

Zdůvodnění a přínos hodnotové anamnézy v klinické praxi: postoj pedagogů vnitřního lékařství

Kateřina Rusinová¹, Tereza Sládková², Michal Vrablík³, Alexandra Židková⁴, Tereza Petrů⁵, Pavel Dušek⁶, Martin Matějovič⁷

¹Klinika paliativní medicíny, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

²studentka 5. ročníku oboru Všeobecné lékařství, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

³III. interní klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

⁴Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň

⁵Konziliární tým paliativní péče, Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň

⁶Neurologická klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

⁷I. interní klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova a Fakultní nemocnice Plzeň

Cíl: U pacientů se závažným onemocněním, zejména v situacích nepříznivého vývoje nebo prognózy, je nezbytné zvažovat a rozhodovat o přiměřenosti dalšího léčebného postupu. Pro poskytování péče odpovídající pacientovým hodnotám a preferencím je klíčová schopnost vést hodnotově orientovaný rozhovor. Hodnotová anamnéza (HA) má být součástí curricula na lékařské fakultě.

Metoda: Dotazníkové šetření mapující postoj pedagogů vnitřního lékařství na 1. LF UK a LF UK v Plzni k významu, zkušenostem, potenciálním přínosům a bariérám začlenění hodnotové anamnézy do výuky standardního anamnestického rozhovoru.

Výsledek: Celkem bylo v rámci studie vyhodnoceno 123 dotazníků. Hodnotová anamnéza ani její jednotlivé prvky se v současné době ve výuce ani v praxi široce neuplatňují. Naprostá většina lékařů (83 %) ji však považuje za velmi důležitou, mezi potenciálními přínosy vidí zejména: vyšší spokojenost pacientů a jejich rodin, větší možnost respektovat přání pacienta a také potenciální snížení počtu neplánovaných nebo nechtěných rehospitalizací v závěru života.

Závěr: Kladný postoj pedagogů podporuje potřebu začlenění hodnotové anamnézy jak do výuky, tak i do běžné klinické praxe. HA se stává součástí strukturovaného anamnestického rozhovoru v předmětu Interní propedeutika a vnitřní lékařství na 1. LF UK a LF UK v Plzni.

Klíčová slova: anamnéza, hodnoty a preference, informační potřeby, komunikace, paliativní medicína, porozumění, vnitřní lékařství, výuka.

Rationale and benefits of value history in clinical practice: attitudes of internal medicine teachers and physicians

Aim: In patients with severe illnesses, particularly in situations of unfavorable prognosis, it is essential to consider and decide on the appropriateness of further treatment. The ability to conduct a values-oriented conversation is crucial for providing care that aligns with the patient's values and preferences. Values History Taking (VHT) should be included in the curriculum of medical schools.

doc. MUDr. MgA. Kateřina Rusinová, Ph.D.

Klinika paliativní medicíny, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice

katerina.rusinova@vfn.cz

Cit. zkr: Vnitř Lék. 2023;69(8):E4-E9

Článek přijat redakcí: 9. 10. 2023

Článek přijat po recenzích: 20. 10. 2023

Method: A questionnaire survey mapping the attitudes of internal medicine educators at the 1st Faculty of Medicine, Charles University, and the Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University, regarding the significance, experiences, potential benefits, and barriers of incorporating value history taking into the teaching of standard medical history interviews.

Results: A total of 123 questionnaires were evaluated in the study. Currently, value history taking, as well as its individual elements, are not widely integrated into medical education or practice. However, most physicians (83%) consider it very important. Among the potential benefits, they see higher patient and family satisfaction, greater ability to respect the patient's wishes, and the potential reduction in the number of unplanned or unwanted rehospitalizations towards the end of life.

Conclusion: The positive attitude of educators supports the need for the integration of value history taking into both education and routine clinical practice. Value history taking becomes a part of the structured medical history interview in the subject of Internal Propaedeutics and Internal Medicine at the 1st Faculty of Medicine, Charles University, and the Faculty of Medicine in Plzeň, Charles University.

Key words: palliative medicine, internal medicine, communication, education, values and preferences, understanding, information needs.

