

Projekt PALIATR VYSOCINA
KOMUNITNÍ DOHLED CHRONICKY NEMOCNÝCH

www.paliatrvysocina.cz

Prodloužením lidského života, působením medicíny a změnou životního stylu také Česká republika dospěla ke změně zadání pro zdravotní a sociální systém. Chronický průběh většiny onemocnění, také již například v onkologii, zásadně zvyšuje potřebu péče o kvalitu **života v nemoci**. Jestliže jsme prodloužili život v nemoci, a to platí zvláště pro křehkou geriatricii, pak neseme jako společnost, ale tím pádem také jako profesionálové ve zdravotně-sociálním systému, odpovědnost za kvalitu tohoto života, společně se svými pacienty a jejich blízkými.

Jak může zdravotník ovlivnit kvalitu života svých pokročile chronicky nemocných pacientů?

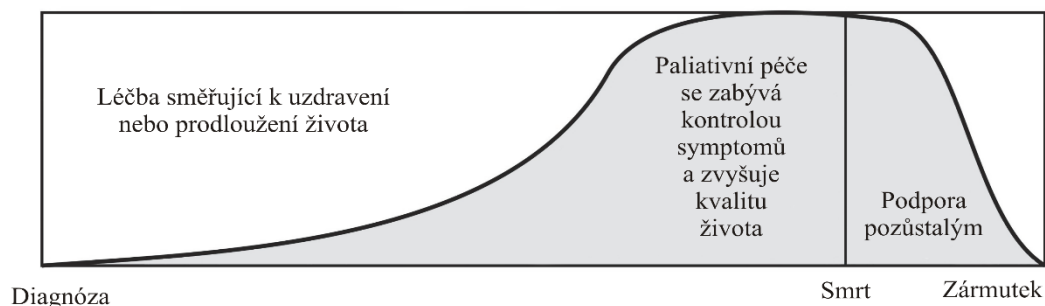
- Empatickou a včasnou komunikací s pacientem a jeho blízkými nad špatnými zprávami, již od diagnózy a průběžně, otevřeně, s dostatkem informací a prostorem k reflexi emocí, nejistoty, strachu, nepochopení
- Vynikající léčbou základních onemocnění, léčbou doprovodných symptomů, podpurnou psychologickou, nutriční či rehabilitační terapií, a také správně časovaným přechodem ke specializované paliativní péči, respektive symptomatické léčbě
- Zajištěním kontinuity potřebné péče, organizací kvalitních a dobře systémově dostupných služeb, ve všech úrovních zdravotního a sociálního systému. Propojením zdravotně-sociálního pomezí. Dostupností potřebných služeb a dohledu mimo zdravotnická zařízení 24/7.
- Osobním zaujetím, autenticitou ve vztahu k pacientovi
- Týmovou prací s multidisciplinárním pohledem na pacienta a jeho blízké, s vědomím, že ošetřuje celou sociální jednotku, a to také po úmrtí pacienta v péči o pozůstalé

Ze zkušeností rozvoje světové, ale nyní již i české paliativní péče vyplývá zásadní přínos včasné aplikace podpůrné (obecné) a posléze specializované paliativní péče. Obr. 1 ukazuje, jak se desítkami let proměňuje, v kontextu péče o stále více chronicky nemocných, také pohled na včasnost zařazení obecné a specializované péče v celkovém modelu péče o tuto skupinu pacientů. Propojení kurativní péče s péčí odpůrnou, a využití rozvoje paliativní péče v tomto procesu, se nabízí. Je i cestou, kterou ve veřejném zdravotnictví propaguje Světová zdravotnická organizace.

Tradiční přechod mezi kurativní a paliativní péčí



Model časně integrace paliativní péče



Regionální komunitní dohled pro závažně chronicky nemocné je konceptem propojení modelu zdravotní a sociální péče efektivní formou.

