**RK-40-2022-18, př. 1**

**Počet stran: 50**

# Strategie rozvoje paliativní péče Kraje Vysočina do roku 2027

Obsah

# Obsah

1 Úvod ..... 2
2 Obecně k paliativní péči ..... 13
3 Analýza stavu ..... 17
4. Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) ..... 30
5. Dětská paliativní péče ..... 35
6. Shrnutí závěrů ..... 38
7 SWOT analýza ..... 39
8 PROGRAMOVÁ ČÁST STRATEGIE ..... 41
9 ZÁVĚR ..... 49

# 1 Úvod

Zastupitelstvo Kraje Vysočina na svém jednání dne 20. 6. 2017 usnesením č. 0250/04/2017/ZK schválilo Strategii paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020. Součástí schváleného materiálu byly priority a cíle na období do roku 2020. V rámci této strategie byly stanoveny čtyři prioritní oblasti, a to konkrétně lidské zdroje, ekonomika, kvalita služeb a infrastruktura. V rámci jednotlivých prioritních oblastí byly naplánovány dílčí aktivity, které směřují ke splnění jednotlivých úkolů nutných pro úspěšnou implementaci strategie. V přehledové tabulce jsou uvedeny jednotlivé aktivity a jejich vyhodnocení, které odpovídá současnému stavu.

Ve sledovaném období došlo v rámci plnění strategie k značným posunům. Ve všech nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina byly vytvořeny funkční konziliární týmy paliativní péče a v každém z okresů Vysočiny je nyní minimálně jeden mobilní paliativní tým, propojený na konziliární nemocniční paliativní tým funkčně, i personálně. Jako zásadní se ukazuje edukační aspekt strategie, kdy úspěšně fungují kurzy pro zdravotnický i nezdravotnický personál, který se podílí na poskytování paliativní péče na území Kraje Vysočina. V několika případech byla pilotně zahájena také spolupráce mezi mobilními specializovanými paliativními týmy a domovy pro seniory, kdy se lékař, případně další odborníci mobilního týmu, zapojují do péče o pacienty v domově.

Vzhledem k časovému ohraničení původní strategie, je nutná její aktualizace a případná revize. Tato aktualizace by především měla reflektovat reálné posuny, kterých bylo dosaženo během období od přijetí původní strategie a zároveň musí odpovídat skutečným potřebám v předmětné problematice.

Základními cíli projektu jsou:

- dobře fungující síť základní péče
- dostupnost 24 hodin 7 dní v týdnu
- kvalitní vzdělanost profesionálů
- podpora personálního zajištění paliativní péče

**Vyhodnocení aktivit jednotlivých prioritních oblastí – Strategie rozvoje paliativní péče z roku 2017:**

| **Priorita 1: Lidské zdroje** | | **Vyhodnocení** |
|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je vytvořit vhodné podmínky pro práci erudovaných pracovníků (odborných lékařů, středního zdravotnického personálu), kontinuálně reagující na rozvoj medicíny v kontextu celospolečenského vývoje** | |
| **Opatření 1.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající se stabilizace personálu v sociálních a zdravotních službách | |
| | **Cílem je vznik a podpora týmů paliativní péče a vytváření vhodných motivů, které by vedly ke stabilizaci kvalitních pracovníků** | |
| **Aktivity** | 1.1.1 Podpořit vzdělávání v oblasti paliativní péče pro nižší a střední zdravotní personál a pro lékaře | Za období od roku 2017 – 2022 byly zrealizovány vzdělávací kurzy ELNEC pro 232 účastníků. Kurzy probíhají každoročně. |
| | 1.1.2 Podpořit průběžné vzdělávání pracovníků v obecné a specializované paliativní péči | Proběhl kurz zaměřený na komunikaci a psychologii v paliativní medicíně a kurz dětské paliativní péče. |
| | 1.1.3. Podpořit a realizovat vzdělávání v rámci atestace České společnosti pro paliativní medicínu ČLS JEP v oboru paliativní medicína | Probíhá podpora lékařů |
| | 1.1.4 Vytvořit vzdělávací modul pro členy mobilních a konziliárních týmů s důrazem na paliativní vzdělávání, komunikaci | Modul nebyl vytvořen |

| | | |
|---|---|---|
| | 1.1.5 Podpořit a zapojit do průběžného vzdělávání praktické lékaře v obecné paliativní péči | Proběhla setkání s všeobecnými praktickými lékaři v jednotlivých okresech za účelem seznámení s aktivitami v rámci Strategie paliativní péče. |
| | | |
| **Opatření 1.2** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající vytvoření fungujících mezioborových konziliárních týmů paliativní péče | |
| | **Cílem je vytvoření fungujících mezioborových mobilních a konziliárních týmů paliativní péče.** | |
| **Aktivity** | 1.2.1 Vytvořit konziliární týmy paliativní péče v rámci lůžkového fondu poskytovatelů zdravotních služeb pro zajištění indikování pacienta pro paliativní léčbu | Ve všech nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina vytvořeny funkční konziliární týmy paliativní péče. |
| | 1.2 2. Vytvořit vhodné podmínky pro vzdělávání členů konziliárních týmu | Nebyl vytvořen jednotný systém |
| | 1.2.3 Vytvořit mobilní specializované týmy paliativní péče pro možnost práce v terénu pro pacienty v domácím prostředí | V každém z regionů Vysočiny je nyní minimálně jeden mobilní paliativní tým propojený na konziliární nemocniční paliativní tým funkčně i personálně. |
| | | |
| **Opatření 1.3** | Dle harmonogramu implementovat aktivity týkající vytvoření vhodných podmínek pro práci poskytovatelů paliativní péče | |

| | | |
|---|---|---|
| | **Cílem opatření je podporovat vytváření vhodných pracovních podmínek, které by se měly stát jedním z motivujících faktorů stabilizace zaměstnanců a zkvalitnění jejich práce** | |
| Aktivity | 1.3.1 Podpořit vytváření vhodného pracovního prostředí | Finanční pomoc zřizovaným nemocnicím při nákupu vybavení nutného k zajišťování paliativní péče. |
| | 1.3.2 Podpořit užívání ICT technologií a moderních pracovních pomůcek | Využívání statistického sledování ELFis a následné využití dat |
| | 1.3.3 Vytvářet vhodné mechanizmy, které minimalizují syndrom vyhoření | Nebylo nastaveno. |

| **Priorita 2: Ekonomika** | | **Vyhodnocení** |
|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je s ohledem na poptávku a v rámci existujících disponibilních finančních možností veřejných rozpočtů budovat a rozvíjet v Kraji Vysočina domácí formu péče za pomoci mobilních specializovaných týmů, ambulancí Paliativní medicíny a konziliárních týmů, doplněnou odpovídající lůžkovou formou** | |
| **Opatření 2.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající se financování paliativní péče. | |
| | **Cílem je zajistit efektivní nakládání s finančními prostředky určenými k financování paliativní péče v Kraji Vysočina.** | |
| **Aktivity** | 2.1.1 Vytvořit vhodný model sledování alokace nákladů a jeho implementace | Odbor sociálních věcí ve spolupráci s poskytovateli zavedl nový systém vykazování poskytované péče. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Od roku 2022 se dotace orientuje na odbornost 926. Sumarizují se i celkové počty pacientů v MSPP. |
| | 2.1.2. Připravit rozpočtové podmínky pro financování služeb pro změnu struktury a kvality paliativní péče | Na kapitolách Zdravotnictví a Sociální věci a ve Fondu Vysočiny jsou vyčleněny finanční prostředky k financování změn struktury a kvality paliativní péče. |
| **Opatření 2.2** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající se financování paliativní péče. | |
| | **Cílem je zajistit efektivní financování paliativní péče v Kraji Vysočina.** | |
| **Aktivity** | 2.2.1 Zajistit prostředky na dokrytí nákladů projektu „Mobilní specializované paliativní péče“ | Za rok 2021 poskytl Kraj Vysočina dotace ve výši 26 250 000 Kč. Pro rok 2022 bylo z Fondu Vysočiny celkem na podporu MSPP alokováno 28 000 000 Kč. |
| | 2.2.2. Rozvíjet projekty na hledání nových forem vícezdrojového financování a vhodnými formami podporovat čerpání finančních prostředků z fondů EU | Zapojení poskytovatelů paliativní péče do projektu vyhlášeného nadačním fondem AVAST, ABAKUS, zapojení do projektu Ministerstva zdravotnictví ČR zaměřeného na rozvoj paliativní péče v nemocnicích, dále také využití dotace |

| | | |
|---|---|---|
| | | Ministerstva zdravotnictví ČR na rozvoj dětské paliativní péče. |
| | 2.2.3 Iniciovat diskuze se zainteresovanými stranami na celostátní úrovni k problematice úhrad hospicové paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění bez omezení | Proběhla jednání na úrovni vedení VZP a Kraje Vysočina na téma financování paliativní péče, vyhlášena výběrová řízení k uzavření smluvních vztahů mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, realizace výběrových řízení krajským úřadem. Byly nasmlouvané úhrady. |

| **Priorita 3: Kvalita služeb** | | |
|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je dosáhnout strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní paliativní péče a zajistit bezpečné prostředí, jak pro pacienty, tak i pro personál.** | |
| **Opatření 3.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity podporující rozvoj prostředí pro poskytování paliativní péče | |
| | **Cílem je zajistit realizaci projektů, které se věnují poskytování paliativní péče** | |
| **Aktivity** | 3.1.1 Realizovat a úspěšně dokončit pilotní projekt „Mobilní specializované paliativní péče“ | V roce 2019 došlo k nasmlouvání oboru 926 od většiny zdravotních pojišťoven, vytvořena síť poskytovatelů MSPP |

