

Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020

Autoři dokumentu	Pracovní skupina ke Strategii paliativní péče
Verze	1.0
Datum vydání verze	Duben 2017
Cílová skupina	Obyvatelé Kraje Vysočina, poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb v kraji
Účel	Vytvořit systém dostupné regionální sítě paliativní péče na celém území kraje

OBSAH

2.	ÚVOD.....	4
2.1	Paliativní péče a Paliativní medicína v Kraji Vysočina.....	7
3.1	Současná situace domácí péče o pacienty s potřebou paliativní péče	9
3.2	Formy poskytování paliativních služeb v Kraji Vysočina	9
3.3.1	Poskytovatelé domácí paliativní péče	10
3.3.2	Praktičtí lékaři	13
3.3.3	Ambulance paliativní medicíny	14
3.3.4	Poskytovatelé lůžkových zdravotních služeb	15
3.3.5	Léčebny dlouhodobě nemocných – lůžkové zázemí následné a dlouhodobé péče	16
3.3.6	Paliativní péče v nemocnicích, konziliární týmy.....	17
3.3.7	Paliativní péče v domovech pro seniory	19
3.3.8	Lůžkový hospic.....	20
4.	Mobilní specializovaná péče (MSPP).....	22
5.	Shrnutí závěrů.....	24
6.	SWOT analýza a její vyhodnocení, stanovení strategie.....	25
3	PROGRAMOVÁ ČÁST STRATEGIE	30
3.1	Mise.....	30
3.2	Vize	30
3.3	Strategické cíle.....	31
3.4	Priority a strategické cíle programové části.....	31
3.5	Plán řízení rizik a určení předpokladů úspěšnou implementaci strategie	41
3.5.1	Riziko P1 - „Riziko vynaložení vysokých nákladů na vytvoření systému“	41

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

3.5.2	Riziko P2 - „Podcenění velikosti systémových změn“	41
3.5.3	Riziko P3 - „Odpor uvnitř naplňování aktivit“	42
3.5.4	Riziko P4 - „Špatná flexibilita“.....	42
3.5.5	Riziko P5 - „Nestabilní legislativní prostředí ve financování paliativní péče“	42
3.5.6	Riziko P6 - „Selhání systému díky nerealistickému, resp. špatnému zadání“	43
4	ZÁVĚR	44
	SEZNAM OBRÁZKŮ	45
	SEZNAM TABULEK	45

1. MANAŽERSKÝ SOUHRN

Zásadní společenské změny, nárůst chronických nemocí, technologické pokroky moderní medicíny a prodloužení lidského života o 7 let v posledních 20 letech. Tento vývoj klade naléhavé otázky, jak reagovat na potřeby pacientů v pokročilých fázích onemocnění, včetně zajištění kvalitní péče v závěru života.

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako:

„Přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů a rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, a to prostřednictvím prevence a zmírňování utrpení, včasnou identifikací a náležitým zhodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů fyzických, psychosociálních i duchovních.“¹

Paliativní péče prokázala v globálním kontextu, především v posledních 30 letech, že je nedílnou součástí odpovědného přístupu k těmto výzvám, a to nejen z hlediska klinického, ale i zdravotně-ekonomického. Její rozvoj zásadním způsobem podporuje rovnováhu mezi akutní medicínou a následnou, dlouhodobou a terminální péčí ve všech vyspělých zemích. V mnoha členských státech EU je nárok na dostupnou paliativní péči výslovně zakotven v legislativě; na nadnárodní úrovni naše závazky k nevyčísitelně nemocným pacientům shrnuje rezoluce Světové zdravotnické organizace z roku 2014.² Česká republika však v rozvoji paliativní péče výrazně zaostává i za některými ekonomicky méně vyspělými evropskými zeměmi.

¹Světová zdravotnická organizace. NationalCancerControlProgrammes. Policies and managerialguidelines, 2. vydání, Ženeva: WHO, 2002.

² Rezoluce Světové zdravotnické organizace (WHO) 67.19 Strengtheningofpalliative care as a componentofcomprehensive care throughoutthelifecourse. Dostupné z http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_les/WHA67/A67_R19-en.pdf

2. ÚVOD

Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v závěrečné fázi života. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým.³

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 nevléčitelně nemocných a klade hlavní důraz na kvalitu života, nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.⁴

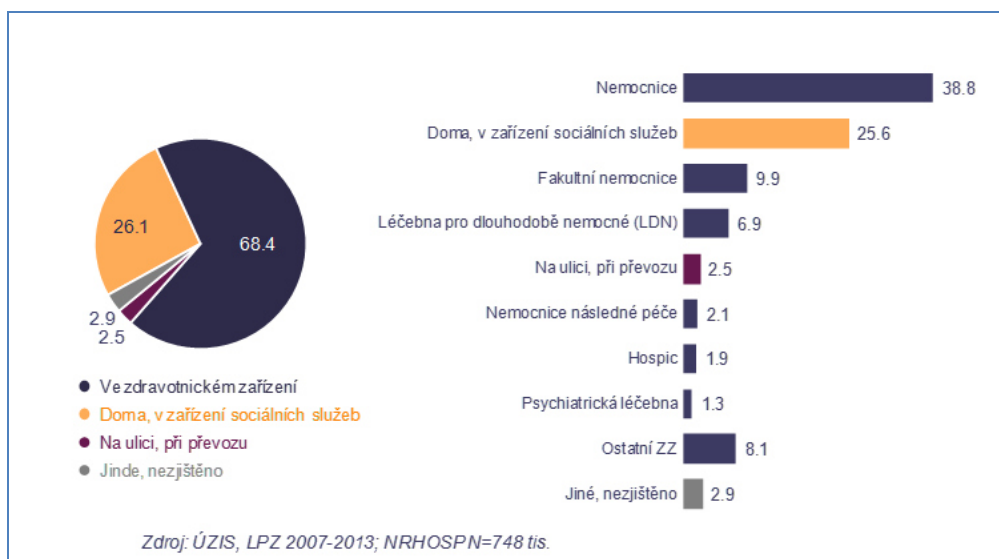
Dle kvalifikovaných odhadů⁵ lze předpokládat, že ve vyspělých zemích více než 60 % umírajících vyžaduje nějakou formu paliativní péče. Nejedná se jen o onkologické pacienty, ale také o pacienty s chronickými kardiovaskulárními problémy, pacienty s těžkou CHOPN či diabetem nebo o pacienty s těžkou neurodegenerativní poruchou. V České republice ročně zemře více než 100 tisíc osob (z toho více než dvě třetiny jsou lidé starší 70 let). Z různých průzkumů vyplývá, že by si většina lidí přála prožít závěr svého života doma (ve svém „vlastním sociálním prostředí“). Sociální a klinická realita je ovšem jiná. V domácím prostředí v ČR nastává pouze kolem 20 % všech úmrtí. Většina lidí umírá v lůžkových zařízeních akutní a následné zdravotní péče.