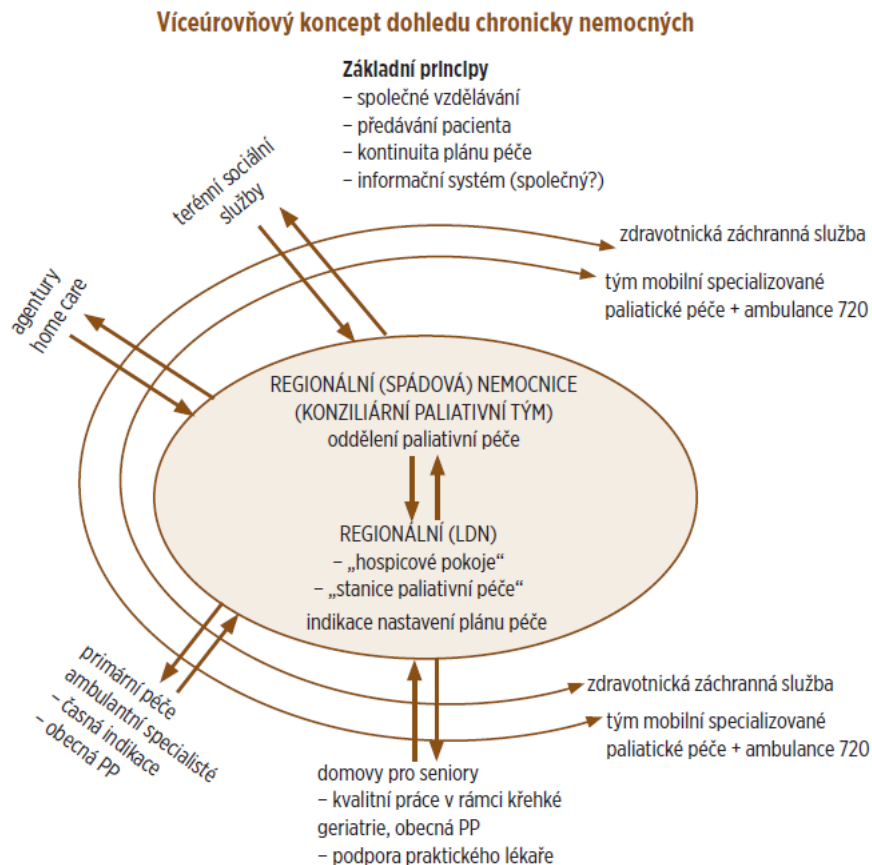
Efektivitu přináší především:

- **Dobře fungující síť základní péče** – praktičtí lékaři, interní oddělení, geriatric, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy pro seniory umí dobře poskytovat péči křehkým chronicky nemocným, dobře funguje obecná paliativní péče, symptomová léčba, a především schopnost zdravotníků zjišťovat a posuzovat potenciál nemocného, rozhodovat o vyšetřeních a další léčbě či místě poskytování péče ve prospěch jeho kvality života, podpořit pacienta a jeho blízké k aktivnímu přístupu v životě s nemocí.
- **Dostupnost péče 24 hodin/7 dnů v týdnu**
- **Kvalitní vzdělanost profesionálů** v paliativních týmech v nemocnicích i terénu, resp. ambulantní péči (dostupnost modelu **nemocniční paliativní tým, mobilní paliativní tým a ambulance paliativní medicíny na region/100-150 tis. obyvatel**)
- **Zajištění kontinuity péče** – výměna dokumentace a plánu péče, funkce koordinátorů péče mezi nemocnicí a terénní péčí, personální propojení terénních a nemocničních služeb

Zdravotně-sociální pomezí je oblastí, ve které se díky prodloužení života průměrně o 7 let, během posledních 20 let, pohybuje stále více chronicky nemocných. Potřeba řešení zdravotních problémů na platformě potenciálu sociálního prostředí nemocného, potřeba podpory sociální péče ve zdravotních službách, vzájemná podpora obou modelů, a tudíž i propojenost, jsou hlavními cíli projektu Paliatr Vysočina (www.paliatrvysocina.cz).

S ohledem na různý zdravotní potenciál hovoříme o nezbytném vytváření víceúrovňového modelu zdravotně-sociálního dohledu pro závažně chronicky nemocné.