Úvod

Anamnestický rozhovor představuje klíčovou dovednost v medicíně a je nedílnou součástí výuky studentů všeobecného lékařství v klinických oborech (1). Jeho hlavním cílem je získání souboru informací, které jsou podstatné pro správné vyhodnocení zdravotního stavu pacienta a jejich zaznamenání do zdravotnické dokumentace. Schopnost odebrat anamnézu je základní dovedností, kterou studenti lékařských fakult rozvíjejí a zdokonalují od 3. do 6. ročníku.

V poslední době přibývají důkazy o tom, že plánování budoucí péče, kdy se formuluje medicínsky realistický cíl péče právě na základě individuálních hodnot a preferencí pacienta, může významně zkvalitnit péči zejména o pacienty se závažným pokročilým onemocněním a pro pacienty v závěru života (2, 3). Znalost a dokumentace hodnot a preferencí pacienta je součástí řady mezinárodních doporučení, např. doporučení pro resuscitaci (4). Právním podkladem jsou pak tzv. participační práva vycházející z Ústavy a Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (5), která jsou zdůrazněna i v recentně vydaném Nálezu Ústavního soudu k jednostrannému vydání pokynu DNR (6). Dovednost lékaře vést hodnotově vázaný rozhovor se dostává do popředí i v sylabech zahraničních lékařských fakult (3, 7).

Východiskem a nezbytnou podmínkou rozhovoru je ověření porozumění pacienta. Pro případ, kdy pacient není kompetentní k rozhodování, je užitečné znát osobu s právem zástupného souhlasu a podporovat pacienty, aby si takového zástupce včas určili. Řada zdravotnických zařízení pacientům poskytuje možnost určit si osobu s právem zástupného souhlasu ve formuláři souhlasu s hospitalizací nebo formou samostatného formuláře.

V posledních letech dochází také k významnému posunu ve spektru pacientů. Přibývá starších pacientů trpících chronickými progresivními onemocněními. U hospitalizovaných pacientů bylo až 20 % hospitalizováno více než třikrát během posledních šesti měsíců života (8). Z výzkumných studií dále vyplývá, že pacienti často dostávají v závěrečné fázi života péči, která není v souladu s jejich hodnotami a preferencemi, včetně nechtěných hospitalizací v intenzivní péči (9, 10).

Nedávná multicentrická studie provedená v populaci závažně nemocných pacientů v České republice ukázala, že hodnoty, preference pacientů a jejich porozumění průběhu nemoci, které by pomohly

stanovit adekvátní cíle léčby, zejména v pokročilých stádiích onemocnění, jsou dokumentovány pouze u méně než 10 % z nich (11). Bylo přitom potvrzeno, že rozhovor zaměřený na získání těchto hodnotově vázaných informací o pacientovi je jak u populace ambulantně sledovaných onkologických pacientů, tak i u populace hospitalizovaných polymorbidních pacientů časově nenáročný, efektivní a výtěžný (12, 13).

V souvislosti s těmito poznatky byla v rámci spolupráce 1. LF UK a LF UK Plzeň založena neformální kolaborativní skupina mezi pracovišti interní a paliativní medicíny obou fakult, která si klade za cíl integrovat výsledky výzkumu a zahrnout hodnotově vedený rozhovor do výuky mediků a široké/standardní klinické praxe.

Praktická výuka rozhovoru s pacientem na téma porozumění nemocí, osoby důvěry (osoby s právem zástupného souhlasu) a hodnot a preferencí byla označena jako „hodnotová anamnéza“ a byla začleněna od ak. r. 2021/22 do sylabu povinné výuky v rámci předmětu Základy komunikace a paliativní medicíny na 1. LF, a od ak. r. 2022/23 v rámci předmětu Geriatrie a paliativní medicína na LF UK v Plzni. V hodnocení předmětu studenti 1. LF UK poukázali na vysokou potřebnost tématu a dobrou kvalitu výuky (14). Na obou lékařských fakultách je k praktickému nácviku hodnotové anamnézy pro studenty používána didaktická pomůcka (Obr. 1).

Cílem dotazníkové studie, která byla adaptována podle podobně zaměřeného projektu ve Spojených státech (1) a ke které byli osloveni lékaři a pedagogové zmíněných pracovišť, bylo zhodnotit postoj pedagogů a lékařů vnitřního lékařství k začleňování hodnotové anamnézy do výuky budoucích lékařů. Současně jsme se zajímali o jejich vlastní zkušenosti a praktické dovednosti v této oblasti komunikace.

