



Jihočeský kraj

**KONCEPCE PALIATIVNÍ PÉČE
V JIHOČESKÉM KRAJI
NA OBDOBÍ DO ROKU 2023**

Zpracovatel:

Pracovní skupina ke Koncepti paliativní péče v Jihočeském kraji

1. Obsah

2.	ÚVOD	4
3.	ANALÝZA VÝCHOZÍHO STAVU	9
3.1.	Primární ambulantní péče (OP)	9
3.2.	Specializovaná ambulantní péče (OP, SP)	10
3.3.	Lůžková péče (OP, SP)	12
3.4.	Paliativní péče v nemocnicích, konziliární týmy	12
3.5.	Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta	16
3.6.	Paliativní péče a sociální služby	21
4.	SHRNUTÍ ZÁVĚRŮ	23
4.1.	SWOT analýza a její vyhodnocení, stanovení strategie	23
5.	PROGRAMOVÁ ČÁST KONCEPCE	28
5.1.	Mise	28
5.2.	Vize	28
5.3.	Strategické cíle	29
5.4.	Rozvoj jednotlivých segmentů paliativní péče v Jihočeském kraji	29
5.5.	Priority a strategické cíle programové části	33
5.6.	Plán řízení rizik a určení předpokladů pro úspěšnou implementaci koncepce	40
6.	ZÁVĚR	43
7.	SEZNAM GRAFŮ, TABULEK, MAP	45
8.	ZKRATKY	45

Úvodní slovo hejtmanky Jihočeského kraje



Vážení spoluobčané, Jihočeši,

Jihočeský kraj ve všech oblastech péče o region sleduje vlastně jen jeden cíl. Aby se zde Vám, našim obyvatelům, dobře žilo. Nyní držíte v rukou materiál, který sleduje stejný cíl, ale v jedné z nejsložitějších životních situací. Chce zlepšit kvalitu života nevléčitelně nemocných a umírajících, ulevit od bolesti, poskytnout psychickou oporu nejen jim, ale i jejich příbuzným a přátelům, aby se dokázali vyrovnat s myšlenkou na ztrátu milovaného člověka. Odejít z tohoto světa v kruhu svých blízkých, beze strachu, nesnesitelných bolestí a nesmyslného utrpení. To je cílem Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023. Tento dokument je výsledkem mnohaletých zkušeností odborníků s dlouhodobou praxí v péči o nevléčitelně nemocné. Čerpá ze všech dostupných dat a informací i z postřehů a názorů lidí, kteří své blízké v závěru života doprovázeli. Oblast paliativní péče není doposud v České republice systémově řešena. Zde má stát vůči svým občanům velký dluh.

Jihočeský kraj však od svého vzniku oblast paliativní péče podporoval. Zpočátku především morálně, ale i finančně - při vzniku lůžkového hospice v Prachaticích. Poté prostřednictvím dotačního programu na podporu péče o nevléčitelně nemocné v domácím prostředí nebo programem na podporu půjčoven kompenzačních a zdravotních pomůcek. Stále však nešlo o koordinovaný a komplexní systém zajištění paliativní péče v našem regionu. Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023 to chce změnit. Podrobně proto mapuje současnou situaci v této oblasti, nastiňuje možnosti a výzvy pro další období do roku 2023 a stanovuje priority a opatření nutná k systémovému zajištění paliativní péče v Jihočeském kraji.

Její podoba však zdaleka není konečná, jedná se o stále živý dokument, který je připraven reagovat nejen na potřeby kraje, státu, plátců zdravotních a sociálních služeb či jejich poskytovatelů, ale také na potřeby samotných pacientů, jejich rodin a občanské veřejnosti.

Udělejme tedy společně všechno pro to, aby naši nejbližší odcházeli z tohoto světa důstojně, smířeni a obklopeni svými milovanými.

Mgr. Ivana Stráská
hejtmanka Jihočeského kraje



2. ÚVOD

Při tvorbě Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji jsme vycházeli ze zdrojů WHO, Evropské asociace paliativní péče, MZ ČR, ze zdrojů České společnosti paliativní medicíny ČSL JEP, z dat ÚZIS a dalších dostupných pramenů. Velkou inspirací a pomocí nám byla Strategie paliativní péče Kraje Vysočina. Vzhledem ke skutečnosti, že na republikové úrovni podobný strategický dokument není k dispozici a jednotlivé kraje budou bez ohledu na tuto skutečnost samy tvořit a schvalovat strategie paliativní péče, přistupovali jsme obdobným způsobem k tvorbě strategie jako v Kraji Vysočina, samozřejmě s přihlédnutím ke skutečnostem a specifikám Jihočeského kraje. Tím bude mimo jiné možno porovnávat naplňování strategií z úrovně sousedících krajů a pevně doufáme, že k obdobnému přístupu se rozhodnou i další kraje.

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s životem ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“¹

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 umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka.²

Moderní paliativní péče:

- neodvrací se od nevyléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života, dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění,
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a zahrnuje proto v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,
- vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na seburčení, zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých,
- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,

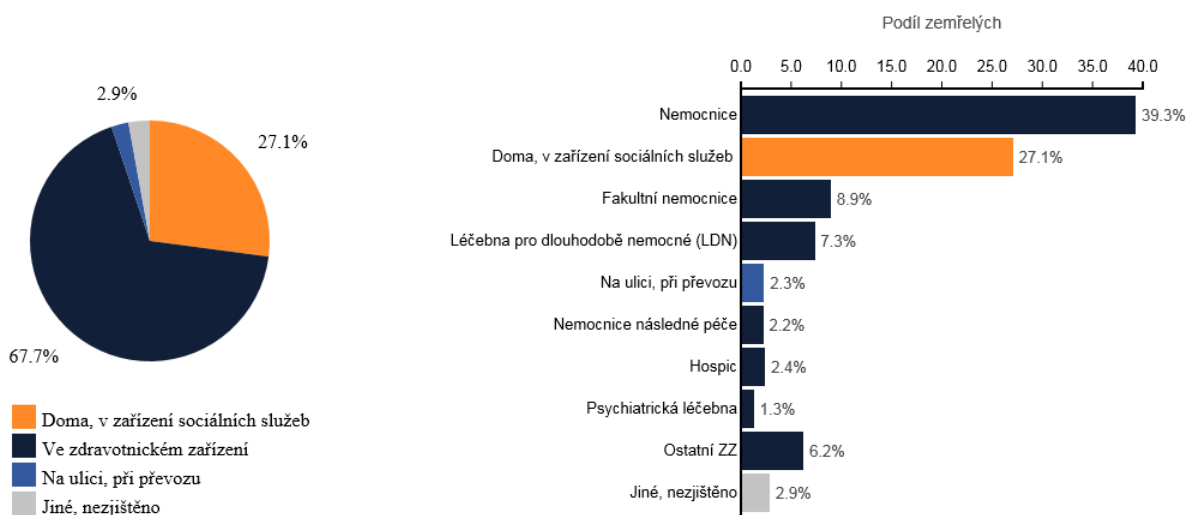
¹Světová zdravotnická organizace. NationalCancerControlProgrammes. Policies and managerialguidelines, 2. vydání, Ženeva: WHO, 2002.

² http://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni-pece-2011pro_pl.pdf

- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením,
- zahrnuje jako nedílnou součást i paliativní medicínu jako jednoznačně definovaný medicínský obor, kde je nutno postupovat v souladu s posledními poznatky moderní medicíny.

Dle kvalifikovaných odhadů³ 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 stížené neurodegenerativními poruchami.

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 ve zdravotnických zařízeních akutní a následné lůžkové péče.

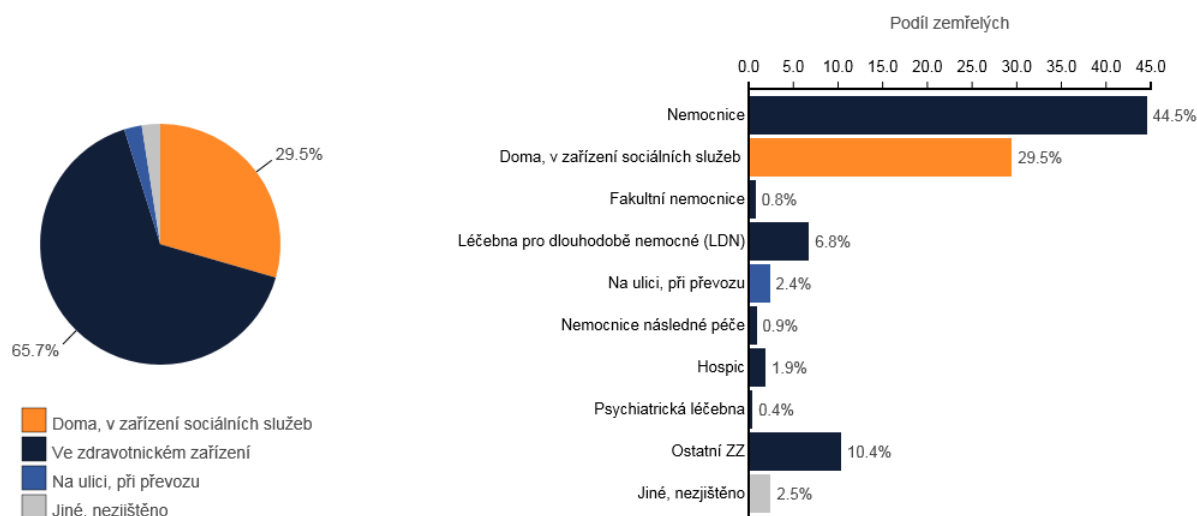


Graf 1: Struktura úmrtí podle místa, Zdroj: ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2011-2016, všichni zemřelí, N: 648 785

Úmrtí v ČR je institucionalizováno v rámci zdravotnických zařízení. Na lůžku zdravotnického zařízení dochází k více než dvěma třetinám úmrtí. Většinou se jedná o lůžko akutní péče. V hospici dožívají přes 2 % zemřelých.

³ 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

Struktura místa úmrtí v Jihočeském kraji se v podstatě shoduje s celkovou situací v České republice.