Obr. 1. Víceúrovňový koncept dohledu závažně chronicky nemocných



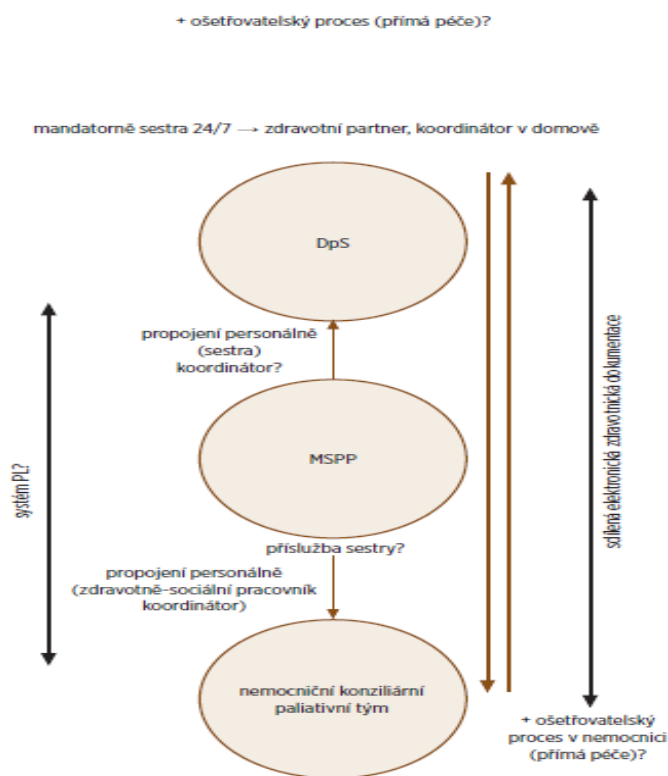
Obr. 1.legenda

*Propojení (i personálně), vzdělanost, dobře nastavený způsob předávání pacienta v systému, kvalita a dostupnost služeb – základní principy systému, který vytváří **zastřešení a ochrannou síť v péči chronicky nemocných**. Jedině takový model má potenciál zajistit maximální efektivitu využití lidských i ekonomických zdrojů, dokáže při dobrém sledování dat o péči samostatně reflektovat vývoj potřeby a poptávky služeb, minimalizuje chybovost a nedorozumění v prostředí zdravotních, sociálních, psychologických i spirituálních obtíží pacienta i jeho blízkých.*

Shrnutí klíčových oblastí, které je třeba zvažovat v systému zavádění paliativní péče v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem:

- Ošetrovatelská podpora a diagnostika dostupná 24/7 – tedy klíčová dostupnost kvalifikované zdravotní sestry
- Dostupnost kvalifikovaného rozhodnutí lékaře 24/7 – možné formy jsou spolupráce se zdravotnickou záchrannou službou/mobilními paliativními týmy/systémem LSPP, tvořeným regionálními praktickými lékaři (každá z těchto oblastí vyžaduje ekonomickou a organizační analýzu – ta je také diskutována a součástí projektu Paliatr Vysočina (www.paliatrvysočina.cz)).
- Plán péče nastavuje kvalifikovaně praktický lékař, nebo ve spolupráci s paliatrem, nebo v rámci indikované nemocniční hospitalizace. Součástí je pečlivá komunikace s rodinou pacienta (nejčastěji se jedná o pacienty Domovů se zvláštním režimem, tedy klienty s demencí), dobře dokumentovaná, také SOS medikace pro nenadále situace, formou subkutánního podání (včetně s.c. infúzní terapie)
- Vzdělávání a reflexe všech klinických zaměstnanců domova – nejlépe ve spolupráci s mobilními paliativními týmy – vzdělávání musí mít část odbornosti (více pro sestry, ev. některé ošetrovatelské postupy pro pracovníky přímé péče) a část reflexe, hlavně v emoční oblasti a oblasti týmové spolupráce

Obr. 2. Spolupráce na zdravotně – sociálním pomezí (alternativy řešení)



Obr. 2. legenda

Domovy pro seniory jsou zřetelně po generačním posunu posledních 15 let prostorem pro kultivaci kvality péče i křehkou geriatrickou populaci. Tak jako primární péče, i ony jsou závislé na kvalitě péče praktických a nemocničních lékařů (především interní oddělení).

Vzdělanost v oblasti křehké geriatricy a posuzování potenciálu křehkých nemocných je v české Republice 2018 velice nízká. Nicméně potěšující je postupně vzrůstající zájem o tuto oblast medicíny. Při tvorbě konceptů, jejichž cílem je postihnout zdravotně-sociální pomezí, je tato skutečnost zcela klíčová.

Projekt Paliatr Vysočina

Odhad potřeby obecné a specializované paliativní péče v Kraji Vysočina

Při odhadu potřeby paliativní péče vycházíme z počtů zemřelých pacientů a ze struktury zemřelých dle příčiny. Při znalosti těchto dat jsme schopni kvalifikovaně odhadnout počty pacientů, kteří budou v posledních měsících a týdnech života potřebovat paliativní péči.

Potřebu paliativní péče lze podle obecně uznávaných metodik kalkulace potřeby paliativní péče na úrovni populace¹ předpokládat u 60 % z tohoto počtu. V Kraji Vysočina umírá ročně 1200-1300 (prozatím z dat patrný stabilizovaný počet) onkologicky nemocných a 3700-4000 neonkologicky nemocných (vzrůstající tendence meziročně). Celkově tedy potřebuje specializovanou paliativní péči **3000-3200** nemocných, z toho 800 onkologických pacientů a 2400 neonkologicky nemocných.

Potřebou paliativní péče rozumíme dobře koordinovanou zdravotní a sociální péči, která adekvátně reaguje na tělesné, psychické, sociální i spirituální potřeby pacienta a jeho rodiny. Součástí paliativní péče je kvalifikované mírnění bolesti a dalších tělesných symptomů, podpůrná komunikace na jejímž základě může být péče realizována v souladu s pacientovými přáními a preferencemi. Důležitou součástí plánu péče je zajištění péče v závěru života - v místě, které si pacient přeje (nejčastěji v domácím a náhradním sociálním prostředí bez nutnosti opakovaných hospitalizací).