| | | |
|---|---|---|
| | 3.1.2 Stabilizovat a podporovat stávající síť domácí paliativní péče a podle podmínek připravit její koncepční přeměnu na péči ověřenou pilotním projektem | Pravidelná setkávání poskytovatelů paliativní péče v kraji s tématem metodické pomoci, aktivní řešení daných problémů, podpora kraje. |
| **Opatření 3. 2** | Podpořit poskytování obecné i specializované paliativní péče v pobytových sociálních službách | |
| | **Cílem je podpořit poskytování obecné i specializované paliativní péče v domovech pro seniory klientům s demencí, geriatrickou deteriorací či dalšími nevyléčitelnými diagnózami** | |
| **Aktivity** | 3.2.1 V oblasti financování přihlížet k potřebě zlepšovat podmínky pro závěrečnou fázi života v pobytových sociálních službách | Nenastaveno. |
| | 3.2.2 Zvyšovat nabídku vzdělávání s cílem zvyšovat kvalitu obecné paliativní péče v pobytových sociálních službách | Realizace vzdělávacího programu ELNEC zároveň i pro zdravotnické pracovníky pobytových sociálních služeb. |
| | 3.2.3 Podporovat vzájemnou komunikaci a spolupráci pobytových sociálních služeb a paliativních týmů | Předávání informací v rámci činnosti pracovních skupin k naplňování Strategie, tzv. projekt Paliatr, probíhají konference se širokým záběrem. |
| | | |
| **Opatření 3.3** | Dle harmonogramu realizovat aktivity, které zabezpečí dostupnost služeb paliativní péče | |
| | **Cílem opatření je zajištění široké dostupnosti, kvality a komplexnosti nabízených služeb paliativní péče v Kraji Vysočina** | |

| | | |
|---|---|---|
| | 3.3.1 Vytvořit v rámci oddělení pro dlouhodobě nemocné v nemocnicích kraje základní lůžkový fond v počtu cca 2 – 4 lůžka na řešení náhlých situací (např. selhání multidisciplinárního týmu paliativní péče v rámci péče rodiny, či zařízení sociální péče) | Realizace pilotního šetření k zjištění počtu paliativních pacientů na lůžkách následné péče v rámci statistického zjišťování ELFis. Jednání se zřizovanými nemocnicemi. |
| | 3.3.2 Podpořit vytvoření ambulance paliativní péče v každém z okresů Kraje Vysočina | Ambulance byly zřízeny v každém okrese. |
| | 3.3.3Vytvořit systém dostupné regionální sítě paliativní péče na celém území kraje, a to založené na domácí formě péče, doplněné formou lůžkové péče ve vzájemné kombinaci paliativních lůžek v nemocnicích a lůžkového hospice s podmínkou zajištění dostatečných financí pro investice i provoz | Práce probíhají. |
| | | |
| **Opatření 3.4** | Zajistit kvalitu poskytovaných služeb | |
| | **Cílem opatření je neustálé zvyšování kvality služeb vedoucích k uspokojování potřeb všech zainteresovaných stran.** | |
| **Aktivity** | 3.4.1 Realizovat opatření pro zavádění moderních postupů a přístupů práce s klienty | Zavádění dotazníků v rámci ELFis včetně získání zpětné vazby od klientů. |
| | 3.4.2 Vytvořit komunikační strategii realizace služeb paliativní péče | Vytvořen web paliatr-vysocina.cz. |
| | 3.4.3 Zajistit poskytování perinatální paliativní péče v rámci porodnic a neonatologických oddělení, případně podporu rodičů po ukončení péče na těchto odděleních | Ve zřizovaných nemocnicích zrealizovány semináře v rámci neonatologických oddělení a dětských oddělení nemocnic. |

| | | |
|---|---|---|
| | | Nabídnuta pomoc při péči o dětského paliativního pacienta v Dětském centru Jihlava. Příprava písemného materiálu, který bude zapracován do aktualizované verze Strategie paliativní péče v kraji. Proběhly ICPCN kurzy zabývající se tématikou dětské paliativní péče pro lékaře. Realizována konference na téma dětské paliativní péče. |

| **Priorita 4: Infrastruktura** | | **Vyhodnocení** |
|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je posílit infrastrukturu pro poskytování paliativní péče a vytvořit podmínky pro širokou informační podporu s jednotnou databázi propojující potřeby a nabídky v rámci zdravotních a sociálních služeb** | |
| **Opatření 4.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity | |
| | **Cílem opatření je zlepšit prostorové podmínky pro poskytování paliativní péče** | |
| **Aktivity** | 4.1.1 Podpořit otevření nového samostatného paliativního oddělení (cca 15 lůžkového) k zajištění péče ve východní části Kraje Vysočina | Viz bod 3.3.1 |
| | 4.1.2 Modernizovat stanice paliativní péče v rámci existujících kapacit nemocnic, zabezpečit prostorové a personální oddělení této péče od oddělené LDN | Podpora rozvojových aktivit v krajských nemocnicích. |

| | | |
|---|---|---|
| | 4.1.3 Podpořit vznik lůžkového hospice v kapacitě přiměřené nabídce ostatních složek paliativní péče za podmínek, že budou zajištěny finanční prostředky pro investice i provoz | Dotace z Ministerstva zdravotnictví ČR, zapojení kraje. Zahájen proces vedoucí k výstavbě lůžkového hospice. |
| | | |
| **Opatření 4.2** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity pro zajištění informační podpory všech zainteresovaných stran v systému poskytování paliativní péče | |
| | **Cílem opatření je vytvářet informační portfolio pro odbornou i laickou veřejnost.** | |
| **Aktivity** | 4.2.1 Zajistit propojení databází z oblasti zdravotnictví a sociálních věcí, předávání informací | Iniciováno setkání zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích, následně rozšířeno i na sociální pracovníky ORP a poskytovatelů pobytových sociálních služeb. Vytvořeny komunikační kanály pro předávání informací. Projekt - **Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina, otevřen portál www.vysocinapecuje.cz.** |
| | 4.2.2 Vytvořit brožury k paliativní péči určené pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky. | Revize publikace „Určitě si poradíte“.<br>Fungující web vysocinapecuje.cz |

| | | |
|---|---|---|
| | 4.2.3 Zajistit podporu informovanosti zainteresovaných stran prostřednictvím sociálních sítí | Připravuje se informační kampaň. Fungující web vysocinapecuje.cz |
| | 4.2.4 Zajistit participaci praktických lékařů a nemocnic na zvýšení informovanosti | Prezentace pro všeobecné praktické lékaře na téma zdravotně sociální pomezí, informační kampaň v rámci projektu - **Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina** |

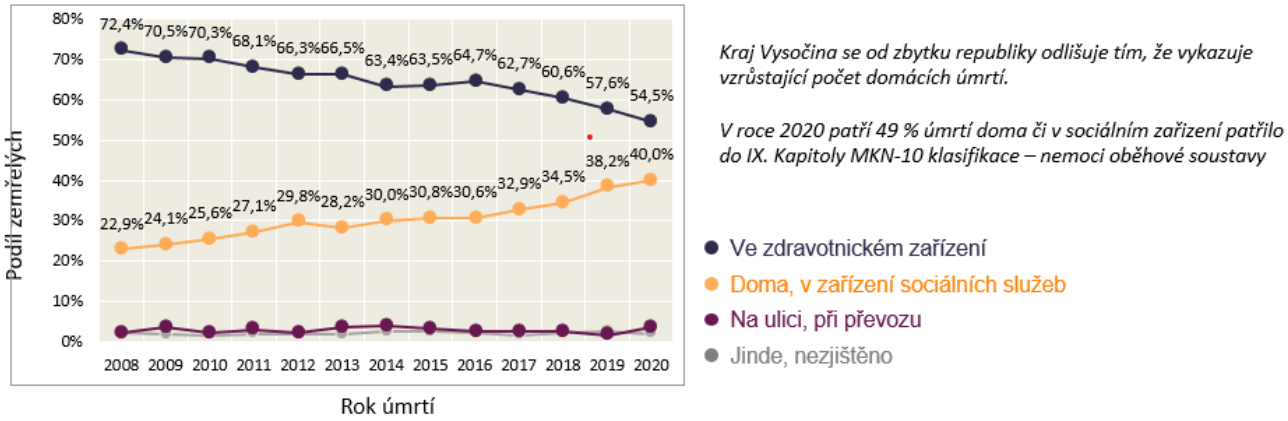
# 2 Obecně k paliativní péči

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevyléčitelnou chorobou. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.

Paliativní péče chápe umírání jako přirozenou součást lidského života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část svého života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně. Chrání důstojnost nevyléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života, nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům a pomáhá jim zvládat jejich zármutek v případě smrti blízkého člověka.

59 % všech úmrtí v Kraji Vysočina je výsledkem eskalace déle trvajících zdravotních problémů. Jedná se o očekávatelná úmrtí z chronických příčin, často po déle trvající hospitalizaci. U úmrtí tohoto typu je možné predikovat vysokou potřebu paliativní péče. Dle současných demografických trendů lze předpokládat, že podíl úmrtí chronických pacientů bude ve společnosti narůstat a s tím se bude zvyšovat zátěž zdravotnického systému. Nejedná se pouze o onkologické pacienty, ale také o pacienty s chronickými kardiovaskulárními problémy, pacienty s těžkou CHOPN či diabetem nebo o pacienty stižené neurodegenerativními poruchami. V Kraji Vysočina ročně zemře více než 5 tisíc osob. 47% očekávatelných úmrtí se týká seniorní populace 80+. Z různých průzkumů vyplývá, že by si většina lidí přála prožít závěr svého života doma (ve svém „vlastním sociálním prostředí“). V domácím prostředí v Kraji Vysočina nastává kolem 29 % všech úmrtí, dalších 11 % úmrtí nastává v zařízeních sociální péče. Tento trend má v kraji vzrůstající tendenci.

***Obrázek 1 Místo úmrtí obyvatel Vysočiny, ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2***




Evropská asociace paliativní péče (EAPC)[1] doporučuje rozlišovat **dvě úrovně poskytování paliativní péče**:

- Obecná paliativní péče - klinická praxe, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevyléčitelného charakteru onemocnění a identifikace a ovlivňování oblastí, které jsou významné pro kvalitu pacientova života (např. racionální využití kauzálních léčebných postupů, léčba symptomů, empatická komunikace, pomoc při organizačním zajištění péče a při využití služeb ostatních specialistů, zajištění domácí ošetřovatelské péče atd.). Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci s ohledem na specifika své odbornosti.
- Specializovaná paliativní péče - je aktivní multiprofesní péče poskytovaná pacientům a jejich rodinám týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni a disponují potřebnými zkušenostmi. Specializovaná paliativní péče je poskytovaná pacientům, kteří komplexností svých potřeb (tělesných nebo psychosociálních) přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče.