³ https://cs.wikipedia.org/wiki/Paliativn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De

⁴ http://www.paliativnimediceina.cz/sites/www.paliativnimediceina.cz/files/users/simicek/paliativni-pece-2011pro_pl.pdf

⁵ Murtagh F. et al. (2014): How many people need palliative care? A study developing and comparing methods for population-based estimates, Palliative Medicine Vol 28 2014

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina



Obrázek 1 Struktura úmrtí podle místa, Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011-2013; NRHOSP 2011-2013 N = 324 197

Evropská asociace paliativní péče (EAPC)⁶ 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 nevyhlášeného 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 ošetrovatelské 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.

⁶EAPC: Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péče 2009. Český překlad vydala Cesta domů a Česká společnost paliativní medicíny, Praha 2010. Dostupné na <http://www.paliativnimedicina.cz>.

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 2013 také Česká společnost paliativní medicíny (ČSPM⁷).⁸

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),

⁷ Standardy paliativní péče 2013. ČSPM 2013. Dostupné na <http://www.paliativnimedicina.cz/standards-normy/standards-paliativnich-postupu/standards-paliativni-pecce-2013>

⁸ <http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/story/2016/msppmetodikavyhodnoceni.pdf>

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

- 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).

2.1 Paliativní péče a Paliativní medicína v Kraji Vysočina

Od roku 2011 funguje 15-ti lůžkové oddělení paliativní péče v rámci Oddělení geriatrické a následné péče Nemocnice Jihlava, příspěvkové organizace. V krajské nemocnici rokem 2016 začíná 2 letý projekt rozvoje nemocničního týmu paliativní péče. Od ledna 2017 byl projekt rozvoje nemocniční paliativní péče zahájen také v Nemocnici Třebíč, příspěvkové organizaci.

V Kraji Vysočina jsou v oblasti poskytování zdravotních služeb držitelé oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru paliativní medicína tito:

Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč

MUDr. Martina Mašátová s. r. o.

Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace

Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace

Oblastní charita Pelhřimov

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace

Sdílení o. p. s.

DIANA, domácí péče, s. r. o.

Jediným prozatím existujícím komplexním režimem ambulance Paliativní medicíny, propojeným s mobilním hospicem (24/7/365) a v úzké spolupráci s nemocničním prostředím a praktickými lékaři, i regionálním onkologem, je model v regionu Třebíč. Tento model byl v komplexní podobě zahájen v lednu 2017.

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

V současné době v Kraji Vysočina působí 8 poskytovatelů paliativní péče. Poskytují specializovanou paliativní péči prostřednictvím multidisciplinárního týmu s limity, které jim nastavuje současná legislativa a možnosti financování tohoto druhu služby.

Novým komplexním modelem specializované paliativní péče je rozvoj paliativní péče v okrese Třebíč. Představuje její síť služeb s Ambulancí paliativní medicíny (odbornost 720), domácím hospicem typu Mobilní specializované paliativní péče (24/7, domácí hospitalizace), rozvojem nemocničního týmu paliativní péče v Nemocnici Třebíč, příspěvkové organizaci, přípravou nemocničního oddělení paliativní péče ve stejné nemocnici a úzkou spoluprací se sítí místních všeobecných praktických lékařů a především onkologickým pracovištěm v Třebíči.

3. 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 specialista (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 ošetrovatelské 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 ordináční 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 ošetrovatelské péče nejvýše do 60 minut. Právě takovou dostupnost nabízí tzv. Mobilní specializovaná paliativní péče.

3.2 Formy poskytování paliativních služeb v Kraji Vysočina

Kraj Vysočina se rozvojem systému paliativní péče zabývá více jak 10 let, a to v návaznosti na rozvoj odborných postupů a ukotvení paliativní péče v systému financování a organizace zdravotní a posléze i sociální péče.

Prvním projektem se snahou koordinovat zdravotní a sociální péči u nevléčitelně nemocných v kraji byl koncept rodinného pokoje v léčebně/oddělení dlouhodobě nemocných, resp. akutní nemocnici, který koncipovalo Hospicové hnutí Vysočina a skupina odborníků při Subkatedře paliativní medicíny IPVZ Praha (Mgr. Hrouda, MUDr. Kalvach, MUDr. Sláma, MUDr. Kabelka) v roce 2007. Tento projekt se bohužel nepodařilo dovést do fáze dlouhodobé realizace. Hlavním důvodem byla nepřipravenost zdravotníků přijmout

komplexní model paliativní péče, obtíže ve spolupráci více subjektů v péči a v neposlední řadě nevýhodnost modelu péče, který je v síti samostatný a nemá návaznost na primární, ambulantní či akutní zdravotní péči, stejně jako na jiné typy péče sociální.

V současné době se paliativní péčí v Kraji Vysočina zabývá několik různých poskytovatelů. Předně je to oddělení (stanice) paliativní péče v Nemocnici Jihlava, příspěvkové organizaci. Dále v rámci Kraje Vysočina funguje 7 poskytovatelů domácí paliativní péče (viz str. 7).

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
- zdravotní sestra (s oprávněním k poskytování ošetrovatelské péče bez odborného dohledu)
- sociální pracovník
- pracovník v sociálních službách

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

- psycholog/psychoterapeut
- duchovní

Domácí paliativní péče splňuje tyto principy:

- nepřetržitá dostupnost služby 24/7/365
- multidisciplinární tým zahrnující i nezdravotnické profese
- je určena pro pacienty v závěrečné fázi života
- minimálně 80 % přijatých pacientů skutečně zemře ve vlastním sociálním prostředí
- odbornost nese lékař
- součástí vybavení je koncentrátor kyslíku, lineární dávkovač, infuzní pumpa, odsávačka, polohovací lůžko a antidekubitní matrace

Nepřetržitá dostupnost služby – současný stav a vize:

Cílem je, aby všichni poskytovatelé domácí paliativní péče zajistili nepřetržitou 24hodinovou telefonickou i návštěvní dostupnost zdravotní sestry i lékaře.

V současné době (březen 2017) splňuje tento cíl v Kraji Vysočina jediný poskytovatel – Oblastní charita Třebíč, a to díky svému zařazení do pilotního projektu VZP, MZ a ČSPM.

Ostatní poskytovatelé domácí paliativní péče zajišťují nepřetržitou 24hodinovou telefonickou i návštěvní dostupnost zdravotní sestry, rozsah dostupnosti lékaře se u jednotlivých poskytovatelů liší. Důvodem je nedostatečný počet lékařů motivovaných pro domácí paliativní péči a také nedostatek financí na zaplacení lékařských pohotovostí na straně poskytovatelů.