¹ Murtagh, Fliss EM, Bausewein C, Verne J, Groeneveld EI, Kaloki YE, Higginson IJ. How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates. *Palliat Med.* 2014;28: 49–58.

Scholten, N., N., N. et al. The size of the population potentially in need of palliative care in Germany – an estimation based on death registration data *BMC Palliative Care* (2016) 15;29, 12-19

Obr. 3. Počty úmrtí v Kraji Vysočina (zdroj ÚZIS, IBA 2018)

Počty úmrtí v Kraji Vysočina		Kraj Vysočina	
		Onkologická úmrtí	Neonkologická úmrtí
Rok úmrtí	2008	1296	3585
	2009	1274	3820
	2010	1295	3810
	2011	1277	3754
	2012	1310	3913
	2013	1232	3897
	2014	1231	3649
	2015	1198	3980
	2016	1202	3795

Paliativní péči podle komplexnosti dělíme na obecnou a specializovanou.

1. **Obecnou (primární) paliativní péči** poskytují zdravotníci (např. praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, ošetřující lékaři v nemocnici, sestry home care), v rámci své odbornosti.
2. **Specializovanou paliativní péči poskytuje multidisciplinární tým odborníků**, kteří jsou v problematice paliativní péče speciálně vzdělaní (tým obvykle vede lékař specialista v paliativní medicíně, paliatr). Specializované paliativní péče může mít formu lůžkovou (lůžkový hospic nebo oddělení paliativní péče v rámci jiného zdravotnického zařízení, ambulantní (ambulance paliativní medicíny, konziliární ambulance/tým paliativní medicíny v nemocnici) nebo mobilní/domácí (mobilní specializovaná paliativní péče – MSPP)

Onemocnění, která obvykle vyžadují v pokročilých stádiích specializovanou paliativní péči:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, amyotrofická laterální skleróza
- konečná stádia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních a ledvinných
- geriatričtí pacienti se syndromem křehkosti (frailty)
- pacienti po úrazech a mozkových příhodách s výrazným neurologickým deficitem
- HIV/AIDS
- některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění
- kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče

Ze zahraničních dat vyplývá, že u cca 80 % pacientů v závěru života je dostatečná péče zajištěna v rámci obecné paliativní péče. Zdravotní systémy s vyspělou strukturou paliativní péče (např. Rakousko, Německo) ukázaly, že 20 % pacientů potřebuje v posledních měsících a týdnech života specializovanou paliativní péči. Pro poskytovatele obecné paliativní péče je velmi důležitá možnost konzultace s poskytovatelem specializované paliativní péče.

Poznámka: velká část (30-50%) pacientů v obecné paliativní péči významně profituje z možnosti občasné konzultace v zařízení specializované paliativní péče (ambulance PM nebo konziliární tým v nemocnici).

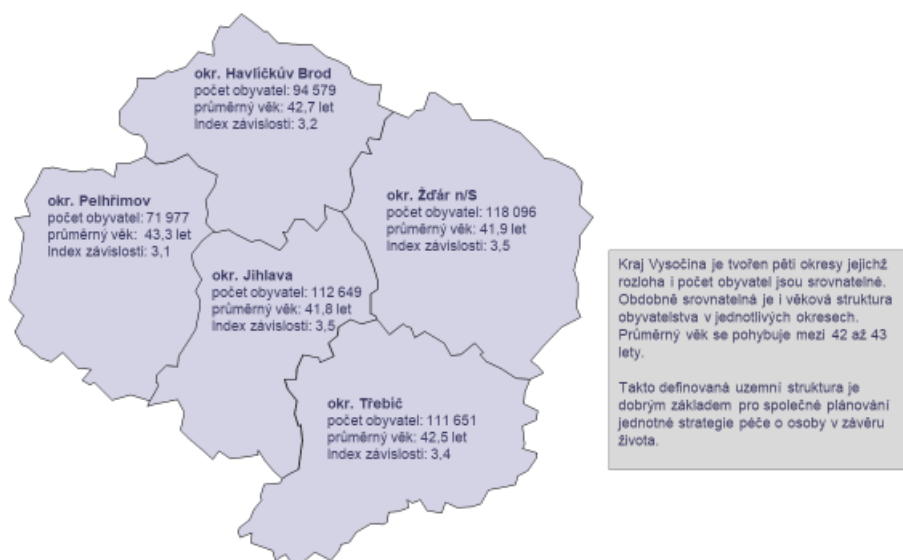
**DOPORUČENÁ SÍŤ POSKYTOVATELŮ SPECIALIZOVANÉ PALIATIVNÍ PÉČE
V KRAJI VYSOČINA – optimální/cílový stav**

