bude v nastavené léčbě pokračovat v domácím prostředí, manželka je již informována o povaze a prognóze onemocnění a je srozuměna s postupem.

K dimisi z FNKV dojde dne 22. 4. po vizitě, převezen domů a předán do péče manželce a synovi, který přijel vypomoci na následující dny. Týž den v 10:45 se koná přijímací návštěva domácího hospice Cesta domů. Pan J. je přijat do péče v domácí hospitalizaci pod odborností 926 s nepřetržitě dostupnou pohotovostní návštěvní službou.

Z dokumentace vyplývá, že pan J. je v tu dobu ležící, komunikující, bez bolestí či dušnosti. Nejí, pije málo. Palliative Performance Scale 20%. Dominuje neklid, chce na lůžku sedět, držet syna za ruku, pak zase ležet, aby se za chvíli nechal opět posadit. Akce srdeční pravidelná 72/min., SpO<sub>2</sub> 95%; pan J. je zahleněn, má pleny. V průběhu vstupního vyšetření lékařka indikuje vyjmutí periferní implantované centrální kanyly a převod na subkutánní podání léčiv s úpravou medikace. Během návštěvy je domácím hospicem přivezena a smontována polohovací postel s antidekubitní matrací, rodina zaškolená v ovládání pomůcek, v podávání léčiv včetně emergentní medikace a v hygieně.

Týž den v 16:00 volá na pohotovostní číslo mobilního hospice manželka, která si není jistá, zda pacient pan J. nezemřel. Výjezd domácího hospice na místo, konstatováno očekávané úmrtí v klidu v kruhu rodiny, přivolán koroner. Manželka i syn sedí před domem a kouří, pijí alkohol a vzpomínají na pana J., dcera přijíždí z práce a pláče, že se nestihla rozloučit. Sestra domácího hospice pomáhá s úpravou těla zemřelého, vysvětluje další postup, promluví s plačící sestrou a po hodině odjíždí, na koronera již rodina počká sama.

## Diskuse

Z uvedených kazuistik vyplývá že změnit trajektorii pacienta v posledních hodinách, dnech a týdnech života s progresí nevyléčitelného onemocnění je v každodenní praxi ZZS možné. Co tedy brání tomu, abychom těmto pacientům a jejich pečujícím mohli rutinně nabídnout i jiné možnosti, než převoz k hospitalizaci na akutním lůžku? Na základě studia publikované literatury i zna-

losti každodenní praxe a provozních možností na obou stranách (tedy na straně ZZS i poskytovatelů specializované paliativní péče) se domníváme, že to jsou zejména následující faktory:

- 1. Neexistence indikačních kritérií.** Odpověď na otázku, jak bezpečně, rychle a bez nutnosti vyšetření lékařem poznat pacienta, který má snížený benefit ze standardní trajektorie vedoucí k akutní hospitalizaci bez rizika poškození pacienta, zatím žádná publikovaná práce nepřinesla. V reakci na to bude ZZS HMP v letošním roce pilotně ověřovat včasnou identifikaci těchto pacientů pomocí screeningového nástroje Rapid-PCST, odvozeného od Palliative Care Screening Tool. Bude-li ověřena jeho senzitivita a specifita jako dostatečná, dojde k jeho publikování a uvedení do běžného provozu. V ČR nemá ZZS k dispozici databázi pacientů se zdokumentovanými preferencemi týkajícími se péče na konci života, jako je například program Coordinate My Care v Británii.
- 2. Neinformovanost pacientů a jejich pečujících o pravé povaze a závažnosti onemocnění.** Jak ukazuje nejen poslední kazuistika (obava „když nebude jíst, mohl by i umřít,“ formulovaná čtyři dny před očekávatelným úmrtím pana J.), ale i studie tisíce úmrtí ve fakultní nemocnici [9], většina pacientů ani jejich blízkých nezná prognózu onemocnění a často dokonce až do smrti netuší, že nemoc je nevyléčitelná. Nedostatečně je s nimi komunikováno o cílech a povaze léčby: jen velmi zřídka například ví, že aktuálně podstupovaná chemoterapie nemůže nemoc vyléčit ani zastavit, ale pouze zpomalit. V časově omezených možnostech příjmu tísňového volání a výjezdu na základě tísňové výzvy tento faktor představuje skutečnou komunikační výzvu, v níž navíc rozhovor nejčastěji vede zdravotnický záchranář, nikoliv lékař. I tato překážka však má řešení v podobě zvyšování komunikačních dovedností personálu ZZS, ideálně ve spolupráci s regionálně příslušnými poskytovateli specializované paliativní péče.
- 3. Potřeba nastavení provozních postupů.** V tuto chvíli vyžaduje pokus o předání pacienta z režimu příjmu tísňového volání nebo výjezdu ZZS do péče poskytovatele v oboru paliativní medicína důkladnou znalost provozních postupů na obou stranách, znalost klinických indikačních kritérií pro zařazení pacienta do specializované paliativní péče, extenzivní komunikaci s přijímajícím pracovištěm a vlastně hledání řešení u každého pacienta znovu od nuly. Tento problém je relativně snadno překonatelný vyvoláním jednání s poskytovateli této péče v regionu a nastavením pravidel spolupráce.
- 4. Kapacita poskytovatelů.** Návštěvní služba praktických lékařů u těchto pacientů dle dle statistik ÚZIS spíše výjimečným jevem [10], na čemž má pravděpodobně podíl málo motivující úhrada v řádu desetikorun. Nemožnost předat pacienta do návštěvní služby