V současné době poskytují domácí paliativní péči v Kraji Vysočina tyto poskytovatelé:

Poskytovatel sociálních a zdravotních služeb	Pokrývané území			
Diecézní charita Brno, Oblastní charita Jihlava	Jihlava	Telč		
Zdravotní služby	Adiktologie Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče			
Oblastní charita Havlíčkův Brod	Havlíčkův Brod	Chotěboř	Světlá nad Sázavou	Humpolec
Zdravotní služby	Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče			
Oblastní charita Pelhřimov	Pelhřimov	Pacov		
Zdravotní služby	Paliativní medicína			

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

	Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče – kontaktní pracoviště paliativní péče			
Diecézní charita Brno, Oblastní charita Třebíč	Třebíč	Moravské Budějovice	Náměšť nad Oslavou	Jemnice
Zdravotní služby	Paliativní medicína Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče – kontaktní pracoviště paliativní péče			
Diecézní charita Brno, Oblastní charita Žďár nad Sázavou	Žďár nad Sázavou	Bystřice nad Pernštejnem	Nové Město na Moravě	Velké Meziříčí
Zdravotní služby	Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče – kontaktní pracoviště paliativní péče			
Domácí hospic Vysočina, o. p. s. - středisko Jihlava	Jihlava + do 25 km od Jihlavy			
Zdravotní služby	Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče – kontaktní pracoviště paliativní péče			
Domácí hospic Vysočina, o. p. s. - středisko Nové Město na Moravě	Žďár nad Sázavou	Nové Město na Moravě	Bystřice nad Pernštejnem	Velké Meziříčí
Zdravotní služby	Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče – kontaktní pracoviště paliativní péče			
Sdílení Telč, o. p. s.	Telč + do 20 km od Telče			
Zdravotní služby	Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče – kontaktní pracoviště paliativní péče Paliativní medicína			
DIANA domácí péče s.r.o.	Třebíč			
Zdravotní služby	Všeobecná sestra – kontaktní pracoviště domácí ošetrovatelské péče – kontaktní pracoviště paliativní péče Paliativní medicína			

Někteří poskytovatelé mají na ošetrovatelskou péči zajišťovanou registrovanými zdravotními sestrami uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami, které proplácí péči poskytnutou na

základě ordinace ošetřujícího lékaře. Část poskytovatelů poskytuje domácí paliativní péči zcela bez úhrady zdravotní pojišťovny.

V současné době probíhá pilotní projekt VZP, MZ a ČSPM, který usiluje o to, aby mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP) byla hrazena ze zdravotního pojištění. Podrobnější popis mobilní specializované paliativní péče je uveden v kapitole 4.

3. 3. 2 Praktičtí lékaři

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

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, Paliativní medicína (odbornost od roku 2011) resp. Paliativní medicína a léčba bolesti (odbornost do roku 2010), vnitřní lékařství), a to jak odborně a pro kontakt s lůžkovou péčí, tak pro preskripční podporu. Ideálně tedy by péče o nevléčitelně nemocného, resp. umírajícího pacienta v domácím prostředí, měla probíhat za spolupráce praktického lékaře, lékaře specialisty a ošetrovatelského týmu (mobilní paliativní tým). Tým musí disponovat možnostmi podpory psychologem a sociálním pracovníkem.

V současné době takto popsaná velmi úzká spolupráce v Kraji Vysočina funguje pouze omezeně v regionu Třebíč. To je dáno jednak omezeným zájmem některých praktických lékařů o péči o zaregistrovaného pacienta v mimopracovní době, neúčast v odborných týmech pečujících o pacienta a v neposlední řadě v udávané vyšší pracovní zátěži některých praktických lékařů.

Počty oprávnění/registrací k poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství dle jednotlivých okresů v rámci kraje:

Okres	Počet oprávnění
Havlíčkův Brod	46
Jihlava	58

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

Pelhřimov	38
Třebíč	53
Žďár nad Sázavou	54
Celkem	249

3.3.3 Ambulance paliativní medicíny

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

Za cílový stav považuje Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP zajištění činnosti 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 ukončení 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. Součástí plánu péče jsou dříve vyslovená přání nemocného.

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. Prozatím je jejich fungování na samém počátku,

začínají vznikat, bohužel prozatím není dostatečně vyřešeno financování ze stran zdravotních pojišťoven.

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 zbytečné kurativní léčby
- Ulehčuje se přechod pacientů z akutní do domácí paliativní nebo lůžkové paliativní péče
- Zjednodušuje se komunikace o zdravotním stavu klienta
- Ambulance řeší problém s předpisem opiátů, a dalších léků potřebných v paliativní péči, 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.

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	Počet lůžek	Poznámka	Spolupracující poskytovatel sociálních služeb	Ambulance paliativní medicíny
Jihlava	15 lůžek	Smlouva s pojišťovnou na 10 lůžek		NE
Havlíčkův Brod	2	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Oblastní charita Havlíčkův Brod	ANO
Pelhřimov	1 lůžko	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Oblastní charita Pelhřimov	ANO
Třebíč	0	Buduje se nemocniční konziliární tým, příprava lůžkové paliativní péče		NE/zajištěna v rámci spolupráce s Mobilním hospicem sv. Zdislavy
Nové Město na Moravě	2 lůžka	Rodinný pokoj pro poskytování paliativní péče	Domácí hospic Vysočina, o.p.s.	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 erudiicí 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. Oddělení dlouhodobě nemocných (dále jen „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. Přibližně u 5 % pacientů jde o symptomatickou péči o umírajícího nemocného.

V Nemocnici Pelhřimov, příspěvkové organizaci, je paliativní péče prováděna podle potřeby ve stávajících prostorách ODN.

Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace, má k dispozici 104 lůžek dlouhodobé péče a 5 lůžek dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské 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 ambulancí bolesti přímo v terénu, a to ve spolupráci s Domácí hospicem Vysočina, o. p. s., střediskem Nové Město na Moravě a Oblastní charitou Žďár nad Sázavou. Lůžkové ODN spolupracuje s Domácí hospicem Vysočina, o. p. s., dvě lůžka jsou určena pro pacienty nevléčitelně nemocné.

3.3.5 Léčebny dlouhodobě nemocných – lůžkové zázemí následné a dlouhodobé péče

Následná a dlouhodobá zdravotní ústavní péče není péčí specificky geriatrickou, ale zahrnuje nemocné všech lékařských oborů a všech věkových skupin. Léčebny dlouhodobě nemocných jsou místem, kde končí svůj život 15-20% všech nevléčitelně 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. Klíčovou oblastí je financování, kde nejsou dostatečně pokryty osobní náklady, ale také vybavení pro moderní následnou péči.