Typ poskytovatele	Doporučená síť poskytovatelů	Kraj Vysočina (obyvatel)				
		Jihlava	Třebíč	Pelhřimov	Havlíčkův Brod	Nové Město na Moravě
		112649 obyvatel	111651 obyvatel	71977 obyvatel	94579 obyvatel	118096 obyvatel
Ambulance paliativní medicíny	1 ambulance na 100-150 000 obyvatel	1 ambulance	1 amb.	1 amb.	1 amb.	1 amb.
Konziliární tým paliativní péče/medicíny v nemocnici	V každé nemocnici, kde ročně zemře více než 100 pacientů	1 konziliární paliativní tým (KPT)	1 KPT	1 KPT	1 KPT	1 KPT
Mobilní specializovaná paliativní péče	1 poskytovatel na 75-150 000 obyvatel (podle hustoty osídlení). Odpovídá přibližně 1 MSPP na okres	2 sesterské a 1 lékařský tým (společná organizace práce)	2 sesterské a 1 lékařský tým (společná organizace práce)	1 tým sesterský a lékařský	1 tým sesterský a lékařský	2 sesterské a 1 lékařský tým (společná organizace práce)
Lůžkové oddělení paliativní péče/lůžkový hospic	5-10/100 000 obyvatel	30-50 lůžek v rámci Kraje Vysočina (optimálně, rovnoměrně v lůžkových zařízeních kraje, také optimálně rozdělit hospicová a akutní paliativní lůžka) – v rámci Kraje Vysočina se optimálně jeví vytvoření 10-15 lůžkových jednotek v rámci každé z krajských nemocnic				

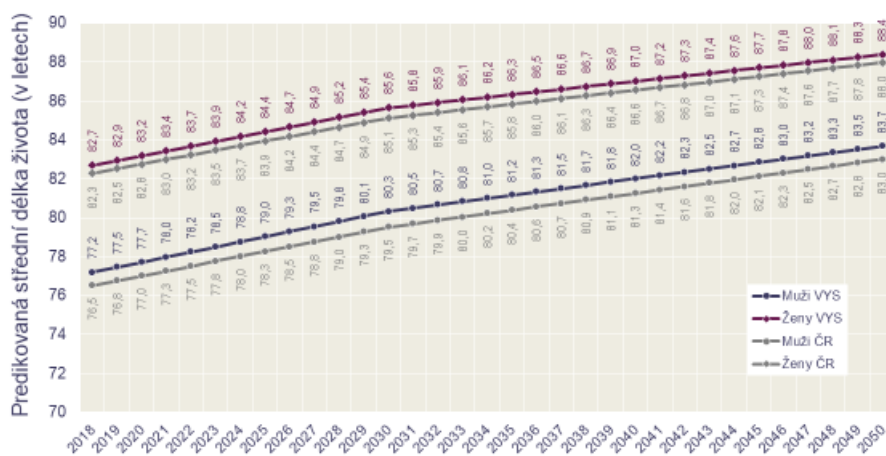
ZÁKLADNÍ DEMOGRAFIE KRAJE VYSOČINA

Kraj Vysočina je až 13. krajem v pořadí z hlediska hustoty obyvatelstva, které zde žije převážně v malých městech, řadě vesnic, a každý z 5 regionů má přirozené regionální centrum. Tato situace nabádá k možnosti vytvoření společné regionální struktury péče. Kraj má zpracovanou koncepci zdravotní a sociální péče, na kterou v roce 2017 navázala po 2 letech přípravy krajská Strategie rozvoje paliativní péče, inspirovaná dolnorakouským modelem.

Okresy



Střední délka života – projekce 2050



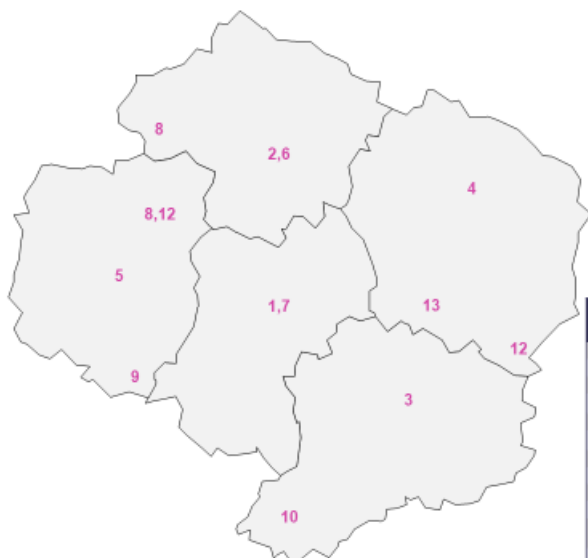
Z predikčního modelu Českého statistického úřadu jasně plyne, že populace kraje Vysočina bude (tak jako populace celé České republiky) postupně stárnout. Naděje na dožití by se do roku 2050 měla zvýšit o více než 6 let. Rozdíl mezi muži a ženami se bude časem mírně zmenšovat. Lze předpokládat, že tento vývoj s sebou přinese prodloužení života v nemoci, více křehkých polymorbidních geriatrických pacientů a vyšší nároky na ošetrovatelskou a paliativní péči v závěru života.