Graf 2: Struktura úmrtí podle místa, Jihočeský kraj, Zdroj: ÚZIS, LPZ a NRHOSP 2011-2016, N: 39 286

Evropská asociace paliativní péče (EAPC)⁴ doporučuje rozlišovat **dvě úrovně poskytování paliativní péče**:

- **Obecná paliativní péče (OP)** - klinická praxe, která je poskytována zdravotníky v rámci jejich odborností. Jejím základem je včasné rozpoznání nevléčitelného 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 (SP)** - 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.

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy:

- ambulance paliativní medicíny,

⁴EAPC: 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>.

- oddělení paliativní péče v rámci lůžkového poskytovatele zdravotních služeb,
- konziliární tým paliativní péče v rámci poskytovatele zdravotních služeb,
- mobilní specializovaná paliativní péče neboli domácí hospic (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.

Výše uvedené úrovně paliativní péče definuje rovněž Metodický pokyn MZ ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče (MSPPP).⁵ Další legislativní ukotvení je uvedeno v § 44a zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který vymezuje termín hospic.

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 paliativní péče mají v systému nabízených služeb své místo. Každá forma péče 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. Nezbytná je však spolupráce poskytovatelů jednotlivých forem péče tak, aby byly uspokojeny komplexně potřeby pacienta i rodiny. 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.

⁵ Věstník MZ ČR Částka 13/2017 Metodický pokyn MZ ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče

Síť poskytovatelů s rozlišením formy a typu paliativní péče je definována takto:⁵

Forma zdravotní péče (§ 7-10 zákona č. 372/2011 Sb.)	Typ paliativní péče	
	OBEČNÁ (80-90 %)	SPECIALIZOVANÁ (10-20%)
Primární ambulantní péče (§ 7 odst. 2 a)	registrující lékař se specializovanou způsobilostí v oboru VPL, PLDD nebo specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, včetně návštěvní služby	
Specializovaná ambulantní péče (§7 odst. 2 b)	ošetřující ambulantní specialista	ambulantní specialista se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby
Lůžková péče (§ 9)	paliativní péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení dlouhodobé péče a pobytových zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti	lůžková péče v oboru paliativní medicína, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se zvláštní odbornou způsobilostí nebo zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína v lůžkovém zařízení
Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§10)	lékař ambulantní zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru VPL, PLDD nebo lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie; agentury domácí péče, návštěvní služba ambulantním specialistou	MSPP neboli paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra, kde je odborným garantem lékař se zvláštní odbornou způsobilostí nebo se zvláštní specializovanou způsobilostí v oboru paliativní medicína

Tabulka 1: Síť poskytovatelů s rozlišením formy a typu paliativní péče

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

- zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (vymezení paliativní péče, hospic, práva a povinnosti mezi pacientem, jeho blízkými, poskytovatelem, zdravotníky),
- zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů (úhrada paliativní péče),
- zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (postavení pacienta jakožto osoby závislé na péči jiné osoby a jeho nárok na sociální služby),
- zákonem č. 89/2012 Sb., občanským zákoníkem, ve znění pozdějších předpisů (právní úprava zásahu do tělesné integrity, zastoupení osoby nezpůsobilé právně jednat, nový systém odškodňování zásahu do přirozených práv člověka – tělesná integrita, soukromí, důstojnost).

3. ANALÝZA VÝCHOZÍHO STAVU

Analýza výchozího stavu poskytuje přehled o dosavadním stavu zajištění paliativní péče v Jihočeském kraji. Na základě této analýzy bude navazovat programová část Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023.

Paliativní péče v sobě od svého vzniku spojovala sociální a zdravotní péči v rámci komplexního přístupu k pacientům, rodinám a jejich blízkým. Jihočeský kraj (JČK) je svou rozlohou druhý největší v České republice a některé jeho části, především venkovské a příhraniční, jsou obtížně dostupné, s nízkou hustotou zalidnění. Akutní lůžková péče je zajištěna v každém ze sedmi okresů, zároveň v každé nemocnici je poskytována následná a dlouhodobá lůžková péče. Následná a dlouhodobá lůžková péče je dále poskytována v nemocnici v Dačicích, ve Vimperku a ve Volyni. Zařízení hospicového typu je v Jihočeském kraji zajištěno Hospicem sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. v Prachaticích, který využívají obyvatelé celého kraje. Vzhledem k velikosti kraje je hůře dostupný pro obyvatele severovýchodní a východní části kraje.

Problematikou důstojného závěru života je však nutno se zabývat také v oblasti sociálních služeb, především v oblasti poradenství, terénních služeb a pobytových zařízení sociálních služeb. V rámci poskytování služeb pacientovi se jednotlivé segmenty – sociální a zdravotní – významně prolínají a doplňují.

Vyjma poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb vykonávají služby v oblasti pomoci o nevyčísitelně nemocné, umírající a jejich rodiny a pozůstalé různá sdružení a spolky. Rovněž jejich činnost a poradenství je v systému paliativní péče v psychosociální rovině nezastupitelné.

Paliativní péče je v Jihočeském kraji poskytována formou ambulantní, lůžkovou i formou péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

3.1. Primární ambulantní péče (OP)

Praktický lékař je reálně ústřední osobou ve zdravotní péči o nemocného v domácím prostředí. Je pro něj zcela zásadní rozhodování, zda bude adekvátní zdravotní péče zajištěná v domácím prostředí nebo zda bude 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. V rámci obecné paliativní péče je praktický lékař se svojí znalostí terénu a registrovaných osob v regionu 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 (např. v oboru geriatric, onkologie, vnitřní lékařství, paliativní medicína, resp. paliativní medicína a léčba bolesti - odbornost do roku 2010), a to jak odborně a pro kontakt s lůžkovou péčí, tak pro preskripční podporu. Ideálně tedy by péče o nevyлéčitelně nemocného v domácím prostředí, měla probíhat za spolupráce praktického lékaře, lékaře specialisty a ošetrovateľského týmu (mobilní specializovaná paliativní péče/domácí hospic). Tým musí disponovat možnost podpory psychologem a sociálním pracovníkem.

V současné době takto popsaná velmi úzká spolupráce v Jihočeském kraji funguje pouze omezeně a nahodile na základě individuální spolupráce mezi praktickým lékařem a poskytovatelem mobilní specializované paliativní péče/domácím hospicem (MSPP/DH). To je dáno jednak omezeným zájmem některých praktických lékařů o péči o zaregistrovaného pacienta v mimopracovní době, neúčasti v odborných týmech pečujících o pacienta a v neposlední řadě v udávané vyšší pracovní zátěži některých praktických lékařů.

Počet poskytovatelů zdravotních služeb (PZS) v oboru všeobecné praktické lékařství v Jihočeském kraji dosahuje počtu 314⁶, přičemž poskytovatel zdravotních služeb není ekvivalent pro lékaře. PZS pak poskytují zdravotní služby v rámci kraje na jednom či více místech poskytování zdravotních služeb (ordinací), ten samý PZS pak může mít místo poskytování zdravotních služeb ve více okresech. Přehled PZS v oboru všeobecné praktické lékařství, dle jednotlivých okresů kraje, ukazuje tabulka níže.

Okres	Počet poskytovatelů v oboru VPL
České Budějovice	98
Český Krumlov	26
Jindřichův Hradec	44
Písek	33
Prachatice	29
Strakonice	32
Tábor	52
Celkem	314

Tabulka 2: Počet poskytovatelů zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (VPL)⁶

3.2. Specializovaná ambulantní péče (OP, SP)

V rámci této formy péče poskytuje obecný typ paliativní péče ošetrovateľ ambulanti specialista a specializovaný typ paliativní péče ambulanti specialista se zvláštní odbornou způsobilostí (ZOZ) nebo zvláštní specializovanou způsobilostí (ZSZ) v oboru paliativní medicína, včetně návštěvní služby.

⁶ Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

Specializované ambulance paliativní péče zajišťují ambulantní péči pacientům, kteří pobývají v domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb (vlastní sociální prostředí).

Obvyklá je úzká spolupráce s praktickým lékařem, zařízeními domácí péče a specializované paliativní péče.

Ambulance paliativní medicíny vykonává:

- činnost ambulantní (lékař, sestra),
- domácí návštěvní (lékař, sestra),
- konziliární činnost lékaře v oboru paliativní medicína (nemocniční prostředí i vlastní sociální prostředí pacienta - 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.

Přínosy paliativních ambulančí 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 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 ambulancí paliativní péče prakticky neexistuje, je prozatím na samém počátku, je omezená, v některých případech není existence ambulance praktickým lékařům vůbec známa i přes snahu poskytovatelů paliativní péče.