[1]EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péče 2009. Česky překlad vydala Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, Praha 2010. Dostupné na http://www.paliativnimedicina.

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy:

- ambulance paliativní medicíny
- oddělení paliativní péče v rámci jiného lůžkového poskytovatele zdravotních služeb
- konziliární tým paliativní péče v rámci poskytovatele zdravotních služeb
- mobilní specializovaná paliativní péče (paliativní péče ve vlastním nebo náhradním sociálním prostředí pacienta)
- samostatně stojící lůžkové zařízení hospicového typu
- denní stacionář paliativní péče (většinou ve spojení s lůžkovým nebo ambulantním zařízením paliativní péče)
- další zařízení specializované paliativní péče, např. specializované poradny a tísňové linky, zařízení určená pro určité diagnostické skupiny atd.

S výše uvedenými dvěma úrovněmi paliativní péče pracuje ve svých Standardech paliativní péče také Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM.

Péče o klinicky nestabilního pacienta v závěru života vyžaduje dobře koordinovanou, multiprofesní péči, která je podmíněna spoluprací lékařů různých profesí, zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychologů, duchovních, dobrovolníků a samozřejmě pacientovy rodiny.
Diskuze o nejvhodnějším zajištění péče vychází ze skutečnosti, že všechny formy poskytování paliativních služeb mají v systému péče své místo. Každá forma má jinou působnost, může se věnovat jiné fázi choroby, často jiné cílové skupině z pohledu věku, diagnózy a potřeb - jak z hlediska sociálního, tak zdravotního. Je nutno vzít v patrnost i fakt, že lůžkovou formu paliativní péče lze provozovat za jistých podmínek v již existujících kapacitách zdravotního systému v případě, že jsou stavebně, personálně, vzdělanostně a v neposlední řadě ekonomicky dostatečně saturovány.

Právní rámec paliativní péče v České republice je v současné době tvořen zejména:

- zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (medicínská složka paliativní péče – paliativní léčba, vztahy mezi pacientem, jeho blízkými, poskytovatelem, zdravotníky),
- zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (úhrada paliativní péče),

- zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (postavení pacienta jakožto osoby závislé na péči jiné osoby a jeho nárok na sociální služby),
- zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem (právní úprava zásahu do tělesné integrity, zastoupení osoby nezpůsobilé právně jednat, nový systém odškodňování zásahu do přirozených práv člověka – tělesná integrita, soukromí, důstojnost). V souvislosti s nabytím účinnosti nového občanského zákoníku lze předpokládat vyšší částky stanovené soudem jakožto náhrady újmy na přirozených právech, než tomu bylo za platnosti a účinnosti předchozího zákona a zejména vyhlášky

  č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění).

# 3 Analýza stavu

**ANALÝZA VÝCHOZÍHO STAVU**

Analýza výchozího stavu poskytuje přehled o dosavadním přístupu Kraje Vysočina k problematice paliativní péče. Na stávající poznatky bude strategie navazovat ve své programové části.

## 3. 1 Současná situace domácí péče o pacienty s potřebou paliativní péče

Paliativní péči u pacienta ve vlastním sociálním prostředí zajišťuje v současné době registrující praktický lékař nebo ambulantní specialisté (pokud se jedná o pacienty v závěrečné fázi života) ve spolupráci s poskytovateli domácí péče. V tomto případě jde o obecnou paliativní péči, která nenabízí specializovaný a multidisciplinární přístup s trvalou dostupností a časovou flexibilitou.

Lékař indikuje domácí péči, přičemž specifikuje cíl péče, plán a jednotlivé výkony sester, které se u pacienta budou provádět. Jedná se tak o plánované lékařské a ošetřovatelské intervence bez zajištění nepřetržité dostupnosti lékaře a sestry. V mimopracovní době je lékařská péče zajištěna lékaři RLP, LPS nebo formou telefonických konzultací, anebo ambulantního vyšetření lékařem lůžkového poskytovatele zdravotních služeb.

Takto nastavená péče je obvykle dostačující, pokud je pacientův stav klinicky relativně stabilní a nedochází k častým změnám celkového stavu a intenzity symptomů, jež by vyžadovaly akutní zásah lékaře a sestry i mimo ordinační dobu. V kontextu pokročilého onemocnění se ale klinický stav a celková symptomová zátěž obvykle zhoršuje – nejednou se v krátkém časovém intervalu dramaticky mění. Pro minimalizaci rizik pacientova utrpení je v tomto čase potřebné zajištění pohotovosti a trvalé dostupnosti lékařské a ošetřovatelské péče v režimu 24/7. Právě takovou dostupnost nabízí tzv. Mobilní specializovaná paliativní péče.

## 3. 2 Formy poskytování paliativních služeb v Kraji Vysočina

Kraj Vysočina se dlouhodobě zabývá rozvojem systému paliativní péče, a to v návaznosti na vývoj odborných postupů a ukotvení paliativní péče v systému financování a organizace zdravotní.
V současné době se paliativní péčí v Kraji Vysočina zabývá několik různých poskytovatelů. Předně je to lůžkové oddělení (stanice) paliativní péče v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci. Dalšími klíčovými poskytovateli jsou týmy mobilní specializované paliativní péče.

## 3.3 Poskytovatelé služeb

Paliativní služby v sobě od svého vzniku spojovaly sociální a zdravotní péči v rámci komplexního přístupu k pomoci klientům. Kraj Vysočina je místně rozsáhlý a některé jeho části jsou hůře dostupné. Historicky se každá část kraje vyvíjela samostatně. Zdravotní akutní lůžková péče je zajištěna v každém z pěti okresů, zároveň v každé nemocnici fungují lůžka následné péče. Střední část kraje je zabezpečena lůžkovým oddělením paliativní péče v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci, ale nezajištěnou oblastí zůstává východní část kraje. V oblasti sociálních služeb je poskytována domácí paliativní péče pod registrovanou sociální službou „odlehčovací služba“. V každém okresním městě je zastoupen alespoň jeden poskytovatel, který definuje pokrytí terénní službou v rámci celého okresu. V rámci poskytování péče klientovi/pacientovi se jednotlivé segmenty – sociální a zdravotní – významně prolínají a doplňují. Problematikou důstojného závěru života je však nutno se zabývat také v oblasti pobytových sociálních služeb.

### 3. 3. 1 Poskytovatelé domácí paliativní péče

Domácí paliativní péče je poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacientů.

Neoddělitelnou součástí domácí paliativní péče je:

- zdravotní péče
- sociální péče
- péče psychologická nebo psychoterapeutická
- péče o spirituální potřeby
- půjčovna zdravotních a kompenzačních pomůcek
- péče o pozůstalé.

Domácí paliativní péči zajišťuje multidisciplinární tým složený z těchto profesí:

- lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v rozsahu 0,2 úvazku
- lékař se specializovanou způsobilostí v oborech, které jsou základními obory pro nástavbový obor paliativní medicína v rozsahu 1,0 úvazku
- všeobecná sestra s odbornou způsobilostí v rozsahu úvazku 5,0 (z toho musí být zajištěna alespoň jedna dětská sestra, pokud bude poskytována domácí péče dětem do 3 let)
- sociální pracovník
- pracovník v sociálních službách
- psycholog/psychoterapeut
- duchovní

### 3. 3. 2 Praktičtí lékaři

Praktický lékař je reálně ústřední osobou ve zdravotní péči o nemocného.

Je pro něj zcela zásadní rozhodování, zda je adekvátní léčba a péče zajistitelná v domácím prostředí nebo zda je indikován převoz do zdravotnického zařízení. Je důležité připustit, že pro rozhodování nejsou podstatné pouze medicínské parametry, ale významně také nastavení psychosociální a spirituální. Tyto parametry péče se navíc týkají také blízkých nemocného, protože mnohdy jsou to právě oni, kteří svým postojem a možnostmi o organizaci další péče rozhodují. Zcela zásadní roli tedy hraje podpora zdravotníků – odborná, organizační i obecně lidská.

Praktický lékař se svojí znalostí terénu a svěřených registrovaných osob v regionu je cenným spolupracovníkem týmu, který o pacienta pečuje a v řadě regionů dokonce může být i jeho ústřední součástí. Je ovšem nutné, aby měl podporu specialisty (geriatrie, onkologie, paliativa, vnitřní lékařství), a to jak odborně a pro kontakt s lůžkovou péčí, tak pro preskripční podporu. Ideálně tedy by péče o nevyléčitelně nemocného, resp. umírajícího pacienta v domácím prostředí, měla probíhat za spolupráce praktického lékaře, lékaře specialisty a ošetřovatelského týmu (mobilní paliativní tým). Tým musí disponovat možností podpory psychologem a sociálním pracovníkem.

.

Počty oprávnění/registrací k poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství ke dni 1. 5. 2021dle jednotlivých okresů v rámci kraje:

| **Okres** | **Počet oprávnění** |
|---|---|
| Havlíčkův Brod | 43 |
| Jihlava | 56 |
| Pelhřimov | 37 |
| Třebíč | 51 |
| Žďár nad Sázavou | 55 |
| **Celkem** | **242** |

### 3. 3. 3 Ambulance paliativní medicíny

Ambulance paliativní medicíny (AMP) je specializovaná ambulance, vedená lékařem s odborností Paliativní medicína, popř. Paliativní medicína a léčba bolesti.

Za cílový stav považuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP zajištění činností ambulance na region o rozloze cca 50-100 tisíc obyvatel (dle dopravní dostupnosti v regionu - dojezd do 30-50 km dle hustoty obyvatelstva).

Ambulance paliativní medicíny vykonává

- činnost ambulantní (lékař, sestra)
- domácí návštěvní (lékař, sestra)
- konziliární činnost lékaře v oboru Paliativní medicína (nemocniční prostředí i terénní služba - obsahem konzilia paliativní péče může být management bolesti a dalších obtížných tělesných a psychických symptomů, facilitace rozhodování o průběhu kauzální léčby a spolupráce na tvorbě plánu paliativní péče)
- edukační a propagační činnost vůči veřejnosti a ostatním zdravotnickým profesionálům

Charakteristickým rysem a výstupem práce ambulance paliativní medicíny je písemně v dokumentaci nemocného formulovaný pozitivní Plán paliativní péče. Ten vzniká ve spolupráci s nemocným, dalšími poskytovateli péče, kteří se podílejí na aktuální péči o nemocného, a jeho blízkými.