Soubor a metodika

Projekt, jeho zdůvodnění a přehled literatury byl představen formou seminářů na pracovištích obou fakult, kde se vyučuje interní propedeutika a vnitřní lékařství.

Studie byla prováděna na celkem devíti pracovištích 1. LF UK a LF v Plzni, kde je vyučována interní propedeutika a vnitřní lékařství (seznam pracovišť je uveden v poděkování). Cílovou skupinou této studie byli lékaři a pedagogové pracující na těchto pracovištích. K vyplnění studie byli osloveni prostřednictvím přednostů nebo zástupců pro

Obr. 1. Didaktická pomůcka používaná ve výuce mediků

Základy komunikace a paliativní medicíny, 3. ročník
HODNOTOVÁ ANAMNÉZA – 3 OTÁZKY

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

Upraveno podle Desai AV., J Oncol Pract 2018, DOI: 10.1200/JOP18.00346

výuku a současně byl naplánován termín informativního semináře. Respondenti vyplňovali dotazník anonymně a svým vyplněním dali souhlas se zpracováním výsledků.

Ke sběru dat byl použit strukturovaný elektronický dotazník, který byl vytvořen prostřednictvím webové aplikace survio.com. Odkaz na dotazník byl prezentován během informativního semináře a následně byl zaslán e-mailem lékařům jednotlivých interních oddělení s časovým odstupem. Dotazník obsahoval 20 otázek, které byly rozděleny do tří tematických okruhů. Zaměřoval se na následující oblasti:

- Praktické zkušenosti s vedením hodnotově orientovaného rozhovoru o plánování budoucí péče společně s pacientem.
- Komunikační dovednosti v této oblasti a začlenění tématu do výuky budoucích lékařů.
- Potenciální přínosy a bariéry v souvislosti s tímto tématem.

Výsledky

Z celkové počtu 178 dotazníků otevřených mezi lednem a červnem 2023 bylo 123 (72,2 %) vrácených a kompletně vyplněných použito k vyhodnocení studie. Průměrná doba vyplnění dotazníku byla 10 min.

Tab 1. Srovnání četnosti péče o pacienty, u nichž by pro lékaře nebylo překvapivé úmrtí do 1 roku vs. četnost plánování budoucí péče na základě hodnot a preferencí pacienta

	denně / téměř denně	1x týdně / několikrát týdně	1x měsíčně a méně
nepřekvapivé úmrtí do 1 roku	66 (53,6 %)	39 (32,1 %)	18 (14,3 %)
plánování budoucí péče	33 (26,8 %)	32 (25,9 %)	58 (47,3 %)

Ze 123 respondentů převažovaly odpovědi od lékařů 1. LF UK – 90 (73,2 %), na zbytku se účastnili lékaři LF UK v Plzni počtem 33 (26,8 %). Mladších 40 let bylo 58 (47,2 %) respondentů, 52 (36,3 %) bylo ve věkovém rozmezí 40–60 let a zbylých 13 respondentů (10,6 %) tvořili lékaři/ lékařky starší 60 let. Zastoupení mužů a žen bylo téměř vyrovnané, a to 62 (50,4 %) žen a 61 (49,6 %) mužů. Na výuce se přímo podílí 105 (85,4 %) respondentů.

Praktické zkušenosti a postoj k vedení hodnotově orientovaného rozhovoru o plánování budoucí péče společně s pacientem

Ze získaných odpovědí vyplývá, že 75,4 % tázaných se se závažně nemocnými pacienty, u kterých by nebylo překvapením úmrtí do 12 měsíců, setkává denně či několikrát týdně. Pouhých 4,9 % respondentů uvedlo četnost setkání s takovými pacienty nižší než 1x za měsíc (Tab. 1). Zároveň se četnost setkání se závažně nemocnými statisticky významně snižuje v souvislosti s věkem a zkušeností lékaře ($p = 0,037$) (Obr. 2).

Přestože se většina lékařů setkává s takto závažně nemocnými velmi často, pouhých 32 (26,1 %) se dostane denně nebo alespoň několikrát týdně k vedení hodnotově orientovaného strukturovaného rozhovoru a cílenému plánování péče daného pacienta; 109 respondentů (88,6 %) uvedlo, že v minulém roce hodnotový rozhovor alespoň jednou s pacientem vedlo (Tab. 1).