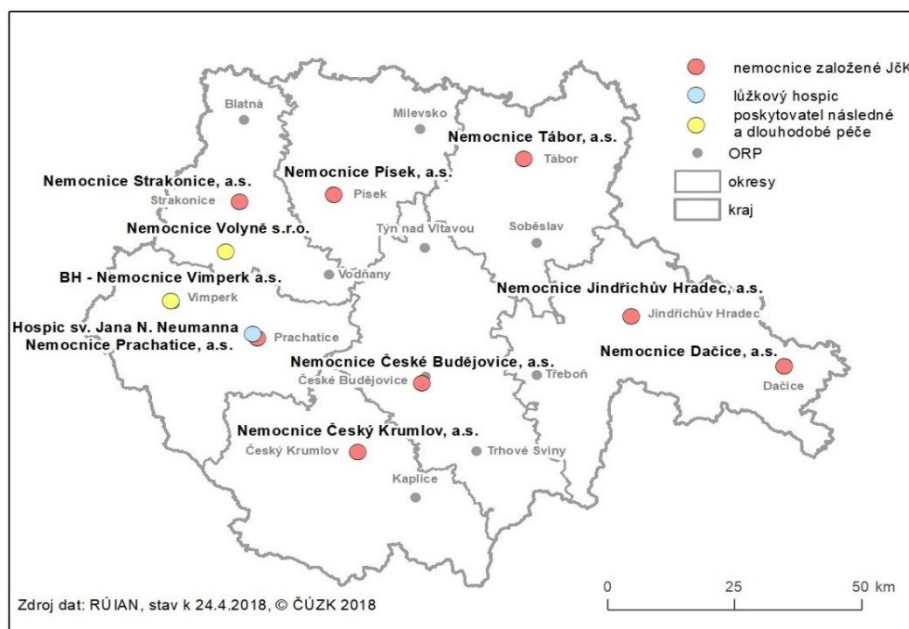
Ambulance oboru paliativní medicíny (resp. paliativní medicína a léčba bolesti) je v Jihočeském kraji registrována pouze u 4 poskytovatelů:⁶

Poskytovatel zdravotních služeb	Místo poskytování
ALGOMED s.r.o.	České Budějovice
Domácí hospic Jordán, o.p.s.	Tábor
MEDICIMO s.r.o.	Písek
Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s.	Jindřichův Hradec

Tabulka 3: Ambulance oboru paliativní medicíny (paliativní medicína a léčba bolesti)⁶

3.3. Lůžková péče (OP, SP)

V rámci lůžkové péče je za obecnou paliativní péči považována péče poskytovaná zdravotnickými pracovníky v lůžkovém zařízení v rámci vlastní odbornosti, včetně lůžkových zařízení dlouhodobé péče a pobytových zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, včetně lůžkového zařízení hospicového typu s vydaným oprávněním v jiném oboru než paliativní medicína nebo paliativní medicína a léčba bolesti. Za specializovaný typ péče se považuje lůžková péče v oboru paliativní medicína, konziliární služba lékaře a multidisciplinárního týmu se ZOZ nebo ZSZ v oboru paliativní medicína v lůžkovém zařízení.



Mapa 1: Poskytovatelé lůžkové péče⁶

⁶ Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb

3.4. Paliativní péče v nemocnicích, konziliární týmy

Nemocnice s akutní lůžkovou péčí 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 nevyлéčitelně nemocných v nemocnici s akutní lůžkovou péčí má zásadní klinický, etický i ekonomický vliv na celkovou paliativní péči v regionu. Zvláště, je-li nemocnice jediným lůžkovým poskytovatelem zdravotní péče v daném okrese. Za velmi důležité je včasné rozpoznání a existence indikačního manuálu pro vstup pacienta do segmentu paliativní péče.

Stav paliativní péče v nemocnicích založených Jihočeským krajem je uveden v následující tabulce.

Nemocnice	Počet lůžek	Poznámka	Spolupracující poskytovatel zdravotních a sociálních služeb	Ambulance paliativní medicíny
Jindřichův Hradec, a.s.	2 lůžka	2 lůžka - smlouva se ZP (VZP, OZP, ZPMV a ČPZP)	využíváno služeb více poskytovatelů zdravotních i sociálních služeb	v provozu od října 2017, 1 den v týdnu

Tabulka 4: Paliativní péče v nemocnicích založených krajem⁶

V Jihočeském kraji má v současné době zřízena paliativní lůžka pouze Nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., kde od roku 2016 jsou dvě tato lůžka, která jsou nasmlouvána výše vyjmenovanými ZP. Nemocnice 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, dále fyzioterapeut, nutriční terapeut, sociální pracovník, farmaceut, nemocniční kaplan, koordinátor dobrovolníků a pracovníci dalších odborností dle potřeb pacienta. Celý tým prošel školením paliativní a hospicové péče a stážemi v zařízeních hospicové a paliativní péče. Pacienti jsou hospitalizováni v nadstandardně vybavených jednolůžkových pokojích s možností celodenní přítomnosti svých blízkých. Návštěvy na paliativní stanici jsou neomezené po dobu 24 hodin s možností přespání rodiny či blízkých. Není zde stanoven pevný denní režim a je snahou přizpůsobit se dennímu režimu pacienta.

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, fyzioterapeut, specialista na léčbu chronických ran, atd.).

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,
- fyzioterapeut,
- ergoterapeut,
- sociální pracovník,
- nemocniční kaplan.

Konziliární týmy v nemocnicích v současné době nejsou přirozenou součástí nemocnice.

V současné době v nemocnicích Jihočeského kraje neexistuje žádný plnohodnotný konziliární tým, pouze v Nemocnici Jindřichův Hradec, a.s. funguje multidisciplinární paliativní tým.

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 KTHP. Je žádoucí, aby alespoň 50% z dedikovaných lůžek paliativní péče bylo na jednolůžkových pokojích a umožňovalo 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 ČSPM pro lůžkové oddělení paliativní péče.

3.4.1. Poskytování následné a dlouhodobé lůžkové péče

Následná a dlouhodobá lůžková péče není péčí specificky geriatrickou, ale zahrnuje nemocné všech lékařských oborů a všech věkových skupin. Zařízení následné a dlouhodobé péče jsou místem, kde končí svůj život 15-20% všech nevléčitelně nemocných. Zásadní pro uvědomění si postavení

tohoto prvku péče je i skutečnost, že poskytovatelé této péče jsou regionálně dostupní a historicky respektování pacienty a jejich blízkými v daných regionech.

V Jihočeském kraji je dostupnost z hlediska následné a dlouhodobé lůžkové péče v současné době relativně dobrá. Z hlediska demografického stárnutí obyvatelstva je však nutno tuto oblast neustále sledovat, vyhodnocovat a s dostatečným předstihem na ni reagovat.

3.4.2. 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 či nechtějí zůstat v závěrečné fázi života v domácím prostředí, protože rodina nemůže splnit základní podmínku zajištění péče a podpory 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 péči o nemocného vyčerpaná a potřebuje si odpočinout.

Personální vybavení lůžkového hospice vychází z multidisciplinarity poskytované služby a má stejné profesní zastoupení jako všechny týmy poskytující specializovanou paliativní péči.

V České republice se v současné době předpokládá potřeba přibližně 5 lůžek na 100 000 obyvatel v území, kde jiná lůžková péče s tímto zaměřením nepůsobí. Počet lůžek v určitém regionu rovněž závisí na demografickém a socioekonomickém kontextu a na dostupnosti či nedostupnosti dalších zařízení paliativní péče.

V Jihočeském kraji je od listopadu 2005 v provozu Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. v Prachaticích, kde je k dispozici 30 paliativních lůžek.

Poskytovatel zdravotních služeb	Místo poskytování	Kapacita lůžek
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	Prachatice	30

Tabulka 5: Lůžkový hospic ⁶

⁶ Národní registr poskytovatelů zdravotní služby

3.5. Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Do obecného typu paliativní péče v této formě péče patří ambulantní zdravotní služby poskytované registrujícím lékařem s odbornou způsobilostí v oboru VPL, PLDD nebo lékařem se specializovanou způsobilostí v oboru pediatrie, agentura domácí péče a návštěvní služba ambulantního specialisty. Specializovaným typem paliativní péče je MSPP (DH) neboli paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra, kde je odborným garantem lékař se ZOZ nebo ZSZ v oboru paliativní medicína.

3.5.1. Obecná 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 poskytovatelem domácí péče, kterou je péče ošetrovatelská nebo paliativní. 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 (i jejich četnost), 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 lékaře je lékařská péče zajištěna lékaři RLP, LPS nebo formou telefonických konzultací s ošetřujícím lékařem, 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 ordinaci. V kontextu pokročilého onemocnění se ale klinický stav a celková symptomová zátěž obvykle zhoršuje – nejednou se v krátkém časovém intervalu dramaticky mění. V současné době většina klinicky nestabilních pacientů v domácím prostředí končí v péči ZZS či na akutním lůžku v nemocnici. Tato situace je neefektivní, náročná a psychicky zatěžující pro pacienta i jeho rodinu a v neposlední řadě zatěžující systém zdravotní péče. Pro minimalizaci rizik pacientova utrpení je v tomto čase potřebné zajištění pohotovosti a trvalé dostupnosti lékařské a ošetrovatelské péče nejvýše do 60 minut.

Obecná paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí tedy tzv. **home care**, zahrnuje poskytovatele poskytující domácí péči, kterou je ošetrovatelská péče nebo paliativní péče ve vlastním sociálním prostředí pacienta (agentury domácí péče).

Charakteristika domácí péče:

- zdravotní péče, kterou poskytují kvalifikované zdravotní sestry v pohodlí pacientova domova, a to dle ordinace ošetřujícího lékaře,

- vhodná pro pacienty, jejichž zdravotní stav již nevyžaduje hospitalizaci. Rozsah péče se liší, případ od případu a určuje jej ošetřující, nebo praktický lékař,
- určena klientům všech věkových kategorií, kteří potřebují buď krátkodobé ošetření například po úrazu či operaci, nebo trpí chronickým onemocněním a museli by být hospitalizováni na lůžkových odděleních nemocnic, nebo v léčebnách pro dlouhodobě nemocné,
- určena také pro pacienty v terminálním stádiu života, tedy pro umírající,
- plně hrazena z rozpočtu veřejného zdravotního pojištění. Pacient tedy naordinovanou zdravotní péči nehradí (v případě uzavření smluvního vztahu se ZP).