Specializované ambulance paliativní péče zajišťují ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v zařízeních sociální péče. Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče a specializované paliativní péče.

Paliativní ambulance jsou zásadním a propojujícím prostředníkem mezi jednotlivými poskytovateli specializované paliativní péče.

Přínosy paliativních ambulancí jsou následující:

- Nemocným se dostane podstatně dřív odpovídající (paliativní) péče než je tomu doposud
- Prodlužuje se doba v paliativní péči a snižuje se riziko zbytné kurativní léčby
- Ulehčuje se přechod pacientů z akutní do domácí paliativní nebo lůžkové paliativní péče
- Zjednodušuje se komunikace o zdravotním stavu klienta
- Ambulance nastavuje, konzultuje a vede plán paliativní péče
- Školený lékařský i nelékařský personál

Spolupráce praktických lékařů s ambulancemi paliativní péče je prozatím v počátku, omezená, v některých případech není existence ambulance praktickým lékařům vůbec známa i přes snahu poskytovatelů paliativní péče. V současné době vznikly ambulance při všech nemocnicích, které jsou zřizovány krajem. Dále ambulance existuje při Oblastní charitě Třebíč, Oblastní charitě Žďár nad Sázavou. Problémem jsou personální kapacity a finanční návratnost služby.

### 3. 3. 4 Poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb

Aktuální stav paliativní péče v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina je uveden v následující tabulce.

Tabulka 2 – Paliativní péče v nemocnicích zřizovaných krajem

| Nemocnice | Poznámka | Ambulance paliativní medicíny |
|---|---|---|
| Jihlava | Smlouva s pojišťovnou na 15 lůžek, nemocniční konziliární tým, | ANO |
| Havlíčkův Brod | Nemocniční konziliární tým, | ANO |
| Pelhřimov | Nemocniční konziliární tým, příprava lůžkové paliativní péče | ANO |
| Třebíč | Nemocniční konziliární tým, příprava lůžkové paliativní péče | ANO |
| Nové Město na Moravě | Rodinné pokoje pro poskytování paliativní péče, nemocniční konziliární tým, | ANO |

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, má v současné době 15 paliativních lůžek. Výhodou této nemocnice je skutečnost, že disponuje stálým specializovaným týmem, ve kterém jsou zastoupeni lékaři s erudicí pro paliativní péči a léčbu bolesti, konzultanti v oboru psychologie, onkologie, výživy, tým

zdravotních sester a ošetřovatelek, které prošly školením v hospicové péči, dále rehabilitační sestra, sociální pracovník a kněz. Pacienti jsou hospitalizováni převážně ve 2lůžkových pokojích. Návštěvy na paliativní stanici jsou neomezené.

Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace, nedisponuje paliativními lůžky. Jsou dostupné dva rodinné pokoje umístěné v rámci Oddělení dlouhodobě nemocných (dále jen „ODN“). ODN přebírá pacienty převážně z interního, chirurgického, neurologického a ortopedického oddělení, dále pak pečuje o pacienty s onemocněními z oborů onkologie, urologie, plicního, nefrologie, dermatologie, gynekologie a pečuje o stavy převážně subakutního či chronického charakteru.

V Nemocnici Pelhřimov, příspěvkové organizaci, je paliativní péče prováděna podle potřeby ve stávajících prostorách ODN. V nemocnici působí mobilní paliativní tým, který je přímo součástí struktury nemocnice.

Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace, má k dispozici 104 lůžek dlouhodobé péče a 5 lůžek dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče. Paliativní péče je prováděna operativně v rámci uvedeného počtu lůžek a zároveň je nemocnice zapojena do pilotního projektu mobilní specializované paliativní péče.

V Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvkové organizaci, je paliativní péče zajišťována na 4 lůžkách tzv. Rodinných pokojů. Dále je v případě potřeby poskytována i na ostatních lůžkách Oddělení dlouhodobě nemocných. V nemocnici působí multidisciplinární paliativní tým, který podporuje rozvoj poskytování paliativní péče i na lůžkách akutní péče.

### 3. 3. 5 Léčebny dlouhodobě nemocných – lůžkové zázemí následné a dlouhodobé péče

Následná a dlouhodobá zdravotní ústavní péče není péčí specificky geriatrickou či paliativní, ale zahrnuje nemocné všech lékařských oborů a všech věkových skupin. Léčebny dlouhodobě nemocných jsou místem, kde končí svůj život 15-20% všech nevyléčitelně nemocných. Nejinak je tomu i v Kraji Vysočina. Zásadní pro uvědomění si postavení tohoto prvku péče je i skutečnost, že tzv. LDN jsou regionálně dobře dostupné a historicky respektované pacienty a jejich blízkými v daných regionech. Je zapotřebí pracovat na rozvoji tzv. diferencované péče v LDN, interdisciplinárních týmech a vzdělání zejména ošetřovatelského personálu. Klíčovou oblasti je financování, kde nejsou dostatečně pokryty osobní náklady, ale také vybavení pro moderní následnou péči.

Další oblastí, na kterou je potřeba se zaměřit, je efektivní spolupráce a koordinace při předávaní pacientů mezi nemocnicemi akutní lůžkové péče a následné lůžkové péče (LDN) bez ohledu na zřizovatele.

### 3. 3. 6 Paliativní péče v nemocnicích, konziliární týmy

Všeobecné nemocnice jsou místem, kde probíhá více než 50 % veškeré péče s potřebou specializovaných úkonů paliativní péče, včetně konceptu předem vyslovených přání, nastavování plánu péče, klíčových rozhodování. Zajištění kvalifikovaného posuzování nevyléčitelně pokročile nemocných ve všeobecné nemocnici má zásadní klinický, etický i ekonomický vliv na celkovou paliativní péči v regionu. Zvláště, je-li nemocnice jediným lůžkovým poskytovatelem zdravotní péče v regionu.
Důležitým předpokladem úspěšné péče je existence fungujících mezioborových konziliárních týmů paliativní péče v nemocnicích.

**Konziliární tým paliativní péče (KTPP)** je multidisciplinární tým, sestávající minimálně z lékaře specialisty v oboru paliativní medicína, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Žádoucí je úzká spolupráce týmu s psychoterapeutem, pastoračním asistentem nebo duchovním a dalšími zdravotnickými pracovníky (např. nutriční specialista, RHB pracovník, specialista na léčbu chronických ran atd.). Složení a činnost KTPP je ve zdravotnickém zařízení upravena směrnicí (řídícím dokumentem).

Plnohodnotný konziliární tým by měl mít následující složení:

- lékaři se specializací (**paliativní medicína a léčba bolesti**, geriatrie, ARO, vnitřní lékařství, onkologie, atd.)
- klinický psycholog
- klinický farmaceut
- ergoterapeut
- sociální pracovník
- nemocniční kaplan(pastorační pracovník)
- psychointervent

**Lůžka paliativní péče a oddělení/stanice paliativní péče** by měla být zřizována na základě analýzy potřeb paliativní péče pro danou diagnostickou skupinu pacientů pro jednotlivá zdravotnická zařízení.

- **Samostatná lůžka paliativní péče v rámci oddělení jiné odbornosti** jsou z hlediska lůžkového fondu vedena jako lůžka příslušné odbornosti (např. onkologie nebo neurologie atd.). Na zajištění komplexní paliativní péče spolupracují zdravotníci daného oddělení a KTPP. Je žádoucí, aby alespoň 50% z dedikovaných lůžek paliativní péče byla na jednolůžkových pokojích a umožňovala trvalou přítomnost pacientovy blízké osoby. Indikační kritéria pro přijetí na lůžko paliativní péče musí být v rámci daného zdravotnického zařízení/oddělení jasně definována.

- **Oddělení/stanice paliativní péče.** V případě lůžkové péče je pro zachování dostatečné erudice personálu minimální doporučený počet lůžek 15. V odůvodněných případech, zejména v návaznosti na další poskytovanou péči stejným poskytovatelem, která zaručí ekvivalentní množství pacientů, může být počet lůžek nižší. Péči zajišťuje multidisciplinární tým, který musí splňovat personální standardy ČSMP pro lůžkové oddělení paliativní péče. S ohledem na další rozvoj a zkvalitnění paliativní péče se v budoucnu jeví jako optimální zřízení lůžkových oddělení paliativní péče v počtu do 15 lůžek v některých nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina.

**Požadavky na kvalifikaci zdravotnických pracovníků**

Lékař ambulance paliativní medicíny a vedoucí lékař KTPP je držitelem atestace z nástavbového oboru Paliativní medicína nebo oboru Paliativní medicína a léčba bolesti. Vedoucí lékař oddělení paliativní péče je držitelem atestace z nástavbového oboru Paliativní medicína nebo oboru Paliativní medicína a léčba bolesti a pracuje na oddělení minimálně na úvazek 0,4. Jestliže je vedoucí lékař primářem, tak je nutný úvazek 0,8. Všechny sestry z KTPP a sestry na oddělení paliativní péče by měly absolvovat akreditovaný kurz paliativní péče.

**ELFis**

Ve všech nemocnicích zřizovaných krajem vznikly konziliární paliativní týmy, které jsou funkční v rámci jednotlivých nemocnic. Současnou otázkou je nastavení systému financování těchto paliativních týmů pro jejich dlouhodobou udržitelnost. Kraj na svém území implementuje informační systém pro regionální mapování a hodnocení péče v závěru života – ELFIs, End-of-life care – information system. Tento systém je složen z dotazníkových modulů snadno dostupných k plnění a ovládání a dále umožňujících jejich

flexibilní zapojování či vypínání dle potřeb praxe. Cílem projektu ELFis je vybudování systému, který může doložit, že péče konziliárních paliativních týmů je standardizovaná, indikace k paliativní intervenci je exaktní a kontrolovatelná. Sběr nemocničních dat bude dokladem o efektivnosti a skutečných nákladech činnosti konziliárních paliativních týmů; půjde o data využitelná i pro správné nastavení systému úhrad konkrétních výkonů. Vzniknou ojedinělá data, která mohou být využita pro jednání s pojišťovnami a pro vykazování výkonnosti paliativní péče na území kraje.