praktického lékaře je pro možnosti odezvy ZZS zásadně limitující, ale nezdá se, že by se v blízké době rýsovala jakákoliv změna k lepšímu. Segment specializované paliativní péče se bouřlivě rozvíjí, a jeho kapacita se meziročně zvyšuje o desítky procent. Přesto to ani zdaleka nestačí, minimálně v podmínkách Prahy, odkud pochází naše kazuistiky, protože vypočítaná četnost výjezdů ZZS HMP k paliativně relevantním pacientům je šest denně [2]. Tento problém je strukturální, jeho změna vyžaduje spíše roky práce a ani zvýšená finanční podpora nemůže urychlit například profesní přípravu kvalifikovaných dvouatestovaných lékařů – paliatrů, nebo nedostatek sester kompetentních k samostatné práci s pacienty v kritickém stavu bez zázemí nemocnice za zády.

### Závěr

Pomocí čtyř kazuistik jsme se pokusili nastínit možné změny v obvyklých trajektoriích pacientů, žijících s život omezujícím nebo zkracujícím onemocněním, k nimž je volána ZZS. Příběhy čtyř pacientů ilustrují ochotu všech zainteresovaných profesionálů na mnoha úrovních zdravotnického systému poskytnout pacientovi na konci života péči, která bude zaměřena na jeho individuální potřeby a důstojnost. Kazuistiky také ukazují, že radikální změna trajektorie pacienta od běžné terminální hospitalizace na akutním lůžku k jiným formám end-of-life péče nevyžaduje dramatické úsilí. Zatím však nemají šanci v realitě metropole a v širším měřítku uspět bez promyšleného plánu, jak postupně a ve spolupráci všech zúčastněných zařízení překonávat čtyři identifikované překážky.

### Konflikt zájmů:

Autoři deklarují, že nemají žádný relevantní konflikt zájmů.

### Literatura:

1. Uhlíř M, Peřan D, Loučka M, Švancara J. Paliativní péče v prostředí zdravotnické záchranné služby – situační zpráva. Praha; 2020. <https://paliativnicentrum.cz/projekty/paliativni-pece-v-prostredi-zdravotnicke-zachranne-sluzby>.
2. Peřan D, Uhlíř M, Loučka M, et al. Approaching the end of their lives under blue lights and sirens – scoping review. *J Pain Symptom Manage*. 2021, May 11. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.023.
3. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, Mccrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jun 6;(6):CD007760. doi:10.1002/14651858.CD007760.pub2
4. Department of Health UK. Our Commitment to you for end of life care The Government Response to the Review of Choice in End of Life Care. 2016.
5. Robinson J, Gott M, Gardiner C, et al. The 'problematisation' of palliative care in hospital: an exploratory review of international palliative care policy in five countries. *BMC Palliat Care* 2016;15: 64.
6. Hoare S, Kelly MP, Prothero L, Barclay S. Ambulance staff and end-of-life hospital admissions: A qualitative interview study. *Palliat Med*. 2018;32(9):1465-1473. doi:10.1177/0269216318779238
7. Dušek L, Švancara J. Pilotní projekt mobilní specializované paliativní péče – Národní datová základna paliativní péče. Brno; 2017. <https://www.paliativnidata.cz/index.php?pg=poslednich-30-dni-zivota--pilotni-projekt-mobilni-specializovane-paliativni-pece>.
8. Rusinová K, Kopecký O. Výzkumný projekt všeobecné fakultní nemocnice ODDICUS. Praha; 2016. <http://www.karim-vfn.cz/cz/vyzkum/oddicus.html>.
9. Loučka M, Uhlíř M, Krejčí J, Fialová K. Záměr rozvoje paliativní péče na území Hl. m. Prahy pro roky 2020-2025, schválený usnesením Zastupitelstva hl. m. Prahy číslo 15/50 ze dne 19. 3. 2020. Praha; 2020:56. [http://zdravnictvi.praha.eu/jnp/cz/zdravotni\\_pece\\_a\\_prevence\\_koncepcni/index.html](http://zdravnictvi.praha.eu/jnp/cz/zdravotni_pece_a_prevence_koncepcni/index.html).