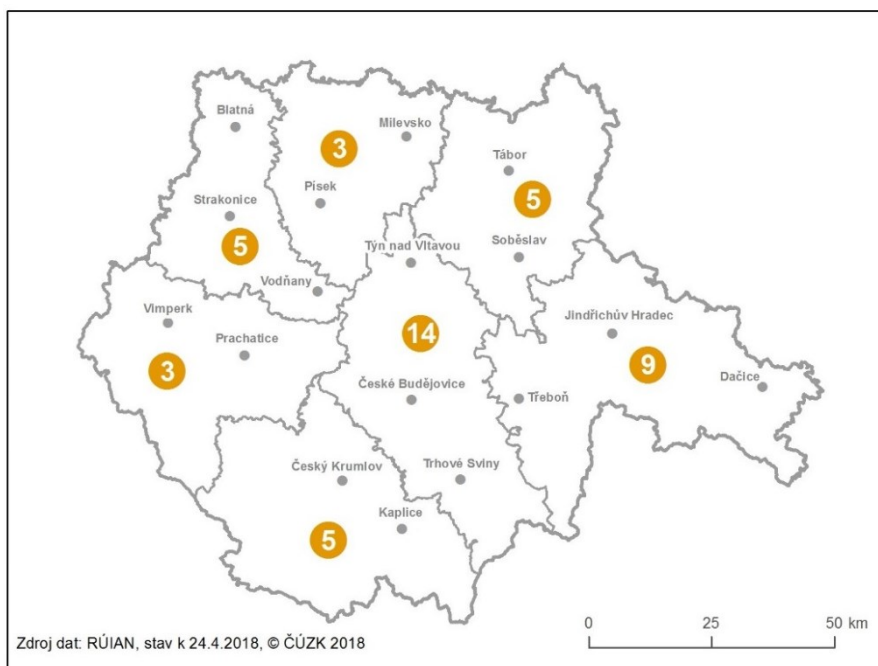
Počet poskytovatelů zdravotních služeb (PZS) v oboru všeobecná sestra (VS) poskytující péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta v Jihočeském kraji dosahuje počtu 44⁶, přičemž poskytovatel zdravotních služeb není ekvivalent pro zdravotnického pracovníka (sestru). Tito PZS mohou mít více míst poskytování (kontaktních míst) v rámci kraje, přičemž ten samý PZS pak může mít toto místo ve více okresech.

Přehled počtu PZS v oboru všeobecná sestra, forma péče vlastní sociální prostředí pacienta v rámci jednotlivých okresů Jihočeského kraje:⁶

Okres	Počet PZS obor všeobecná sestra
České Budějovice	14
Český Krumlov	5
Jindřichův Hradec	9
Písek	3
Prachatice	3
Strakonice	5
Tábor	5
Celkem	44

Tabulka 6: Počet poskytovatelů v oboru VS ve vlastním sociálním prostředí

⁶ Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb



Mapa 2: Počet poskytovatelů v oboru VS ve vlastním sociálním prostředí

3.5.2. Specializovaná paliativní péče

Specializovanou paliativní péčí je institut mobilní specializované paliativní péče (domácí hospic) poskytované ve vlastním sociálním prostředí (domácím prostředí nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb) 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. MSPP (DH) zahrnuje péči o fyzický, psychický, sociální a spirituální stav pacienta a jeho rodiny. Je vhodné navázat spolupráci MSPP (DH) s praktickým lékařem a agenturami domácí péče v době, kdy nemocný sice ještě nepotřebuje trvalý dohled multidisciplinárního týmu, ale péče často probíhá bez kvalifikovaně nastaveného plánu paliativní péče.

Základní parametry MSPP (DH) :

- efektivita MSPP (DH) 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 péče.

MSPP (DH) je indikovaná u pacientů v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných 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).

V současné době poskytují v Jihočeském kraji takovouto péči tyto poskytovatelé⁷:

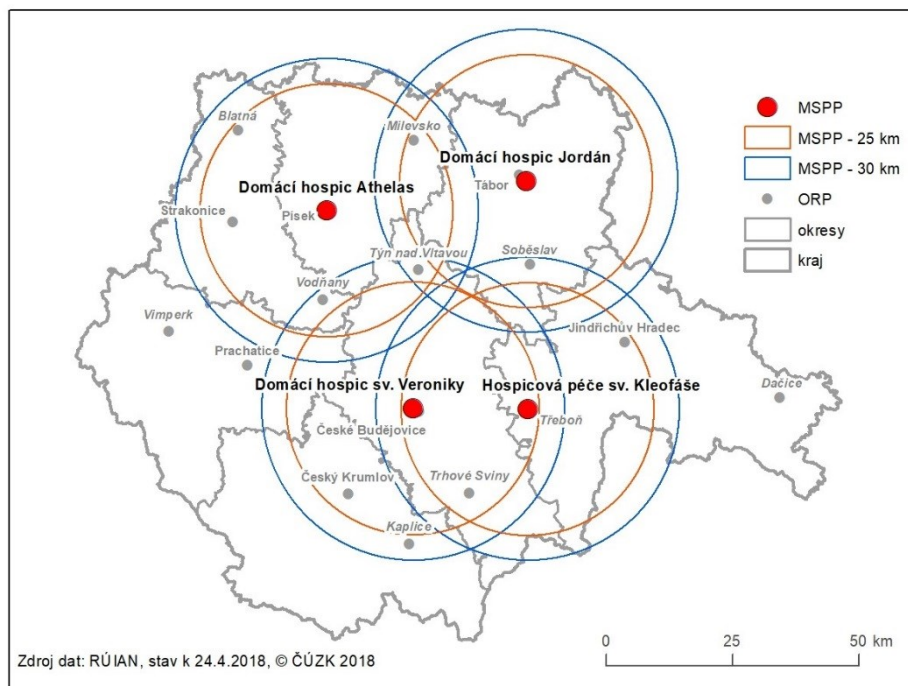
Domácí hospic Athelas- středisko Diakonie a misie Církve československé husitské, Písek	
Pokryvané území	Písek + 25 km okolí
Zdravotní služby	<ul style="list-style-type: none"> všeobecná sestra – zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí- domácí péče - ošetrovatelská péče všeobecná sestra - zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta - domácí péče – paliativní péče
Domácí hospic Jordán, o.p.s., Tábor	
Pokryvané území	Tábor + 25 km okolí
Zdravotní služby	<ul style="list-style-type: none"> všeobecná sestra - zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta - domácí péče – paliativní péče paliativní medicína geriatrie
Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s., Třeboň	
Pokryvané území	Třeboň+ 35 km okolí (vyjma Č. B.)
Zdravotní služby	<ul style="list-style-type: none"> všeobecná sestra - zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta - domácí péče – paliativní péče všeobecná sestra – zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí- domácí péče - ošetrovatelská péče
Domácí hospic sv. Veroniky, České Budějovice (Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s., Prachatice)	
Pokryvané území	České Budějovice + 25 km okolí
Zdravotní služby	<ul style="list-style-type: none"> všeobecná sestra – zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí- domácí péče - ošetrovatelská péče všeobecná sestra – zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta – domácí péče – paliativní péče paliativní péče – lůžková

Tabulka 7: Přehled poskytovatelů MSPP (DH)*

*Pozn. Poskytovatel zdravotních služeb, který se zajištěním zdravotních služeb blíží charakteru MSPP dle Metodického pokynu MZ ČR.

Graficky současné pokrytí MSPP (DH) v Jihočeském kraji při dojezdnosti 25 - 30 km ukazuje následující mapa.

⁷ Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb a údaje od jednotlivých PZS



Mapa 3: Pokrytí kraje MSPP (DH)

Na poskytování paliativní péče formou MSPP/DH (v oboru paliativní medicína a všeobecná sestra) nemá žádný z výše uvedených poskytovatelů zdravotních služeb uzavřenu smlouvu se zdravotními pojišťovnami.

3.6. Paliativní péče a sociální služby

3.6.1. Odborné sociální poradenství ve vztahu k paliativně nemocným

Poradny by měly být nedílnou součástí lůžkových zařízení hospicového typu i MSPP (DH). Poradna poskytuje psychologické a sociální poradenství onkologickým pacientům, nevléčitelně nemocným a jejich rodinným příslušníkům. Cílovou skupinou je nemocný, jeho blízcí a pečující.

Na území Jihočeského kraje poskytují odborné sociální poradenství pro skupinu osob s nevléčitelným onemocněním tyto poskytovatelé:

Poskytovatel sociálních služeb	Okres
Domácí hospic Athelas - středisko Diakonie a misie Církve československé husitské	Písek
Domácí hospic Jordán, o.p.s.	Tábor
Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.	Jindřichův Hradec
Domácí hospic sv. Veroniky (Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.)	České Budějovice
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	Prachatice

Tabulka 8: Přehled poskytovatelů odborného sociálního poradenství⁸

3.6.2. Odlehčovací služby

S rozvojem systému paliativní péče a s tvorbou strategie paliativní péče v Jihočeském kraji je snaha zajištění optimální spolupráce a vytvoření koordinovaného a komplexního systému zdravotní a sociální péče v oblasti paliativní péče v kraji.

Úlohou krajského koordinátora paliativní péče v Jihočeském kraji je koordinace všech priorit, opatření a aktivit týkajících se nastavení systému péče a zajištění služeb pro nevyлéčitelně nemocné v terminálním stadiu nemoci.

Poskytovatel sociálních služeb	Okres	Forma odlehčovací služby
Domácí hospic Athelas - středisko Diakonie a misie Církve československé husitské	Písek	terénní
Domácí hospic Jordán, o.p.s.	Tábor	terénní
Hospicová péče sv. Kleofáše, o.p.s.	Jindřichův Hradec	terénní
Domácí hospic sv. Veroniky (Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.)	České Budějovice	terénní
Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s.	Prachatice	pobytová

Tabulka 9: Přehled poskytovatelů odlehčovacích služeb⁸:

3.6.3. Paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb

Vlivem stárnutí populace a zvyšující se kvalitou zdravotní péče o seniory a osoby se zdravotním postižením se postupně proměňuje klientela pobytových zařízení 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 a osoby se zdravotním postižením, se tak stávají čím dál častěji místem posledních dnů a chvil pro své obyvatele, kteří si přejí zemřít v prostředí, které znají, 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 tyto poskytovatelé odborným 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 odborného lékaře, pokud tuto roli nemůže zastat ošetřující praktický lékař, případně psychologa.

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

⁸ Registr poskytovatelů sociálních služeb

a je tak na samotných zařízeních sociálních služeb, jak dokáží takové situace řešit. Také z hlediska prostorového komfortu není ve většině případů možno klientovi zajistit pro poslední dny například jednolůžkový pokoj. Vzdělávání personálu je zatím rozvíjeno individuálně na úrovni jednotlivých poskytovatelů a ze strany kraje není zavedena systémová podpora nebo doporučení k jeho zajištění. Pobytové sociální služby jsou díky zajištěné ošetrovatelské péči důležitou platformou k poskytování nejen geriatrické paliativní péče.