Kraj Vysočina je místně rozsáhlý a některé jeho části jsou hůře dostupné. Nezajištěnou oblastí zůstává východní část kraje. S ohledem na velmi dobré podmínky v rámci léčebny dlouhodobě nemocných v Třebíči se nabízí varianta vytvoření lůžkového zázemí specializované paliativní péče v trebíčské nemocnici. Projekt podporuje i rozvíjející se

spolupráce Nemocnice Třebíč, příspěvkové organizace, a Mobilního hospice sv. Zdislavy v rámci pilotního ověření Mobilní specializované paliativní péče.

Jako vhodné se jeví otevření dalšího samostatného paliativního oddělení cca 15 lůžkového (do celkového počtu 2 samostatná paliativní oddělení na Kraj Vysočina), a to v Nemocnici Nové Město na Moravě, příspěvkové organizaci, nebo Nemocnici Třebíč, příspěvkové organizaci, k zajištění východní části kraje v oblasti paliativní péče. S ohledem na vývoj demografické křivky je otázkou budoucího vývoje, zda by každá z nemocnic v kraji neměla řešit danou problematiku vytvořením adekvátní lůžkové kapacity (10-15 lůžek), navázané na nemocniční konziliární paliativní tým.

K realizaci je třeba dostatečného počtu kvalifikovaných zdravotnických profesionálů, klíčové je tedy vzdělávání a vytvoření vhodných prostorových podmínek.

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

Akutní 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 nevyčísitelně pokročile nemocných v akutní 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, geriatric, ARO, vnitřní lékařství, onkologie, atd.)
- klinický psycholog
- klinický farmaceut
- ergoterapeut

- sociální pracovník
- nemocniční kaplan

Konziliární týmy v nemocnicích v současné době nejsou přirozenou součástí nemocnice a je tedy třeba učinit patřičné kroky pro jejich zřízení a práci. V Kraji Vysočina nemocniční konziliární tým prozatím nepracuje, připravuje se v nemocnici Jihlava, Třebíč, Pelhřimov a Havlíčkův Brod.

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. Z hlediska lůžkového fondu je na oddělení paliativní péče vykazován ošetrovací den 0030 (stejně jako v lůžkových hospicích). Péči zajišťuje multidisciplinární tým, který musí splňovat personální standardy ČSMP pro lůžkové oddělení paliativní péče.

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. Všechny sestry z KTPP a sestry na oddělení paliativní péče by měly absolvovat akreditovaný kurz paliativní péče v minimálním rozsahu 30 hodin (např. ELNEC).

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. Tento model spolupráce však nebyl dosud v širší praxi ověřen a metodicky popsán. 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, ošetrovatelského týmu domova pro seniory (resp. DZR) a ošetřujícího praktického lékaře umožňuje využít následně nastavený model pohotovostních služeb MSPP.

Domovy pro seniory jsou díky zajištěné ošetrovatelské 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.

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 nemocnici.

Hospic nabízí také přechodnou hospitalizaci, při níž může být rodina stále v blízkosti svého nemocného. Přechodná hospitalizace se využívá v případě, že je nutné stabilizovat zdravotní stav pacienta, příznaky onemocnění, které nelze zvládnout v domácím prostředí a dále v situaci, kdy je rodina péčí o nemocného vyčerpaná a potřebuje si odpočinout.

Projekt hospice pro Vysočinu počítá také s péčí o nevléčitelně nemocné děti. Hospic bude poskytovat zázemí pro rodiny s nevléčitelně nemocnými dětmi v regionu primárně pro odlehčovací pobyty, v případě zájmu rodiny mohou jeho péči využít v závěrečné fázi života dítěte.

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

Hospic také nabízí krátkodobé respitní pobyty pro dlouhodobě nemocné. Jejich účelem je odlehčit osobám, které dlouhodobě o svého blízkého pečují a potřebují si odpočinout.

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, nevléčitelně 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 v kraji chybí. V ČR je 17 lůžkových hospiců, chybí v Kraji Vysočina a v Karlovarském kraji. 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. V České republice se předpokládá potřeba cca 5 lůžek na 100. 000 obyvatel v území, kde jiná lůžková péče s tímto zaměřením nepůsobí.

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 nevléčitelně 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 nevléčitelně 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 nevléčitelných chorob s velmi limitovanou prognózou délky života (týdny až několik měsíců), u kterých:

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

- 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 ošetrovatelské péče
- bezpečnou specializovanou službu, která je poskytována v souladu s nejmodernějšími odbornými poznatky a současně respektuje zákonné požadavky na zdravotní péči
- péteřní síť specializované terénní péče o nevléčitelně 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 ošetrovatelské 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 0,2.
- zdravotní 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 nevléčitelných 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 by měly absolvovat 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.

5. 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.

6. SWOT analýza a její vyhodnocení, stanovení strategie

Matrice 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

	Silné stránky	Slabé stránky
Vnitřní původ (atributy úřadu)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ široká podpora paliativní péče vedením kraje ▪ relativně uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic ▪ zkušenosti z účasti v pilotním projektu „Mobilní specializované týmy paliativní péče (MSPP)“ ▪ silná podpora rozvoje paliativní péče ze stran poskytovatelů sociální a zdravotní péče ▪ silná pozice kraje v technických možnostech pro informační podporu a propojení databází z oblasti zdravotnictví a sociálních věcí ▪ podpora vedení nemocnic ▪ poptávka ze strany pacientů a jejich rodin po tomto typu péče 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ různé postoje zainteresovaných stran k řešení problematiky paliativní péče ▪ nabídka paliativní péče v kraji není z hlediska kapacit a kvality rovnoměrná ▪ není stabilizovaná struktura a dostatečný počet kvalifikovaného odborného personálu ▪ omezené finanční prostředky ▪ nejsou stanovena pravidla spolupráce poskytovatelů paliativní péče
Vnější původ (atributy prostředí)	<p>Příležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ osvěta mezi pacienty, rodinnými příslušníky a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb ▪ podpora specializačního vzdělávání lékařů v oboru Paliativní medicína (720) ▪ realizace projektu pro rozšíření paliativní péče v Kraji Vysočina ▪ rozšíření péče v rámci stávajících lůžkových oddělení nemocnic ▪ vznik mobilních specializovaných týmů paliativní péče ve všech okresech kraje ▪ doplnění sítě ambulancí Paliativní medicíny ▪ doplnění samostatného paliativního oddělení v kraji o jednu stanici o 15 lůžkách v rámci nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina ▪ vznik konziliárních týmů v rámci nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina ▪ vznik dostatečné informační podpory pro pacienty a jejich rodiny včetně propojení databází oblastí zdravotních a sociálních služeb ▪ vytvoření komplexní sítě paliativních služeb, která bude zahrnovat všechny složky péče o nevléčitelně nemocné a bude založena na vzájemné komunikaci a spolupráci 	<p>Hrozby</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ vytvoření v praxi nerealizovatelných opatření a nástrojů ▪ nedostatečná podpora vedení v budoucnu, ztráta citlivosti k problematice paliativní péče ▪ vzájemně neprovázaný a ekonomicky nepodložený a neudržitelný systém ▪ legislativou stanovené právo pojišťovny na rozhodovací proces o stavu sítě a financování paliativní péče ▪ nejasný způsob zajištění finančních prostředků na investiční akce většího rozsahu ▪ migrace kvalifikovaného personálu z důvodu složitých podmínek působících na psychiku zaměstnanců ▪ malý zájem o rozvoj vzdělanosti v dovednostech paliativní péče ze strany lékařského personálu