Zdroj dat: Český statistický úřad

Střední délka života v Kraji Vysočina roste o něco rychleji, než v rámci celé ČR a předpoklad jejího prodloužení do roku 2050 je o dalších 6 let. Stárnutí populace je jedním z hlavním tématem současné administrativy Kraje.

Krajské nemocnice (příspěvkové nemocnice Kraje – Jihlava, Pelhřimov, Havlíčkův Brod, Třebíč a Nové Město na Moravě) jsou základním systémem krajského zdravotnictví, a to i v přístupu k paliativní péči a křehké geriatrici.

Poskytovatelé lůžkové péče – stav v roce 2017



V Kraji Vysočina funguje 14 zařízení poskytujících lůžkovou zdravotní péči.

Páteř systému tvoří 5 nemocnic okresního formátu (Jihlava, Třebíč, Pelhřimov, Havlíčkův Brod a Nové Město na Moravě). V roce 2017 realizovaly tyto nemocnice 93 % všech hospitalizací v kraji.

	Počet hospitalizací v roce 2017
1 Nemocnice Jihlava, p.o.	26 477
2 Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.	20 266
3 Nemocnice Třebíč, p.o.	19 673
4 Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o.	18 740
5 Nemocnice Pelhřimov, p.o.	11 463
6 Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	2426
7 Psychiatrická nemocnice Jihlava	2010
8 Vysočinské nemocnice s.r.o., LDN	785
9 Nemocnice Počátky, s.r.o., LDN	604
10 PATEB s.r.o. (Jemnice)	549
11 Rehabilitační ústav pro cévní choroby mozkové, s.r.o. (Chotěboř)	403
12 Vysočinské nemocnice s.r.o., Léčebna TRN	364
13 Nemocnice sv. Zdislavy, a.s. (Mostiště)	296
14 Dětská psychiatrická nemocnice (Velká Byleš)	286

Zdroj dat: NZIS – Národní registr hospitalizovaných 2017

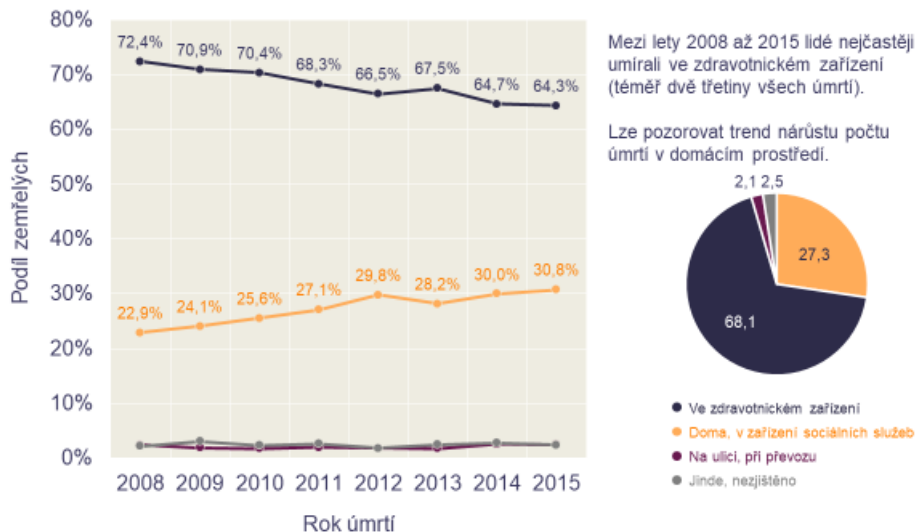
V krajských nemocnicích probíhá 93% úmrtí v rámci nemocniční péče z celého Kraje Vysočina. Jsou základním místem, kde je zapotřebí hledat principy rozvoje paliativní péče, nastavit pravidla a podpořit regionální rozvoj. Klíčovými místem úmrtí v rámci nemocniční paliativní péče jsou oddělení interny, ÁRO a následné péče. K těmto platformám musí směřovat podpora rozvoje nemocniční paliativní péče.