### 3. 3. 7 Paliativní péče v domovech pro seniory

Vlivem stárnutí populace a zvyšující se kvalitou zdravotní péče o seniory se postupně proměňuje klientela pobytových sociálních služeb především z hlediska potřeb odborné péče o klienty těchto zařízení, což významně souvisí i s rozšiřující se možností zajistit potřeby člověka v období jeho závěrečné fáze života. Zařízení, poskytující pobytové služby pro seniory, se tak stávají čím dál častěji místem posledních dnů a chvil pro své obyvatele, kteří si přejí odejít pokud možno ve známém prostředí, obklopeni svými nejbližšími. Zejména domovy pro seniory, ale i další pobytová zařízení sociálních služeb, která se na sklonku života stala pro své obyvatele domovem, toto z velké části velmi dobře umožňují. V řadě případů disponují kvalifikovaným personálem, zdravotními sestrami, pečovateli, sociálními pracovníky i nutričními terapeuty, což umožňuje vnímat potřeby umírajícího člověka jak po stránce zdravotní, tak psychické i sociální. Řada zařízení dnes dokáže zajistit i duchovní služby, které do komplexu paliativní péče bezesporu patří. Pro komplexní přístup k paliativní péči je tak většinou třeba externě přizvat již jen odborného lékaře, pokud tuto roli nemůže zastat ošetřující praktický lékař, případně psychologa.

Personál přímé péče v pobytových sociálních službách je často již velmi dobře vybaven povědomím o paliativní péči a o potřebách člověka v závěrečné fázi života, případně o potřebách rodiny umírajícího. Některé domovy mají oblast paliativní péče standardně zařazenou do vzdělávacího plánu organizace jako kontinuální vzdělávací téma pro kvalifikaci ošetřovatelského i pečovatelského personálu. Kvalita daného vzdělávání a průběžné vedení celého týmu je samozřejmě velmi závislé na vzdělání a zkušenostech vedoucích zdravotního i sociálního týmu. Klíčové je nastavení péče ze strany lékařů a především pak kontinuální dostupnost lékařsko-sesterských postupů a rozhodování.

Současné nastavení finančních podmínek a možností prozatím nedovoluje z hlediska potřeby věnovaného času pro individuální péči o klienta v závěrečné fázi života příliš tuto skutečnost zohlednit a je tak na samotných zařízeních, jak dokáží takové situace řešit. Také z hlediska prostorového komfortu není ve většině případů možno klientovi zajistit pro poslední dny například jednolůžkový pokoj, což by vyřešilo trvalé paliativní lůžko, které by sloužilo pouze pro paliativní účely. Vzdělávání personálu je zatím rozvíjeno individuálně na úrovni jednotlivých poskytovatelů a není ze strany kraje zavedena systémová podpora nebo alespoň doporučení k jeho zajištění.

V případě nedostatečně odborně či personálně vybavené pobytové služby je možno přizvat ke spolupráci přímo do zařízení některý paliativní tým, kde však může nastat problém s duplicitou pečovatelských i ošetřovatelských výkonů, případně samotný překryv působení jedné sociální služby s druhou. První zkušenosti ve spolupráci mezi MSPP a domovem pro seniory se objevily v různých regionech kraje (Pelhřimov, Žďár nad Sázavou, Třebíč). Někde byla tato spolupráce ukončena nebo nebyla po úvodních jednáních ani zavedena. Základní výzvou je správné nastavení kompetencí mezi týmem a personálem domova. Dále, a to především chybí vhodný systém financování této služby. Přes tyto překážky bylo v Kraji Vysočina realizováno 8 funkčních spoluprací mezi domovy pro seniory a mobilními specializovanými paliativními týmy, přičemž každá kooperace má individuálně nastavený rozsah.

Do budoucna by bylo možné využít 24/7/365 dostupnost pohotovostní služby mobilních paliativních týmů. Jejich smysluplné zapojení předpokládá, že disponují dobře fungujícím lékařským zázemím a ambulancí paliativní medicíny. Spolupráce Ambulance paliativní medicíny, ošetřovatelského týmu domova pro seniory (resp. DZR) a ošetřujícího praktického lékaře umožňuje využít následně nastavený model pohotovostních služeb MSPP.

Domovy pro seniory jsou díky zajištěné ošetřovatelské péči 24/7 důležitou platformou k poskytování geriatrické paliativní péče. Je třeba zajistit možnost individuálního přístupu, týmové multidisciplinární péče a především trvalou dostupnost lékařského posuzování zdravotního stavu nemocných. K těmto úkolům náleží také adekvátní financování prostorových i organizačních úprav stávající péče.

Pro kvalitu paliativní péče v pobytových sociálních službách je nutné předávání dostatečných informací zejména při překládání klientů z lůžkového zdravotnického zařízení, aby bylo možné dobře nastavit péči včetně té paliativní a předejít zbytečným zásahům zdravotnické záchranné služby nebo hospitalizacím

v závěru života. Zároveň zatím nebylo dostatečně metodicky nastaveno, jestli se při přeložení žadatele do pobytové sociální služby hodnotí, zda je v terminálním stadiu a zda neexistuje varianta péče doma. Zde je potřeba zlepšit komunikaci na sociálně zdravotním pomezí a využívat nové elektronické nástroje předávání informací.

### 3. 3. 8 Lůžkový hospic

Hospic je samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v závěrečné fázi života. Zaměstnanci hospice kladou důraz na individuální potřeby a přání každého nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými. Tohoto cíle je mimo jiné dosahováno snahou o osobitou a domácí atmosféru hospice, maximálním soukromím pacientů (jednolůžkové pokoje), volným režimem pro návštěvy a dobrou dopravní dostupností. Specifikem hospice je, že zde může být spolu s nemocným ubytován na pokoji jeho příbuzný po celou dobu pobytu. Komplexní péče je poskytována nejen nemocnému, ale také jeho blízkým.

Hospic je určen pro pacienty, kteří nemohou zůstat v závěrečné fázi života v domácím prostředí, protože rodina nemůže splnit základní podmínku pečování 24 hodin denně a 7 dnů v týdnu a zároveň nechtějí umírat v zařízení jiného typu.

Hospic také nabízí krátkodobé respitní pobyty pro dlouhodobě nemocné..

Na péči v hospici navazuje služba denního stacionáře, který je v zahraničí osvědčenou formou péče. Je provozován formou denního docházení pacienta do stacionáře. Je mu zde poskytnuta pomoc v případě, že potřebuje řešit zdravotní problémy a současně nabízí komplexní edukační a rekreační aktivity podle potřeb a možností pacienta. V zahraničí je obvyklá úzká vazba těchto denních stacionářů na lůžkový hospic. Mimo jiné plní významnou úlohu také jako podpůrná skupina pro nemocné. V ČR zatím s touto formou péče nejsou dostatečné zkušenosti.

Péče v hospici a stacionáři je úzce propojena s psychosociálním poradenstvím. Poradna poskytuje psychologickou a sociální péči onkologickým pacientům, nevyléčitelně nemocným a jejich rodinným příslušníkům. Cílovou skupinou je nemocný, jeho blízcí a pečující.

Personální vybavení lůžkového hospice vychází z multidisciplinarity poskytované služby a má stejné profesní zastoupení jako všechny týmy poskytující specializovanou paliativní péči. Personální vybavení vychází ze standardů pro toto zařízení.
Hospic je jedna z forem specializované paliativní péče, která zatím v kraji, jako v jediném v České republice, chybí. Doplněním tohoto chybějícího článku spolu s rozvojem paliativních ambulancí a konziliárních týmů v rámci nemocnic, domovů pro seniory a s propojením se stávajícími poskytovateli hospicové paliativní péče by tak vznikl ucelený a komplexní systém služeb paliativní péče v kraji. Nemocný a jeho rodina tak může dostat kvalitní péči s možností volby takové formy služby, kterou si nemocný a jeho rodina přeje.

Ministerstvo zdravotnictví vypsalo dotační řízení na výstavbu lůžkového hospice. Dotace je ve výši 67 121 788 Kč, vlastní financování ze strany kraje by mělo být ve výši 68 746 518 Kč. Výstavba se bude konat v obci Havlíčkův Brod. Kapacita lůžkového hospice je plánována na 18 lůžek plus 2 lůžka budou určena pro dětské pacienty (zejména pro respitní pobyty) a ke každému lůžku bude vždy přistýlka pro doprovázejícího (rodina, přátelé…). Stavba by měla být dokončena v létě roku 2024.

Budoucí hospic předpokládá zajišťování následující péče, služeb a činností:

- specializovanou paliativní péči o pacienty v preterminálním a terminálním stádiu onemocnění

- zajištěním kvalitního zázemí pro rodiny a blízké nemocných, aby mohli svého nemocného bez omezení doprovázet

- provozováním ambulance specializované paliativní péče

- sociálním a psychologickým poradenstvím pro nemocné, jejich rodiny a pro pozůstalé

- duchovním doprovázením a podporou nemocným a jejich rodinám

- péči o pozůstalé, individuální a skupinovou formou (podpůrné skupiny)..

- paliativní péči pro děti s nevyléčitelným onemocněním a jejich rodinám, včetně respitních pobytů

- krátkodobé respitní pobyty pro dlouhodobě nemocné (Jejich účelem je odlehčit osobám, které dlouhodobě o svého blízkého pečují a potřebují si odpočinout)

- preterminální péči pro onkologicky, dlouhodobě a nevyléčitelně nemocné, která bude poskytována v rámci paliativní ambulance, sociálního a psychologického poradenství, s možností zapojit se do podpůrných skupin

- spolupráci s mobilními hospicovými službami fungujícími v rámci Kraje Vysočina

- vzdělávací aktivity zaměřené na témata života a smrti, umírání, paliativní a hospicové péče s cílem zvýšit povědomí odborné i laické veřejnosti

- spolupráci se zdravotnickými a sociálními institucemi

# 4. Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)

Mobilní specializovaná paliativní péče je terénní služba poskytovaná v domácím nebo náhradním sociálním prostředí v kontinuálním režimu tzv. domácí hospitalizace (24/7) a je určena nevyléčitelně nemocným lidem, u kterých byla ukončena léčba vedoucí k vyléčení. Je poskytována prostřednictvím multidisciplinárního týmu, který tvoří lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách, koordinátor, pracovník zajišťující psychoterapeutickou podporu, pracovník zajišťující spirituální podporu a další odborníci dle potřeby. Mobilní paliativní péče zahrnuje péči o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny.