4. SHRnutí ZÁVĚRŮ

Na základě provedených analýz lze konstatovat, že systém paliativní péče se v Jihočeském kraji potýká s mnoha problémy, které je nutno do budoucna řešit. K vyhodnocení poznatků byla vypracována SWOT analýza, 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 ČR, standardy péče a oblasti, v nichž si stát chce ponechat trvalý vliv,
- budoucí rozhodování zřizovatelů a zakladatelů poskytovatelů, jak zdravotních, tak sociálních služeb, kteří poskytují paliativní péči, a jejich managementu, je výrazně ovlivňováno politikou zdravotních pojišťoven a planou legislativou, která tuto oblast částečně opomíjí,
- je nedostatečný počet kvalifikovaných zdravotnických profesionálů.

4.1. SWOT analýza a její vyhodnocení, stanovení strategie

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 Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji. V první fázi analýzy byly identifikovány příležitosti, hrozby, silné a slabé stránky v oblasti paliativní péče.

	Silné stránky	Slabé stránky
Vnitřní původ (atributy JČK)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ široká podpora paliativní péče vedením JČK ▪ relativně uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic založených JČK ▪ existence lůžkového hospice v JČK ▪ podpora rozvoje paliativní péče ze strany poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb ▪ podpora vedení nemocnic krajem ▪ poptávka ze strany pacientů a jejich rodin po tomto typu péče registrovaná JČK 	<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 v systému paliativní péče ▪ nejsou stanovena pravidla spolupráce poskytovatelů paliativní péče ▪ nedostatečná informovanost (budoucích poskytovatelů, budoucích pacientů/klientů)
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 vzdělávání lékařských, nelékařských zdravotnických pracovníků a pracovníků v sociálních službách ▪ vznik sítě mobilní specializované paliativní péče v Jihočeském kraji (DH) ▪ vznik sítě ambulancí paliativní medicíny ▪ vznik samostatných lůžek paliativní péče v rámci oddělení jiné odbornosti, případně oddělení paliativní péče v rámci poskytovatelů lůžkové péče v kraji ▪ vznik konziliárních týmů v rámci nemocnic založených Jihočeským krajem ▪ vznik dostatečné informační podpory pro pacienty a jejich rodiny včetně propojení databází oblastí zdravotních a sociálních služeb ▪ vytvoření komplexní sítě obecné a specializované paliativní péče, 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 ▪ řešení sítě paliativní péče a finanční úhrady za provedenou péči o pacienty ze strany zdravotních pojišťoven ▪ nedostatečná podpora vedení JČK v budoucnu, ztráta citlivosti k problematice paliativní péče ▪ migrace kvalifikovaného personálu z důvodu složitých podmínek působících na psychiku zaměstnanců ▪ malý zájem o rozvoj vzdělanosti v dovednostech paliativní péče ze strany lékařského a nelékařského personálu ▪ nerozlišování obecné a specializované paliativní péče

Tabulka 10: SWOT analýza

Tabulka 11: Vyhodnocení SWOT analýzy

Silné stránky (S)	Význam	Bodování	Výsledek	Příležitosti (O)	Význam	Bodování	Výsledek
podpora paliativní péče vedením JČK	0,2	9	1,8	osvěta mezi pacienty, rodinnými příslušníky a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb	0,1	6	0,6
optimální rozložení a relativně uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic založených JČK	0,2	7	1,4	podpora vzdělávání lékařských, nelékařských zdravotnických pracovníků a pracovníků v sociálních službách	0,15	5	0,75
dlouholeté zkušenosti s provozem lůžkového hospice v JČK	0,25	7	1,75	vznik sítě mobilní specializované paliativní péče (DH) v Jihočeském kraji	0,2	5	1,0
podpora rozvoje paliativní péče ze stran poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb	0,2	8	1,6	vznik sítě ambulancí paliativní medicíny	0,15	4	0,6
podpora vedení nemocnic krajem	0,1	5	0,5	vznik samostatných lůžek paliativní péče v rámci oddělení jiné odbornosti, případně oddělení paliativní péče v rámci poskytovatelů lůžkové péče v kraji	0,15	5	0,75
poptávka ze strany pacientů a jejich rodin po tomto typu péče registrovaná JČK	0,2	8	1,6	vznik konziliárních týmů v rámci nemocnic založených Jihočeským krajem	0,15	5	0,75
				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 obecné a specializované paliativní péče, která bude zahrnovat všechny složky péče o nevyлéčitelně nemocné a bude založena na vzájemné komunikaci a spolupráci	0,2	5	1,0
Výsledek silné stránky			8,65	Výsledek příležitosti			5,80

Koncepce paliativní péče v Jihočeském kraji na období do roku 2023

Slabé stránky (W)	Význam	Bodování	Výsledek
různé postoje zainteresovaných stran k řešení problematiky paliativní péče	0,2	5	-1,0
nabídka paliativní péče v kraji není z hlediska kapacit a kvality rovnoměrná	0,2	7	-1,4
není stabilizovaná struktura a dostatečný počet kvalifikovaného odborného personálu	0,2	7	-1,4
omezené finanční prostředky v systému paliativní péče	0,25	8	- 2,0
nejsou stanovena pravidla spolupráce poskytovatelů paliativní péče	0,15	4	-0,6
nedostatečná informovanost (budoucích poskytovatelů, budoucích pacientů/klientů)	0,05	7	- 0,35
Výsledek slabé stránky			- 6,75

Výsledný stav	1,9
----------------------	------------

Hrozby (T)	Význam	Bodování	Výsledek
absence systémového řešení fungování všech forem paliativní péče v ČR po stránce koncepce i legislativy	0,25	9	-2,25
řešení sítě paliativní péče a finanční úhrady za provedenou péči o pacienty ze strany zdravotních pojišťoven	0,3	8	-2,4
nedostatečná podpora vedení JČK v budoucnu, ztráta citlivosti k problematice paliativní péče	0,1	4	-0,4
migrace kvalifikovaného personálu z důvodu složitých podmínek působících na psychiku zaměstnanců	0,15	6	-0,9
malý zájem o rozvoj vzdělanosti v dovednostech paliativní péče ze strany lékařského a nelékařského personálu	0,15	6	-0,9
nerozlišování obecné a specializované paliativní péče	0,2	7	-1,4
Výsledek hrozby			-8,25

Výsledný stav	-2,45
----------------------	--------------

Vyhodnocení

Interní	1,9
Externí	-2,45
Celkem	-0,55

Z bilance SWOT analýzy je zřejmé, že situace je neuspokojivá, je nutné zapracovat na zlepšení situace v paliativní péči na území celého kraje. Největšího zlepšení je nutno dosáhnout v externí části, je ovlivněna vysokým hodnocením slabých stránek s významnou identifikací silných hrozeb. Nicméně se otevírá možnost využití některých silných stránek a příležitostí, které povedou k výraznému zlepšení situace v oblasti paliativní péče v Jihočeském kraji.

Silné stránky

Velký význam má stanovisko kraje k zavádění paliativní péče v rámci Jihočeského kraje a existence lůžkového zařízení hospicového typu. Velmi významnou se jeví poptávka ze strany pacientů a jejich rodin. Podpora ze strany vedení nemocnic je v praxi na samém začátku, je nutno tento segment aktivizovat, prohlubovat a podporovat.

Slabé stránky

Nedostatečné finanční zajištění a stabilita systému se jeví, jako největší slabá stránka v rámci analýzy stavu. Významnou se jeví i nerovnoměrné nebo nedostatečné rozložení paliativní péče na území kraje. Za slabou stránku je z hlediska významnosti nutno považovat i nedostatečné zabezpečení lékařského i nelékařského zdravotního personálu, především v oblasti specializované paliativní péče.

Příležitosti

Z hlediska příležitostí se jako nejvýznamnější jeví možnost vzniku komplexu paliativních služeb obecné i specializované paliativy a spolupráce těchto subjektů. Velký význam je přikládán možnosti vzniku a pokrytí území mobilní specializovanou paliativní péčí (domácí hospic) a rovněž oblast vzdělávání zdravotnických pracovníků, ale i poskytovatelů sociálních služeb v oblasti paliativní péče.

Hrozby

Za hrozbu je považováno řešení sítě paliativní péče a finanční úhrady za provedenou péči o pacienty ze strany zdravotních pojišťoven. Dále legislativní ukotvení paliativní péče. Tyto hrozby mají následně dopad na další nejvýše vyhodnocenou hrozbu a to malý zájem ze strany lékařského i nelékařského personálu.

Celková bilance

Oblast paliativní péče v Jihočeském kraji není na samém počátku, je možno stavět na reálných základech a tomu i odpovídá výše uvedené vyhodnocení situace.

Pro další tvorbu, rozvoj a podporu paliativní péče v Jihočeském kraji je nyní nutno nastavit systém, pravidla a podporu vedoucí k pokrytí paliativní péče rovnoměrně na území kraje.

5. PROGRAMOVÁ ČÁST KONCEPCE

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; finanční rozměr, zahrnující návrh předpokládaných nákladů na realizaci navrhovaných aktivit a identifikování možných zdrojů jejich financování.

5.1. 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 zákonom 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 rovni 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*“.

5.2. Vize

Pro naplňování svého poslání, a to s respektem k důstojnosti všech svých občanů, řeší Jihočeský kraj všechny dílčí oblasti běžného života obyvatelů. Mimo jiné je odhodlán napomáhat vytváření systému dostupné regionální sítě paliativní péče na celém území kraje, poskytované na vysoké odborné a kvalitní úrovni. Dbá proto na vytvoření podmínek a pobídek vedoucích k 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.

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

Vize: „Dostupná paliativní péče v Jihočeském kraji.“

5.3. Strategické cíle

Strategickým cílem Jihočeského kraje je zajištění obecné i specializované paliativní péče.

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 (lékařského i nelékařského 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 Jihočeském kraji formu péče ve vlastním sociálním prostředí za pomoci týmů mobilní specializované paliativní péče (DH), ambulancí paliativní medicíny a konziliárních týmů, doplněnou odpovídající lůžkovou formou,
- (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 (Balanced Scorecard), tj. odpovídá perspektivám Lidské zdroje, Ekonomika, Kvalita služeb, Procesy a Infrastruktura.