Typ oddělení	Typ oddělení na němž došlo k úmrtí	Typ lůžka na němž došlo k úmrtí		Počet zemřelých	
		Akutní	Následné	Celkem	Roční
Interny	34,1	99.1%	0.5%	9 198	1 150
Ošetrovat. péče	25,0	0.0%	99.4%	6 758	845
ARO	9,8	99.1%	0.2%	2 656	332
Chirurgie	8,0	98.3%	1.1%	2 162	270
Pneumol., ftiz.	5,0	86.5%	13.1%	1 345	168
Neurologie	4,4	99.1%	0.6%	1 190	149
Psychiatrie	3,8	0.3%	99.7%	1 013	127
Kardiologie	2,0	99.4%	0.6%	539	67
Radiač.onkolog.	1,8	99.6%	0.4%	485	61
Infekční	1,7	94.8%	3.4%	465	58
Paliativní péče	0,7	0.0%	100.0%	183	23
Urologie	0,7	99.0%	0.5%	193	24
Intenzivní péče	0,4	92.9%	1.8%	113	14
Klin.onkologie	0,4	98.0%	2.0%	101	13
Ortopedie	0,4	95.9%	2.0%	98	12
Kardiochirurgie	0,3	100.0%	0.0%	90	11
Neurochirurgie	0,2	100.0%	0.0%	41	5
Gynekologie	0,2	100.0%	0.0%	55	7
Pediatric	0,2	100.0%	0.0%	64	8
Nefrologie	0,2	100.0%	0.0%	11	1
Novorozenecké	0,1	100.0%	0.0%	25	3
DIOP	0,1	0.0%	100.0%	21	3
ORL	0,1	100.0%	0.0%	38	5
Geriatric	0,0	100.0%	0.0%	10	1
Gastroenterol.	0,0	100.0%	0.0%	8	1
Klin. hematol.	0,0	100.0%	0.0%	9	1
DIP	0,0	0.0%	100.0%	11	1
Traumatologie	0,0	100.0%	0.0%	8	1
Sdruž.int.obory	0,0	100.0%	0.0%	0	0
Jiné	0,8	85.4%	14.6%	99	12

Zdroj: ÚZIS, LPZ 2008-2015, NRHOSP – zemřelí ve zdravotnickém zařízení, N = 27 605 zemřelí pacienti v kraji Vysočina

Kraj Vysočina podporuje od roku 2008 rozvoj terénní paliativní péče. Aktuálně již lze pozorovat výsledky této snahy.

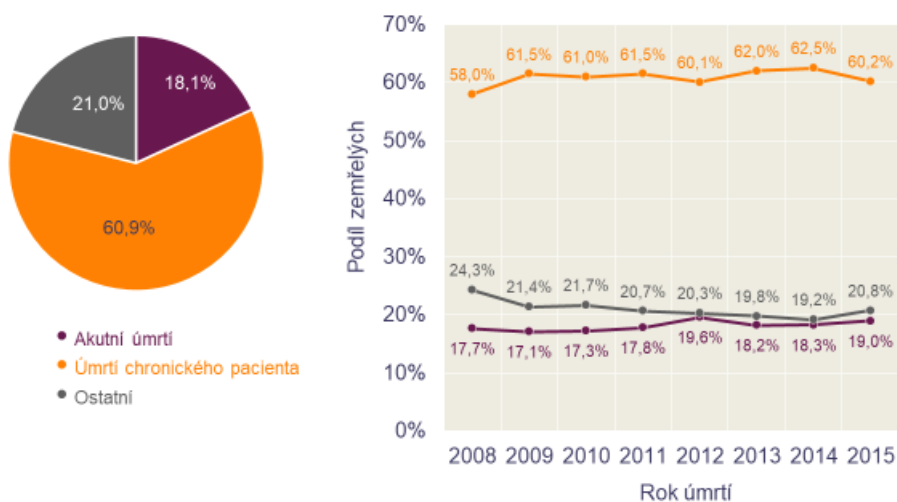
Místo úmrtí



Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP 2008-2015 N = 40 521 zemřelí pacienti v kraji Vysočina

Zcela převažují úmrtí chronických pacientů – to samotné je alarmující s ohledem na zcela nedostatečnou koordinaci péče o tuto skupinu nemocných – v rámci celé České Republiky.