Za nejvhodnější formu se považuje zřízení Mobilního paliativního týmu souběžně s ambulancí paliativní medicíny - tento model umožní zásadně zlepšit kontinuitu péče, nejen v samotném závěru života. Ambulance paliativní medicíny umožňuje podporu péče praktického lékaře a agentur domácí péče v době, kdy nemocný sice ještě nepotřebuje trvalý dohled multidisciplinárního týmu, ale péče často probíhá bez kvalifikovaně nastaveného plánu paliativní péče.

- efektivita mobilní specializované péče roste se symptomovou zátěží nemocného - ze zkušenosti pilotních organizací je nejvyšší při symptomové zátěži vyšší než 55-60 ESAS, nebo výskytu jednotlivých symptomů nad 7 ve škále ESAS
- jistota 24/7 komplexní zdravotní péče je zásadní nejen pro nemocného, ale také jeho blízké
- je efektivnější při propojení do komunitních, lůžkových a ambulantních služeb daného regionu
- jedná se o bezpečnou službu pro nemocného, jeho blízké i péči poskytující profesionály
- je poskytována na základě nejmodernějších odborných poznatků a při plném zachování nezbytných právních aspektů zdravotní péče
- tvoří páteřní síť terénní péče o nevyléčitelně nemocné, podporující existenci dalších komunitních služeb v regionu
- není nahraditelná odborně, personálně či právně jednoduššími (a ev. také méně nákladnými) modely domácí paliativní péče.

Mobilní specializovaná paliativní péče je indikovaná u pacientů v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob s velmi limitovanou prognózou délky života (týdny až několik měsíců), u kterých:

- zdravotní stav neumožňuje pravidelné kontroly u praktického lékaře nebo ambulantního specialisty (významně omezená mobilita a nízká celková funkční zdatnost)
- přítomnost závažných symptomů a celková klinická nestabilita však vyžadují časté intervence a pravidelné přehodnocování a úpravu plánu péče (časté krize a dekompenzace).

Pro tuto skupinu pacientů přináší:

- garanci trvalé (24/7) dostupnosti lékařské a ošetřovatelské péče
- bezpečnou specializovanou službu, která je poskytována v souladu s nejmodernějšími odbornými poznatky a současně respektuje zákonné požadavky na zdravotní péči
- páteřní síť specializované terénní péče o nevyléčitelně nemocné, která podporuje existenci dalších komunitních služeb v regionu a efektivněji propojuje komunitní, lůžkové a ambulantní služby daného regionu
- kvalitativně vyšší úroveň zajištění péče než obvyklý model registrujícího praktického lékaře a služeb domácí ošetřovatelské péče.

Minimální personální požadavky na poskytovatele MSPP:

- lékař (minimálně L2): celkem úvazek 1,2, z toho lékař L3 s nástavbovou atestací z oboru Paliativní medicína nebo Paliativní medicína a léčba bolesti minimálně 0,5.
- všeobecná sestra: minimálně 5,0 úvazků
- dostupnost psychologické, duchovní a sociální podpůrné péče

V rámci koncepčního rozvoje paliativní péče o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob považujeme za logické a efektivní budování organizačně propojených zařízení charakteru ambulance paliativní medicíny a MSPP. Toto propojení umožní zajistit tolik potřebnou kontinuitu péče v posledních měsících, týdnech a dnech života.

Požadavky na kvalifikaci zdravotnických pracovníků:

- Lékař ambulance paliativní medicíny a vedoucí lékař MSPP je držitelem atestace z nástavbového oboru Paliativní medicína nebo oboru Paliativní medicína a léčba bolesti
- Všechny sestry v zařízení MSPP absolvují během prvního roku akreditovaný kurz paliativní péče v minimálním rozsahu 30 hodin (např. ELNEC)

Na základě vlastních a zahraničních zkušeností a doporučení považuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP za optimální cílový stav:

- dostupnost jedné ambulance paliativní medicíny na 100 000 obyvatel
- dostupnost jednoho poskytovatele MSPP na 50 000-100 000 obyvatel (podle hustoty osídlení) s předpokládanou dojezdovou vzdáleností 25 km.

Tabulka. Poskytovatelé MSPP v Kraji Vysočina

| **Poskytovatel** | **Území poskytování** | **Kapacita**[2] |
|---|---|---|
| Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava | Celé území okresu Jihlava | 5 pacientů |

[2] Kapacita – počet pacientů, kterým lze službu poskytnout v jednom časovém okamžiku

| | | |
|---|---|---|
| Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč | Celé území okresu Třebíč | 11 pacientů |
| Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou | Celé území okresu Žďár nad Sázavou | 5 pacientů |
| Oblastní charita Havlíčkův Brod | Havlíčkův Brod a okolí 25 km, Přibyslav a okolí 25 km, Chotěboř a okolí 25 km, Golčův Jeníkov a okolí 25 km, Světlá nad Sázavou a okolí 25 km, Ledeč nad Sázavou a okolí 25 km, Humpolec a okolí 25 km | 3 pacienti |
| Charita Pelhřimov | Okres Pelhřimov a Ledeč nad Sázavou a okolí | 4 pacienti |
| Sdílení Telč | Okres Jihlava, Telč a okolí 20 km | 5 pacientů |
| Domácí hospic Vysočina | Celé území okresu Žďár nad Sázavou | 4 pacienti |
| Nemocnice Pelhřimov | Celé území okresu Pelhřimov | 4 – 5 pacientů |

## 4.2 Financování MSPP

Od 1. 1. 2018 je možná úhrada mobilní specializované paliativní péče ze zdravotního pojištění. Platba ze zdravotního pojištění však nepokrývá celou šíři nákladů spojených s péčí o pacienta. Výše úhrady odpovídala v roce 2021 zhruba 61 % nákladů spojených s péčí o pacienta. Z tohoto důvodu je nutné zajištovat financování vícezdrojově.

Dále je proplácení péče pro specializované domácí hospice omezeno limitem 30 dnů, kdy je úhrada poskytována v plné výši. U dětských pacientů je limit stanoven na 90 dnů.

Od roku 2015 se kraj podílí na spolufinancování projektu Mobilní specializované paliativní péče. V roce 2018 v podmínkách pilotního projektu fungovaly dvě organizace, od roku 2019 se podařilo tento model aplikovat na celém území Kraje Vysočina. V grantovém programu na podporu mobilních specializovaných paliativních týmů pro rok 2021 byla použita kalkulace, kdy se počítalo s náklady na jednoho pacienta 90 000 Kč a s příspěvkem kraje 35 000 Kč na jednoho pacienta. Alokace programu 27 420 000 Kč tak vystačila na podporu pro 784 pacientů v uvedené částce. Pro rok 2022 bylo na podporu mobilní specializované paliativní péče z Fondu Vysočiny alokováno 28 000 000 Kč. Dotace pro rok 2021 a 2022 se orientují na pacienty, kteří byli zařazeni a vykazováni v odbornosti 926 – Domácí specializovaná paliativní péče s časovou dostupností 24 hodin denně 7 dní v týdnu. Současný odhad provozovatelů uvádí, že v péči týmů na území kraje bude v roce 2022 cca 965 pacientů zařazených a vykazovaných v odbornosti 926. Při tomto rozsahu péče provozovatelé deklarují požadavky na dofinancování v objemu 5 775 000 Kč (v některých případech skutečný deficit na jednoho pacienta nedosahuje částky 35 tis. Kč). Pokud by zejména v důsledku trendu delší péče mobilního specializovaného paliativního týmu příspěvek kraje na jednoho pacienta v roce 2022 měl dosáhnout částky nad 35 tis. Kč, byl by objem potřebný na spolufinancování péče o 1000 pacientů nejméně 35 mil. Kč. Do roku 2022 se budou do nákladů poskytovatelů promítat zvyšující se ceny energií, pohonných hmot, zdravotnického materiálu, apod.

Pacienti žijí při časné indikaci a adekvátní terapii ne týdny, ale měsíce v MSPP, z toho důvodu není současné nastavení úhrady z veřejného zdravotního pojištění vhodné a plně v souladu s potřebami tohoto segmentu poskytované péče.

# 5. Dětská paliativní péče

Dětská paliativní péče je především přístup, praktická filosofie podpory rodině, která má v péči dítě s život zkracujícím onemocněním. Paliativní péče je léčba pokračující a trvající. Je to léčba aktivní a komplexní v plném slova smyslu. Zahrnuje péči o somatickou, sociální, psychickou a spirituální dimenzi dítěte a rodinu. Má být zahájena v okamžiku stanovení diagnózy a má pokračovat po celou dobu trvání nemoci. Dětská paliativní péče je aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte a zahrnuje také podporu rodiny. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítěti zároveň poskytována léčba zaměřená na diagnostikované onemocnění. Cílem je zvýšení kvality života dítěte a jeho rodiny

U dítěte bývá mezi stanovením diagnózy a případným úmrtím různě dlouhá doba. U některých onemocnění může jít o řadu let. Nezřídka se stane (záleží na diagnóze), že dítě přežívá do dospělosti a umírá ve věku 20-30 let. Rodiče od stanovení diagnózy vědí, že předčasný konec života jejich dítěte přijde. Výhodou je, když lékař a tým, který byl rodině a dítěti blízko během progrese nemoci, může být i tým, který jej doprovodí v umírání.

Onemocnění dětského věku lze obecně rozdělit na život zkracující onemocnění a život ohrožující onemocnění. Život zkracující onemocnění je nemoc, kdy je předčasné úmrtí obvyklé. Život ohrožující nemocnění znamená vysokou pravděpodobnost předčasného úmrtí. V důsledku těžké nemoci, kde však může zároveň existovat i šance na dlouhodobé přežití do dospělosti (např. děti, u kterých probíhá onkologická léčba, nebo jsou přijaty do intenzivní péče po vážném úrazu).

Perinatální paliativní péče je specifickou oblastí dětské paliativní péče. (Někdy je také nazývána perinatální hospicová péče.) Pokud je diagnóza novorozeného dítěte slučitelná s určitou (neurčitou, ale omezenou) dobou života, přelévá se péče do dětské paliativní péče. V některých případech je zřejmé, že nemoc dítěte bude pokračovat velmi pomalu a pak rodina potřebuje mnoho měsíců či let podporu sociální a specializovanou lékařskou, ošetřovatelskou a rehabilitační péči.