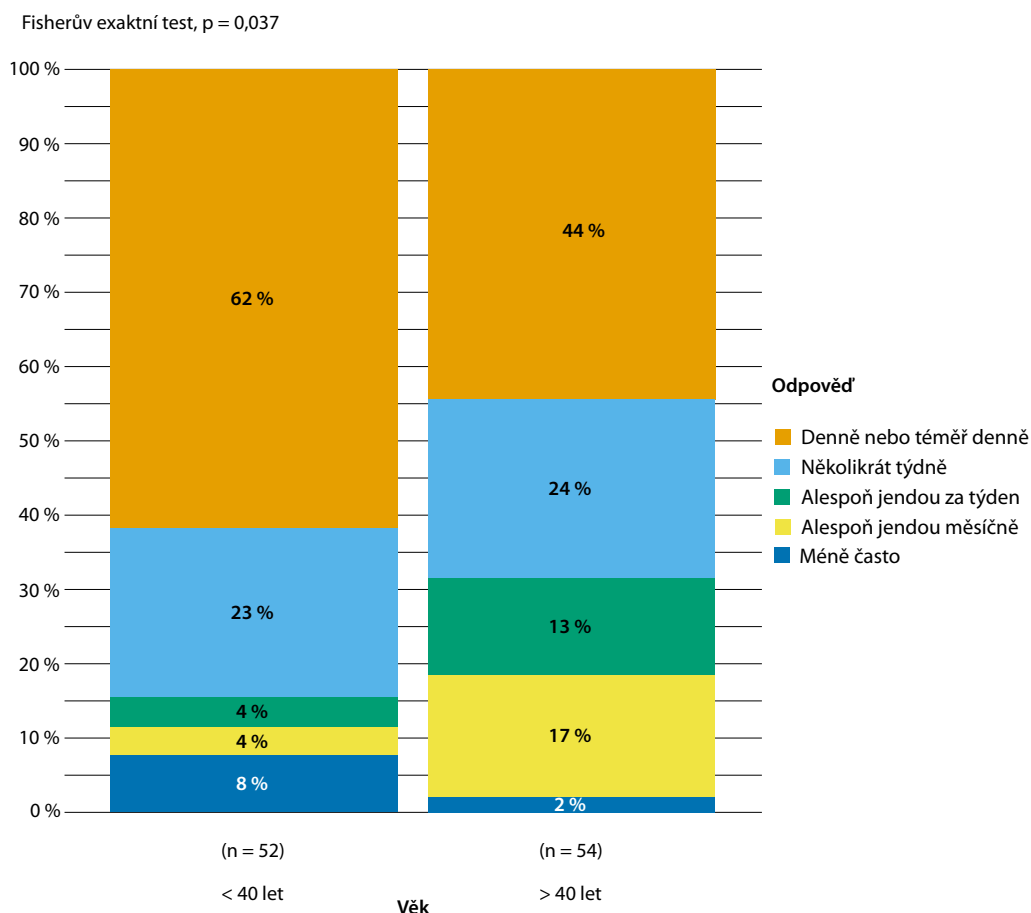
Více než 80 tázaných lékařů (83 %) se vyslovilo, že důležitost vedení hodnotově orientovaného rozhovoru s nemocným a jeho blízkými je pro ně významná až zásadní.

Z praktického hlediska je důležité, že v nemocničním informačním systému není kolonka nebo oddíl, kam by se hodnoty a preference pacientů nebo dokument dříve vyslovených přání systematicky daly zaznamenat a dohledat, což potvrdilo 110 (89 %) respondentů. 97 lékařů se domnívá, že pokud by v nemocničním informačním systému existovala kolonka nebo oddíl pro dokumentaci hodnot a preferencí pacienta, pak by určitě / spíše měli větší ochotu takový rozhovor s pacientem vést.

Komunikační dovednosti v této oblasti a začlenění tématu do výuky budoucích lékařů (Obr. 3)

Celkově lékaři hodnotí vedení hodnotových rozhovorů s pacientem za náročné: stresující/zatěžující je to pro 33 respondentů (26,8 %), motivující pro 9 (7,3 %) a oboje současně pro 81 lékařů (65,9 %). V celém souboru se ukázalo, že 93 (75,6 %) lékařů k vedení hodnotového rozhovoru nedostalo za dobu své praxe žádnou přípravu a velmi často nebo často si nejsou jisti, co v takové situaci vlastně říct (58 respondentů, 47,1 %).