Tabulka č. 4 – Vyhodnocení SWOT analýzy

Silné stránky (S)	Význam	Bodování	Výsledek
široká podpora paliativní péče vedením kraje	0,2	9	1,8
relativně uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic	0,1	6	0,6
zkušenosti z účasti v pilotním projektu „Mobilní specializované týmy paliativní péče (MSPP)“	0,1	7	0,7
silná podpora rozvoje paliativní péče ze stran poskytovatelů sociální a zdravotní péče	0,2	9	1,8
silná pozice kraje v technických možnostech pro informační podporu a propojení databází z oblasti zdravotnictví a sociálních věcí	0,1	7	0,7
podpora vedení nemocnic	0,1	5	0,5
poptávka ze strany pacientů a jejich rodin po tomto typu péče	0,2	9	1,8
Výsledek silné stránky	1	52	7,9

Příležitosti (O)	Význam	Bodování	Výsledek
osvěta mezi pacienty, rodinnými příslušníky a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb	0,1	6	0,6
podpora specializačního vzdělávání lékařů v oboru Paliativní medicína (720)	0,1	5	0,5
realizace projektu pro rozšíření paliativní péče v Kraji Vysočina	0,1	6	0,6
rozšíření péče v rámci stávajících lůžkových oddělení nemocnic	0,1	6	0,6
vznik mobilních specializovaných týmů paliativní péče ve všech okresech kraje	0,1	6	0,6
doplnění sítě ambulancí Paliativní medicíny	0,1	5	0,5
doplnění samostatného paliativního oddělení v kraji o jednu stanicí o 15 lůžkách v rámci nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina	0,1	6	0,6
vznik konziliárních týmů v rámci nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina	0,1	7	0,7
vznik dostatečné informační podpory pro pacienty a jejich rodiny včetně propojení databází oblastí zdravotních a sociálních služeb	0,05	7	0,35
vytvoření komplexní sítě paliativních služeb, která bude zahrnovat všechny složky péče o nevléčitelně nemocné a bude založena na vzájemné komunikaci a spolupráci	0,15	6	0,9
Výsledek příležitosti	1	60	5,95

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

Slabé stránky (W)	Význam	Bodování	Výsledek
různé postoje zainteresovaných stran k řešení problematiky paliativní péče	0,2	6	-1,2
nabídka paliativní péče v kraji není z hlediska kapacit a kvality rovnoměrná	0,2	8	-1,6
není stabilizovaná struktura a dostatečný počet kvalifikovaného odborného personálu	0,2	6	-1,2
omezené finanční prostředky	0,3	6	-1,8
nejsou stanovena pravidla spolupráce poskytovatelů paliativní péče	0,1	6	-0,6
Výsledek slabé stránky	1	32	-6,4
Výsledný stav			1,5

Hrozby (T)	Význam	Bodování	Výsledek
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	0,25	10	-2,5
vytvoření v praxi nerealizovatelných opatření a nástrojů	0,05	4	-0,2
nedostatečná podpora vedení v budoucnu, ztráta citlivosti k problematice paliativní péče	0,1	4	-0,4
vzájemně neprovázaný a ekonomicky nepodložený a neudržitelný systém	0,1	7	-0,7
legislativou stanovené právo pojišťovny na rozhodovací proces o stavu sítě a financování paliativní péče	0,2	10	-2
nejasný způsob zajištění finančních prostředků na investiční akce většího rozsahu	0,1	8	-0,8
migrace kvalifikovaného personálu z důvodu složitých podmínek působících na psychiku zaměstnanců	0,1	5	-0,5
malý zájem o rozvoj vzdělanosti v dovednostech paliativní péče ze strany lékařského personálu	0,1	8	-0,8
Výsledek hrozby	1	56	-7,9
Výsledný stav			-1,95

Vyhodnocení

Interní	1,5
Externí	-1,95
Celkem	-0,45

Z bilance SWOT analýzy je zřejmé, že situace je neuspokojivá, je nutné zapracovat na zlepšení situace v paliativní péči. Největšího zlepšení je nutno dosáhnout v externí části, je ovlivněna vysokým hodnocením slabých stránek s identifikací poměrně silných hrozeb. Nicméně se otevírá možnost pro příležitosti, které povedou k výraznému zlepšení situace.

Silné stránky

Silné stránky mají velmi silnou pozici, ze sedmi ukazatelů měla středně silnou pozici pouze podpora vedení nemocnic.

Slabé stránky

Slabé stránky se nacházejí na úrovni střední až velmi rizikové pozici, všechny identifikované slabé stránky jsou ohodnoceny vyšším počtem bodů. Nejvýznamnější pozici však má nerovnoměrnost nabídky paliativní péče.

Příležitosti

Z jedenácti ukazatelů příležitostí mají 2 velmi silnou pozici, které lze využít vlastním přičiněním, ostatní byly zařazeny do střední pozice.

Hrozby

Rovněž hrozby mají silnou pozici, u třech je překonávání je mnohdy omezováno vnějšími faktory, jako např. absence systémového řešení fungování všech forem paliativní péče v ČR, legislativa, u ostatních lze předpokládat, že v součinnosti s krajem je možnost je překonat.

Celková bilance

Celková bilance dosahuje záporné hodnoty. Pro další postup byla navržena strategie mini-maxi tj. hledat příležitosti k překročení vlastních slabín. Znamená to ubírat se cestou minimalizace slabých stránek, které jsou hodnoceny jako vysoko rizikové a jejich odstranění není možné bez součinnosti všech zainteresovaných stran. Důležité bude se v rámci strategie a jejího naplňování zaměřit na vyrovnávání a doplňování nabídky a na zvyšování kvality paliativní péče. Druhou skupinou ukazatelů, určujících další

nasměrování strategie paliativní péče, se stávají příležitosti, které mají velmi silnou pozici a jejich posilování by mohlo být dosaženo plněním vytýčených cílů.