5.4. Rozvoj jednotlivých segmentů paliativní péče v Jihočeském kraji

5.4.1. Primární ambulantní péče

Za velmi významnou považujeme, aby péče o nevléčitelně nemocného, resp. umírajícího pacienta ve vlastním sociálním prostředí probíhala za spolupráce praktického lékaře, lékaře specialisty a ošetrovatelského týmu (MSPP/DH). Především osvětou, informovaností, navazováním kontaktů a vzájemné spolupráce řešit tuto oblast v Jihočeském kraji.

5.4.2. Specializovaná ambulantní péče

Za cílový stav považuje ČSPM 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).

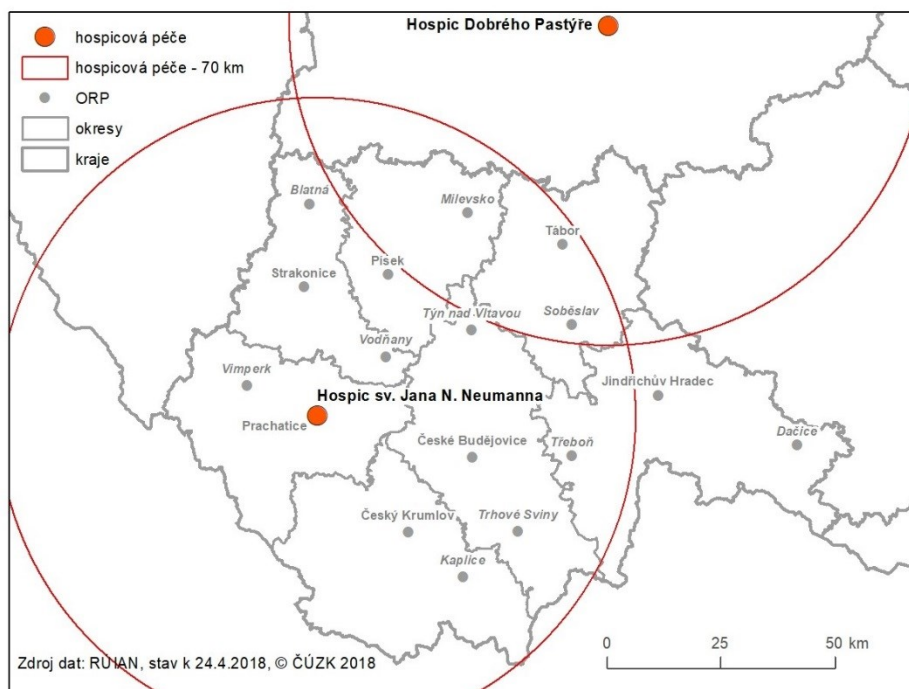
Paliativní ambulance jsou zásadním a propojujícím prostředníkem mezi jednotlivými poskytovateli specializované paliativní péče. Prozatím je jejich fungování na samém počátku, začínají vznikat, bohužel prozatím není dostatečně vyřešeno financování ze stran zdravotních pojišťoven.

Z analýzy stavu ambulancí v Jihočeském kraji vyplývá, že paliativní ambulance jsou na území okresů Jindřichův Hradec, Písek a Tábor. Ambulance paliativní medicíny chybí v okresech České Budějovice, Český Krumlov, Prachatice a Strakonice. Největší překážkou pro jejich vznik bude nedostatek lidských zdrojů.

5.4.3. Lůžková péče

Vzhledem k existenci lůžkového zařízení hospicového typu, vzhledem k velikosti kraje, rozložení poskytovatelů akutní, následné a dlouhodobé lůžkové péče se nejeví v nejbližší době jako reálné výstavba dalšího zařízení hospicového typu. K tomuto závěru vede především:

- v České republice je v současné době předpokládána potřeba cca 5 lůžek na 100 000 obyvatel v území, kde jiná lůžková péče s tímto zaměřením nepůsobí,
- snaha o řešení problematiky především prostřednictvím a dostupností jednoho poskytovatele MSPP (DH) na 50 000-100 000 obyvatel (podle hustoty osídlení) s předpokládanou dojezdovou vzdáleností 25 km (výjimečně 30 km),
- případné využití potenciálu krajem založených nemocnic (případně dalších poskytovatelů následné a dlouhodobé péče) a řešení dané problematiky vytvořením adekvátní lůžkové kapacity (2-4 lůžka), navázané na nemocniční konziliární paliativní tým.



Mapa 4: Pokrytí lůžkovými hospici

Pro rozvoj v této oblasti bude nutno sledovat demografický vývoj, vývoj onemocnění a průběžně vyhodnocovat nutnost případného vybudování dalšího hospicového zařízení lůžkového typu v dlouhodobém výhledu na území kraje. Nutná bude i analýza možností výše popsaných poskytovatelů

zřídít paliativní lůžka, zajistit personálně jejich provoz a smluvně zajistit tuto péči zdravotními pojišťovnami.

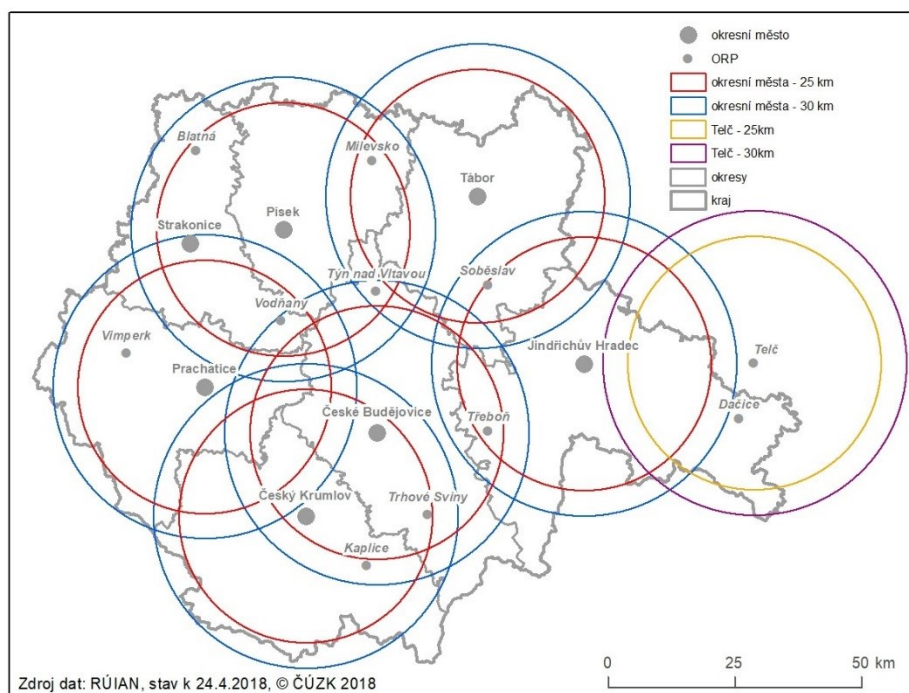
5.4.4. Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

5.4.4.1. Mobilní specializovaná paliativní péče (domácí hospic)

V rámci koncepčního rozvoje paliativní péče o pacienty v pokročilých a konečných stádiích nevléčitelných chorob považujeme za logické a efektivní budování a rozvoj MSPP (DH). Proto propojení v rámci spolupráce s dalšími segmenty v oblasti paliativní péče umožní zajistit tolik potřebnou kontinuitu péče v posledních měsících, týdnech a dnech života.

Na základě vlastních a zahraničních zkušeností a doporučení považuje ČSMP ČLS JEP za optimální cílový stav:

- dostupnost jednoho poskytovatele MSPP na 50 000-100 000 obyvatel (podle hustoty osídlení) s předpokládanou dojezdovou vzdáleností 25 km (výjimečně 30 km),
- aby všichni poskytovatelé zajistili nepřetržitou celodenní telefonickou i návštěvní dostupnost zdravotní sestry i lékaře.



Mapa 5: Optimální zajištění MSPP(DH) v kraji

V Jihočeském kraji bude tedy nutné zajistit rozvoj mobilní specializované paliativní péče (DH) tam, kde již nyní prakticky existuje, dále ji rozvinout v těch částech kraje, kde doposud tento typ služby chybí. Největší překážkou zde budou nedostatek lidských zdrojů a ochota zdravotních pojišťoven tuto péči nasmlouvat.

5.4.5. Paliativní péče a sociální služby

5.4.5.1. Poradny paliativní péče – odborné sociální poradenství

Poradny by měly být nedílnou součástí lůžkových i mobilních hospiců. Poradna poskytuje v rámci multidisciplinárního týmu psychologické a sociální poradenství onkologickým pacientům, nevyléčitelně nemocným a jejich rodinným příslušníkům. Cílovou skupinou je nemocný, jeho blízcí a pečující. Poradenství se zaměřením na paliativní oblast by mělo být nedílnou součástí služeb lůžkových hospiců a MSPP (DH).

Ani v této oblasti tedy nemá Jihočeský kraj pokryté své území odborným sociálním poradenstvím pro tuto cílovou skupinu. Je tedy nutné se této oblasti věnovat, jak v rámci programové části koncepce paliativní péče, tak i v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje.

5.4.5.2. Odlehčovací sociální služby jako součást MSPP (DH)

Vzhledem k provedené analýze stavu v této oblasti se jeví jako nutné podporovat vznik MSPP (DH) v propojení na terénní formu odlehčovací péče především v těch částech kraje, kde tato služba není dostupná. Největším rizikem, jako u většiny programových opatření bude nedostatek personálního zajištění služby. I zde bude nutno se této oblasti věnovat, jak v rámci programové části koncepce paliativní péče, tak i v rámci Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje.

5.4.5.3. Pobytová zařízení sociálních služeb

Personál přímé péče v pobytových zařízeních sociálních služeb disponuje povědomím o paliativní péči a o potřebách člověka v závěrečné fázi života, případně o potřebách rodiny umírajícího. Některá pobytová zařízení sociálních služeb mají oblast paliativní péče standardně zařazenou do vzdělávacího plánu organizace jako kontinuální vzdělávací téma pro kvalifikaci a zvyšování odbornosti ošetrovatelského i pečovatelského personálu. Kvalita daného vzdělávání a průběžné vedení celého týmu jsou 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.