Naprostá většina, 116 respondentů (94,3 %), se vyjádřila pro potřebu začlenění výuky komunikačních schopností týkajících se hodnot a preferencí do syllabu praktické výuky.

Obr. 2. Srovnání četnosti setkání s pacienty, u nichž by nebylo překvapivé úmrtí do 1 roku u lékařů do 40 let a starších**Tab. 2.** Hodnocení benefitů (A) a rizik (B) integrace hodnotové anamnézy do anamnestického rozhovoru

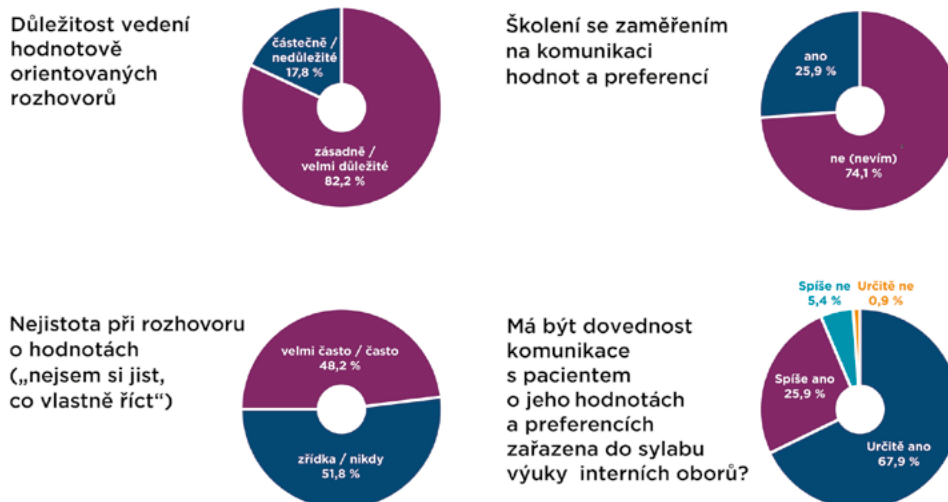
A. Hodnocení benefitů hodnotové anamnézy	zásadně / velmi důležité	částečně / málo důležité
Umožní to větší spokojenost pacientů a jejich rodin.	116 (94,3 %)	7 (5,7 %)
Budu schopen více respektovat pacientovy hodnoty a přání.	109 (88,6 %)	14 (11,4 %)
Může to snížit počty neplánovaných nebo nechtěných rehospitalizací v závěru života.	106 (86,1 %)	17 (13,9 %)
Mohlo by to zvýšit počet pacientů přeložených do hospice.	80 (65 %)	43 (35 %)
Snížilo by to náklady na zdravotní péči.	70 (56,9 %)	53 (43,1 %)
B. Hodnocení rizik hodnotové anamnézy	velmi často / občas	zřídka / nikdy
Pacient se neshodne se svými příbuznými.	94 (76,4 %)	29 (23,6 %)
Při všem, co mám na starosti, nemám prostor na takový rozhovor.	81 (65,9 %)	42 (34,1 %)
Takový rozhovor může být nepříjemný.	81 (65,9 %)	42 (34,1 %)
Nejsem si jist, že je teď správná chvíle pro takový rozhovor.	69 (56,1 %)	54 (43,9 %)
Nechci, aby pacient ztratil naději.	65 (52,8 %)	58 (47,2 %)
Nechci, aby si pacient myslel, že už to vzdávám.	53 (43,1 %)	70 (56,9 %)
Takový rozhovor by s pacientem měl vést jiný lékař.	47 (38,2 %)	76 (61,8 %)

Potenciální přínosy a bariéry v souvislosti s tímto tématem (Tab. 2)

Hodnotově orientované rozhovory s pacientem a jejich dokumentace mají řadu prokázанных přínosů, jako velmi důležitý přínos lékaři označili větší spokojenost pacienta a jeho rodiny (94,2 %), zvýšení respektu k hodnotám a preferencím pacienta (88,5 %), snížení neplánovaných/nechtěných rehospitalizací (86,1 %), možnost zvýšení překlady pacientů do hospice (65,5 %) a snížení nákladů na zdravotní péči (57,4 %).