I když jsou silné stránky hodnoceny velmi pozitivně, je doporučeno jim věnovat pozornost a posilovat jejich pozici alespoň tak, aby hodnota jejich ukazatelů neklesala. Překážkou pro další rozvoj jsou ukazatele ohrožení, především legislativa a finance, které jsou však bez zásahu do celostátního systému jen velmi těžce překonatelné.

3 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.

3.1 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*“.

3.2 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 - paciete: Potřebuješ-li a přijímáš-li péči o své potřeby tváří v tvář nevyčísitelné 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.

3.3 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.

3.4 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 Podpořit vzdělávání v oblasti paliativní péče pro nižší a střední zdravotní personál a pro lékaře	10 - 19 tis. /osoba	2017-2020
	1.1.2 Podpořit průběžné vzdělávání pracovníků v obecné a specializované paliativní péči	5 tis. /osoba	2017-2020
	1.1.3. Podpořit a realizovat vzdělávání v rámci atestace České společnosti pro paliativní medicínu ČLS JEP v oboru paliativní medicína	19 tis. Kč/1 lékař	2017-2020
	1.1.4 Vytvořit vzdělávací modul pro členy mobilních a konziliárních týmů s důrazem na paliativní vzdělávání, komunikaci	Bez nákladů	2017-2020
	1.1.5 Podpořit a zapojit do průběžného vzdělávání praktické lékaře v obecné paliativní péči	19 tis. Kč/1 lékař	2017-2020
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	Bez nákladů	2017-2018
	1.2. 2. Vytvořit vhodné podmínky pro vzdělávání členů konziliárních týmů	Řešeno v opatření 1.1	2017-2018
	1.2.3 Vytvořit mobilní specializované týmy paliativní péče pro možnost práce v terénu pro pacienty v domácím prostředí	Bez nákladů, provozní náklady týmů jsou řešeny v aktivitě 2.2.1	2017-2019
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	Bez nákladů	2017-2020
	1.3.2 Podpořit užívání ICT technologií a moderních pracovních pomůcek	Podpora účasti v projektech	2017-2020
	1.3.3 Vytvářet vhodné mechanismy, které minimalizují syndrom vyhoření	25 tis./1 poskytovatel	2017-2018

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 Vytvořit vhodný model sledování alokace nákladů a jeho implementace	Bez nákladů	2017-2018
	2.1.2. Připravit rozpočtové podmínky pro financování služeb pro změnu struktury a kvality paliativní péče	Bez nákladů	2017-2018
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 pokrytí nákladů projektu „Mobilní specializované paliativní péče“	3 mil. Kč/1 okres, což je 15 mil. v kraji, dnes kraj již financuje cca 10 mil.	2017-2020
	2.2.2. Rozvíjet projekty na hledání nových forem vícezdrojového financování a vhodnými formami podporovat čerpání finančních prostředků z fondů EU	Bez nákladů	2017-2020
	2.2.3 Iniciovat diskuze se zainteresovanými stranami na celostátní úrovni k problematice úhrad hospicové paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění bez omezení	Bez nákladů	2017-2020

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		
Aktivity	3.1.1 Realizovat a úspěšně dokončit pilotní projekt „Mobilní specializované paliativní péče“	4 mil. Kč	2017-2020
	3.1.2 Stabilizovat a podporovat stávající síť domácích paliativní péče a podle podmínek připravit její koncepční přeměnu na péči ověřenou pilotním projektem	Kombinace vyrovnávací platby na sociální služby a úhrad z veřejného zdravotního pojištění	2017-2020
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		
Aktivity	3.2.1 V oblasti financování přihlížet k potřebě zlepšovat podmínky pro závěrečnou fázi života v pobytových sociálních službách	360 tis. Kč/osoba/rok	2017-2020
	3.2.2 Zvyšovat nabídku vzdělávání s cílem zvyšovat kvalitu obecné paliativní péče v pobytových sociálních službách	Řešeno zacílením prostředků na vzdělávání na	2017-2020

		kapitole sociální věci	
	3.2.3 Podporovat vzájemnou komunikaci a spolupráci pobytových sociálních služeb a paliativních týmů	Bez nákladů	2017-2020
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	2017-2020
	3.3.2 Podpořit vytvoření ambulance paliativní péče v každém z okresů Kraje Vysočina	Bez nákladů	2017-2020
	3.3.3 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 paliativních lůžek v nemocnicích a lůžkového hospice s podmínkou zajištění dostatečných financí pro investice i provoz	Bez nákladů	2017-2020
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	Bez nákladů	2017-2020

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

	3.4.2 Vytvořit komunikační strategii realizace služeb paliativní péče	Bez nákladů	2017 - 2020
	3.4.3 Zajistit poskytování perinatální paliativní péče v rámci porodnic a neonatologických oddělení, případně podporu rodičů po ukončení péče na těchto odděleních	Bez nákladů	2017-2020
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 databází 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	Zvolení lokality dle studie proveditelnosti	2017-2020
	4.1.2 Modernizovat stanice paliativní péče v rámci existujících kapacit nemocnic, zabezpečit prostorové a personální oddělení této péče od oddělené LDN	Podpora účasti v projektech	2017-2020
	4.1.3 Podpořit vznik lůžkového hospice v kapacitě přiměřené nabídce ostatních složek paliativní péče za podmínky, že budou zajištěny finanční prostředky pro investice i provoz	Dle rozhodnutí orgánů kraje o samostatném projektu	2017-2020
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	2017-2020
	4.2.2 Vytvořit brožury k paliativní péči určené pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky.	200 000, bylo požádáno o podporu MPSV	2017-2020
	4.2.3 Zajistit podporu informovanosti zainteresovaných stran prostřednictvím sociálních sítí	Bez nákladů	2017-2020
	4.2.4 Zajistit participaci praktických lékařů a nemocnic na zvýšení informovanosti	Bez nákladů	2017-2020

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

Všechny uvedené aktivity posilují nastavenou strategii mini-maxi (hledání příležitostí k překročení vlastních slabin). Následující tabulka dokladuje naplnění stránek SWOT analýzy návrhy aktivit.