V případě, že zájem pacienta vyžaduje spolupráci MSPP/DH (tento model spolupráce však nebyl dosud v širší praxi ověřen a metodicky popsán), mohlo by v budoucnu být využito 24/7 dostupnost služby MSPP (DH). Spolupráce ambulance paliativní medicíny, ošetrovatelského týmu pobytového zařízení sociálních služeb a ošetřujícího praktického lékaře umožňuje využít následně nastavený model služeb MSPP (DH).

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 stávajících služeb.

Vzhledem k demografickému vývoji a stárnutí populace lze předpokládat, že péče v těchto zařízeních sociálních služeb by v budoucnu měla být zohledňována zejména v platné legislativě, úhradových vyhláškách MZ ČR tak, aby nedocházelo z důvodu nedostatečných příjmů za poskytovanou zdravotní péči ke snižování počtu zdravotnických pracovníků v těchto zařízeních, což se již nyní děje.

5.4.6. Problematika dětské paliativní péče

Pracovní skupina se rovněž zabývala problematikou dětské paliativní péče. Bylo konstatováno, že validních dat z této oblasti je velice málo. Problematika paliativní péče v dětském věku a potřeby, priority a možnosti dětských pacientů i jejich rodin jsou často výrazně odlišné od potřeb dospělých, je zde jiné spektrum chorob i časový horizont poskytování paliativní péče. Problematiku je možno řešit prostřednictvím stávajících poskytovatelů obecné i specializované paliativní péče. Většina rodičů preferuje mobilní specializovanou paliativní péči. Zde je nutno mít tým doplněný o dětskou sestru. V případě dalšího vývoje v této oblasti bude nutné provést analýzu a případně vyhodnotit nutnost komplexního řešení dětské paliativní péče.

5.5. 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. Priority, strategické cíle, opatření, aktivity programové části uvádějí níže uvedené tabulky.

Priorita 1: Lidské zdroje		Předpokládané náklady	Období
Strategický cíl priority	Cílem priority je vytvořit vhodné podmínky pro práci erudovaných pracovníků (odborných lékařů, nelékařského personálu, sociálních pracovníků), kontinuálně reagující na rozvoj medicíny a sociálních služeb 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 nelékařského personálu v rámci akreditovaných kurzů paliativní péče.	10-30 tis. Kč /osoba	2019-2023
	1.1.2 Podpořit průběžné vzdělávání pracovníků v obecné a specializované paliativní péči.	5 tis. Kč/osoba	2019-2023
	1.1.3. Podpořit specializační vzdělávání v oboru paliativní medicína.	30 tis. Kč/1 lékař	2019-2023
	1.1.4 Podpořit a zapojit do průběžného vzdělávání praktické lékaře v obecné paliativní péči.	5 tis. Kč/1 lékař	2019-2023

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	2019-2023
	1.2.2. Vytvořit vhodné podmínky pro vzdělávání členů konziliárních týmů.	Řešeno v opatření 1.1	2019-2023
	1.2.3 Vytvořit mobilní specializované týmy paliativní péče (DH) pro možnost péče o pacienty ve vlastním sociálním prostředí.	Bez nákladů, provozní náklady týmů jsou řešeny v aktivitě 2.2.1	2019-2023
Opatření 1.3	Dle harmonogramu implementovat aktivity týkající vytvoření vhodných podmínek pro práci poskytovatelů paliativní péče.		
	Cílem 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	2019-2023
	1.3.2 Podpořit užívání ICT technologií a moderních pracovních pomůcek.	Podpora účasti v projektech	2019-2023
	1.3.3 Vytvořit vhodné mechanismy, které minimalizují syndrom vyhoření.	10 tis. Kč/1 poskytovatel	2019-2023

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 Jihočeském kraji domácí formu péče za pomoci MSPP (DH), 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 Jihočeském kraji.		
Aktivity	2.1.1 Vytvořit vhodný model sledování alokace nákladů a jeho implementace.	Bez nákladů	2019-2021
	2.1.2. Připravit rozpočtové podmínky pro financování služeb pro změnu struktury a kvality paliativní péče.	Bez nákladů	2020-2023
Opatření 2.2	Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity týkající se financování paliativní péče.		
	Cílem je zajistit efektivní financování paliativní péče v Jihočeském kraji.		

Aktivity	2.2.1 Zajistit prostředky na pokrytí nákladů projektu „Mobilní specializované paliativní péče (DH)“ existujících i nově vzniklých s ohledem na potřebnost v každém okrese Jihočeského kraje.	Dokrytí nákladů MSPP (DH), 50-300 tisíc Kč na 1 okres, tedy 2,1 mil. Kč/kraj	2019-2023
	2.2.2. Rozvíjet projekty na hledání nových forem vícezdrojového financování a vhodnými formami podporovat čerpání finančních prostředků z fondů EU.	Bez nákladů	2019-2021
	2.2.3 Iniciovat diskuze se zainteresovanými stranami na celostátní úrovni k problematice úhrad paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění bez omezení.	Bez nákladů	2019-2023

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 projekt „Mobilní specializované paliativní péče (DH)“ pro celé území Jihočeského kraje.	Řešeno v opatření 2.2.1	2019-2023
	3.1.2 Stabilizovat a podporovat stávající síť domácí paliativní péče.	Kombinace dotace na sociální služby a úhrad z veřejného zdravotního pojištění	2019-2023
Opatření 3.2	Podpořit poskytování obecné paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb. Cílem je podpořit poskytování obecné paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb klientům s demencí, geriatrickou deteriorací či dalšími nevyléčitelnými diagnózami.		
Aktivity	3.2.1 Zvyšovat nabídku vzdělávání s cílem zvyšovat kvalitu obecné paliativní péče v pobytových zařízeních sociálních služeb.	Řešeno v opatření 1.1.2	2019-2023
	3.2.2 Podporovat vzájemnou komunikaci a spolupráci pobytových zařízení sociálních služeb a paliativních týmů.	Bez nákladů	2019-2023
Opatření 3.3	Dle harmonogramu realizovat aktivity, které zabezpečí dostupnost služeb paliativní péče Cílem je zajištění široké dostupnosti, kvality a komplexnosti nabízených služeb paliativní péče v Jihočeském kraji.		

Aktivity	3.3.1 Vytvořit v rámci oddělení pro dlouhodobě nemocné v nemocnicích kraje základní lůžkový fond v počtu cca 2 – 4 lůžka.	Bez nákladů	2019-2023
	3.3.2 Podpořit vznik sítě ambulancí paliativní péče v Jihočeském kraji.	Podpora účasti v projektech; vzdělávání – opatření 1.1	2019-2023
	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	2019-2023
Opatření 3.4	Zajistit kvalitu poskytovaných služeb.		
	Cílem 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	2019-2023
	3.4.2 Vytvořit komunikační strategii realizace služeb paliativní péče.	Bez nákladů	2019-2023

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 je zlepšit prostorové podmínky pro poskytování paliativní péče.		
Aktivity	4.1.1 Podpořit vznik samostatných lůžek paliativní péče v rámci oddělení jiné odbornosti, případně oddělení paliativní péče v rámci poskytovatelů lůžkové péče v kraji.	Zvolení lokality dle studie proveditelnosti	2019-2023
	4.1.2 Podpořit modernizaci oddělení/stanic následné a dlouhodobé lůžkové péče v nemocnicích založených Jihočeským krajem.	Podpora účasti v projektech	2019-2023
Opatření 4.2	Dle harmonogramu implementovat níže definované aktivity pro zajištění informační podpory všech zainteresovaných stran v systému poskytování paliativní péče.		
	Cílem 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	2021-2023

	4.2.2 Vytvořit brožury k paliativní péči určené pro poskytovatele zdravotních a sociálních služeb, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky.	200 tisíc Kč, s možností podpory a získání prostředků z MPSV, MZ ČR	2020-2023
	4.2.3 Zajistit podporu informovanosti zainteresovaných stran prostřednictvím sociálních sítí.	Bez nákladů	2019-2023
	4.2.4 Zajistit participaci praktických lékařů a nemocnic na zvýšení informovanosti.	Bez nákladů	2020-2023

Tabulka 12: Priority, strategické cíle, opatření, aktivity programové části

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 13: Naplnění stránek SWOT, návrhy aktivit

Silné stránky (S)	Aktivity	Příležitosti (O)	Aktivity
široká podpora paliativní péče vedením JČK	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 2.1.2, 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 4.1.1, 4.1.2, 4.2.1, 4.2.2	osvěta mezi pacienty, rodinnými příslušníky a poskytovateli zdravotních a sociálních služeb	4.2.2, 4.2.3
optimální rozložení a relativně uspokojivý technický stav většiny budov nemocnic založených JČK	1.3.1, 3.3.1, 4.1.1, 4.1.2	podpora vzdělávání lékařských, nelékařských zdravotnických pracovníků a pracovníků v sociálních službách	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.1.4, 1.2.2
dlouholeté zkušenosti s provozem lůžkového hospice v JČK	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.3.1, 4.2.3	vznik sítě mobilní specializované paliativní péče (DH) v Jihočeském kraji	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.3.2, 1.3.3, 2.2.1, 2.2.3, 3.1.1, 3.2.2, 3.4.1, 3.4.2, 4.2.2, 4.2.3
podpora rozvoje paliativní péče ze stran poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb	1.2.1, 3.4.1, 3.4.2	vznik sítě ambulancí paliativní medicíny	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.3.1, 3.3.2
podpora vedení nemocnic krajem	1.2.1, 1.3.1, 3.3.1, 3.3.3, 4.1.1, 4.1.2	vznik samostatných lůžek paliativní péče v rámci oddělení jiné odbornosti, případně oddělení paliativní péče v rámci poskytovatelů lůžkové péče v kraji	4.1.1
poptávka ze strany pacientů a jejich rodin po tomto typu péče registrovaná v JČK	4.2.2., 4.2.3	vznik konziliárních týmů v rámci nemocnic založených Jihočeským krajem	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, 3.2.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.4.1, 3.4.2, 4.1.1, 4.1.2