V otázce, kdo by měl iniciovat rozhovor o hodnotách a preferencích, velká většina respondentů (61,8 %) udává, že by to měli být oni sami, kdo iniciuje rozhovor.

Mezi nejčastější bariéry ve vedení takových strukturovaných rozhovorů patří obavy z neshod mezi pacientem a jeho rodinou (94 respondentů, 76,4 %), nedostatek času a pocit, že takový rozhovor může být nepříjemný (shodně 81 respondentů, 65,9 %) a také pocit, že daný okamžik není pro tento druh rozhovoru vhodný (69 respondentů, 56,1 %).

Obr. 3. Důležitost hodnotové anamnézy pro lékaře (a), průprava/školení (b), nejistoty v komunikaci (c) a postoj k integraci do sylabu výuky studentů medicíny (d)

Diskuze

Studie zkoumající postoj pedagogů k výuce hodnotově vázaného rozhovoru u pacientů se závažným pokročilým onemocněním doposud nebyla v ČR provedena. Z výsledků průzkumu na několika fakultních pracovištích, která se věnují výuce interní propedeutiky a vnitřního lékařství, vyplývá, že hodnotová anamnéza ani její jednotlivé prvky se v současné době ve výuce ani v praxi široce neuplatňují. Naprostá většina lékařů ji však považuje za velmi důležitou, mezi potenciálními přínosy vidí zejména: vyšší spokojenost pacientů a jejich rodin, větší možnost respektovat přání pacienta a také potenciální snížení počtu neplánovaných nebo nechtěných rehospitalizací v závěru života. Dále studie ukázala, že zcela chybí průprava k hodnotově vedenému rozhovoru a mezi bariéry vést hodnotově vázaný rozhovor patří zejména potenciální neshoda mezi pacientem a jeho blízkými, nedostatek času a odhad, že takový rozhovor může být nepřijemný.

Vývoj věkové struktury obyvatelstva ukazuje, že do 15 let významně vzroste nemocnost v souvislosti s chorobami vyššího věku, v horizontu 25 let bude tento nárůst prudký a odrazí se i ve struktuře hospitalizovaných pacientů. Statistická predikce prevalence diabetu nebo Alzheimerovy nemoci se v horizontu 10 let zvýší o 20 %, resp. 15 %, predikce incidence výskytu zhoubných nádorů o 16 % (zdroj: NRHZS 20102021 Český statistický úřad). Současně víme, že pro řadu pacientů není prodloužení života se ztrátou soběstačnosti žádoucí (15, 16). Strukturovaně sbíraná hodnotová anamnéza (1. porozumění a informační potřeby, 2. osoba důvěry/osoba s právem zástupného souhlasu a 3. hodnoty a preference) může mít příznivý vliv na kvalitu rozhodovacího procesu, ve kterém se stanovuje rozsah diagnostických a terapeutických postupů u individuálního nemocného, např. DNR, DNI, indikace k přijetí/nepřijetí na JIP v případě deteriorace.

Tento postup je současně právně žádoucí, jak v recentním Nálezu (6) uvedl Ústavní soud. V posuzovaném případě, kde rodina žalovala nemocnici za smrt dlouhodobě nemocné pacientky při jednostranném vydání pokynu Do Not Resuscitate („ne-resuscituj“) pojmenoval

nezpochybnitelnou roli lékaře v posouzení toho, zda daný diagnostický nebo terapeutický postup je/není u pacienta indikován a zároveň zdůraznil, že při poskytování péče musí být respektována tzv. participační práva pacienta. „O možnosti DNR musí lékař komunikovat s pacientem v momentě, kdy je ještě schopen vnímat důsledky takového rozhodnutí a vyslovit skutečně svobodný a informovaný souhlas. Pacienti musejí být ve stavu, v němž ještě vnímají váhu vlastního rozhodnutí. Taktéž osoby blízké by měly být ze strany lékařů jasně a srozumitelně informovány o možnosti DNR.“ Pro odbornou komunitu komentoval nález soudce zpravodaj v rozhovoru pro časopis *Paliativní medicína* (17).

Ústavní soud jasně stanovil, že pokud je pacient ve stavu, kdy není schopen komunikace či rozhodování o svém životě, lékař musí o možnostech a dalších postupech kontaktovat nejbližší příbuzné a jednat v návaznosti na dříve vyslovená přání pacienta či jeho hodnoty. Právě v takové situaci by hodnotová anamnéza odebraná a uchovaná v elektronické dokumentaci usnadnila další rozhodování o přiměřeném cíli léčby a předešla či zamezila podobným soudním sporům.