V současné době neexistují přesná data, která by vymezovala přesné počty dětských pacientů, kteří by z paliativní péče profitovali. Dle čísel, která vyšla z průzkumu mezi praktickými lékaři pro děti a dorost, se

jedná ročně o zhruba 50 pacientů u perinatálních ztrát a život limitujících diagnóz se paliativní péče týká zhruba 10-15 pacientů na území kraje.

Chronicky a terminálně nemocné děti jsou navázané na „centra“ specializované péče (velké krajské nebo fakultní nemocnice) – děti mají omezenou možnost zemřít doma, ač by si to rodiny přály. Centra specializované péče a perinatologická centra III. typu byla informována o možnosti poskytnout (téměř) komplexní dětskou paliativní péči v Kraji Vysočina.

Základním problémem je nedostatečná informovanost rodičů o problematice. Zatím nefunguje provázanost zdravotních a sociálních služeb. Danou problematikou se zabývají organizace rané péče v rámci Oblastní Charity Havlíčkův Brod, Třebíč, Žďár n. Sázavou a Kolpingovy Rodiny Smečno. V rámci okresů fungují v minulé kapitole zmíněné MSPP týmy, které se mohou podílet na doprovázení dítěte závěrem života. V rámci Nemocnice Havlíčkův Brod je možné využít doprovázení rodině během těžké nemoci a po úmrtí dítěte. Dále se v nemocnici také zabývají komplexní problematikou perinatální paliativní péče. Perinatální ztráta dítěte má dopad na ženu i na celou rodinu, proto je nutné s tímto tématem komplexně pracovat.

Tabulka. Dětská paliativní péče v Kraji Vysočina

| **Poskytovatel** | **Území poskytování** | **Kapacita**[3] |
|---|---|---|
| Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč | Celé území okresu Třebíč | 2 |
| Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou | Celé území okresu Žďár nad Sázavou | 1 |
| Oblastní charita Havlíčkův Brod | Havlíčkův Brod a okolí 25 km, Přibyslav a okolí 25 km, | 1 |

[3] Kapacita – počet pacientů, kterým lze službu poskytnou v jednom časovém okamžiku

| | | |
|---|---|---|
| | Chotěboř a okolí 25 km, Golčův Jeníkov a okolí 25 km, Světlá nad Sázavou a okolí 25 km, Ledeč nad Sázavou a okolí 25 km, Humpolec a okolí 25 km | |
| Domácí hospic Vysočina | Celé území okresu Žďár nad Sázavou | 1 |
| Nemocnice Pelhřimov | Celé území okresu Pelhřimov | 1 – 2 pacienti |

# 6. Shrnutí závěrů

Na základě provedených analýz lze konstatovat, že systém paliativní péče se v Kraji Vysočina potýká s mnoha problémy, které bude muset a chce do budoucna řešit. K vyhodnocení poznatků je připraven návrh SWOT analýzy, která je uspořádána do čtyř základních oblastí a zahrnuje všechny problémové oblasti, tak aby bylo možné v logické struktuře a vazbě navrhnout programovou část.

Při zpracování tohoto materiálu se napříč jednotlivými oblastmi prolínají některé vnější faktory, neovlivnitelné, které je nutné zahrnout do dalšího rozhodování. Jedná se zejména o to, že:

- neexistuje celostátní koncepce paliativní péče České republiky, standardy péče a oblasti, v nichž si stát chce ponechat trvalý vliv
- budoucí rozhodování zřizovatelů poskytovatelů jak zdravotních tak sociálních služeb, kteří poskytují paliativní péči, a jejich managementu je ovlivňováno politikou zdravotních pojišťoven.

# 7 SWOT analýza

Matice SWOT vychází z analýzy dosavadního stavu a z proběhlé diskuse k problematice paliativní péče a je zaměřena na posouzení hlavních důvodů pro následnou realizaci strategie. V první fázi analýzy byly identifikovány příležitosti, hrozby silné a slabé stránky v oblasti paliativní péče.

Tabulka č. 3- SWOT analýza

| | 1.1.3 Silné stránky | 1.1.4 Slabé stránky |
|---|---|---|
| **Vnitřní původ (atributy úřadu)** | ▪ široká podpora paliativní péče vedením kraje<br>▪ uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic zřizovaných krajem<br>▪ zkušenosti z účasti v pilotním projektu „Mobilní specializované týmy paliativní péče (MSPP)“<br>▪ silná podpora rozvoje paliativní péče ze stran poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb<br>▪ silná pozice kraje v technických možnostech pro informační podporu a propojení databází z oblasti zdravotnictví a sociálních věcí<br>▪ podpora vedení nemocnic<br>▪ poptávka ze strany pacientů a jejich rodin po tomto typu péče | ▪ různé postoje zainteresovaných stran k řešení problematiky paliativní péče<br>▪ nabídka paliativní péče v kraji není z hlediska kapacit a kvality rovnoměrná<br>▪ není stabilizovaná struktura a dostatečný počet kvalifikovaného odborného personálu<br>▪ omezené finanční prostředky<br>▪ nejsou stanovena pravidla spolupráce poskytovatelů paliativní péče |

| | | |
|---|---|---|
| **Vnější původ (atributy prostředí)** | **1.1.7 Příležitosti** | **1.1.8 Hrozby** |
| | ▪ osvěta mezi pacienty, rodinnými příslušníky a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb<br>▪ podpora specializačního vzdělávání lékařů v oboru Paliativní medicína (720)<br>▪ realizace projektu pro rozšíření paliativní péče v Kraji Vysočina<br>▪ rozšíření péče v rámci stávajících lůžkových oddělení nemocnic<br>▪ vznik mobilních specializovaných týmů paliativní péče ve všech okresech kraje<br>▪ doplnění samostatného paliativního oddělení v kraji o jednu stanici o 15 lůžkách v rámci nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina<br>▪ vznik dostatečné informační podpory pro pacienty a jejich rodiny včetně propojení databází oblastí zdravotních a sociálních služeb<br>▪ vytvoření komplexní sítě paliativních služeb, která bude zahrnovat všechny složky péče o nevyléčitelně nemocné a bude založena na vzájemné komunikaci a spolupráci | ▪ absence systémového řešení fungování všech forem paliativní péče v ČR po stránce koncepce i legislativy, včetně řešení finanční úhrady za provedenou péči o pacienty ze strany zdravotních pojišťoven<br>▪ vytvoření v praxi nerealizovatelných opatření a nástrojů<br>▪ nedostatečná podpora vedení v budoucnu, ztráta citlivosti k problematice paliativní péče<br>▪ vzájemně neprovázaný a ekonomicky nepodložený a neudržitelný systém<br>▪ legislativou stanovené právo pojišťovny na rozhodovací proces o stavu sítě a financování paliativní péče<br>▪ nejasný způsob zajištění finančních prostředků na investiční akce většího rozsahu<br>▪ migrace kvalifikovaného personálu z důvodu složitých podmínek působících na psychiku zaměstnanců<br>▪ malý zájem o rozvoj vzdělanosti v dovednostech paliativní péče ze strany lékařského personálu |

# 8 PROGRAMOVÁ ČÁST STRATEGIE

Na základě závěrů analýzy výchozího stavu a stanovení strategie z bilance SWOT bylo přistoupeno k návrhu programové části. Jejím prostřednictvím byly stanoveny konkrétní aktivity, které by měly vést k naplnění vytýčených cílů.

Zpracování programové části dokumentu je založeno na trojrozměrnosti. To znamená, že reflektuje rozměr věcný, obsahující popis konkrétních cílů a návrhů aktivit k jejich dosažení, časový, s definováním časového horizontu a návrhu na rozložení jednotlivých částí do předem vytýčeného časového období, a finanční rozměr, zahrnující návrh předpokládaných nákladů na realizaci navrhovaných aktivit a identifikování možných zdrojů jejich financování.

## 8. 1 Mise

Kraji je dána zákonná povinnost pečovat o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. Při výkonu své působnosti musí kraj chránit veřejný zájem; majetek kraje musí být využíván účelně a hospodárně a v souladu s jeho zájmy a úkoly vyplývajícími ze zákonem vymezené působnosti. Zároveň je nutné řešit otázku lidské důstojnosti, která je řešena v Listině základních práv a svobod. Článek 1 říká, že lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech.

V podmínkách poskytování zdravotní péče pak problematiku lidské důstojnosti právně upravuje Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, kde se v článku 1 říká: *„Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny“.*

## 8.2 Vize

Pro naplňování svého poslání, a to s respektem k důstojnosti všech svých občanů, řeší Kraj Vysočina všechny dílčí oblasti běžného života obyvatelů. Mimo jiné hodlá vytvořit systém dostupné regionální sítě

paliativní péče na celém území kraje, poskytované na vysoké odborné a kvalitní úrovni. Dbá proto na zajištění a poskytování širokého spektra kvalitních, dostupných a plnohodnotných služeb na profesionální úrovni, směřujících ke zmírnění bolesti, duševního a tělesného strádání a k zachování důstojnosti nevyléčitelně nemocných a poskytování podpory jejich blízkým.

***„Kliente - paciente: Potřebuješ-li a přijímáš-li péči o své potřeby tváří v tvář nevyléčitelné chorobě, pak si rámci kraje můžeš vybrat, kde a jakým způsobem ti péče bude poskytnuta. Kdekoliv ti bude poskytnuta, bude mít stejnou kvalitu.“***

Naplnění této vize by mělo vést k maximálně kvalitnímu a efektivnímu poskytování paliativní péče v kraji.

## 8. 3 Strategické cíle

K naplnění strategické vize v oblasti paliativní péče jsou stanoveny priority, které v souladu s principy BSC

(a) Vytvořit vhodné podmínky pro práci erudovaných pracovníků (odborných lékařů a středního zdravotnického personálu), kontinuálně reagující na rozvoj medicíny v kontextu celospolečenského vývoje.

(b) S ohledem na poptávku a v rámci existujících disponibilních finančních možností veřejných rozpočtů budovat a rozvíjet v Kraji Vysočina domácí formu péče za pomoci mobilních specializovaných týmů, ambulancí Paliativní medicíny a konziliárních týmů, doplněnou odpovídající lůžkovou formou včetně lůžkového hospice.