Typologie úmrtí



Zdroj: ÚZIS, LPZ, NRHOSP 2008-2015 N = 40 521 zemřelí pacienti v kraji Vysočina

Strategie rozvoje paliativní péče v projektu Paliatr Vysočina zacílila na tyto oblasti:

- **Datová analýza péče**, i v rámci longitudinálního sledování, ve spolupráci s Institutem Biostatistiky a analýz Masarykovy Univerzity Brno

6/2018 zpracována základní analýza dat mortality a morbidity, z dostupných registrů

Od 9/2018 navazující analýza kvality péče, ve spolupráci s poskytovateli zdravotní i sociální péče

- **Struktura služeb** – v každém regionu dostupná ambulance paliativní medicíny (720), Mobilní specializovaná paliativní péče, nemocniční konziliární paliativní tým, lůžka paliativní péče v rámci následné nemocniční péče a akutní nemocniční paliativní lůžkové kapacity, ev. lůžkový hospic (po vytvoření ostatních typů služeb v rámci stávajícího systému a po zhodnocení potřeby)

6/2018 je na Vysočině 7 organizací se zájmem o 926 – Mobilní specializovaná péče (Telč, Pelhřimov, Jihlava, Žďár n. Sázavou, Havlíčkův Brod, Nové Město na Moravě, Třebíč, Velké Meziříčí) – tyto organizace mají pozitivní stanovisko Kraje z VŘ v květnu 2018 a nyní začínají jednat se ZP.

6/2018 každá z 5 krajských nemocnic pracuje s rozvojem nemocničního konziliárního paliativního týmu. Nemocnice Jihlava a Třebíč již tento tým nominovaly. Je připravena a svou činnost (další setkání 6.9.2018) zahájila Pracovní odborná skupina nemocničních lékařů a sester krajských nemocnic, jejímž cílem je ve spolupráci s projektem MZ nemocniční paliativní péče připravit základní metodiku práce konziliárních paliativních týmů a principů, jak postavit Nemocniční program paliativní péče. Samozřejmě v přímé návaznosti na rozvoj dalších, komunitních služeb, a s přímým propojením na nemocniční konziliární paliativní týmy.

Od 9/2018 bude Kraj usilovat v jednání se zdravotními pojišťovny o síť ambulancí paliativní medicíny (720), MSPP týmů (926) a také nemocniční paliativní péče (konziliární paliativní týmy a lůžková nemocniční paliativní péče).

- **Motivace profesionálů a podpora vzdělanosti** – kurzy ELNEC Vysočina, specializované kurzy (např. UTZ pro lékaře klinických oborů – PL, interna, geriatric, mobilní paliativní týmy), lékařské kurzy (Týmová práce a rozhodování a Komunikační dovednosti ve spolupráci s ČSPM ČLS JEP), e-learning

6/2018 na Vysočině proběhly Krajskou lektorskou skupinou připravené a koordinované (viz.

www.paliatrvysocina.cz) interaktivní, multidisciplinární týmové kurzy ELNEC, nyní je již ovlivněno tímto

základním vzděláním v paliativní péči na 51 profesionálů – především sester, také lékaři a sociální pracovníci, z nemocnic, mobilních týmů, ambulantní a sociální péče.

6/2018 se připravuje vznik vzdělávací instituce, zřízené pod Krajem Vysočina a nemocnicí Třebíč: **Zdravotní a Sociální Institut Vysočina**.

Od 1/2018 je otevřen a postupně propracováván webový portál www.paliatrvysocina.cz – dalším krokem je například práce na vytvoření interaktivní mapy služeb, nebo podpora informovanosti laické i odborné veřejnosti

- Práce s laickou veřejností, informační kampaně
- Propojení zdravotně-sociálního pomezí, podpora rozvoje paliativní péče v rámci primární péče a domovech pro seniory.

Projekt je **otevřenou platformou** státní správy (zdravotní a sociální odbor Kraje), odborníků – paliatrů, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů služeb, včetně krajských nemocnic či praktických lékařů, a také celostátní správy (MPSV a MZ). Průběžné výsledky projektu směřují k vytvoření komunitního dohledu pro chronicky nemocné a hledání konstruktivních cest pro tuto nesnadnou oblast, spojenou s demografickými změnami posledních 20 let.

Zpracoval:

Prim. MUDr. Ladislav Kabelka, PhD. – krajský koordinátor projektu Paliatr Vysočina

www.paliatrvysocina.cz, www.paliativni-intitut.cz, email: ladislav.kabelka.mobilni@gmail.com

Literatura

- Kabelka L. Geriatrická paliativní péče. Praha: Mladá fronta, 2017:317 s. ISBN: 978-80-204-4225-3.
- www.paliatrvysocina.cz
- OBIG, Vícetupňová hospicová a paliativní péče pro dospělé, aktualizace Vídeň 2014, překlad Alžběta Marková, MAS, dostupné na www.paliatrvysocina.cz
- Integrated palliative care is about professional networking rather than standardisation of care, Sheila Payne, Palliative Medicine 1/2018, SAGE
- The Catalonia WHO Demonstration Project of Palliative Care: Results at 25 Years (1990-2015). Gómez-Batiste X. Pubmed 2016