V rámci seminářů, které proběhly na začátku projektu, lékaři často uváděli, že hodnoty a preference zejména u pacientů, které dlouhodobě sledují, znají, avšak není zavedenou praxí tyto důležité informace zaznamenávat do zdravotnické dokumentace. Tento úzus potvrdila i multicentrická studie (11), ve které se v dokumentaci pacientů, kteří jsou v závěru života, objevuje záznam o jejich vůli, hodnotách a preferencích pouze v 10 %.

Zajímavé zjištění studie bylo, že se míra setkání se závažně nemocnými statisticky významně snižuje v souvislosti s věkem a zkušeností lékaře. Pravděpodobně to bude dáno vyšším zastoupením mladších lékařů na lůžkových odděleních, kam se pacienti v pokročilém (případně terminálním) stavu nemoci dostávají. Specialisté a profesně zkušenější lékaři převažují v ambulantních provozech, což by mohlo vysvětlovat tyto disproporce.

Vliv rozhovoru mezi pacientem a lékařem o porozumění a jeho hodnotách a preferencích na dokumentaci cíle péče ukazuje i recent-

ní multicentrická randomizovaná studie (12). Cílem intervence bylo facilitovat rozhovor pacienta s lékařem o cílech péče prostřednictvím automaticky generovaného e-mailu, který dostal lékař před vizitou u hospitalizovaného pacienta. U 2 500 pacientů zařazených do studie (ve věku ≥ 80 let; nebo ≥ 55 let s alespoň jednou chronickou chorobou, jako je demence, pokročilé nádorové onemocnění nebo chronické kardiovaskulární, plicní, jaterní nebo renální onemocnění), dostal lékař krátký jednostránkový návod, který obsahoval aktuální informace ze zdravotnické dokumentace pacienta (záznam o limitaci péče, dříve vysloveném přání a plánu péče včetně plánu pro zhoršení – pokud existoval), spolu s příklady formulací pro rozhovor. Podíl pacientů s dokumentovanými cíli péče do 30 dnů byl signifikantně vyšší v intervenční skupině (34 % vs. 30 %). Tento rozdíl není na první pohled velký, ale silnou stránkou studie byl fakt, že častější dokumentace hodnotově vedeného rozhovoru v intervenční skupině nevyžadovala žádnou specifickou edukační přípravu lékařů.

Závěr

V provedeném průzkumu pedagogové a lékaři, kteří se věnují výuce interní propedeutiky a vnitřního lékařství, vyjádřili pozitivní po-

stoj k začlenění výuky odběru hodnotové anamnézy. Zlepšení výuky komunikačních dovedností v oblasti hodnotově vedených rozhovorů by mohlo vést k odstranění identifikovaných bariér a lepšímu porozumění potřebám pacientů při stanovování přiměřených cílů péče v pokročilých fázích nemoci.

Od akademického roku 2023/24 se budou studenti 1. LF UK a LF Plzeň během své výuky učit takto rozšířenou formu anamnézy pacienta odebírat. V rámci obou fakult vzniká podpůrný program pro lékaře a pedagogy vedoucí ke zvýšení praktických i teoretických dovedností výuky hodnotově orientovaného rozhovoru, který by se mohl stát standardní praxí každého lékaře.

Projekt byl koncipován jako studentská vědecká činnost v rámci

Kliniky paliativní medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a prezentován MUC. T. Sládkovou na Studentské vědecké konferenci 1. LF UK v akademickém roce 2022/23.

Děkujeme všem pracovištím, která se podílela na studii: 1. LF UK a VFN (1. interní klinika, 2. interní klinika, 3. interní klinika, 4. interní klinika, Klinika Nefrologie, Klinika tuberkulózy a respiračních nemocí), Revmatologická klinika 1. LF UK a Revmatologického ústavu, Interní klinika 1. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice, a 2. IK LF a FN Plzeň.