(c) Dosáhnout strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní paliativní péče a zajištění bezpečného prostředí, jak pro pacienty, tak i pro personál.

(d) Posílit infrastrukturu pro poskytování paliativní péče a vytvořit podmínky pro širokou informační podporu s jednotnou databází propojující potřeby a nabídky v rámci zdravotních a sociálních služeb.

Volba čtyř oblastí zájmu, které byly identifikovány jako nejdůležitější v oblasti paliativní péče, byla zvolena z důvodu provázání vazeb mezi analytickou a programovou částí tohoto dokumentu. Zároveň navržená strategie odpovídá metodám strategického řízení BSC (BalancedScorecard), tj. odpovídá perspektivám Lidské zdroje, Ekonomika, Kvalita služeb, Procesy a Infrastruktura.

## 8. 4 Priority a strategické cíle programové části

Programová část navrhuje priority, v rámci nichž jsou jednotlivá opatření rozpracovaná do aktivit včetně jejich časového rozložení a odhadované finanční náročnosti.

Tabulka 5 - Priority, strategické cíle, opatření, aktivity programové části

| **Priorita 1: Lidské zdroje** | | **Předpokládané náklady** | **Období** |
|---|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je vytvořit vhodné podmínky pro práci erudovaných pracovníků (odborných lékařů, středního zdravotnického personálu), kontinuálně reagující na rozvoj medicíny v kontextu celospolečenského vývoje** | | |
| **Opatření 1.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající se stabilizace personálu v sociálních a zdravotních službách | | |
| | **Cílem je vznik a podpora týmů paliativní péče a vytváření vhodných motivů, které by vedly ke stabilizaci kvalitních pracovníků** | | |
| **Aktivity** | 1.1.1 Podpora kurzů v oblasti paliativní péče | 350 tis. rok | 2022-2027 |
| | 1.1.2 Vytvořit vzdělávací modul pro členy mobilních a konziliárních týmů s důrazem na paliativní vzdělávání, komunikaci | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | | | |
| **Opatření 1.2** | Dle harmonogramu implementovat aktivity týkající vytvoření vhodných podmínek pro práci poskytovatelů paliativní péče | | |
| | **Cílem opatření je podporovat vytváření vhodných pracovních podmínek, které by se měly stát jedním z motivujících faktorů stabilizace zaměstnanců a zkvalitnění jejich práce** | | |
| Aktivity | 1.2.1 Podpořit vytváření vhodného pracovního prostředí | Bez nákladů | 2022-2027 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 1.2.2 Podpořit užívání ICT technologií a moderních pracovních pomůcek | Podpora účasti v projektech | 2022-2027 |

| **Priorita 2: Ekonomika** | | **Předpokládané náklady** | **Období** |
|---|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je s ohledem na poptávku a v rámci existujících disponibilních finančních možností veřejných rozpočtů budovat a rozvíjet v Kraji Vysočina domácí formu péče za pomoci mobilních specializovaných týmů, ambulancí Paliativní medicíny a konziliárních týmů, doplněnou odpovídající lůžkovou formou** | | |
| **Opatření 2.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající se financování paliativní péče. | | |
| | **Cílem je zajistit efektivní nakládání s finančními prostředky určenými k financování paliativní péče v Kraji Vysočina.** | | |
| **Aktivity** | 2.1.1 Udržení modelu sledování alokace nákladů a jeho implementace | Bez nákladů | 2022-2027 |
| **Opatření 2.2** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající se financování paliativní péče. | | |
| | **Cílem je zajistit efektivní financování paliativní péče v Kraji Vysočina.** | | |
| **Aktivity** | 2.2.1 Zajistit prostředky na dokrytí nákladů projektu „Mobilní specializované paliativní péče“ | 35 tisíc na pacienta (dle alokace grantového programu Fondu Vysočina). | 2022-2027 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 2.2.2. Podporovat čerpání finančních prostředků z fondů EU | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | 2.2.3 Iniciovat diskuze se zainteresovanými stranami na celostátní úrovni k problematice úhrad hospicové paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | 2.2.4 Financování paliativního týmu Nemocnice Pelhřimov v kapitole Zdravotnictví | Dle rozpočtu | 2022-2027 |

| **Priorita 3: Kvalita služeb** | | **Předpokládané náklady** | **Období** |
|---|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je dosáhnout strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní paliativní péče a zajistit bezpečné prostředí, jak pro pacienty, tak i pro personál.** | | |
| **Opatření 3.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity podporující rozvoj prostředí pro poskytování paliativní péče | | |
| | **Cílem je zajistit realizaci projektů, které se věnují poskytování paliativní péče** | | |
| | 3.1.1 Stabilizovat a podporovat stávající síť domácí paliativní péče. | Kombinace vyrovnávací platby na sociální služby a úhrad z veřejného zdravotního pojištění | 2022-2027 |
| **Opatření 3. 2** | Podpořit poskytování obecné paliativní péče v pobytových sociálních službách | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Cílem je podpořit poskytování obecné paliativní péče v domovech pro seniory klientům s demencí, geriatrickou deteriorací či dalšími nevyléčitelnými diagnózami** | | |
| | 3.2.1 Zvyšovat nabídku vzdělávání s cílem zvyšovat kvalitu obecné paliativní péče v pobytových sociálních službách | Řešeno zacílením prostředků na vzdělávání na kapitole sociální věci | 2022-2027 |
| | 3.2.2 Podporovat vzájemnou komunikaci a spolupráci pobytových sociálních služeb, paliativních týmů a dalších poskytovatelů zdravotních služeb | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | | | |
| **Opatření 3.3** | Dle harmonogramu realizovat aktivity, které zabezpečí dostupnost služeb paliativní péče | | |
| | **Cílem opatření je zajištění široké dostupnosti, kvality a komplexnosti nabízených služeb paliativní péče v Kraji Vysočina** | | |
| | 3.3.1 Vytvořit v rámci oddělení pro dlouhodobě nemocné v nemocnicích kraje základní lůžkový fond v počtu cca 2 – 4 lůžka na řešení náhlých situací (např. selhání multidisciplinárního týmu paliativní péče v rámci péče rodiny, či zařízení sociální péče) | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | 3.3.2 Vytvořit systém dostupné regionální sítě paliativní péče na celém území kraje, a to založené na domácí formě péče, doplněné formou lůžkové péče ve vzájemné kombinaci | | 2022-2027 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | paliativních lůžek v nemocnicích a lůžkového hospice | | |
| | | | |
| **Opatření 3.4** | Zajistit kvalitu poskytovaných služeb | | |
| | **Cílem opatření je neustálé zvyšování kvality služeb vedoucích k uspokojování potřeb všech zainteresovaných stran.** | | |
| | 3.4.1 Vytvořit komunikační strategii realizace služeb paliativní péče | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | 3.4.2 Zajistit poskytování perinatální paliativní péče v rámci porodnic a neonatologických oddělení, případně podporu rodičů po ukončení péče na těchto odděleních | Bez nákladů | 2022-2027 |

| **Priorita 4: Infrastruktura** | | **Předpokládané náklady** | **Období** |
|---|---|---|---|
| **Strategický cíl priority** | **Cílem priority je posílit infrastrukturu pro poskytování paliativní péče a vytvořit podmínky pro širokou informační podporu s jednotnou databázi propojující potřeby a nabídky v rámci zdravotních a sociálních služeb** | | |
| **Opatření 4.1** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity | | |
| | **Cílem opatření je zlepšit prostorové podmínky pro poskytování paliativní péče** | | |
| **Aktivity** | 4.1.1 Podpořit otevření nového samostatného paliativního oddělení (cca 15 lůžkového) | | 2022-2027 |
| | 4.1.2 Podpořit vznik lůžkového hospice. | Při účasti kraje ve výši 68 746 518 Kč, dotace 67 121 788 Kč | 2022-2027 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | 4.1.3 Podpora vzniku geriatrických ambulancí v každém okresu | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | | | |
| **Opatření 4.2** | Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity pro zajištění informační podpory všech zainteresovaných stran v systému poskytování paliativní péče | | |
| | **Cílem opatření je vytvářet informační portfolio pro odbornou i laickou veřejnost.** | | |
| **Aktivity** | 4.2.1 Zajistit propojení databází z oblasti zdravotnictví a sociálních věcí, předávání informací | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | 4.2.3 Zajistit podporu informovanosti zainteresovaných stran | Bez nákladů | 2022-2027 |
| | 4.2.4 Zajištění provozu webu paliatr-vysocina.cz a webu vysocinapecuje.cz | | 2022-2027 |
| | 4.2.5 Zajistit participaci praktických lékařů a nemocnic na zvýšení informovanosti | Bez nákladů | 2022-2027 |

Aktivity budou naplňovány prostřednictvím samostatných projektů, které budou podléhat schválení v příslušných orgánech kraje.

# 9 ZÁVĚR

Strategie přináší čtyři zásadní priority, které bude Kraj Vysočina jako zaměstnavatel při naplňování strategie a navržených aktivit realizovat:

1) Nastavení vhodných podmínek pro práci erudovaných pracovníků (odborných lékařů a středního zdravotnického personálu), kontinuálně reagující na rozvoj medicíny v kontextu celospolečenského vývoje, a to např. formou spolupráce při zajištění vzdělávání lékařů v oboru Paliativní medicína, vzdělávání nelékařů v oblasti paliativní ošetřovatelské péče, sociální práce, atp.

2) Rozvíjení domácí formy péče za pomoci mobilních specializovaných týmů, ambulancí Paliativní medicíny a konziliárních týmů ve zřizovaných nemocnicích, doplněnou odpovídající lůžkovou formou včetně lůžkového hospice.

3) Dosažení strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní paliativní péče a zajištění bezpečného prostředí, jak pro pacienty, tak i pro personál.

4) Posílení infrastruktury pro poskytování paliativní péče a vytvoření podmínek pro širokou informační podporu s jednotnou databází propojující potřeby a nabídky v rámci zdravotních a sociálních služeb.

Naplňováním strategie bude kraj usilovat o vytvoření stabilního systému podpory obyvatel v závěrečné fázi života s nevyléčitelným onemocněním, a o v jakémkoliv prostředí, kde toto období pobíhá (např. doma, v nemocnici, v domě pro seniory, popřípadě v hospici).