Tabulka č. 6: Naplnění stránek SWOT návrhy aktivit

Silné stránky (S)	Aktivity	Příležitosti (O)	Aktivity
-------------------	----------	------------------	----------

Odstraněno:

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

široká podpora paliativní péče vedením kraje	1.1.1, 1.1.1., 1.1.3., 1.1.4., 1.1.5., 2.1.2., 2.2.1., 2.2.2., 2.2.3., 4.1.1., 4.1.2., 4.2.1., 4.2.2.
relativně uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic	1.3.1, 3.3.1., 4.1.1., 4.1.2.,
zkušenosti z účasti v pilotním projektu „Mobilní specializované týmy paliativní péče (MSPP)“	2.2.1, 3.1.1, 3.1.2.
silná podpora rozvoje paliativní péče ze stran poskytovatelů sociální a zdravotní péče	1.2.1., 3.4.1., 3.4.2,
silná pozice kraje v technických možnostech pro informační podporu a propojení databází z oblasti zdravotnictví a sociálních věcí	4.2.1, 4.2.2., 4.2.3., 4.2.4
podpora vedení nemocnic	1.2.1., 1.3.1, 3.3.1., 3.3.3., 4.1.1., 4.1.2.,
poptávka ze strany pacientů a jejich rodin po tomto typu péče	4.2.2., 4.2.3.,

osvěta mezi pacienty, rodinnými příslušníky a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb	4.2.2, 4.2.3
podpora specializačního vzdělávání lékařů v oboru Paliativní medicína (720)	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5, 1.2.2.,
realizace projektu pro rozšíření paliativní péče v Kraji Vysočina	1.2.1., 1.2.3., 1.3.2., 3.2.1, 3.2.3, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3., 3.4.1, 3.4.3, 4.1.1., 4.1.3.,
rozšíření péče v rámci stávajících lůžkových oddělení nemocnic	1.2.1., 3.3.1., 3.3.3, 4.1.1, 4.1.2
vznik mobilních specializovaných týmů paliativní péče ve všech okresech kraje	1.2.3
doplnění sítě ambulancí Paliativní medicíny	3.3.2
doplnění samostatného paliativního oddělení v kraji o jednu stanicí o 15 lůžkách v rámci nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina	4.1.1
vznik konziliárních týmů v rámci nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina	1.2.1, 1.2.2
vznik dostatečné informační podpory pro pacienty a jejich rodiny včetně propojení databází oblastí zdravotních a sociálních služeb	4.2.1, 4.2.2, 4.2.3,
vytvoření komplexní sítě paliativních služeb, která bude zahrnovat všechny složky péče o nevyлéčitelně nemocné a bude založena na vzájemné komunikaci a spolupráci	3.1.1, 3.1.2, 3.2.3, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

Slabé stránky (W)	Aktivity
různé postoje zainteresovaných stran k řešení problematiky paliativní péče	1.1.5., 2.2.3., 3.2.3., 4.2.4., 3.4.2
nabídka paliativní péče v kraji není z hlediska kapacit a kvality rovnoměrná	3.1.1, 3.1.2, 3.2.3, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3, 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3
není stabilizovaná struktura a dostatečný počet kvalifikovaného odborného personálu	1.3.1, 1.3.2, 1.3.3, 1.1.3, 3.2.2.,
omezené finanční prostředky	2.1.1, 2.1.2., 2.2.2., 2.2.3.
nejsou stanovena pravidla spolupráce poskytovatelů paliativní péče	3.2.3., 3.3.3, 3.4.2., 4.2.1, 4.2.3.

Hrozby (T)	Aktivity
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	2.2.3.,
vytvoření v praxi nerealizovatelných opatření a nástrojů	3.2.3., 3.4.2.,
nedostatečná podpora vedení v budoucnu, ztráta citlivosti k problematice paliativní péče	3.3.3., 4.2.2., 4.2.3
vzájemně neprovázaný a ekonomicky nepodložený a neudržitelný systém	2.1.1., 2.2.2.,
legislativou stanovené právo pojišťovny na rozhodovací proces o stavu sítě a financování paliativní péče	2.2.2., 2.2.3.,
nejasný způsob zajištění finančních prostředků na investiční akce většího rozsahu	2.1.1,2.1.2., 2.2.2
migrace kvalifikovaného personálu z důvodu složitých podmínek působících na psychiku zaměstnanců	1.3.1, 1.3.2, 1.3.3
malý zájem o rozvoj vzdělanosti v dovednostech paliativní péče ze strany lékařského personálu	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.1.5, 4.2.4.,

3.5 Plán řízení rizik a určení předpokladů úspěšnou implementaci strategie

Pro úspěšnou implementaci strategie bylo nutné provést identifikaci rizik, na základě které byly rizika ohodnoceny stupněm významnosti včetně návrhu opatření pro snížení pravděpodobnosti výskytu a snížení dopadu, a to včetně krizového scénáře formulovému jako „protiváha“ k identifikovaným rizikům.

Po vynesení identifikovaných rizik do matice je z rozdělení na kvadranty zřejmé, že identifikovaná rizika (celkem) jsou

Pro hodnocení rizik byla použita metoda „šestibodové stupnice“:

Obrázek 2 Stupnice pro hodnocení rizik

Pravděpodobnost výskytu	Dopad rizika	Stupeň významnosti
1 – téměř vyloučené	1 - nevýznamný	3 – vysoké/klíčové 16 – 36
2 – velmi nepravděpodobné	2 - nízký	2 - střední 6 – 15
3 – nepravděpodobné	3 - střední	1 – nízké/běžné 1 – 5
4 – možné	4 - vyšší	
5 – velmi pravděpodobné	5 - vysoký	
6 – téměř jisté	6 – velmi vysoký	

3.5.1 Riziko P1 - „Riziko vynaložení vysokých nákladů na vytvoření systému“

Riziko P1 je „Riziko vynaložení vysokých nákladů na vytvoření systému“. Pravděpodobnost výskytu byla ohodnocena na šestibodové stupnici stupněm 6 – téměř jisté, dopad rizika byl ohodnocen též stupněm 6 – velmi vysoký. Stupeň významnosti byl na základě těchto dvou údajů stanoven na vysoké/klíčové riziko.

Opatření ke snížení rizika:

- důsledná analýza problematiky
- průběžná konzultace všech návrhů se všemi zainteresovanými stranami (kraj, obce, poskytovatelé apod.)

Krizový scénář:

- koncentrace stávajících pracovníků v oblasti sociální a zdravotnické péče k řešení problémů ve vlastní režii.

3.5.2 Riziko P2 - „Podcenění velikosti systémových změn“.

Riziko P2 je „Podcenění velikosti systémových změn“. Výskyt tohoto rizika je spojen s nedostatečnými znalostmi a praxí analytického týmu či chybným pochopením zadaného problému. Roli může sehrát i specifické postavení na strategii spolupracujících subjektů (poskytovatel chce maximalizovat, plátce minimalizovat).