LITERATURA

1. Fulmer T, Escobedo M, Berman A, et al. Physicians' Views on Advance Care Planning and End-of-Life Care Conversations. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66(6):1201-1205.
2. Dzeg E, Batten JN, Dohan D, et al. Hospital Culture and Intensity of End-of-Life Care at 3 Academic Medical Centers. *JAMA Intern Med.* 2023;183(8):839-848. Available from: DOI: <http:// doi: 10.1001/jamainternmed.2023.2450>.
3. Denney-Koelsch EM, Horowitz R, Quill T, et al. An Integrated, Developmental Four-Year Medical School Curriculum in Palliative Care: A Longitudinal Content Evaluation Based on National Competency Standards. *J Palliat Med.* 2019;21(9):1221-1233. Available from: <http:// doi: 10.1089/jpm.2017.0371>.
4. Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Intensive Care Med.* 2021;47(4):369-421. Available from: DOI: <http://doi: 10.1007/s00134-021-06368-4>.
5. Sdělení č. 96/2001 Sb. m. s., Ministerstva zahraničních věcí o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. © AION CS 2010–2023 [cit. 2023-08-31]. Dostupné z WWW: <http:// zakonyprolidi.cz/ms/2001-96>.
6. Odpovědnost nemocnice za smrt dlouhodobě nemocné pacientky při jednostranném vydání pokynu Do Not Resuscitate („ne-resuscituj“). Ústavní soud, Brno, TZ 64/2023 [cit. 2023-08-31]. Available from: <http:// usoud.cz/aktualne/odpovednost-nemocnice-za-smrt-dlouhodobě-nemocne-pacientky-pri-jednostrannem-vydani-pokynu-do-not-resuscitate-ne-resuscituj>.
7. Reidy JA, Clark MA, Berman HA, et al. Paving the way for universal medical student training in serious illness communication: the Massachusetts Medical Schools' Collaborative. *BMC Med Educ.* 2022;22(1):654. Dostupné z DOI: <http:// doi: 10.1186/s12909-022-03702-2>.
8. Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2019. [cit. 2023-08-31]. Available from: <https:// www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18700/40551/Zdravi2030_FINAL16122019.pdf.pdf>.
9. Committee on Approaching Death: Addressing Key End of Life Issues; Institute of Medicine. *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences Near the End of Life.* Washington (DC): National Academies Press (US) 2015. Available from: DOI: <http:// doi: 10.17226/18748>.
10. Morden NE, Chang CH, Jacobson JO, et al. End-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer is highly intensive overall and varies widely. *Health Aff (Millwood)* 2012; 31(4):786-96. Available from: DOI: <http:// doi: 10.1377/hlthaff.2011.0650>.
11. Slezáčková A, Dvořáčková K, Kopecký O, et al. Factors influencing the end-of-life decision-making process about care in hospitalized patients. *Faktory ovlivňující proces rozhodování o péči v závěru života u hospitalizovaných pacientů.* *Cas Lek Cesk.* 2021;160(5):176-184.
12. Curtis JR, et al. Intervention to promote communication about goals of care for hospitalized patients with serious illness: A randomized clinical trial. *JAMA* 2023 May 21; 329(23):2028-2037. Available from: DOI: <http:// doi: 10.1001/jama.2023.8812>.
13. Desai AV, Klimek VM, Chow K, et al. 1-2-3 Project: A Quality Improvement Initiative to Normalize and Systematize Palliative Care for All Patients With Cancer in the Outpatient Clinic Setting. *J Oncol Pract.* 2018;14(12):e775-e785. Available from: DOI: <http:// doi:10.1200/JOP.18.00346>.
14. Suk D, Kopecký O, Mlčochová D, et al. Studentská evaluace výuky paliativní medicíny na lékařské fakultě. *Paliativní medicína.* 2022;3(3):18-27.
15. Kentish-Barnes N, Poujol AL, Banse E, et al. Giving a voice to patients at high risk of dying in the intensive care unit: a multiple source approach. *Intensive Care Med.* 2023;49(7):808-819. Available from: DOI: <http:// doi: 10.1007/s00134-02307112w>.
16. Heyland DK, Dodek P, Rocker G, et al. What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members. *CMAJ.* 2006;174(5):627-33. Available from: DOI: <http:// doi: 10.1503/cmaj.050626>.
17. Rusinová K. Smrt nesmí být tabu a s pacienty se musí mluvit. *Rozhovor s JUDr. Jaromírem Jirsou, soudcem Ústavního soudu.* *Paliativní medicína.* 2023;4(3):1-9.