Slabé stránky (W)	Aktivity	Hrozby (T)	Aktivity
různé postoje zainteresovaných stran k řešení problematiky paliativní péče	2.2.3, 3.2.2, 3.4.2, 4.2.4	absence systémového řešení fungování všech forem paliativní péče v ČR po stránce koncepce i legislativy	2.2.3
nabídka paliativní péče v kraji není z hlediska kapacit a kvality rovnoměrná	3.1.1, 3.1.2, 3.2.2, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.4.1, 3.4.2, 4.1.1, 4.1.2	řešení sítě paliativní péče a finanční úhrady za provedenou péči o pacienty ze strany zdravotních pojišťoven	2.2.3, 3.1.1, 3.1, 2, 3.3.2, 3.3.3, 4.1.1
není stabilizovaná struktura a dostatečný počet kvalifikovaného odborného personálu	1.1.1, 1.1.2, 1.1.3, 1.3.1, 1.3.2, 1.3.3, 3.2.1	migrace kvalifikovaného personálu z důvodu složitých podmínek působících na psychiku zaměstnanců	1.3.1, 1.3.2, 1.3.3
omezené finanční prostředky v systému paliativní péče	2.1.1, 2.1.2., 2.2.1, 2.2.2., 2.2.3	nedostatečná podpora vedení JČK v budoucnu, ztráta citlivosti k problematice paliativní péče	3.3.3, 4.2.2, 4.2.3
nejsou stanovena pravidla spolupráce poskytovatelů paliativní péče	3.2.2, 3.3.3, 3.4.2, 4.2.1, 4.2.3	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, 4.2.4
nedostatečná informovanost (budoucích poskytovatelů, budoucích pacientů/klientů)	1.1.1, 1.1.2, 1.1.4, 1.2.2, 3.2.1, 3.4.2, 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4	nerozlišování obecné a specializované paliativní péče	2.2.3, 3.1.1, 3.3.3

5.6. Plán řízení rizik a určení předpokladů pro úspěšnou implementaci koncepce

Pro úspěšnou implementaci koncepce bylo nutné provést identifikaci rizik, na základě které byla rizika ohodnocena stupněm významnosti včetně návrhu opatření pro snížení pravděpodobnosti výskytu a snížení dopadu, a to včetně krizového scénáře formulovaného 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“:

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	

Tabulka 14: Stupnice pro hodnocení rizik

5.6.1. 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, plátcí, apod.),
- nastavení maximální výše nákladů (rozpracován dle jednotlivých segmentů).

Krizový scénář:

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

5.6.2. 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.

5.6.3. Riziko P3 - „Odpor k naplňování aktivit koncepce“

Riziko P3 je „Odpor k naplňování aktivit koncepce“ – jde o projev skepse o úspěchu koncepce u těch, kteří nebyli o cíli koncepce 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, zakladatele, poskytovatelů péče a plátců.

Krizový scénář:

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

5.6.4. Riziko P4 - „Nízká flexibilita“.

Riziko P4 je „Nízká 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 MZ ČR, MPSV, ZP a jiných dotčených subjektů v různých stadiích – jak v předprojektové fázi, tak ve stadiu realizace,
- průběžný reporting – monitoring, 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 koncepce.

5.6.5. 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 koncepce pouze v organizacích založených a zřizovaných Jihočeským krajem,
- implementace koncepce na omezenou dobu.

5.6.6. Riziko P6 - „Selhání systému díky nerealistickému, resp. chybnému zadání“

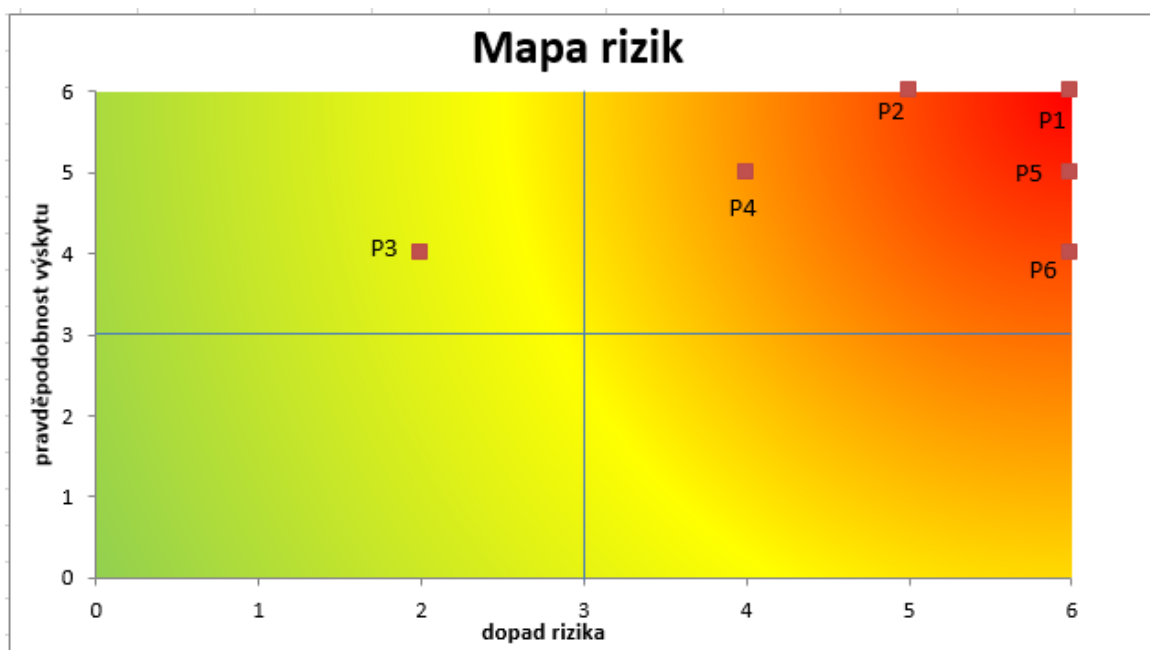
Riziko P6 je „Selhání systému díky nerealistickému, resp. chybnému zadání“. Přes všechny snahy včasného odhalení vlivu na aktivity a projekty a jejich zmírnění, je nelze všechny zcela eliminovat. Pravděpodobnost výskytu byla ohodnocena stupněm 4 – možné, dopad rizika byl ohodnocen též stupněm 6 – velmi 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.



Graf 3: Mapa rizik

Doporučeným postupem je 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.

6. ZÁVĚR

Koncepce přináší čtyři zásadní priority, které bude Jihočeský kraj jako tvůrce koncepce, částečně jako zakladatel a zřizovatel poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb a dále jako jeden z donátorů při naplňování koncepce a navržených aktivit realizovat:

- 1) nastavení vhodných podmínek pro práci erudovaných pracovníků (lékařského i nelékařského zdravotnického o 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 mobilní specializované paliativní péče (DH), ambulancí paliativní medicíny a konziliárních týmů u poskytovatelů lůžkové péče v kraji,
- 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 s nevléčitelným onemocněním v závěrečné fázi života, a to v jakémkoliv prostředí (např. ve vlastním sociálním prostředí včetně pobytových zařízení sociálních služeb, u poskytovatele lůžkové péče, v hospici).

7. SEZNAM GRAFŮ, MAP, TABULEK

Graf 1: Struktura úmrtí podle místa

Graf 2: Struktura úmrtí podle místa, Jihočeský kraj

Graf 3: Mapa rizik

Mapa 1: Poskytovatelé lůžkové péče

Mapa 2: Počet poskytovatelů v oboru VS ve vlastním sociální prostředí

Mapa 3: Pokrytí kraje MSPP (DH)

Mapa 4: Pokrytí lůžkovými hospici

Mapa 5: Optimální zajištění MSPP (DH) v kraji

Tabulka 1: Síť poskytovatelů s rozlišením formy a typu paliativní péče

Tabulka 2: Počet poskytovatelů zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství (VPL)

Tabulka 3: Ambulance oboru paliativní medicíny (paliativní medicína a léčba bolesti)

Tabulka 4: Paliativní péče v nemocnicích založených krajem

Tabulka 5. Lůžkový hospic

Tabulka 6: Počet poskytovatelů v oboru VS ve vlastním sociálním prostředí

Tabulka 7: Přehled poskytovatelů MSPP (DH)

Tabulka 8: Přehled poskytovatelů odborného sociálního poradenství

Tabulka 9: Přehled poskytovatelů odlehčovacích služeb

Tabulka 10: SWOT analýza

Tabulka 11: Vyhodnocení SWOT analýzy

Tabulka 12: Priority, strategické cíle, opatření, aktivity programové části

Tabulka 13: Naplnění stránek SWOT, návrhy aktivit

Tabulka 14: Stupnice pro hodnocení rizik

8. ZKRATKY

BSC	Balanced Scorecard
ČSL JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČSPM	Česká společnost paliativní medicíny
ČR	Česká republika
DH	domácí hospic
EACP	Evropská asociace paliativní medicíny
ESAS	Edmonton Symptom Assessment Scale - Škála hodnocení závažnosti symptomů
CHOPN	chronická obstrukční plicní nemoc
JČK	Jihočeský kraj

KTPP	konziliární paliativní péče
LPS	lékařská pohotovostní služba
MPSV	ministerstvo práce a sociálních věcí
MSPP	mobilní specializovaná paliativní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OP	obecná paliativní péče
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
PLDD	praktický lékař pro děti a dorost
PZS	poskytovatel zdravotních služeb
RLP	rychlá lékařská pomoc
SP	specializovaná paliativní péče
SPRSS	střednědobý plán rozvoje sociálních služeb
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VPL	všeobecný praktický lékař
VS	všeobecná sestra
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZOZ	zvláštní odborná způsobilost
ZP	zdravotní pojišťovna
ZPMV	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
ZSZ	zvláštní specializovaná způsobilost
ZZS	zdravotnická záchranná služba