Pravděpodobnost výskytu byla ohodnocena na šestibodové stupnici stupněm 6 - velmi vysoký, dopad rizika byl ohodnocen též stupněm 5 – vysoký. Stupeň významnosti byl na základě těchto dvou údajů stanoven na vysoké/klíčové riziko.

Opatření ke snížení rizika:

- vzájemná průběžná konzultace na všech úrovních kraj->poskytovatel služeb->plátce za poskytnuté služby
- modularita návrhu

- studium analytické dokumentace, právních předpisů, diskuse s odborníky
- průběžný monitoring a důsledná kontrola aktivit projektu a harmonogramu pro případ možné úpravy aktivit, případně jejich zastavení

Krizový scénář:

- zastavení realizace aktivit

3.5.3 Riziko P3 - „Odpor uvnitř naplňování aktivit“.

Riziko P3 je „Odpor uvnitř naplňování aktivit“ – jde o projev skepse o úspěchu strategie u těch, kteří nebyli o cíli strategie a o podmínkách dostatečně informováni. Pravděpodobnost výskytu byla ohodnocena na šestibodové stupnici stupněm 4 – možné, dopad rizika byl ohodnocen též stupněm 2 – nízký. Stupeň významnosti byl na základě těchto dvou údajů stanoven na střední riziko.

Opatření ke snížení rizika:

- důsledná široká diskuse se všemi zainteresovanými skupinami
- ke spolupráci přizvat tým odborníků zastoupený z řad zřizovatele, poskytovatelů péče a plátců.

Krizový scénář:

- implementace vytyčených aktivit a projektů rozhodnutím kraje i bez souhlasu organizací.

3.5.4 Riziko P4 - „Špatná flexibilita“.

Riziko P4 je „Špatná flexibilita“ – jde o nemožnost měnit některé stávající procesy bez rozhodnutí vrcholového vedení jak kraje, tak zdravotních pojišťoven nebo legislativní změny. Pravděpodobnost výskytu byla ohodnocena na šestibodové stupnici stupněm 5 – vysoký, dopad rizika byl ohodnocen též stupněm 4 – možné. Stupeň významnosti byl na základě těchto dvou údajů stanoven na střední riziko.

Opatření ke snížení rizika:

- důsledná průběžná diskuse kraje, MPSV, MZ, ZP a jiných dotčených subjektů v různých stadiích – jak v předprojektové fázi, tak ve stadiu realizace
- průběžný reporting – monitoringu, průběžná kontrola aktivit, diskuse o otevřených bodech
- definice „mantinelů“ (finančních, procesních apod.), které umožní průběžné dohodovací řízení plátců a poskytovatelů bez souhlasu

Krizový scénář:

- zastavení realizace aktivit strategie.

3.5.5 Riziko P5 - „Nestabilní legislativní prostředí ve financování paliativní péče“

Riziko P5 je „Nestabilní legislativní prostředí ve financování paliativní péče“. Pravděpodobnost výskytu byla ohodnocena stupněm 5 – vysoký, dopad rizika byl ohodnocen též stupněm 6 – velmi vysoký. Stupeň významnosti byl na základě těchto dvou údajů stanoven na vysoké/klíčové riziko.

Opatření ke snížení rizika:

- průběžný monitoring aktuálního stavu včetně rychlého řešení problémů a návrhů na případnou úpravu

Krizový scénář:

- implementace strategie pouze v organizacích zřizovaných Krajem Vysočina.
- implementace strategie na omezenou dobu, popř. jen simultánně

3.5.6 Riziko P6 - „Selhání systému díky nerealistickému, resp. špatnému zadání“

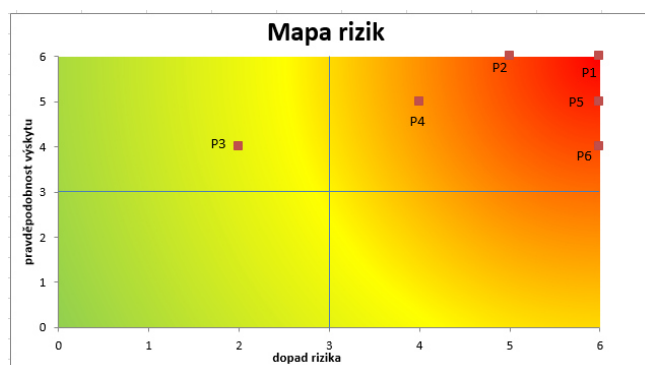
Riziko P6 je „Selhání systému díky nerealistickému, resp. špatnému zadání“. Přes všechny snahy včasného odhalení vlivu na aktivity a projekty a jejich zmírnění, nelze je všechny zcela eliminovat. Pravděpodobnost výskytu byla ohodnocena stupněm 4 – možné, dopad rizika byl ohodnocen též stupněm 6 – velmi vysoký. Stupeň významnosti byl na základě těchto dvou údajů stanoven na vysoké/klíčové riziko.

Opatření ke snížení rizika:

- monitoring aktuálního stavu včetně rychlého řešení problémů a návrhů na případnou úpravu
- vytvoření finanční rezervy, popř. nastavení plateb pro krytí výkyvů výkonů

Krizový scénář:

- přenastavení systému jiným způsobem zastavení realizace vybraných aktivit a projektů.



Obrázek 3 Rizika

Doporučeným postupem je důležité soustředit se na aktivity, které mají vysoké rizikové skóre, dle potřeby provést při implementaci takové změny, aby rizika byla zcela eliminována a vůbec nenastala. Rizika budou v průběhu realizace průběžně řízena.

4 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 ošetrovatelské 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).

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Struktura úmrtí podle místa, Zdroj: ÚZIS, LPZ 2011-2013; NRHOSP 2011-2013	5
Obrázek 2 Stupnice pro hodnocení rizik.....	41
Obrázek 3 Rizika	43

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Poskytovatelé domácí paliativní péče v Kraji Vysočina	11
Tabulka 2 - Paliativní péče v nemocnicích zřizovaných krajem.....	15
Tabulka 3 - SWOT analýza.....	25
Tabulka 4 - Vyhodnocení SWOT analýzy.....	26
Tabulka 5 - Priority, strategické cíle, opatření, aktivity programové části	31
Tabulka 6 - Naplnění stránek SWOT -návrhy aktivit.....	35

Komplexní paliativní péče Kraje Vysočina

Pro účely této strategie byly použity následující pojmy:

Praktický lékař = všeobecný praktický lékař a praktický lékař pro děti a dorost

Domácí paliativní péče = domácí hospicová péče

Obor „Paliativní medicína a léčba bolesti“ byl rozdělen na dva samostatné obory, a to „Paliativní medicína“ a „Léčba bolesti“